

Office de médiation

de l'assurance-maladie

Rapport annuel '21

Table des matières

Avant-propos de la médiatrice	4
1 Office	5
2 Conseil de fondation	5
3 Chiffres	6
3.1 Entrées par matière	7
3.2 Entrées par branche d'assurance	8
3.3 Entrées par langue	9
3.4 Interventions de l'Office de médiation	10
3.5 Evolution des entrées (résumé)	11
4 Principes directeurs de la médiation	12
4.1 Quand l'Office de médiation est-il compétent pour traiter un cas ?	12
4.2 Quand l'Office de médiation n'est-il d'aucune aide pour les assurés ?	13
4.3 Qui peut recourir aux services de l'Office de médiation et comment procéder ?	13
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 ?	14
4.5 Que peuvent attendre les assurés de l'Office de médiation ?	14
4.6 L'Office de médiation peut-il influencer la politique d'entreprise des assureurs ?	14
5 De la pratique de l'Office de la médiation	16
5.1 Frais d'hospitalisation dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins .	16
5.1.1 Les bases légales	16
5.1.2 Quelques éclaircissements sur le remboursement des prestations hospitalières stationnaires	17
5.1.3 Mise en œuvre par des exemples concrets	18
Cas 1 : séjour stationnaire dans un hôpital répertorié	18
Cas 2 : la clinique n'est pas un établissement répertorié, mais elle est conventionnée	19
Cas 3 : indication médicale	20

Cas 4 : urgence	21
Cas 5 : hospitalisation hors canton et sans indication médicale	22
5.2 Les frais d'hospitalisation dans le cadre de l'assurance-complémentaire	22
Cas 6 : situation de vide contractuel	22
Cas 7 : tarif maximal et liste d'hôpitaux limitée	24
5.3 Etats de fait ayant un lien avec l'étranger	25
5.3.1 Cas hors UE/AELE	25
Cas 8 : urgence pendant les vacances en Australie	25
5.3.2 Pas d'entraide en matière de prestations pour les ressortissants de pays tiers	26
Cas 9 : couple russe résidant en Suisse	26
5.3.3 Cas à l'intérieur de l'UE/AELE	27
Cas 10 : urgence pendant les vacances en Espagne	27
5.4 Conclusions et recommandations	28
Office de médiation de l'assurance-maladie	29
Contact	30

Avant-propos de la médiatrice



Estimées lectrices et assurées, estimés lecteurs et assurés,

Durant l'année 2021, deux sujets ont particulièrement préoccupé les assurés : d'une part, le droit aux prestations en lien avec le COVID-19, d'autre part, les situations de vide contractuel dans le domaine de l'assurance complémentaire hospitalière.

Au sujet du COVID-19, nous renvoyons à notre contribution intitulée "Aus der Praxis der Ombudsstelle Krankenversicherung in Zeiten der COVID-19-Pandemie", in "Assurances sociales et pandémie de COVID-19", édité par Sylvie Pétremand, Stämpfli éditions SA, Berne 2021, p. 39 s.

Quant au second thème, il s'avère que d'autres problématiques sont apparues dans le contexte des traitements hospitaliers, en plus de l'absence de contrat dans le domaine de l'assurance complémentaire hospitalière. C'est pourquoi, nous avons décidé de mettre l'accent sur l'hospitalisation dans le présent rapport annuel.

J'espère que le rapport 2021 suscitera votre intérêt et vous adresse mes cordiales salutations.

Votre médiatrice

Morena Hostettler Socha

Lucerne, 26 avril 2021

1 Office

Les services de l'Office de médiation à Lucerne ont été délivrés durant l'année 2021 sous l'égide de la médiatrice (lic. iur. Morena Hostettler Socha, avocate), par six collaboratrices-juristes (Barbara Wörsching-Würmli [jusqu'au 28 février 2021], Lorena Tronto, Susanne Müller Ineichen, Caroline Maetzler, Caroline Stocker et Lukas Götz [à partir du 1^{er} mars 2021]) ainsi que par deux spécialistes en prestations (Charles Loréтан et Eliane Brechbühl). Au 31 décembre 2021, le taux d'occupation du personnel s'élevait à 630% postes.

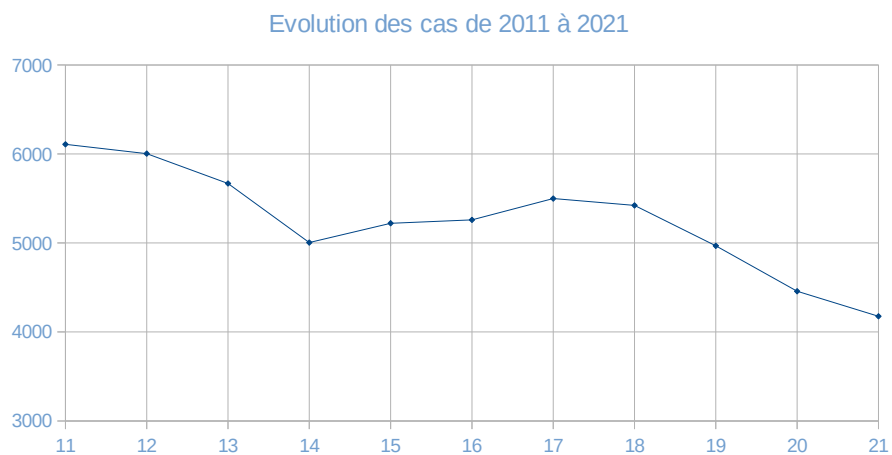
2 Conseil de fondation

Le Conseil de fondation s'est réuni à deux reprises pour des séances ordinaires, soit les 30 avril 2021 et 19 novembre 2021.

Le **30 avril 2021**, il approuva les comptes 2020 et le rapport annuel 2020. En outre, il procéda à sa réélection, la durée de son mandat arrivant à sa fin. Furent présents à la séance du 19 novembre 2021 les membres réélus du Conseil de fondation, à savoir Gabriella Chiesa Tanner, Nikolai Dittli et Jean-François Steiert ainsi que les nouveaux élus Andrea Azzola, Heinz Brand, Joy Demeulemeester et Ursula Schafroth Stoller qui participaient à leur première séance du Conseil de fondation. Ce dernier s'est constitué lui-même comme suit : Président : Heinz Brand et Vice-Présidente Gabriella Chiesa Tanner. Le Président sortant Markus Moser et le Vice-Président sortant Christoffel Brändli ainsi que la membre sortante Fabiola Monigatti ne sont plus représentés à une réélection. À cause de la pandémie, le Conseil de fondation a pris congé de ces personnalités au cours d'un repas et d'une visite culturelle suivant la séance de novembre.

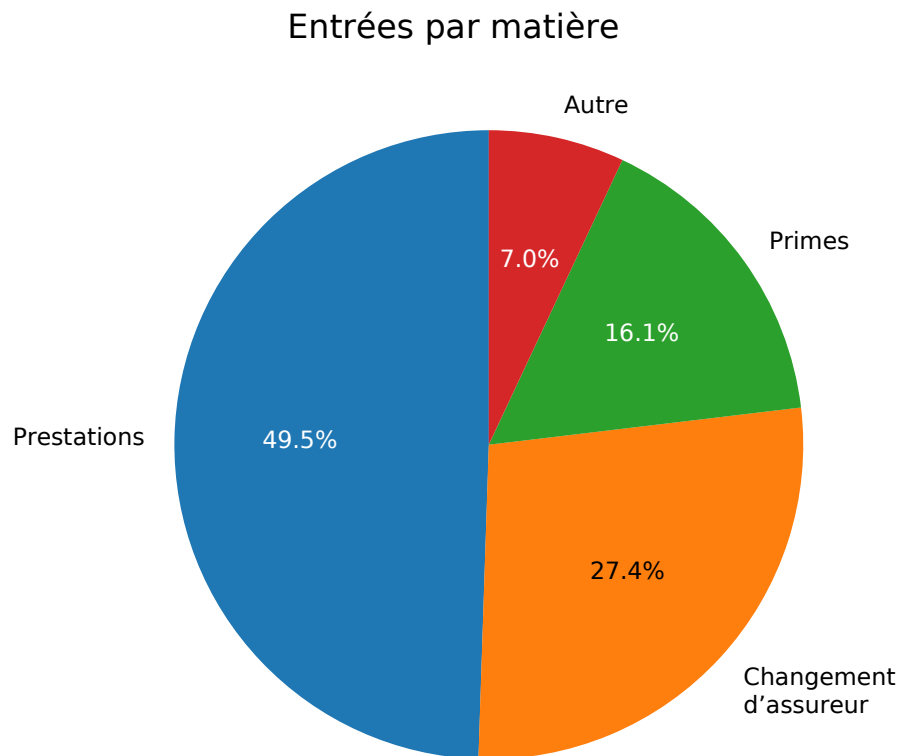
Le **19 novembre 2021** le Conseil de fondation s'est réuni pour la première fois dans sa nouvelle composition. Les discussions ont porté sur le budget 2022 et la gestion en cours de l'Office de médiation.

3 Chiffres



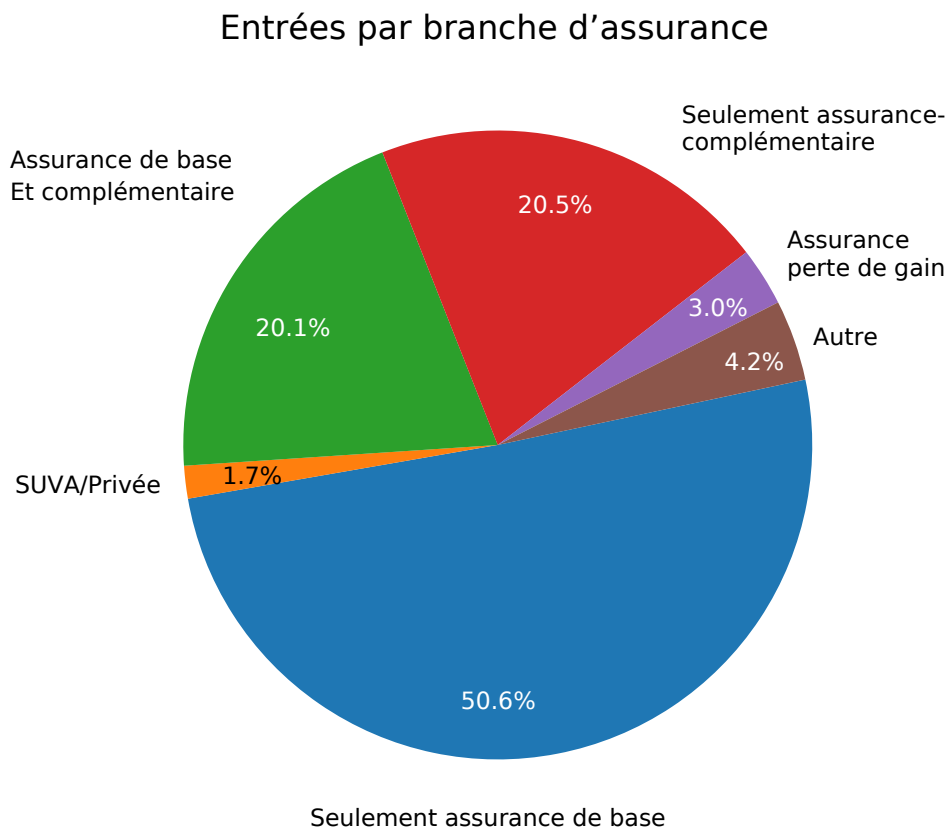
3.1 Entrées par matière

Au cours de l'exercice 2021, 4176 cas ont été soumis à l'Office de médiation (2020 : 4457), ce qui représente une baisse d'environ 6% par rapport à l'année précédente. La répartition par matière se présente de la manière suivante : 2133 dossiers concernaient les prestations d'assurance (2020 : 2160), 1090 étaient en rapport avec la conclusion d'une assurance ou le changement d'assureur (2020 : 1197) et 557 avaient pour thème les primes/contributions (2020 : 704). Les 313 cas restants portaient sur des questions d'ordre général (2020 : 305).



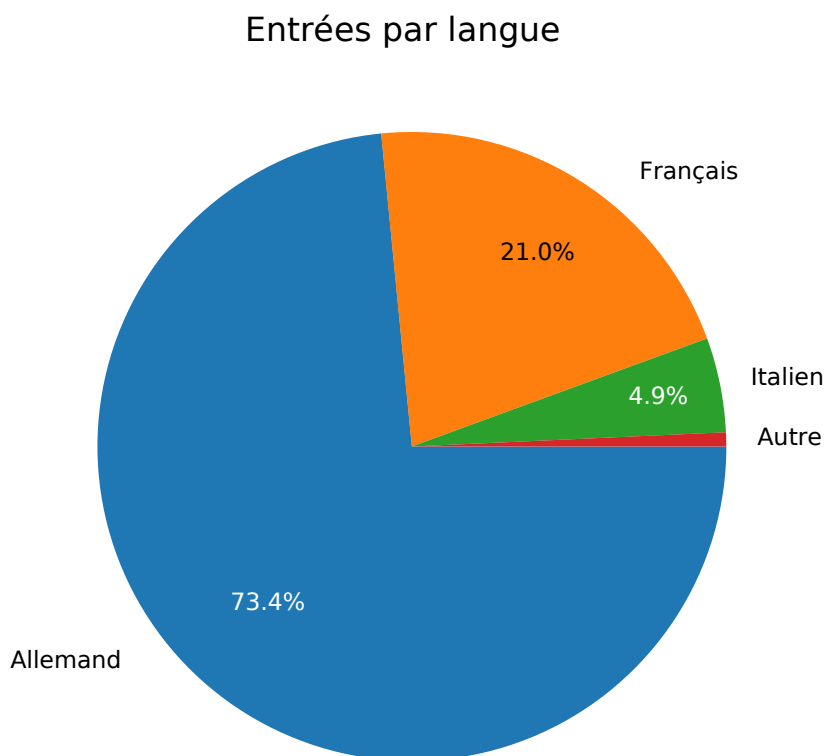
3.2 Entrées par branche d'assurance

2224 cas concernaient uniquement l'assurance de base (2020 : 2253), 769 uniquement les assurances complémentaires (2020 : 912) et 855 concernaient ces deux branches d'assurance (2020 : 894). 98 cas concernaient l'assurance indemnités journalières (2020 : 134). Dans 67 cas, nous avons dû adresser les assurés à l'Office de médiation de l'assurance privée et de la SUVA (2020 : 75). Les 163 cas restants ont porté sur des questions de nature générale, parfois même sans rapport avec l'assurance-maladie.



3.3 Entrées par langue

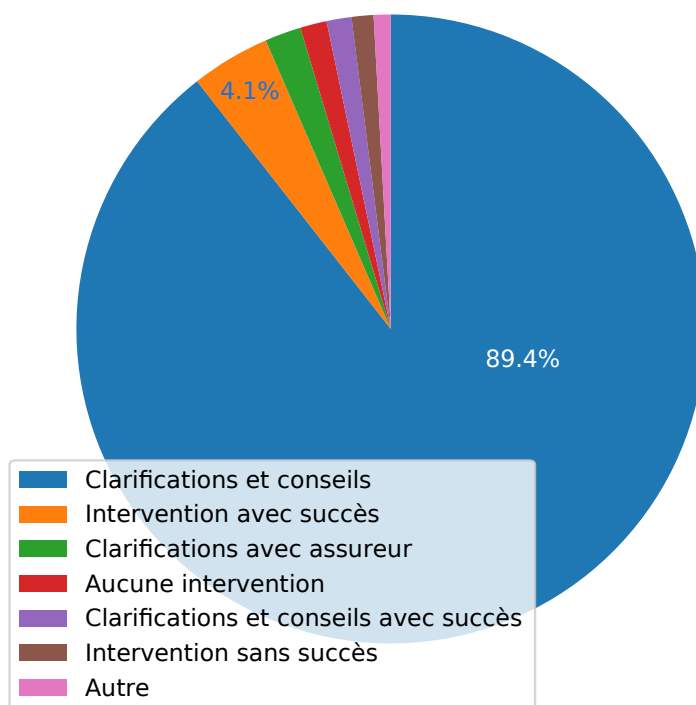
3067 requêtes ont été adressées à l'Office de médiation en allemand (2020 : 3283), 876 en français (2020 : 940), 203 en italien (2020 : 204) et 30 dans d'autres langues, principalement en anglais (2020 : 30).



3.4 Interventions de l'Office de médiation

Dans 3844 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 intervention chez l'assureur (2020 : 3986). Dans 239 cas, l'office de médiation est intervenu auprès des assureurs concernés en formulant une requête (2020 : 231), laquelle a été acceptée dans 185 cas (2020 : 181), ce qui représente un taux de réussite de plus de 77%. Dans 40 cas, 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 (2020 : 61). Dans 53 cas, nous avons pu expliquer la situation juridique aux assurés de manière à ce qu'ils puissent régler eux-mêmes leur différend avec l'assureur (2020 : 57).

Interventions de l'Office de médiation



3.5 Evolution des entrées (résumé)

La tendance à la baisse des entrées constatée en 2020 s'est maintenue en 2021. Il y a plusieurs raisons à cela.

D'une part, les primes n'ont augmenté que modérément au cours de l'exercice 2021 et en raison de la pandémie, les courtiers n'ont pas été aussi actifs que les années précédentes, ce qui a entraîné moins de changements d'assureur et moins de problèmes associés (par exemple : double assurances, réticences, etc.).

D'autre part, les assureurs examinent de plus près le travail effectué par les courtiers. En général, les assureurs semblent accorder plus d'attention à la qualité du conseil. En plus des séminaires de formation proposés aux courtiers, beaucoup d'assureurs ont adhéré à l'organisation de la branche "Intermieux" qui garantit aux assurés plus de qualité et de transparence grâce à des mesures contraignantes. Les assureurs signataires s'engagent à ne travailler qu'avec des courtiers extérieurs, qui renoncent à l'acquisition par téléphone et se soumettent aux standards imposés. Les normes régissant cet accord, ainsi que celles définissant les sanctions et la procédure sont en vigueur depuis le 1er janvier 2021.

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 personnes 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 toujours claire. D'après l'acte de fondation et le règlement s'y rapportant, la principale tâche de l'Office de médiation consiste à dissiper les malentendus entre les assureurs et leurs assurés ainsi qu'à trouver des solutions en cas de divergence d'opinions.

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 du 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). 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 de droit public 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 assureurs 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 classifié en regard du tarif approuvé.
- En cas d'intervention problématique de démarcheurs en assurance indépendants, dont l'assureur ne répond pas. Dans tous ces cas, l'Office de médiation se borne à dispenser oralement de courts renseignements et des conseils.

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

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

L'Office de médiation est également toujours plus souvent sollicité par des fournisseurs de soins et des services sociaux, qui intercèdent en faveur de patients ou d'utilisateurs 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 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 fiduciaires qui facturent leurs services à leurs clients.

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 SUVA à Zurich 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 aide 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 individuels et s'appuie sur le droit en vigueur. L'Office de médiation n'est pas une autorité de surveillance des assureurs 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, 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 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 De la pratique de l'Office de la médiation

Le fonctionnement et l'efficacité de notre Office de médiation seront illustrés ci-après sous la forme de résumés succincts de cas choisis qui nous ont occupés tout au long de l'année 2021. 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.

5.1 Frais d'hospitalisation dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins

5.1.1 Les bases légales

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des séjours hospitaliers correspondant au standard de la division commune (art. 25 al. 2 let. e LAMal).

Les assurés doivent participer aux coûts des prestations dont ils bénéficient. En cas de traitement hospitalier, la participation aux coûts se compose de la franchise annuelle choisie par la personne assurée, de la quote-part de 10% des coûts dépassant la franchise et de la contribution journalière aux frais de séjour hospitalier d'un montant actuel de CHF 15.00 (cf. art. 64 al. 1, 2 et 5 LAMal en relation avec l'art. 104 al. 1 OAMal). La personne assurée reçoit un décompte de prestations correspondant de la part de l'assureur.

Aux termes de l'art. 39 al. 1 LAMal, les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis notamment s'ils figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats.

Conformément à l'art. 41 al. 1bis LAMal, en cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). En cas de traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence (art. 49a al. 1 LAMal). La part cantonale doit s'élever à 55% au moins (cf. art. 49a al. 2ter LAMal) et le canton de résidence verse en général cette part directement à l'hôpital (cf. art. 49a al. 3 LAMal).

Conformément à l'art. 49a al. 4 LAMal, les assureurs peuvent conclure avec les hôpitaux non répertoriés, mais qui remplissent les conditions fixées aux art. 38 et 39 al. 1 let. a à c et f LAMal, des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'assurance obligatoire des soins. Pour désigner ces hôpitaux, on emploie couramment les termes d'hôpitaux conventionnés. S'agissant de la rémunération de leurs prestations, elle ne peut être plus élevée que la part que devrait verser l'assureur si le choix s'était porté sur un hôpital figurant sur la liste cantonale. Autrement dit, l'assureur prend en charge 45% maximum des coûts d'hospitalisation. Le canton de résidence ne participe pas aux coûts résiduels. Les hôpitaux peuvent dans ce cas certain fois réduire le montant de leur facture.

Si la personne assurée choisit un hôpital qui n'est pas répertorié, ni conventionné, alors elle n'a aucun droit à des prestations à l'égard de l'assureur ou du canton.

5.1.2 Quelques éclaircissements sur le remboursement des prestations hospitalières stationnaires

Le système tarifaire SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) s'applique depuis le 1er janvier 2012 dans toute la Suisse au remboursement des prestations hospitalières stationnaires pour les soins somatiques aigus. Il repose sur des forfaits par cas. Dans le domaine psychiatrique, c'est le système tarifaire TARPSY qui s'applique depuis le 1er janvier 2018, lequel se fonde également sur un système forfaitaire par cas.

Dans un système DRG (Diagnosis Related Groups), les cas de traitement sont rassemblés en groupes qui sont aussi homogènes que possible selon des critères médicaux et économiques. Chaque hospitalisation est attribuée à un tel groupe de cas (DRG) sur la base de critères médicaux (diagnostic, traitement, etc.) et autres (âge de la patiente ou du patient, etc.). Ces groupes de cas sont identiques dans toute la Suisse.

Le champ d'application des groupes de cas SwissDRG comprend la rémunération de tous les séjours stationnaires dans les hôpitaux de soins somatiques aigus, les services de soins aigus et les maisons de naissance, ainsi que la rémunération de tous les traitements palliatifs stationnaires. La liste cantonale des hôpitaux renseigne sur les mandats de prestations d'un hôpital.

Le remboursement en fonction du groupe de cas résulte d'une multiplication entre un facteur de pondération des coûts et un prix de base (baserate) :

$$\text{Coût total du séjour hospitalier} = \text{facteur de pondération} \times \text{prix de base (baserate)}$$

Le facteur de pondération (cost-weight) d'un groupe de cas reflète les coûts relatifs moyens du traitement, c'est-à-dire en comparaison avec les autres groupes de cas représentés dans la structure tarifaire. Les facteurs de pondération sont calculés sur la base des coûts par cas des hôpitaux sélectionnés.

Le prix de base (baserate) est une sorte de valeur moyenne pour les traitements hospitaliers dans un établissement donné. Les prix de base peuvent varier d'un hôpital à l'autre. Le prix de base est convenu par les partenaires tarifaires (assureurset fournisseurs de prestations) et approuvé par le canton compétent. Si les partenaires ne parviennent pas à s'accorder sur un prix de base, ce dernier est fixé par le canton.

Le catalogue des forfaits par cas en vigueur pour les soins somatiques est accessible au public : [catalogue des forfaits par cas¹](#). Ce catalogue donne également des informations sur les éventuels suppléments et déductions.

Les prix de base également peuvent être consultés sur le site Internet de chaque canton de résidence concerné (par ex. pour le canton de Lucerne : [prix de base²](#)).

La durée d'hospitalisation joue un rôle important dans le décompte des coûts, afin de tenir compte du degré de gravité d'un cas. Selon SwissDRG, elle est calculée selon la formule suivante :

$$\text{Durée du séjours en jours} = \text{date de sortie} ./ \text{date d'entrée} ./ \text{éventuels jours de congé}$$

Il s'ensuit que sont considérés comme jours de séjour le jour d'admission ainsi que tous les

1. <https://www.swissdrg.org/de/akutsomatik/swissdrg-system-1002021/fallpauschalenkatalog>

2. <https://gesundheit.lu.ch/themen/gesundheitsversorgung/spitalfinanzierung/tarife/referenztarife>

autres jours d'hospitalisation, à l'exception du jour de transfert, de décès ou de sortie. Les jours de congé complets ne comptent pas non plus dans la durée de séjour (cf. art. 3 let. c-e OCP [= ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie]).

5.1.3 Mise en œuvre par des exemples concrets

Cas 1 : séjour stationnaire dans un hôpital répertorié

L'assuré avait uniquement souscrit, depuis plusieurs années, l'assurance obligatoire des soins avec une franchise de CHF 300 et libre choix du médecin. Au cours de l'année 2021, il a dû se soumettre à une opération et a séjourné quatre jours dans la division commune d'un hôpital de son canton de domicile. Quelques semaines plus tard, il a reçu un décompte de prestations de son assureur, dont il ne savait pas quoi penser. C'est pourquoi il a demandé une copie de la facture de l'hôpital à son assureur. Ce dernier a refusé en indiquant à l'assuré qu'il devait s'adresser directement au fournisseur des prestations, ce que l'assuré a fait. Celui-ci s'est ensuite adressé à l'Office de médiation pour savoir si la démarche de l'assureur était conforme au droit. En même temps, il nous a demandé de l'aider à vérifier la facture de l'hôpital et le décompte de prestations.

Conformément à l'art. 42 al. 3 LAMal, le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. Dans le système du tiers payant (à savoir quand le fournisseur de prestations envoie directement la facture à l'assureur), la personne assurée reçoit une copie de la facture envoyée à l'assureur. Par conséquent, dans le cas concret, l'hôpital était légalement tenu d'envoyer une copie de la facture à l'assuré. Dans cette mesure, le renvoi de l'assureur était correct.

La vérification de la facture de l'hôpital

Pour que l'assuré puisse vérifier le décompte de l'assureur, il doit d'abord obtenir de celui-ci, par écrit, les informations suivantes :

- Quel groupe de cas a été pris en compte ?
- Quel facteur de pondération des coûts a été appliqué ?
- Quel prix de base a été pris en compte ?

Dans le cas d'espèce, le montant facturé avait été calculé comme suit :

Coût total du séjour hospitalier = facteur de pondération x prix de base

En outre, il faut tenir compte de la durée de l'hospitalisation (en l'espèce sans jours de congé) :

Durée du séjours en jours = date de sortie ./ date d'entrée

Nous avons vérifié ces calculs sur la base du catalogue des forfaits par cas et en observant les "Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG et TARPSY", version mars 2020, valable à partir du 1er janvier 2021 et des tarifs LAMal contenus dans l'ordonnance du canton de résidence de l'assuré.

Nous renonçons à donner davantage de détails à ce propos, car de tels calculs nécessitent de grandes connaissances spécialisées. Si les assurés souhaitent examiner de plus près leurs factures d'hôpital, ils sont tributaires du soutien de l'assureur.

En résumé, les calculs du fournisseur de prestations ne prêtaient pas le flanc à la critique en l'espèce.

Sur le total des frais d'hospitalisation, l'assureur a pris en charge 45% de la facture et le canton de résidence les 55% restants.

En ce qui concerne le décompte des prestations, nous avons constaté que l'assureur avait correctement facturé à l'assuré la franchise annuelle convenue de 300 CHF, la quote-part de 10% des coûts dépassant la franchise ainsi que la contribution journalière aux frais de séjour hospitalier de 15 CHF. En particulier, la participation aux frais était également facturée dans le bon ordre.

A ce sujet, nous renvoyons à un arrêt du Tribunal fédéral du 14 mai 2019 (9C_716/2018), selon lequel la contribution aux frais d'hospitalisation doit d'abord être imputée sur la facture de l'hôpital et ce n'est qu'ensuite que la franchise annuelle et la quote-part doivent être prises en compte. Si cet ordre n'est pas respecté, alors l'assuré doit encore payer la quote-part sur le montant de sa contribution aux frais d'hospitalisation, ce qui, selon le Tribunal fédéral, ne correspond pas au sens et au but des dispositions de l'article 64 LAMal.

S'agissant de la durée de l'hospitalisation, il sied encore de mentionner que les forfaits Swiss-DRG ne tiennent pas compte du jour de sortie, alors que l'ancien art. 104 al. 1 OAMal (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021) prévoyait la perception de la contribution de 15 CHF aux frais d'hospitalisation également pour le dernier jour du séjour hospitalier. Cette incohérence a été supprimée au 1er janvier 2022 (cf. art. 104 al. 1bis lit. a OAMal). Dans le cas concret, ladite correction était arrivée trop tard pour l'assuré, la nouvelle disposition n'étant pas applicable rétroactivement.

Cas 2 : la clinique n'est pas un établissement répertorié, mais elle est conventionnée

Une assurée vaudoise nous a appelés pour se plaindre du fait que son assureur LAMal actuel refusait de lui garantir la prise en charge d'une opération au genou gauche (y compris l'hospitalisation), parce qu'il n'avait pas conclu de convention avec la clinique choisie. L'assurée ne comprenait pas cette décision de refus, en particulier parce que, l'année précédente, son assureur de l'époque avait pris en charge les coûts pour la même intervention (au genou droit).

Il est ressorti de nos investigations que la clinique privilégiée par l'assurée ne figurait pas sur la liste des hôpitaux de son canton de résidence. Il s'agissait d'un établissement privé avec lequel les assureurs pouvaient, s'ils le souhaitaient, conclure une convention conformément à l'art. 49a al. 4 LAMal. C'est ce que l'on appelle, le cas échéant, un hôpital conventionné.

Dans le cas des hôpitaux conventionnés, la part cantonale tombe. Il s'ensuit que l'assureur prend en charge 45% au maximum des frais qu'il aurait dû payer si le choix s'était porté sur un hôpital de la liste cantonale des hôpitaux. Le reste des coûts doit être supporté par la personne assurée ou pris en charge son assurance complémentaire.

En l'espèce, l'ancien assureur avait conclu une convention avec l'établissement concerné, raison pour laquelle il avait pris en charge les coûts de l'intervention au genou droit à hauteur de 45% dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, alors qu'aucune convention n'avait été conclue entre ledit établissement et l'assureur actuel. Par conséquent, la décision de refus de ce dernier n'était pas critiquable sous l'angle des prestations LAMal. Nous avons alors communiqué à l'assurée que si elle maintenait son choix d'être hospitalisée dans la clinique en question, elle ne pourrait faire valoir aucune prétention dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, ni auprès de son assureur, ni auprès du canton. Elle devrait assumer elle-même les coûts. Il ne lui restait pas d'autres solutions que de changer d'assureur pour la prochaine échéance possible, pour autant que l'opération puisse attendre ou effectuer l'opération dans un hôpital de la liste cantonale.

Ce cas illustre bien qu'il ne faut pas partir du principe que, dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins, il n'y a pas de différence en matière de prise en charge des coûts en fonction des assureurs.

C'est pourquoi, nous déconseillons vivement aux assurés de changer d'assureur lorsque – comme dans le cas d'espèce – deux interventions chirurgicales sont prévues à quelques mois d'intervalle et que l'assureur a déjà pris en charge les coûts de la première opération. Un changement d'assureur est aussi à éviter lorsqu'une garantie de prise en charge des coûts d'une intervention planifiée a déjà été accordée par l'assureur actuel.

Cas 3 : indication médicale

Le traitement nécessaire à l'assuré n'avait pas pu être pratiqué dans l'hôpital de son canton de résidence, mais dans un hôpital hors canton qui ne figurait donc pas sur la liste des hôpitaux du canton de résidence mais qui figurait sur celle du canton où se situait l'hôpital choisi. L'indication médicale était manifestement donnée. L'assuré voulait qu'on lui indique s'il devait s'attendre à ce que certains frais ne soient pas couverts. Il était uniquement assuré au titre de l'assurance obligatoire des soins.

Les hospitalisations stationnaires hors canton sont soumises à autorisation, c'est pourquoi une procédure de garantie de prise en charge des coûts doit être menée au niveau cantonal (cf. art. 41 al. 3, dernière phrase, LAMal). En règle générale, le médecin traitant contacte le médecin cantonal, lequel vérifie la nécessité sur le plan médical dans le cadre de la procédure de garantie de prise en charge des coûts et, le cas échéant, approuve l'intervention.

Si le besoin médical est établi, le fait que le tarif de l'hôpital hors canton est plus élevé que le tarif de référence du canton de résidence ne joue aucun rôle. Conformément à l'art. 49a LAMal, les coûts du traitement hospitalier sont répartis proportionnellement entre le canton de résidence (max. 55%) et l'assureur (max. 45%). Il n'y a donc pas de frais pour la personne assurée à l'exception des participations aux coûts habituelles (franchise, quote-part de 10% et contribution journalière hospitalière).

Nous en avons informé l'assuré.

Le résultat aurait été différent si l'assuré avait pu se soumettre à l'opération dans un hôpital répertorié de son canton de résidence, mais que, pour des raisons personnelles, il avait préféré l'hôpital situé en dehors du canton, en d'autres termes s'il n'y avait pas eu d'indication médicale pour un traitement hors canton. Dans un tel cas, si le tarif de l'hôpital externe est plus élevé que le tarif de référence du canton de résidence, la différence de coûts est à la charge du patient, respectivement de son assurance complémentaire. En effet,

la couverture maximale des frais correspond toujours aux coûts qu'un traitement aurait engendré s'il avait été pratiqué dans un hôpital répertorié du canton de résidence de la personne assurée.

Cas 4 : urgence

Un retraité avait été victime d'un grave accident sur une piste de ski pendant ses vacances de sport d'hiver en dehors de son canton de résidence. Il avait été transporté d'urgence vers l'hôpital le plus proche, où il avait été opéré. Son épouse s'inquiétait des coûts, étant donné qu'il n'avait conclu aucune assurance d'hospitalisation ou autre assurance complémentaire. Elle voulait savoir si l'assureur couvrirait tous les frais liés à l'accident.

En cas d'accident de personnes qui ne sont pas assurées en vertu de la loi sur l'assurance-accidents (en particulier les personnes sans activité lucrative comme les retraités par exemple), les dispositions de la LAMal, et par conséquent l'obligation de contribution du canton de résidence selon l'art. 41 al. 3 LAMal, sont applicables. Selon cette disposition, l'assureur et le canton de résidence prennent à leur charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a LAMal si, pour des raisons médicales, l'assuré se soumet à un traitement hospitalier fourni par un hôpital non répertorié du canton de résidence. En principe, une autorisation du canton de résidence est nécessaire, à l'exception du cas d'urgence.

Par conséquent, en cas d'urgence, aucune procédure de garantie de prise en charge des coûts n'est nécessaire sur le plan cantonal. Toutefois, si le canton de résidence le souhaite, le formulaire afférent à la procédure de garantie de prise en charge des coûts peut être utilisé, afin de déterminer s'il s'agit ou non d'une urgence. Dans ce cas, le formulaire doit être transmis au Canton dans un délai raisonnable après l'hospitalisation du patient. Il incombe à l'hôpital en question de prouver qu'il y avait une situation d'urgence.

Il y a un cas d'urgence lorsque l'état de la personne à soigner ne permet pas de la transporter dans un hôpital figurant sur la liste des hôpitaux du canton de résidence pour la fourniture de la prestation concernée. L'urgence perdure aussi longtemps qu'un rapatriement dans un hôpital figurant sur la liste des hôpitaux du canton de résidence n'apparaît pas judicieux pour des raisons médicales.

Dans le cas d'espèce, nos investigations ont montré que l'hôpital se trouvait sur la liste du canton de son lieu d'activité et que le tarif était inférieur à celui de référence en vigueur dans le canton de résidence de l'assuré. Aussi, une couverture des coûts complète était assurée pour ce séjour hospitalier.

Comme il s'agissait en l'occurrence d'un cas d'urgence, même un tarif plus élevé que celui de référence dans le canton de résidence aurait conduit à une couverture intégrale des coûts. La seule différence, par rapport à une situation impliquant un tarif inférieur, réside dans le fait que le canton de résidence peut exiger la preuve qu'il y avait effectivement urgence lorsque le tarif du fournisseur de prestations est plus élevé. S'il n'y avait pas urgence, alors le canton de résidence n'aurait pas à prendre en charge les coûts qui dépassent son propre tarif de référence. Le solde des coûts seraient à la charge de la personne assurée ou, le cas échéant, d'une assurance complémentaire.

Nous en avons informé l'épouse. Nous avons également attiré son attention sur le fait que le transfert de son conjoint à l'hôpital coûterait à celui-ci encore quelques frais car l'assurance obligatoire des soins ne couvre que 50% des frais de transport. A ce propos, il

faut distinguer entre le transport de malades et le sauvetage. Dans le premier cas, les frais sont plafonnés à CHF 500.00 par année civile, alors que, dans le second, ils sont limités à CHF 5000.00 par an. En l'absence d'assurance complémentaire, les frais de transport ou de sauvetage non couverts sont à la charge de l'assuré.

Cas 5 : hospitalisation hors canton et sans indication médicale

Un père, agissant dûment pour son fils adulte souffrant de troubles psychiques, nous a demandé s'il était possible pour l'assurance obligatoire des soins de refuser de prendre en charge les frais d'un séjour stationnaire en clinique. Son fils avait opté pour une clinique hors canton que son psychiatre lui avait recommandée, au motif qu'elle proposait une thérapie parfaitement adaptée à son affection psychique.

En l'occurrence, nous avons constaté que la clinique psychiatrique hors canton ne figurait pas sur la liste des hôpitaux du canton de résidence, ni sur celle du canton où se trouvait l'hôpital choisi. Par conséquent, aucun tarif de référence cantonal ne pouvait trouver application. Le tarif de référence est le prix fixé forfaitairement pour une prestation médicale dans le canton.

Malheureusement, l'assureur n'avait pas conclu, avec cette clinique, de convention au sens de l'art. 49a al. 4 LAMal. Il n'était donc pas tenu de prendre en charge des coûts.

Nous pouvions seulement recommander au père de prendre contact avec la clinique afin de fixer à nouveau le prix du séjour, le cas échéant avec le soutien de l'Organisation suisse des patients (OSP). A notre avis, les chances d'obtenir une réduction du prix étaient bonnes car la clinique n'avait manifestement pas rempli son devoir d'information envers l'assuré. En effet, il ne pouvait pas lui avoir échappé qu'elle ne figurait pas sur la liste cantonale des hôpitaux de son lieu d'activité, ni sur celle du lieu de résidence de l'assuré, et qu'elle n'avait pas conclu de contrat avec l'assureur en cause.

L'Office de médiation ne peut que continuer à conseiller aux assurés de demander à leur assureur une garantie de prise en charge écrite avant la planification d'une hospitalisation, afin d'éviter les mauvaises surprises.

5.2 Les frais d'hospitalisation dans le cadre de l'assurance-complémentaire

Cas 6 : situation de vide contractuel

Il convient d'abord de souligner que l'hôpital conventionné selon la LAMal n'a rien à voir avec une situation de vide contractuel dans le domaine de l'assurance complémentaire d'hospitalisation, même si dans les deux cas des négociations contractuelles ont lieu entre les fournisseurs de prestations et les assureurs. Dans le premier cas, il s'agit d'un hôpital avec lequel l'assureur a conclu une convention conformément à l'art. 49a al. 4 LAMal car il ne figure ni sur la liste des hôpitaux du canton de résidence ni sur celle du canton où il est situé. Dans le second cas, il s'agit d'un litige tarifaire entre le fournisseur de prestations et l'assureur dans le domaine de l'assurance complémentaire d'hospitalisation qui n'a temporairement pas pu être réglé. Le cas suivant en est un exemple :

Une assurée nous a communiqué qu'elle avait conclu une assurance complémentaire d'hospitalisation en division privée il y a plusieurs années. Elle était toujours partie du

principe qu'elle serait bien couverte en cas d'hospitalisation. Or elle devait maintenant constater que tel n'était pas le cas. Elle nous a dit qu'elle devait se faire opérer dans trois semaines et que le médecin traitant avait déjà pris toutes les dispositions dans l'hôpital souhaité lorsque celui-ci l'a appelée pour lui dire qu'il n'y avait pas de couverture pour la division privée. Les négociations tarifaires entre l'hôpital et l'assureur n'avaient pas abouti à un accord, conduisant ainsi à une situation de vide contractuel dans le domaine de l'assurance complémentaire d'hospitalisation. Pour les patients privés, cela signifiait que l'assureur ne prendrait pas en charge les coûts dépassant le forfait par cas selon SwissDRG. L'assurée avait alors le choix entre un traitement en division commune sans frais consécutifs ou un traitement en division privée, pour lequel elle devrait toutefois assumer elle-même les frais non couverts. L'assureur l'a en outre informée qu'elle recevrait une indemnité de 500 CHF par jour si elle optait pour la division commune.

Nous avons expliqué à l'assurée le contexte et attiré son attention sur le communiqué de presse de l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) du 17 décembre 2020 : La FINMA y constatait que les décomptes de prestations dans le domaine de l'assurance-maladie complémentaire manquaient souvent de transparence et qu'ils apparaissaient en partie infondés ou injustifiés. Elle attendait donc un controlling plus efficace de la part des assureurs afin de lutter contre de telles irrégularités. Elle demandait en outre aux assureurs de vérifier les contrats avec les fournisseurs de prestations et de les améliorer si nécessaire. Elle n'approuverait les nouveaux produits d'assurance complémentaire d'hospitalisation qu'à ces conditions.

En tant qu'autorité de surveillance, la FINMA a pour objectif d'endiguer l'explosion des coûts dans le secteur de la santé. Cet objectif pourrait être atteint par le biais de listes d'hôpitaux restrictives et de forfaits limités. En fait, les solutions contractuelles seraient le meilleur instrument pour offrir aux assurés une protection tarifaire à l'avenir.

Dans ce contexte, nous avons informé l'assurée que la négociation de nouveaux contrats entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (en général, il s'agit d'hôpitaux ou de cliniques) pouvait temporairement conduire à une situation de vide contractuel. Sa couverture d'assurance existait cependant indépendamment d'un contrat entre son assureur et le fournisseur de prestations. Elle avait dans tous les cas droit aux prestations qui lui ont été garanties conformément aux conditions générales d'assurance (CGA) de son assurance complémentaire d'hospitalisation, mais pas forcément dans l'hôpital souhaité.

Dans le cas concret, nous avons attiré l'attention de l'assurée sur le fait qu'elle n'avait pas uniquement à choisir entre les deux variantes que l'hôpital lui avait proposées, mais qu'elle avait encore d'autres options. Elle pouvait par exemple opter pour un autre hôpital qui figurait sur la liste des hôpitaux de son canton de résidence et qui n'était pas en situation de vide contractuel avec l'assureur en ce qui concernait l'assurance complémentaire d'hospitalisation. Une autre option était de se faire soigner dans un hôpital avec lequel l'assureur avait conclu une convention conformément à l'art. 49a al. 4 LAMal.

Nous avons conseillé à l'assurée de discuter des différentes possibilités avec son médecin traitant avant de se décider pour l'une d'entre elles. Ensuite, elle devrait s'adresser à son assureur et lui demander une garantie de prise en charge écrite pour l'hôpital choisi. De cette manière, elle pourrait se faire une idée claire des éventuels frais non couverts.

Cas 7 : tarif maximal et liste d'hôpitaux limitée

Une assurée devait se faire opérer prochainement. Elle avait conclu une assurance complémentaire d'hospitalisation avec division flexible dans les hôpitaux de soins aigus (valable dans le monde entier, accidents compris). Ensuite d'une demande téléphonique, l'assureur lui a indiqué qu'il paierait 4000 CHF pour l'intervention chirurgicale en division privée et 400 CHF par jour, respectivement 3000 CHF en division semi-privée et 300 CHF par jour. L'assurée nous a fait remarquer que ces montants ne couvraient de loin pas les coûts que l'hôpital souhaité avait indiqués dans son devis. L'assureur avait justifié sa décision par le fait que l'hôpital en question ne figurait pas sur sa liste. Si le spécialiste en charge de l'opération ne pratiquait que dans cet hôpital et que l'assurée ne voulait être opérée que par lui, alors celle-ci devait accepter que seule une partie des frais serait couverte, sauf en division commune. L'assurée trouvait la proposition de couverture de l'assureur inacceptable et nous a demandé si la réponse de celui-ci était correcte.

Les prestations des assurances complémentaires sont définies dans les conditions générales d'assurance (CGA) et (pour autant qu'elles existent) dans les conditions complémentaires des produits concernés.

L'examen des conditions d'assurance a montré que l'assureur avait intégré dans ses conditions complémentaires une limitation des prestations, selon laquelle un tarif maximal s'appliquait à certains hôpitaux. La disposition correspondante prévoyait que l'assureur pouvait fixer un tarif maximal s'il n'existait pas de réglementation contractuelle entre lui et l'hôpital de soins aigus. Ce tarif correspondait aux coûts maximaux pris en charge par l'assureur pour le séjour et le traitement. Les tarifs comparables reconnus pour les prestations supplémentaires LCA d'autres hôpitaux de soins aigus servaient de base au tarif maximal fixé. La liste des hôpitaux de soins aigus avec lesquels il n'existait pas de réglementation contractuelle ainsi que le tarif maximal fixé pouvaient être consultés sur le site Internet.

En cas d'application du tarif maximal, l'assureur a l'obligation de renseigner sur l'étendue des coûts pris en charge, et ce avant l'entrée à l'hôpital.

Pour l'hôpital souhaité par l'assurée, il n'y avait effectivement pas de réglementation avec l'assureur. Par conséquent, l'information sur le montant des frais pris en charge échappait à la critique.

L'offre des hôpitaux reconnus par l'assureur dans le canton de résidence de l'assurée était suffisante. Ce qui aurait été problématique, c'est si l'assureur avait proposé un produit pour lequel l'assurée n'avait aucune chance d'obtenir des prestations. Ce n'était pas le cas en l'espèce.

L'importante liste négative de l'assureur est à notre avis la raison de la faible prime de cette assurance complémentaire avec division hospitalière flexible. L'assureur veut manifestement protéger son produit contre les tarifs excessifs de certains hôpitaux.

5.3 Etats de fait ayant un lien avec l'étranger

5.3.1 Cas hors UE/AELE

Cas 8 : urgence pendant les vacances en Australie

L'épouse d'un assuré a dû se soumettre à une opération d'urgence pendant ses vacances en Australie. L'assureur lui a accordé la garantie de prise en charge des coûts avant l'intervention. A son retour, le couple a constaté, sur la base du décompte de prestations, que son assureur n'avait pas pris en charge la totalité des frais médicaux occasionnés. Sur demande, celui-ci leur a fait savoir que, de par la loi, il n'était pas tenu de prendre en charge plus du double des frais qui auraient été occasionnés par la même opération en Suisse. Le mari nous a demandé comment il était possible de savoir combien aurait coûté une telle opération en Suisse.

Selon l'art. 34 al. 2 let. a LAMal, en relation avec l'art. 36 al. 2 OAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des traitements effectués en urgence à l'étranger. Il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Il n'y a pas d'urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement. Pour les traitements d'urgence à l'étranger, l'assurance de base prend en charge les prestations jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse (art. 36 al. 4 OAMal).

En cas de traitement stationnaire, cela signifie que l'assureur prend en charge au maximum 90% des frais que cette hospitalisation aurait coûté en Suisse. Le pourcentage de 90% s'explique comme suit : Pour les séjours hospitaliers en division commune d'un hôpital suisse, le canton de résidence de la personne assurée prend en charge au moins 55% des frais hospitaliers (cf. art. 49a al. 2ter LAMal). Le solde des frais (= max. 45%) sont à la charge de la caisse-maladie (art. 49a al. 1 LAMal). Si le traitement hospitalier a lieu à l'étranger, le canton de résidence ne participe pas aux frais d'hospitalisation. Par conséquent, la caisse-maladie doit, sur la base de l'art. 36 al. 4 OAMal, prendre en charge au maximum 90% (= 2 x 45%) du montant que cette hospitalisation aurait coûté en Suisse.

Le système tarifaire SwissDRG est applicable au remboursement des prestations hospitalières stationnaires. Celui-ci repose sur des forfaits par cas (cf. explications au ch. 5.1.2. du présent rapport annuel).

Dans le cas concret, les calculs de l'assureur ne donnaient pas lieu à la critique.

Nous ne pouvions que signaler au mari que les frais non couverts de près de CHF 2'000.00 pourraient éventuellement être remboursés à son épouse par le biais d'une assurance voyage ou d'une assurance complémentaire couvrant les frais de traitement hospitalier à l'étranger.

5.3.2 Pas d'entraide en matière de prestations pour les ressortissants de pays tiers

Cas 9 : couple russe résidant en Suisse

Un couple russe s'est installé en Suisse durant l'été 2021. Le mari travaille pour une entreprise suisse et est assuré obligatoirement auprès d'un assureur reconnu en Suisse. L'épouse enceinte est soumise à l'assurance-maladie autrichienne (ÖGK) en raison de son activité professionnelle en Autriche. La grossesse arrivant à son terme, le couple s'est renseigné auprès de l'ÖGK sur la couverture des frais d'accouchement. Celle-ci leur a fait savoir par courriel que les frais seraient remboursés selon les tarifs suisses si ceux-ci étaient plus élevés que l'indemnité pour les coûts des soins prévue par la législation autrichienne. Le couple s'est en outre informé auprès de l'hôpital de son domicile suisse pour savoir si les frais d'accouchement étaient couverts. L'hôpital lui a assuré que tel était le cas. Après l'accouchement, il est revenu sur sa déclaration et a facturé au couple un montant de plus de 7000 CHF. Il a justifié ce revirement par le fait qu'une nouvelle réglementation de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) sur la prise en charge des coûts pour les ressortissants de pays tiers était en vigueur depuis le 1er juin 2021.

Les époux voulaient que nous leur disions si la communication de l'ÖGK devait être comprise comme une garantie de couverture intégrale des frais d'accouchement en Suisse. Si tel n'était pas le cas, ils voulaient alors savoir ce qu'ils pouvaient entreprendre vis-à-vis de l'hôpital, lequel était revenu, après l'accouchement, sur son information initiale concernant la couverture des coûts.

Le courriel de l'ÖGK, qui nous a été transmis, indiquait seulement que, conformément à la législation autrichienne, en cas d'hospitalisation prévue à l'étranger, 309 euros par jour (= indemnité pour les coûts des soins) étaient pris en charge pour les "auto-assurés". L'assureur avait apparemment déjà envoyé un renseignement tarifaire à l'institution d'entraide compétente suisse.

Nos investigations ont révélé que, dans une lettre d'information du 26 mars 2021 adressée aux fournisseurs de prestations, l'OFSP a informé de la procédure à suivre à l'avenir vis-à-vis des ressortissants d'Etats tiers non membres de l'UE/AELE qui se font soigner en Suisse avec la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) d'un pays de l'UE/AELE. Il en ressort que ces ressortissants de pays tiers ne peuvent bénéficier de prestations via la CEAM que s'ils sont membres de la famille d'un assuré de l'UE/AELE ou d'un ressortissant suisse. La raison en est que la Suisse n'a pas repris le règlement (UE) n° 1231/2010.

Lorsqu'un citoyen suisse ou un ressortissant de l'UE/AELE assuré dans un Etat de l'UE/AELE séjourne temporairement en Suisse et doit être hospitalisé, le décompte des prestations s'effectue via l'Institution commune LAMal (= institution d'entraide en matière de prestations). Dans ce cas, la caisse-maladie du pays de résidence doit prendre en charge la totalité des frais d'hospitalisation (= part cantonale d'au moins 55% et part de la caisse-maladie suisse d'au maximum 45% des frais d'hospitalisation), déduction faite d'une éventuelle participation aux frais due par l'assuré selon le droit suisse (art. 37 OAMal).

Dans le cas de l'épouse russe, l'entraide en matière de prestations ne s'appliquait toutefois pas. Il était certes probable que l'ÖGK ait envoyé la demande de tarif à l'Institution commune LAMal. Cette dernière avait toutefois dû rejeter cette demande, car il ne s'agissait pas d'un cas d'entraide en matière de prestations de l'UE/AELE. Pour cette raison, il fallait à notre avis s'attendre à ce que l'ÖGK ne rembourse à l'épouse que l'indemnité journalière

pour les coûts des soins selon le droit autrichien.

En ce qui concernait l'hôpital, nous avons recommandé au couple de demander une suspension de la procédure de recouvrement et d'attendre la réponse définitive de l'ÖGK. Si cette dernière ne prenait en charge que l'indemnité journalière pour les coûts des soins selon le droit autrichien, le couple pourrait encore s'adresser à l'organe de médiation pour le secteur hospitalier de leur canton de résidence. Le cas échéant, celui-ci pourrait intervenir auprès de l'hôpital pour demander un éventuel dédommagement ou au moins une réduction du montant de la facture pour l'information qui s'est finalement révélée erronée.

5.3.3 Cas à l'intérieur de l'UE/AELE

Cas 10 : urgence pendant les vacances en Espagne

L'assuré, de nationalité suisse, a été victime d'un grave infarctus du myocarde lors d'un séjour temporaire en Espagne, raison pour laquelle il a été immédiatement transporté en ambulance à l'hôpital et opéré sur place. Il y a passé neuf jours. La facture de l'hôpital s'est élevée à l'équivalent de 35'000 CHF. L'assuré s'est insurgé contre le remboursement d'un montant d'environ 25'000 CHF par son assureur car il ne couvrait qu'à peine 72% des coûts effectifs de l'intervention. Il ne pouvait pas comprendre cela. Enfin, il était bien connu que les frais médicaux en Espagne étaient nettement moins élevés qu'en Suisse.

Nous avons tout d'abord constaté que l'opération avait été effectuée dans un hôpital privé, de sorte qu'il n'y avait pas de place pour une coordination via les accords bilatéraux entre la Suisse et les États de l'UE/AELE.

La prise en charge des coûts s'effectuait uniquement par le biais de l'art. 34 al. 2 let. a LAMal en lien avec l'art. 36 al. 2 et al. 4 OAMal (cf. cas 8 du présent rapport annuel).

Une prise en charge des coûts selon l'art. 36 al. 4 OAMal implique que l'assurance obligatoire des soins doit prendre en charge au maximum 90% des frais d'hospitalisation (= 45% x 2) qui auraient été occasionnés en Suisse pour une hospitalisation en division commune. Les frais restants d'au moins 55%, qui auraient été pris en charge par le canton de résidence, tombent.

Comme le montant pris en charge nous paraissait également un peu bas, nous avons demandé à l'assuré qu'il se renseigne auprès de son cardiologue à l'hôpital cantonal sur le prix de l'intervention en Suisse. Celui-ci arrivait à la conclusion que dans le canton de résidence, les coûts de l'intervention et du transport (en division semi-privée) se seraient élevés à environ 50'000 – 60'000 CHF. Il recommandait un nouveau calcul selon le forfait par cas Swiss-DRG avec tous les diagnostics posés, afin de déterminer les coûts de manière équitable (par rapport à un traitement identique dans un hôpital de soins aigus en Suisse).

Sur la base du rapport de ce spécialiste, nous sommes intervenus auprès de l'assureur, qui a alors reconnu un code DRG (traitement complexe de soins intensifs) établi par l'hôpital cantonal, y compris une rémunération supplémentaire. L'ensemble des frais hospitaliers engagés en Espagne étaient ainsi couverts.

5.4 Conclusions et recommandations

Avant de planifier un séjour hospitalier stationnaire, une personne assurée devrait demander à temps à l'assureur une garantie écrite de prise en charge des coûts (pour des raisons de preuve), afin de ne pas être confrontée, par surprise, à des frais non couverts. Les garanties de paiement vis-à-vis du médecin agréé et de l'hôpital, dont les assurés reçoivent généralement une copie pour information, ne sont pas suffisantes pour l'assuré. Il faudrait en effet en même temps clarifier avec l'assureur les points suivants :

1. Dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal
 - L'hôpital choisi est-il un hôpital répertorié ?
 - Se trouve-t-il sur la liste des hôpitaux du canton de résidence ou sur celle du canton du lieu où se trouve l'établissement ?
 - Si l'hôpital ne figure pas sur une liste des hôpitaux, l'assureur a-t-il conclu une convention pour la division commune avec l'établissement choisi ? S'agit-il d'un hôpital conventionné ?
 - L'hôpital choisi a-t-il un mandat cantonal de prestations pour les soins prévus ?
 - A quels frais non couverts dois-je m'attendre ?
2. Dans le domaine des assurances complémentaires d'hospitalisation selon la LCA
 - Existe-t-il une situation de vide contractuel avec l'hôpital choisi ?
 - Avec quel hôpital n'existe-t-il pas de vide contractuel ?
 - À quels frais non couverts dois-je m'attendre ?
 - À quels frais supplémentaires dois-je m'attendre si j'ai conclu une assurance complémentaire d'hospitalisation avec division flexible ?
 - Dans quels cas mon assurance complémentaire d'hospitalisation exclut-elle une prise en charge des coûts ? Selon mon assureur, quand y a-t-il abus d'alcool, de tabac ou de drogues ?

FONDATION OFFICE DE MÉDIATION DE L'ASSURANCE-MALADIE

Conseil de fondation (état au 31.12.2021):

BRAND Heinz	Président ; 7250 Klosters
CHIESA TANNER Gabriella	Vice-Présidente ; Pharm. dipl; 8002 Zürich
AZZOLA Andrea	Prof. Dr. med.; 6968 Lugano-Sonvico
DEMEULEMEESTER Joy	Fédération suisse des patients, section romande; 1005 Lausanne
DITTLI Nikolai	CEO de la CONCORDIA; 6020 Emmenbrücke
STEIERT Jean-François	Lic. phil. I; Conseil d'État; 1700 Fribourg
SCHAFROTH STOLLER Ursula	Dr. med.; 3714 Frutigen

Bureau de l'Office de médiation (état au 31.12.2021):

HOSTETTLER SOCHA Morena	Médiatrice , lic. en droit, avocate, spécialiste en assurance-maladie avec brevet fédéral
MÜLLER INEICHEN Susanne	Suppléante de la médiatrice , lic. en droit, avocate, spécialiste en assurance-maladie avec brevet fédéral
BRECHBÜHL Eliane	Spécialiste en assurance-maladie avec brevet fédéral
GÖTZ Lukas	Lic. en droit, avocat
LORÉTAN Charles	Spécialiste en assurance-maladie avec brevet fédéral
MAETZLER Caroline	MLaw, juriste
STOCKER Caroline	MLaw, juriste
TRONTO Lorena	MLaw, juriste, spécialiste en assurance-maladie avec brevet fédéral

Contact

Adresse postale:

**Office de médiation de l'assurance-maladie
Morgartenstrasse 9
CP 519
6002 Luzern**

Internet:

<https://www.om-kv.ch> (avec formulaire de contact)

Par téléphone:

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