

Office de médiation

de l'assurance-maladie

Rapport annuel '17

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 2017. Les sujets abordés sont comme toujours variés. Il en va du choix quant aux formes particulières d'assurance dans l'assurance obligatoire des soins, du calcul de la participation aux coûts et des prestations selon la LAMal, ainsi que de la conclusion d'assurances complémentaires selon la LCA, d'assurances complémentaires d'hospitalisation, et d'assurances d'indemnités journalières selon la LCA. En outre, nous avons sélectionné quelques cas présentant des éléments transfrontaliers, étant donné qu'ils sont d'année en année plus nombreux.

J'espère vivement que le rapport 2017 trouvera votre intérêt.

Enfin, j'aimerais remercier chaleureusement 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

Lucerne, 18 avril 2018

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

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 Intervention 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 Choix d'un modèle particulier d'assurance**
 - 5.2 Calcul de la participation aux coûts**
 - 5.3 Prestations**
- 6. Pratique des assurances complémentaires selon la LCA**
 - 6.1 Conclusion d'assurances complémentaires**

6.2 Assurance complémentaire d'hospitalisation

6.3 L'assurance d'indemnités journalières selon la LCA

7. Cas impliquant les deux domaines du droit

Péremption et prescription du droit aux prestations

8. Pratique en présence de situations transfrontalières

8.1 Principe du lieu de travail ou du lieu de domicile ?

8.2 Perception des prestations dans un pays de l'UE

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

1 Office

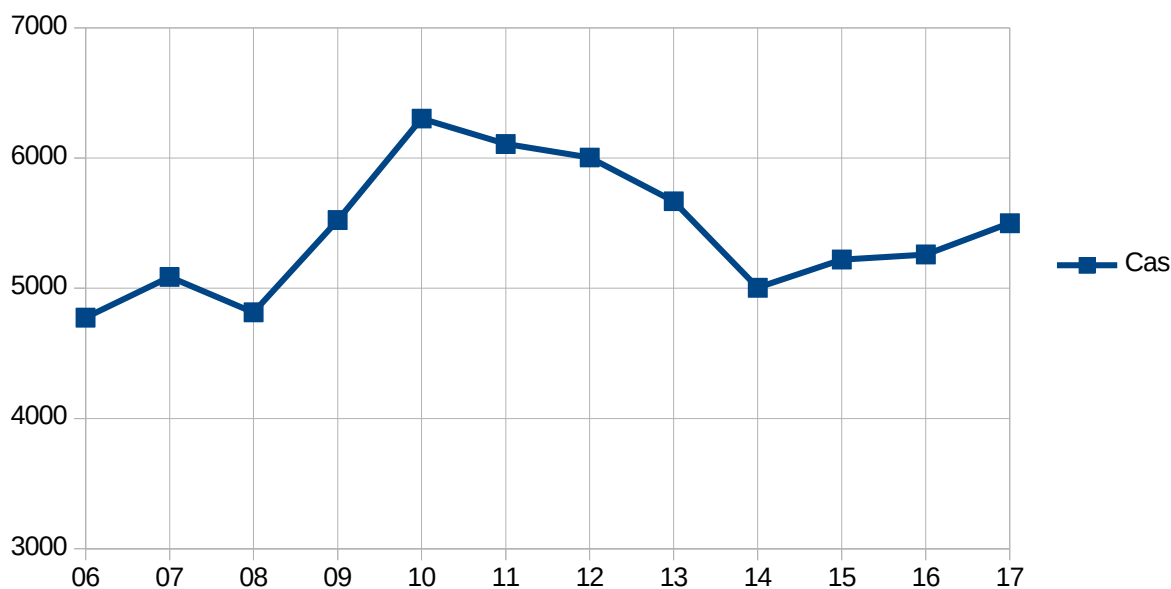
Les services de l'Office de médiation à Lucerne furent délivrés durant l'année 2017 sous revue par la médiatrice (lic. iur. Morena Hostettler Socha, avocate), son substitute (Fürsprecher Thomas Schmutz, avocat bernois), par six collaboratrices-juristes (Isabelle Gottraux, Barbara Wörsching-Würmli, Jasmin Schmid, Fabienne Fellmann, Lorena Tronto et Silvia Bucher) ainsi que par deux spécialistes en prestations (Charles Lorétan et Eliane Brechbühl). Au 31 décembre 2017, le taux d'occupation du personnel s'élevait à 6,2 postes.

2 Conseil de fondation

C'est le 17 mai 2017 que le Conseil de fondation tint sa séance d'examen des comptes annuel 2016 et d'approbation du rapport annuel 2016. Le 10 novembre 2017 il se réunit une nouvelle fois pour l'examen du budget 2018 et discuter l'exercice en cours de l'Office de médiation.

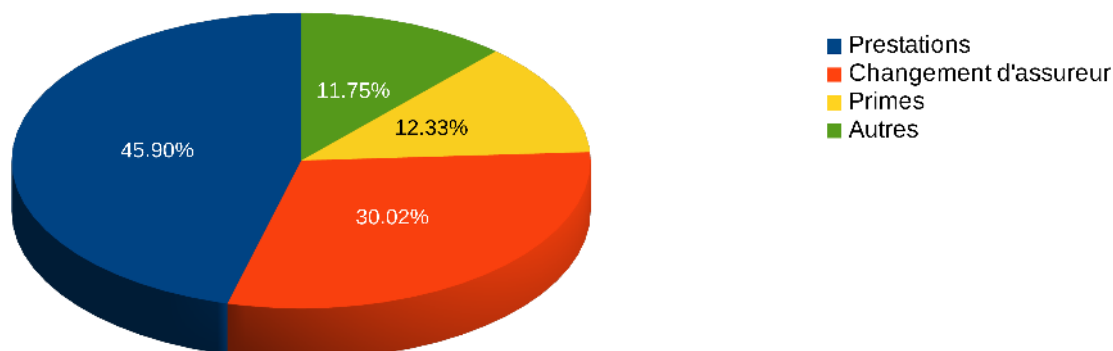
3 Chiffres

Evolution des cas 2006–2017



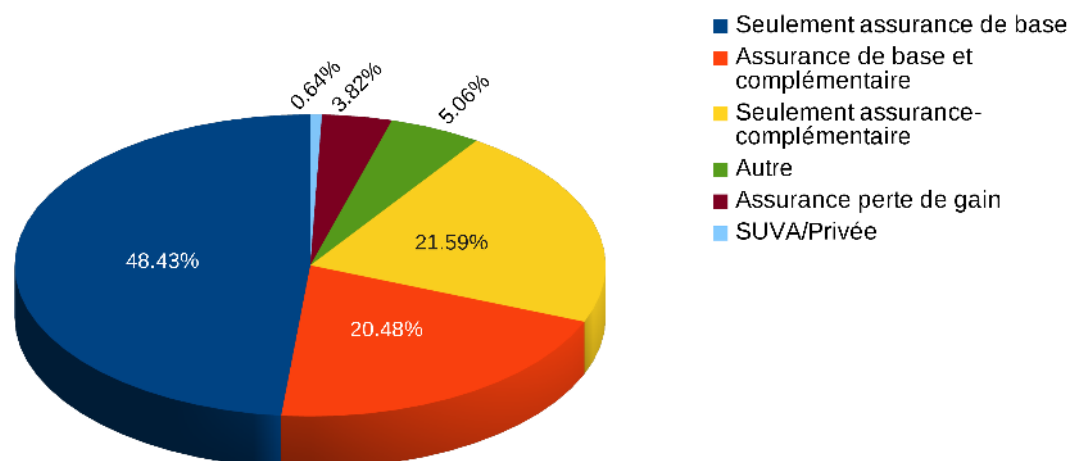
3.1 Entrées par matière

Au cours de l'exercice 2017, 5499 cas ont été soumis à l'Office de médiation (2016 : 5259), ce qui représente une hausse de 240 cas, respectivement 4,56 % par rapport à l'année précédente. La répartition par matière se présente de la manière suivante: 2524 dossiers concernaient les prestations d'assurance (2016 : 2388), 1651 la conclusion d'une assurance ou le changement d'assureur (2016 : 1517) et 678 les primes/contributions (2016 : 814). Les 646 cas restants portaient sur des questions d'ordre général (2016 : 540).

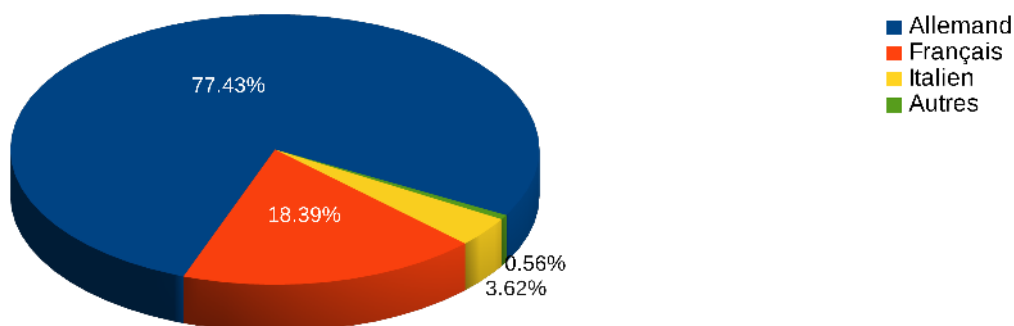


3.2 Entrées par branche d'assurance

2663 cas ne concernaient que l'assurance de base (2016 : 2689) contre 1187, uniquement les assurances complémentaires (2016 : 950), 1126 ces deux branches ensemble (2016 : 1144). En 2017, 210 cas concernèrent l'assurance indemnités journalière (2016 : 192). Dans 35 cas, nous avons dû adresser les assurés à l'Office de médiation de l'assurance privée et de la SUVA (2016 : 28). Les 278 cas restants portèrent sur des questions de nature générale, parfois même sans rapport avec l'assurance-maladie (2016: 256).

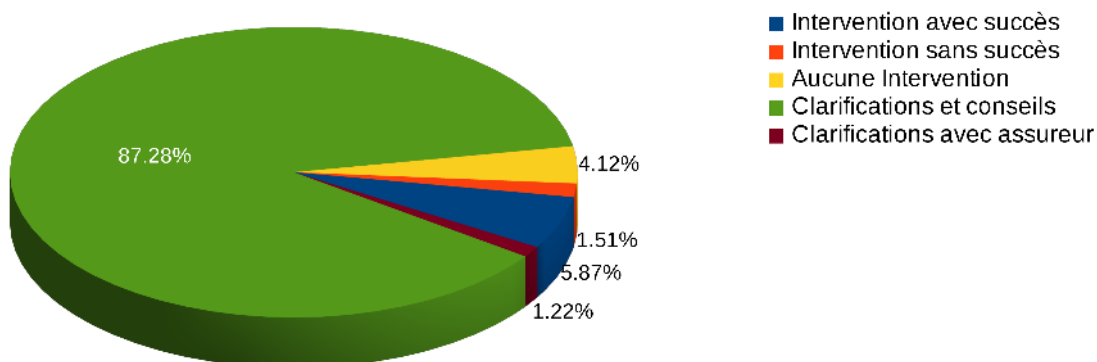


3.3 Entrées par langue



4258 requêtes furent adressées à l'Office de médiation en allemand (2016: 4043), 1011 en français (2016: 994), 199 en italien (2016: 192) et 31 dans d'autres langues, telles que l'anglais et l'espagnol (2016: 30).

3.4 Interventions de l'Office de médiation



Dans 4679 cas (= 86,39 %), 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 (2016: 85,48 %). Dans 400 cas au total (= 7,38 %), l'office de médiation est intervenu auprès des assureurs-maladie concernés en formulant une demande (2016: 6,86%), laquelle a été acceptée dans 318 cas (= 5,87 %; 2016: 5,3 %), ce qui représente un taux de réussite de plus de 79,5

% (2016: > 77 %). Dans 223 cas (= 4,12 %), l'office de médiation n'est pas intervenu (2016: 7,67 %), ce qui signifie qu'aucune demande particulière n'a été formulée auprès de l'assureur. Dans 66 cas (= 1,22 %), 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. Dans 48 cas (= 0,89 %), 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.

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. Cette hausse touche en particulier les domaines des prestations d'assurance et de la conclusion ou du changement d'assurances.

L'augmentation constante du nombre de cas dans le domaine « Autre » repose sur le fait que les services de conseil en matière de dettes, les services sociaux et les médecins font de plus en plus souvent appel à notre office de médiation pour nous demander des conseils et, le cas échéant dans des domaines où nous ne sommes qu'en partie ou pas du tout compétents (comme par exemple l'assurance-invalidité, la réduction des primes, la liste des mauvais payeurs, les cas de responsabilité civile, etc.). Face à de telles demandes, notre rôle se limite à une brève consultation téléphonique ou par e-mail, en indiquant à qui s'adresser au besoin. Nous renonçons dans ces cas-là à intervenir auprès de la caisse-maladie, car cela ne correspond pas à notre mission, respectivement au but de la fondation.

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:

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

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

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

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

- En cas de **litiges entre un fournisseur de soins et son patient** lorsque ceux-ci concernent par exemple le traitement ou une question de responsabilité civile. Dans ces cas, il doit renvoyer les assurés auprès de l'Ombudsman des médecins, d'une organisation de défense des patients ou d'un avocat spécialiste en la matière.

- En cas de **différends entre autorités et citoyens**, par exemple en matière de subsides pour la réduction des primes ou de prestations complémentaires. Suivant les cantons, il existe des médiateurs auxquels les citoyens peuvent s'adresser.
- En cas de **contestations entre autorités** (par exemple au sujet de la prise en charge par l'aide sociale de primes impayées).
- En cas de **contestation des primes approuvées par l'autorité**, qu'il s'agisse de l'assurance de base ou d'une assurance complémentaire. Les caisses-maladie ne peuvent exiger que les primes qui ont été approuvées par l'autorité compétente et dont le calcul échappe à l'examen de l'Office de médiation. Celui-ci ne peut intervenir que lorsque l'assuré a été mal classé en regard du tarif approuvé.
- En cas d'**intervention problématique de démarcheurs en assurance indépendants**, dont l'assureur ne répond pas.

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

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

Ce sont avant tout les assurés eux-mêmes qui s'adressent à l'Office de médiation. Ils le font le plus souvent par téléphone ou par voie postale, mais de plus en plus par courrier électronique. Ce dernier canal permet certes de simplifier les contacts, mais il n'est pas adapté au transfert de données médicales. En outre, les affaires soumises à l'Office de médiation par ce biais sont souvent mal documentées, ce qui l'oblige fréquemment à demander des éclaircissements à l'assuré. Le site de l'Office de médiation (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'usagers confrontés à des problèmes avec leur assureur. L'Office de médiation n'entre en matière sur de telles demandes que si l'assuré l'a expressément souhaité. Ce n'est toutefois pas la tâche de l'Office de médiation de décharger les autres organisations du travail qui leur incombe ou de s'immiscer dans des litiges entre fournisseurs de prestations et assureurs concernant la politique tarifaire. Il existe en tels cas d'autres instances de médiation. En ce qui concerne les demandes provenant d'assurés soutenus par les services sociaux, l'Office de médiation se limite à donner oralement des informations juridiques, tout en faisant preuve de retenue. La plupart du temps il renonce à intervenir auprès des assureurs car ce n'est pas son rôle que d'intervenir en lieu et place d'institutions étatiques.

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

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

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

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

Les assurés reçoivent des collaborateurs de l'Office de médiation un avis sur l'affaire litigieuse et une prise de position lorsqu'ils ont épuisé les possibilités de s'entendre avec l'assureur. Les demandes des assurés sont examinées de manière approfondie. Le cas échéant, le collaborateur de l'Office de médiation en charge du dossier intervient directement auprès de l'assureur. Ces interventions et les réponses des assureurs revêtent généralement la forme écrite. Quand la cause est urgente, il est pris contact avec l'assureur par téléphone. L'Office de médiation dispose auprès de chaque assureur de personnes de liaison chargées de recevoir ses demandes, de les faire examiner dans le cadre interne et d'y répondre. Si l'Office de médiation constate que l'assuré est dans l'erreur parce qu'il a mal évalué sa propre situation, il l'éclaire sur les dispositions légales et contractuelles applicables. Il fournit des explications sur le système d'assurance et donne des conseils sur l'attitude à adopter pour éviter d'autres malentendus.

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

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

Le fonctionnement et l'efficacité de l'Office de médiation seront illustrés ci-après sous la forme de comptes rendus résumant brièvement, à titre d'exemples, des cas soulevant des questions et des difficultés fréquentes ou particulières. Pour des motifs liés à la protection de la personnalité, les noms et les données personnelles ne seront pas mentionnés ou seront modifiés. L'état de fait, les explications et les solutions seront présentés de manière simplifiée.

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

5.1 Choix d'un modèle particulier d'assurance

Afin d'économiser sur le montant des primes dans l'assurance obligatoire des soins, les assurés peuvent choisir entre différentes formes d'assurance, notamment en relevant le montant de la franchise, de CHF 300.00 (modèle standard) jusqu'à CHF 2'500.00, ou en optant pour une assurance avec un choix limité des fournisseurs de prestations, renonçant ainsi, par exemple, au libre choix du médecin. Ces modèles d'assurance peuvent aussi être combinés.

De manière générale, ce sont les personnes en bonne santé qui choisissent d'augmenter la franchise annuelle. Malheureusement, elles ne se rendent pas toujours compte des coûts qu'il leur faudra supporter si survient, contre toute attente, le risque assuré. Elles ne sont pas non plus bien conscientes que la résiliation du modèle d'assurance ne se fait pas aisément.

Cas 1

Début décembre, alors qu'elle se déplaçait en vélo, une assurée, femme au foyer, a été victime d'un accident de la circulation lui causant plusieurs fractures. Elle a été opérée en urgence. Le traitement médical consécutif s'est prolongé au-delà de la nouvelle année. L'assurée avait opté pour une franchise annuelle de CHF 2'500 auprès de sa caisse maladie. Elle voulait qu'on lui indique si elle était tenue de payer la participation aux coûts à l'assureur-maladie, vu qu'il s'agissait d'un accident, et le cas échéant, si elle devait payer pour les deux années, bien qu'il soit question d'un seul et même événement.

En tant que femme au foyer, l'assurée n'était pas une employée, de sorte qu'elle n'était pas couverte obligatoirement contre le risque d'accident (art. 1a LAA). Dans ce cas, il appartient à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal de prendre en charge les frais de traitement dus en raison d'un accident (art. 1a al. 2 let. b LAMal). Conformément à l'art. 28 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie. Comme dans le domaine de l'assurance-maladie les assurés doivent participer aux coûts des prestations qui leur sont fournies (art. 64 al. 1, 2 et 5 LAMal), la participation aux coûts (franchise, quote-part de 10 % et contribution aux frais d'une éventuelle hospitalisation) est également due en cas d'accident lorsque celui-ci est couvert par l'assurance-maladie. Cette règle ne vaut que pour le domaine de l'assurance obligatoire des soins. L'assurance-accidents obligatoire ne connaît pas de participation aux coûts.

Si la femme au foyer ne peut pas reporter le dommage sur le responsable de l'accident ou l'assurance responsabilité civile de celui-ci, elle doit elle-même supporter la totalité de la participation aux coûts et cela pour les deux années sur lesquelles s'est étendue la durée du traitement. En effet, pour le prélèvement de la participation aux coûts c'est la date du traitement qui est déterminante et la franchise est due par année civile (art. 103 al. 3 OAMal).

Cas 2

Un assuré voulait baisser sa franchise de CHF 2'500 à CHF 300 au milieu de l'année en raison d'une intervention prévue, ce qu'a refusé sa caisse-maladie. L'assuré nous a donc demandé si le refus était correct.

Conformément à l'art. 94 al. 2 OAMal, le passage à une franchise moins élevée n'est possible que pour la fin d'une année civile et moyennant préavis donné dans les délais fixés par la loi (cf. art. 7 al. 1 et 2 LAMal). Aussi le rejet de la demande était-il justifié.

Si l'assuré avait voulu passer à une franchise plus élevée, il n'aurait pas été tenu

de donner un préavis dans les délais légaux mais, dans ce cas aussi, l'augmentation de la franchise n'entrerait en vigueur qu'au début de l'année civile (cf. art. 94 al. 1 OAMal).

Cas 3

Au début du mois de décembre 2016, une assurée a demandé l'augmentation de sa franchise de CHF 1'500 à CHF 2'500 et, en même temps, le passage du modèle médecin de famille au modèle HMO, à compter du 1er janvier 2017. L'assureur-maladie a garanti l'augmentation de la franchise, conformément à l'art. 94 al. 1 OAMal, mais a refusé le changement du modèle d'assurance au 1er janvier 2017, au motif que la demande était tardive (art. 100 al. 3 OAMal).

Dans le courant du mois de novembre de l'année suivante, l'assurée a résilié son assurance obligatoire des soins et a signé une demande d'affiliation auprès d'un nouvel assureur-maladie à compter du 1er janvier 2018. Le premier assureur a refusé la résiliation en considérant, en substance, que par sa demande tardive de changement du modèle d'assurance au 1er janvier 2017, l'assurée avait signé une demande d'affiliation contraignante pour le prochain terme possible, soit au 1er janvier 2018. L'assurée contestait ce point de vue.

Par notre intervention, nous avons attiré l'attention de l'assureur sur le fait que, selon nous, une demande de changement du modèle d'assurance ne pouvait pas être considérée comme une nouvelle demande d'affiliation mais comme une demande de modification du contrat. Certes, aux termes de l'art. 100 al. 3 OAMal, le passage à une autre forme d'assurance n'est possible que pour la fin d'une année civile et moyennant préavis donné dans les délais fixés à l'art. 7, al. 1 et 2, de la loi. Il n'en demeure pas moins que cette règle n'exclut pas qu'une résiliation, formulée à temps, intervienne consécutivement à une demande de modification du contrat, sous peine de nier le droit des assurés à la résiliation après communication de la nouvelle prime selon l'art. 7 al. 2 LAMal. Un lien contraignant au contrat d'assurance aussi excessif serait selon nous inadmissible.

L'assureur a suivi notre argumentation et a laissé partir l'assurée au 31 décembre 2017 à la condition que l'attestation de nouvelle assurance lui parvienne et que d'éventuels arriérés, ayant fait l'objet d'un rappel jusqu'à la fin novembre, soient payés.

5.2 Calcul de la participation aux coûts

Cas 4

Un retraité a été victime d'un accident de la circulation dont il n'était pas responsable. Comme, depuis sa retraite, il n'était plus couvert contre le risque d'accident par l'assurance-accidents obligatoire de son employeur, sa caisse-maladie a pris en charge les frais de traitement et lui a facturé la participation aux coûts (franchise, quote-part de 10 % et contribution aux frais d'hospitalisation). Par la suite, l'assurance responsabilité civile du responsable de l'accident a pris en charge l'ensemble des frais de traitement, y compris la participation aux coûts facturée à l'assuré. En outre, elle a réglé les autres postes du dommage subi par l'assuré en relation avec l'accident (bridge dentaire cassé, habits déchirés, lunettes brisées, etc.).

L'assuré voulait qu'on lui indique s'il était tenu de payer à sa caisse-maladie la participation aux coûts pour des prestations relatives à une maladie subséquente, étant donné qu'en raison de l'accident il avait déjà payé le montant de la franchise annuelle et la quote-part de 10 %.

Il a fallu répondre par l'affirmative. En effet, l'assureur-maladie a un droit de recours et l'assuré un droit à la réparation du dommage à l'égard du tiers qui porte la responsabilité du cas d'assurance, respectivement à l'encontre de l'assureur responsabilité civile. Par conséquent, il n'y a pas de dommage causé à l'assureur-maladie ni à l'assuré sous la forme de frais de traitement, participation aux coûts, etc. Cela signifie que l'assuré est traité comme si l'accident n'avait jamais eu lieu et comme s'il n'avait jamais payé la participation aux coûts en raison de l'accident. De cette manière, les assurés ont la garantie d'être traités de façon égale, indé-

pendamment du fait qu'au moment de l'accident la participation aux coûts due à l'année a déjà été versée ou non.

Cas 5

Un assuré était soumis à une franchise annuelle de CHF 300. Il a résilié son assurance obligatoire des soins, trois mois à l'avance, pour la fin du mois de juin 2017 et changé d'assureur au 1er juillet 2017. Le nouvel assureur a fait repartir la franchise annuelle à zéro sans prendre en compte les participation aux coûts déjà réglées auprès de l'ancien assureur-maladie. L'assuré n'était pas d'accord avec cela, avec raison.

En effet, conformément à l'art. 103 al. 4 OAMal, en cas de changement d'assureur au cours d'une année civile, le nouvel assureur impute la franchise et la quote-part déjà facturées dans cette même année. Au besoin, l'assuré doit apporter au nouvel assureur, comme preuve, le décompte des prestations de l'ancien assureur-maladie.

5.3 Prestations

En matière de remboursement des frais, se pose encore et toujours la question de savoir si la prestation fournie relève d'une opération esthétique ou d'une prestation obligatoire. Dans le cas suivant, il s'agissait de la correction des oreilles décollées d'une jeune fille.

Cas 6

Un père s'est adressé à notre office de médiation et se plaignait du fait que la caisse-maladie refusait de prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, les frais de correction des oreilles décollées de sa fille. La caisse motivait sa décision par le fait qu'une telle intervention ne figurait pas dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, de sorte qu'elle ne constituait

pas une prestation obligatoire de l'assurance de base. Pour cette raison, s'appuyant sur les informations reçues, la caisse n'était disposée qu'à rembourser, au titre de l'assurance complémentaire, le 50 % des coûts de correction des deux oreilles externes, jusqu'à CHF 1'500.00 maximum (y compris les examens préliminaires et le suivi qui sont en rapport direct avec l'opération). Le père de l'assurée ne voulait pas s'en contenter.

Normalement, les imperfections – telles que les oreilles décollées – ne constituent pas une maladie au sens de l'art. 3 al. 1 LPGA, pour autant qu'elles ne soient pas associées à des troubles fonctionnels existants ou auxquels on peut s'attendre concrètement. La caisse-maladie ne doit toutefois prendre en charge les mesures servant à leur correction, en tant que prestation obligatoire, que si le défaut esthétique est à l'origine de troubles physiques ou psychiques ayant eux-mêmes valeur de maladie et que le but de l'intervention est d'éliminer ces atteintes secondaires (ATF 121 V 213 consid. 4 et les références). Le point de savoir si le défaut esthétique doit être décrit comme défigurant s'examine en principe selon des critères objectifs (arrêts du Tribunal fédéral des assurances du 17 janvier 2006, K 135/04, consid. 2.3, du 26 août 2004, K 15/04, consid. 3.2.2, ainsi que l'arrêt du Tribunal fédéral du 30 octobre 2008, 9C_126/2008). Cela repose en outre sur l'opinion de la société. Est également significatif la mesure dans laquelle l'anomalie a un impact négatif sur la vie professionnelle pour des raisons esthétiques.

Il ressort de nos recherches que l'assurée avait déjà subi un long calvaire, lorsque le service social de l'école, interpellé par le maître de classe, a pris contact avec elle. Au cours de plus de 20 séances, le service social a constaté des signes de mobbing systématique dans une optique de dévalorisation sociale de la jeune fille. Le dénigrement en raison des oreilles décollées avait déjà pris une tournure inquiétante et l'estime de soi de l'assurée était diminuée de façon alarmante. Le service social a exposé dans son rapport que d'habitude, dans le contexte d'un mobbing, il cherchait à intervenir au sein même de la classe afin d'apaiser la situation. Dans le cas présent, il fallait s'abstenir d'infliger à l'assurée la moindre pression supplémentaire afin de protéger sa santé psychique. En raison des événements passés, le service social de la direction de l'école a recommandé le transfert immédiat dans un nouvel établissement scolaire. La direction de l'école a tenu

compte de cette recommandation et l'assurée a été rapidement transférée dans une autre école où elle a pu terminer l'année scolaire interrompue. En même temps, les parents ont été fortement encouragés à mettre en oeuvre un soutien psychologique pour leur fille de manière à surmonter les expériences marquantes vécues avec un accompagnement professionnel.

Sur la base du rapport du service social de l'école, nous avons demandé à l'assureur-maladie de prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, les coûts de l'intervention, dans la mesure où il était établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'à cause de ses oreilles décollées, l'assurée souffrait de troubles psychiques ayant valeur de maladie. C'est pourquoi la correction des deux oreilles externes constituait selon nous une prestation obligatoire.

L'assureur-maladie a partagé notre avis et pris en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, l'ensemble des frais (moins la participation légale aux coûts) découlant de l'intervention chirurgicale de correction des deux oreilles externes.

Cas 7

En octobre 2016, un jeune assuré s'est endommagé les dents de devant en se cognant avec un verre. L'assureur-maladie niait son obligation de prester pour cet événement car les conditions d'un accident n'étaient pas remplies. La mère de l'assuré faisait cependant valoir que son fils s'était cassé une partie de la dent frontale gauche en mars 2015 en jouant avec des camarades et que l'événement récent portait exactement sur le même morceau de dent qui s'était cassé. Il s'agissait alors selon elle d'un dommage consécutif à l'accident de mars 2015.

Par notre intervention nous avons fait valoir que l'on pouvait se demander si l'événement d'octobre 2016 n'était pas de nature à constituer un accident au sens juridique (cf. ATF 134 V 72; cas d'une auto-tamponneuse) mais la question ne s'arrêtait pas là.

Nous nous sommes appuyés sur le dommage consécutif et avons cité Gebhard

Eugster du commentaire SBVR Soziale Sicherheit, 3^{ème} éd., n. 505 in fine, où l'auteur attire l'attention sur le fait que le droit à des soins dentaires à la suite d'un accident dentaire ne se limite pas à un unique traitement mais que la nécessité de ce type de soins peut résulter du fait que le premier traitement de médecine dentaire (...) est endommagé à cause d'une mésaventure de la personne assurée.

Nous avons argumenté que si l'événement d'octobre 2016 ne constituait pas un accident au sens juridique, il s'agissait en tout cas d'une mésaventure du jeune assuré, lorsqu'il a cogné le verre contre ses dents de devant, soignées à la suite de l'accident initial.

L'assureur-maladie a suivi notre argumentation et a reconnu le dommage consécutif.

6 Pratique des assurances complémentaires selon la LCA

6.1 Conclusion d'assurances complémentaires

Notre office de médiation s'occupe, depuis plus d'une dizaine d'année déjà, des conséquences de conseils de courtiers, dont les agissements sont essentiellement guidés par la perception de provisions, comme cela ressort bien du cas suivant.

Cas 8

Un requérant d'asile a requis notre aide. Un courtier lui avait rendu visite à son domicile et l'avait convaincu de conclure différentes assurances complémentaires. L'assuré n'était pas en mesure de payer les primes et s'était entre-temps beaucoup endetté. Ses demandes d'annulation des contrats d'assurances étaient toutes refusées par l'assureur-maladie.

Nos recherches ont révélé que le courtier en question était un intermédiaire lié à l'assurance-maladie en cause. L'adresse figurant sur la demande de conclusion des assurances complémentaires selon la LCA était manifestement celle d'un centre cantonal de requérants d'asile, où le courtier avait rendu visite au requérant d'asile afin de lui vendre différents contrats d'assurances complémentaires dont une assurance voyage.

Par notre intervention, nous avons attiré l'attention de l'assureur-maladie sur le fait que, pour deux des six d'assurances complémentaires la proposition d'assurance avait été acceptée après l'expiration du délai de quatorze jours prévue par l'art. 1 al. 1 LCA, soit à un moment où l'assuré n'était plus lié par la proposition d'assurance. En outre, nous avons fait savoir à l'assureur qu'à nos yeux il était choquant qu'un courtier rende visite à des requérants d'asile chez eux pour leur vendre des assurances complémentaires, en particulier au regard de leur manque de connaissances linguistiques et juridiques ainsi que des conditions économiques difficiles dans lesquelles ils vivent. Enfin, il était selon nous insensé de vendre une assurance voyage à un requérant d'asile lorsque celui-ci se trouve en pleine procédure d'asile et n'a pas le droit d'entreprendre de voyage.

L'assureur-maladie a reconnu ses torts et a annulé avec effet rétroactif l'ensemble des contrats d'assurances. En outre, il a retiré ses poursuites et demandé la suppression des inscriptions dans le registre des poursuites.

6.2 Assurance complémentaire d'hospitalisation

Durant l'année du rapport, les négociations collectives entre un assureur-maladie et quelques hôpitaux renommés ont échoué. Les parties contractuelles n'ont pas pu s'accorder sur un tarif en division privée et demi-privée. L'assureur a informé par écrit les assurés ayant souscrit auprès de lui les assurances complémentaires d'hospitalisation correspondantes de ce défaut d'accord conventionnel. Déstabilisés, les assurés concernés ont fait appel à notre office de médiation car ils craignaient des limitations considérables des prestations.

Cas 9

L'époux d'une assurée nous a écrit que sa femme avait conclu depuis plusieurs années une assurance complémentaire d'hospitalisation en division demi-privée. Elle avait délibérément opté pour le libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse. La communication de la caisse-maladie, selon laquelle une hospitalisation en division demi-privée dans trois hôpitaux de renom de son canton de domicile n'était plus entièrement couverte, lui portait grandement préjudice, d'autant plus qu'avec ses 63 ans, elle ne pouvait plus souscrire une nouvelle assurance complémentaire d'hospitalisation pour des raisons d'âge et de santé. L'époux voulait avant tout qu'on lui indique si une telle modification unilatérale du contrat était valable d'un point de vue juridique et ce que pouvait faire sa femme. Il se référait ensuite à sa propre caisse-maladie, laquelle n'avait pas rencontré de problème tarifaire avec lesdits hôpitaux.

Les assurances complémentaires sont soumises au droit privé, en particulier à la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). En sus, il faut prendre en compte les

conditions générales et particulières d'assurances (CGA et CPA ou CSA), lesquelles font partie intégrante de la police d'assurance. Il s'agit ici d'accords conventionnels.

En règle générale, une partie au contrat ne peut pas modifier unilatéralement le contrat sans l'accord de l'autre partie. Il existe néanmoins des exceptions qui sont déjà prévues dans les CGA des assurances complémentaires, comme par exemple l'augmentation unilatérale de la prime par l'assureur-maladie. Cela est permis, puisqu'une assurance doit toujours pouvoir couvrir ses frais. La personne assurée ne peut répondre à une telle augmentation de prime que par la résiliation du contrat d'assurance. Une résiliation ne doit cependant pas être faite à la légère, dès lors qu'en fonction de l'âge ou de l'état de santé de la personne assurée, cette dernière ne pourra plus conclure de nouvelle assurance complémentaire. Sont un autre exemple les indications formulées dans les CGA, CPA ou CSA, selon lesquelles l'assureur-maladie peut fixer un tarif maximal et dresser une liste d'hôpitaux pouvant être mis à jour. Comme ces données ne figurent pas dans les CGA ni dans les CPA ou CSA, les assurés peuvent prendre connaissance des tarifs maximaux et des listes directement auprès de leur caisse-maladie ou exiger de s'en faire remettre un extrait. En ce sens une modification unilatérale du contrat est tout à fait possible et conforme au droit.

Dans le cas concret, nos investigations ont mis en évidence que durant l'année du rapport, les hôpitaux concernés avaient été inscrits dans la liste des hôpitaux "avec tarifs maximaux" de l'assureur-maladie. La caisse-maladie impliquée avait continué d'appliquer les tarifs maximaux valables pour l'année 2016. Comme les coûts en division demi-privée avaient augmenté entre 2013 et 2016, il était à craindre que les tarifs maximaux pratiqués par l'assureur ne suffisent pas. Pour cette raison, la caisse-maladie conseillait à ses assurés, avant chaque hospitalisation en division privée ou demi-privée dans ces hôpitaux, de se renseigner précisément sur les coûts qui leur seraient réclamés, en demandant une estimation des coûts aussi bien auprès de l'hôpital qu'auprès des médecins particuliers (chirurgien, médecin assistant, anesthésiste).

L'absence de convention est insatisfaisante tant pour les assurés que pour la

caisse-maladie impliquée. Les partenaires sociaux ne peuvent toutefois pas être contraints de conclure un contrat. En droit privé, le principe de la liberté contractuelle prévaut. Habituellement, les négociations tarifaires constituent un enjeu pour toutes les parties et elles ne sont pas toujours faciles à mener. D'un autre côté, c'est dans l'intérêt de tous les assurés que les assureurs-maladie se battent auprès des fournisseurs de prestations pour des prix modérés. Cela se répercute sur le montant des primes des assurances complémentaires d'hospitalisation, et donc profite aux assurés.

Notre office de médiation a conseillé aux assurés concernés durant l'année 2017 de transmettre à leur caisse-maladie les estimations des coûts collectées auprès de l'hôpital pour les divisions privée et demi-privée, en priant la caisse de leur fournir une garantie écrite de prise en charge.

En fait, tous les assurés devraient demander à leur assureur-maladie une garantie de prise en charge pour eux-mêmes, lorsqu'ils planifient un séjour stationnaire à l'hôpital et cela indépendamment de l'absence ou non de convention. En effet, il ne suffit pas, en règle générale, que les assurés soient en possession d'une garantie de prise en charge de leur assureur-maladie à l'égard des fournisseurs de prestations. Il peut toujours y avoir des frais non couverts. Pour cette raison, les assurés devraient prendre des précautions à l'égard de leur assureur-maladie afin d'éviter une mauvaise surprise.

6.3 L'assurance d'indemnités journalières selon la LCA

Le traitement des cas d'assurance d'indemnités journalières représente toujours un grand défi pour l'office de médiation, dès lors que nous ne disposons pas de connaissances médicales spécifiques. Pour cette raison, nous pouvons nous limiter à mettre en doute la décision de l'assureur d'indemnités journalières que lorsque l'assuré et son médecin traitant sont en mesure de nous exposer de manière crédible qu'il existe un droit aux prestations ou lorsque l'expertise réalisée par l'assureur est en soi contradictoire.

Cas 10

L'assureur d'indemnités journalières a supprimé le versement de l'indemnité à la mi-décembre 2016 au motif que, conformément à la seconde appréciation médicale du docteur XY de novembre 2016, l'assurée avait recouvré sa pleine capacité de travail dans sa profession habituelle de secrétaire. L'assurée n'était pas de cet avis.

Nos recherches ont montré, d'une part, que le docteur XY ne disposait pas des qualifications professionnelles requises pour évaluer l'état de fait pertinent sur le plan médical. D'autre part, dans son rapport, le docteur XY était parti du principe que l'assurée était déjà intégrée dans un programme de l'AI. Nous disposions toutefois d'une garantie de prise en charge de l'office AI de décembre 2016, selon laquelle un entraînement à l'endurance débutant seulement en janvier 2017 était accordé à l'assurée. Il s'agissait d'une mesure de réinsertion par le biais d'une mesure socioprofessionnelle (cf. art. 14a al. 2 LAI; art. 4quinquies al. 1 RAI; n. 1010 de la circulaire de l'OFAS sur les mesures de réinsertion). Cette mesure de réadaptation suppose une incapacité de travail de 50 % au moins (art. 14a al. 1 LAI). Cela étant, au contraire de l'assureur d'indemnités journalières, l'assurance-invalidité ne partait clairement pas du principe que la capacité de travail était entière. C'est pourquoi, il n'était pas possible selon nous, en tout cas sans instruction complémentaire et approfondie, de nier toute incapacité de travail. C'est ce que nous avons alors fait valoir.

Par la suite, sans reconnaître une obligation juridique et pour éviter de plus amples investigations médicales, l'assureur d'indemnités journalières a accepté de verser les indemnités journalières jusqu'en début avril 2017, eu égard aux prestations de l'AI.

7 Cas impliquant les deux domaines du droit

Péremption et prescription du droit aux prestations

Cas 11

Lors d'un déménagement, une dame de 60 ans est tombée sur une boîte contenant différentes factures médicales et de dentiste, concernant ses propres traitements et ceux de ses enfants, devenu adultes depuis. Elle avait réglé ces factures depuis longtemps mais avait oublié de transmettre les justificatifs de remboursement à la caisse-maladie. Lorsqu'elle s'était renseignée par téléphone auprès de la caisse sur la possibilité de se faire rembourser les frais après une si longue période – il s'était écoulé plus de dix ans – on lui a répondu que les factures dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins étaient sans doute périmées et celles concernant les assurances complémentaires selon la LCA prescrites.

L'assurée voulait qu'on lui indique si cela était correct. Il n'avait encore jamais été porté à sa connaissance que le droit au remboursement dans l'assurance obligatoire des soins pouvait être périmé et celui dans l'assurance complémentaire prescrit. Selon elle, cela n'avait jamais été communiqué par les assureurs-maladie ni par les médias.

L'assurance obligatoire des soins est une assurance sociale soumise au droit public. Conformément à l'art. 24 al. 1 LPGA, le droit à des prestations s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due. Il s'agit ici d'un délai de péremption. Ce délai ne peut pas être interrompu. Lorsque les cinq ans se sont écoulés, le droit est perdu. En cas de procédure judiciaire, le tribunal doit examiner d'office si le droit est périmé.

Le Tribunal fédéral a retenu dans un arrêt du 24 avril 2013 à propos de traitements ambulatoires, lesquels sont en principe facturés selon le système du tiers garant (art. 42 al. 1 LAMal), que ledit délai de péremption de cinq ans de l'art. 24 al. 1 LPGA commence à courir au moment de la réception de la facture du fournisseur de prestations par la personne assurée (ATF 139 V 244).

Dans le domaine des assurances complémentaires selon la LCA, lequel relève du droit privé, on parle de délai de prescription et non de péremption de créance. Le créancier (= l'assuré) peut prier le débiteur (= l'assureur-maladie) de lui délivrer une déclaration de renonciation à se prévaloir de la prescription, afin de ne pas perdre son droit. Si le débiteur refuse, le créancier sera contraint d'engager des poursuites ou d'ouvrir action devant le tribunal, afin d'empêcher l'expiration du délai de prescription. Si la prescription est déjà acquise, le débiteur peut soulever l'exception de la prescription. S'il omet de la soulever et ne s'en prévaut pas non plus durant la procédure judiciaire, le tribunal ne va pas la signaler d'office.

Conformément à l'art. 46 al. 1 LCA, les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation. Cela signifie que les demandes de remboursement des assurés se prescrivent dans les deux ans à partir de la date du traitement, lorsque le délai n'est pas interrompu.

Dans le cas d'espèce, l'assurée avait reçu et payé les factures établies selon la LAMal et la LCA depuis plus de 10 ans, de sorte que le droit à leur remboursement était déjà périmé, respectivement prescrit, depuis longtemps, vu qu'elle n'avait jamais transmis les factures à l'assureur-maladie. Une intervention de notre part aurait été vaine.

Notre conseil aux assurés:

Afin d'éviter la **péremption des droits selon la LAMal**, nous recommandons aux assurés de toujours retransmettre rapidement les justificatifs de remboursement des fournisseurs de prestations à leur assurance-maladie, même lorsque – dans certains cantons – le droit à la prise en charge des prestations est suspendu pour cause d'arriérés de primes ou de participations aux coûts. Dans ces cas-là, les assurés devraient conserver la réponse écrite de l'assureur-maladie, selon laquelle ils ne peuvent pas être remboursés en raison de la suspension du droit aux prestations. Ainsi, ils seront en mesure de prouver encore des années plus tard qu'ils avaient formulé à temps leur demande de remboursement. Ils pourront alors – après remboursement des dettes – exercer leur droit de manière valable, bien que

les cinq ans sont déjà expirés. Il n'est possible d'éviter que la péremption interviene qu'en faisant valoir son droit pendant le délai de cinq ans à partir de la réception de la facture du fournisseur de prestations.

Pour empêcher **la prescription des droits selon la LCA**, l'assuré devrait faire attention à ce que le fournisseur de prestations lui adresse sa facture le plus vite possible. Cela est dans l'intérêt de l'assuré car son droit à l'encontre de l'assureur se prescrit par deux ans conformément à l'art. 46 al. 1 LCA, alors que le droit aux honoraires du fournisseur de prestations se prescrit seulement par cinq ans conformément à l'art. 128 chiffre 3 CO. Il peut alors arriver que le fournisseur de prestations adresse sa facture au patient seulement après l'expiration du délai de deux ans à compter de la date du traitement. Cela signifie pour l'assuré, qu'en tant que patient, il doit régler la facture du fournisseur de prestations mais qu'il ne peut plus faire valoir son droit au remboursement à l'encontre de son assureur-maladie, puisque son propre droit est déjà prescrit.

8 Pratique en présence de situations transfrontalières

Le nombre de cas présentant des éléments transfrontaliers (en particulier avec l'UE) augmente constamment. Tel a aussi été le cas durant l'année de référence. Les cas suivants illustrent les difficultés rencontrées dans ce genre de situations.

8.1 Principe du lieu de travail ou du lieu de domicile?

Cas 12

Une citoyenne de l'UE est venue s'installer chez son époux domicilié dans le canton du Tessin et a reçu des autorités compétentes un permis de séjour B. Elle n'a toutefois pas quitté son poste de travail, qu'elle occupait depuis longtemps, en Italie. Par conséquent, elle effectuait les trajets aller-retour entre la Suisse et l'Italie, en tant que frontalière. Pour des raisons encore inconnues, elle a conclu en Suisse une assurance obligatoire des soins. Lorsqu'elle a appris que, malgré la prise de domicile en Suisse, elle n'était pas soumise au régime obligatoire suisse parce qu'elle était encore affiliée au système social italien d'assurance des soins en raison de son activité professionnelle, elle a tenté en vain d'annuler rétroactivement les rapports d'assurance.

Une telle configuration, soit un domicile en Suisse et un lieu de travail dans un pays de l'UE, est rare et conduit de manière récurrente à des complications et des malentendus.

A l'annexe II de 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 (ALCP), il est fait référence à la coordination des assurances-maladie et, en ce qui concerne le droit applicable, il est renvoyé au règlement n° 883/2004. Ce règlement vaut pour toutes les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'UE, depuis le 1er avril 2012.

L'art. 11 al. 1 du règlement n° 883/2004 précise qu'une personne est toujours soumise à la législation en matière de sécurité sociale d'un seul Etat membre, étant

donné qu'en Suisse comme dans l'UE, une double assurance est exclue.

En outre, les règles de coordination reposent sur le principe du lieu de travail (art. 11 al. 3 let. a du règlement n° 883/2004). Cela signifie qu'un ressortissant d'un Etat membre de l'UE ou de la Suisse est soumis à l'obligation d'assurance de l'Etat où il exerce son activité professionnelle et cela même s'il réside dans un autre Etat. Ce principe du lieu de travail s'oppose au principe du lieu de domicile, lequel est valable selon la loi fédérale suisse sur l'assurance-maladie (LAMal).

Bien que la ressortissante italienne, en tant que travailleuse en Italie avec domicile dans le canton du Tessin, fût soumise au principe du lieu du travail, conformément aux règles de coordination, et pas au principe du domicile valable en Suisse, il a fallu une intervention de notre office de médiation pour que l'assureur-maladie suisse la laisse partir.

Nous avons pu convaincre l'assureur de la validité du principe du lieu de travail en lui fournissant l'attestation S1, le certificat de travail de l'employeur italien et les extraits de l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS), dont ressortait notamment le paiement des cotisations d'assurance-maladie à l'Etat italien. Seulement à réception de tous ces documents, l'assureur a été prêt à annuler la police d'assurance de la ressortissante italienne et à lui rembourser les primes payées à tort conformément à l'art. 25 al. 3 LPGA.

Cas 13

Une assurée domiciliée en Suisse nous a communiqué qu'elle allait prochainement percevoir une rente de vieillesse de l'Allemagne. A ce titre, elle serait assurée contre le risque de maladie en Allemagne. Elle voulait qu'on lui indique si elle était autorisée à exercer une activité à temps partiel en Suisse (30 % - 50 %), sans être doublement assurée.

Les règles de coordination reposent sur le principe du lieu de travail (art. 11 al. 3 du règlement n° 883/2004; cf. cas 12 du présent rapport annuel). Sur la base de

ce principe, les retraités sont obligés de s'assurer dans l'Etat où ils perçoivent une rente (art. 24 al. 2 let. a du règlement n° 883/2004).

L'art. 31 du règlement n° 883/2004 règle le cas où le bénéficiaire d'une rente exerce en même temps une activité rémunérée : l'activité rémunérée a toujours la priorité lors de l'examen des dispositions applicables. L'octroi d'une rente en sus ne change rien à la subordination. En ce sens, l'art. 31 du règlement n° 883/2004 prévoit que les dispositions ne sont pas applicables aux titulaires d'une rente lorsqu'ils sont assujettis à la législation d'un Etat sur la base d'un emploi ou d'une activité non salariée. Cela vaut pour tous les types de rentes (par ex. de vieillesse, d'invalidité, etc.).

Par conséquent, dans le cas d'espèce, les points suivants sont déterminants:

En raison de l'allocation d'une rente par l'Allemagne depuis le printemps 2017, l'assurée est soumise à une obligation de s'assurer contre le risque de maladie dans cet Etat. Du moment qu'elle exerce une activité à son lieu de domicile en Suisse, elle est soumise à l'obligation de s'assurer en Suisse.

Si un jour l'assurée acquiert le droit à une rente AVS en Suisse en raison de cette activité et continue d'y habiter, elle sera toujours soumise à l'obligation d'assurance en Suisse. En effet, les retraités, qui sont titulaires d'une rente de l'Etat de résidence (art. 23 du règlement n° 883/2004), sont tenus de s'assurer dans ce même Etat. Le montant de la rente et la période de cotisation ne sont pas déterminants. Même des rentes peu importantes peuvent fonder une obligation d'assurance.

8.2 Perception des prestations dans un pays de l'UE

Cas 14

Un ressortissant suisse, bénéficiaire d'une rente AVS, domicilié en Espagne, avait été victime d'un accident. Il était tombé chez lui et s'était blessé au pied. Comme il

ressentait d'importantes douleurs, il s'était rendu à l'hôpital public le plus proche de son domicile. Là-bas, on ne lui avait pas constaté de fracture. C'est pourquoi le médecin s'était limité à bander le pied à angle droit. En outre, il lui avait recommandé de maintenir son pied au repos pendant deux semaines. Deux jours plus tard, le bandage s'est desserré et l'assuré ne pouvait toujours pas bouger le pied. Comme il craignait une déchirure d'un tendon ou musculaire, il a consulté sur place un médecin orthopédiste qui ne soignait que des patients privés (médecin privé). Celui-ci lui a conseillé de se soumettre à une IRM, laquelle a été pratiquée trois jours plus tard dans une clinique privée, car apparemment l'hôpital public ne disposait pas de l'infrastructure nécessaire. Finalement, le pied a été pourvu d'un plâtre.

L'hôpital public a reconnu la carte d'assurance suisse et a adressé sa facture à l'institution d'entraide en matière d'assurance en Espagne, alors que le médecin privé et la clinique privée refusaient la carte. Le retraité a donc dû payer lui-même la note d'honoraires correspondante. Il voulait qu'on lui indique si la manière de procéder du médecin et de la clinique privée était légale.

Les personnes domiciliées en Espagne, titulaires d'une rente de la Suisse mais qui ne disposent pas d'un droit à une rente de l'Espagne, sont en principe soumises à l'assurance obligatoire des soins en Suisse. Elles peuvent se faire soigner aussi bien en Espagne qu'en Suisse.

En Suisse, elles ont le droit à toutes les prestations en nature (prestations médicales et pharmaceutiques) qui sont prévues par la législation suisse et remboursées conformément aux dispositions y relatives.

En Espagne, elles ont droit à toutes les prestations en nature prévues par la législation espagnole qui sont allouées selon les conditions et les tarifs légaux du pays. Afin de pouvoir bénéficier de telles prestations, elles doivent s'inscrire auprès de la " Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social " à leur lieu de domicile et, pour ce faire, présenter l'attestation S1 (jusqu'à présent le formulaire E 121). Celle-ci confirme que les personnes ont droit aux prestations en nature à la charge de l'assurance-maladie suisse. Cette attestation est délivrée par l'assureur-

maladie suisse. Les prestations sont allouées par l'institution d'entraide en matière d'assurance comme si les personnes concernées étaient assurées en Espagne. Elles sont assimilées à la population autochtone (cf. feuille d'information de l'Office fédéral des assurances sociales OFAS de juillet 2017).

Dans le cas concret, le retraité avait bénéficié, conformément aux indications de l'organe de liaison espagnol, de prestations d'un fournisseur de prestations privé. De telles prestations ne constituent pas des prestations obligatoires conformément à la législation espagnole en matière d'assurances sociales et ne sont donc pas prises en charge au titre de l'entraide en matière de prestations. Pour pouvoir mettre les prestations à la charge de l'institution d'entraide en matière d'assurance, l'assuré aurait dû consulter un fournisseur de prestations public.

En cas de refus de l'organe de liaison, il est possible de revendiquer subsidiairement une prestation complémentaire auprès de l'institution compétente (l'assureur-maladie suisse) selon le droit suisse (art. 36 al. 2 OAMal) conformément à la règle valable dans ce cas (SBVR Soziale Sicherheit, 3ème éd. - Eugster, n. 569).

L'art. 36 al. 2 OAMal exige toutefois un état d'urgence, condition qui selon nous n'était pas remplie dans le cas d'espèce, vu que l'assuré avait bénéficié des prestations du médecin orthopédiste (médecin privé) et de la clinique privée que plusieurs jours après les premiers soins reçus à l'hôpital public.

Une intervention auprès de l'assureur-maladie suisse n'aurait eu aucune chance de succès. Nous y avons donc renoncé.

Lucerne, le 18 avril 2018

Morena Hostettler Socha, médiatrice

FONDATION OFFICE DE MÉDIATION DE L'ASSURANCE-MALADIE

Conseil de fondation (état au 31.12.2017):

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
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 31.12.2017):

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 (départ le 01.05.17)	PD et docteur en droit , avocate
FELLMANN Fabienne (jusqu'au le 31.10.17)	MLaw, 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