

2023

Rapport annuel

Table des matières

Avant-propos de la médiatrice	3
I Partie générale	5
1 Chiffres sur l'évolution des cas	6
1.1 Entrées par matière	7
1.2 Entrées par branche d'assurance	7
1.3 Entrées par langue	8
1.4 Interventions de l'Office de médiation	8
2 Collaboration avec les assureurs-maladie et les autorités	9
II Cas choisis	10
3 L'assurance obligatoire des soins selon la LAMal	11
3.1 Couverture des accidents	11
Cas 1 Inclusion de la couverture accidents par l'assureur	11
Cas 2 Couverture des accidents en cas de perception d'indemnités journalières selon la LAA	12
3.2 Arrivée et départ	12
Cas 3 Arrivée d'un assuré en Suisse	12
Cas 4 Formulaire de désinscription de l'assureur en cas de départ	13
Cas 5 Départ de Suisse d'un assuré	14
3.3 Changement d'assurance de base	15
Cas 6 Révocation de la résiliation	15
3.4 Cas en rapport avec les primes	16
Cas 7 Obligation de communiquer la nouvelle prime	17
Cas 8 Poursuite malgré le paiement anticipé de la prime annuelle	18
3.5 Cas en rapport avec la protection des données	19
Cas 9 Case Management dans l'assurance de base	19
Cas 10 Preuve de la perception de prestations antérieures	21
Cas 11 Suppression du portail client après un changement d'assureur	22

3.6 Cas en lien avec des prestations	23
Cas 12 Perception de prestations en cas de pénuries d'approvisionnement	23
Cas 13 Soins médicaux dispensés par un médecin à soi-même	23
Cas 14 Médicaments en cas de traitement ambulatoire	24
4 Assurances complémentaires selon la LCA	25
4.1 Conclusion du contrat	25
Cas 15 Caractère juridiquement contraignant d'une proposition d'assurance en ligne	26
Cas 16 Convention de réserves	27
4.2 Suspension des prestations	27
Cas 17 Levée d'une suspension des prestations	27
5 Assurance d'indemnités journalières	30
5.1 Incapacité de travail liée au poste de travail	30
Cas 18 Accord transactionnel	30

Avant-propos de la médiatrice



Susanne Müller Ineichen
Médiatrice

Le 1er août 2023, j'ai pris mes fonctions de médiatrice de l'assurance-maladie. Je travaille pour l'Office de médiation de l'assurance-maladie depuis 2019, initialement en qualité de collaboratrice juridique et, à partir de 2021, en tant que suppléante de ma prédécesseure Morena Hostettler Socha. C'est avec plaisir que j'ai accueilli la responsabilité de ce poste, convaincue de l'impact significatif de notre office pour démêler malentendus ou offrir un service de médiation dans les litiges opposant les assurés à leurs assureurs-maladie. Dans cette optique, je me réjouis de continuer à œuvrer avec mon équipe aux tâches confiées à l'Office de médiation, consciente de mes responsabilités et avec la volonté de parvenir à des solutions.

Je me considère privilégiée de pouvoir m'appuyer sur une équipe d'une grande expertise, composée de collaboratrices et collaborateurs ayant des années d'expérience dans le secteur. Je tiens à exprimer ma profonde gratitude pour leur engagement sans faille. Mes remerciements s'étendent également au conseil de fondation pour sa confiance indéfectible.

L'Office de médiation de l'assurance-maladie a fêté ses 30 ans d'existence en 2023. Depuis sa création en 1993, il joue un rôle important en tant que service de médiation neutre entre les assurés et les assureurs dans le domaine de l'assurance de base obligatoire, de l'assurance complémentaire ainsi que dans le domaine des indemnités journalières en cas de maladie. Il jouit de la confiance tant des assurés que des assureurs et est devenu un partenaire incontournable dans le secteur de l'assurance-maladie.

L'année écoulée a été marquée par une hausse conséquente des primes d'assurance de base dès le 1er janvier 2023, suivie d'un nouveau coup dur pour les assurés en octobre 2023, avec l'annonce des primes pour 2024. Cette situation a naturellement engendré une recrudescence des dossiers soumis à notre office par rapport aux trois dernières années ; car plus les primes augmentent, plus les assurés sont enclins à changer d'assureur-maladie et plus l'Office de médiation reçoit de demandes concernant des problématiques liées au changement d'assureur. Notre rôle s'avère alors crucial pour fournir aux assurés des informations précises et opportunes sur leur situation d'assurance, tout en allégeant les assureurs d'un fardeau administratif superflu.

Dans la continuité des années précédentes, notre rapport annuel met un point d'honneur à détailler divers cas pratiques (voir chapitre III), incluant des questions liées à la conclusion d'une assurance, aux prestations et aux primes. Avec l'entrée en vigueur d'une législation révisée sur la protection des données le 1er septembre 2023, notre office est régulièrement confronté à des enjeux relatifs à ce domaine. Ainsi, le rapport de cette année enrichit également la discussion avec une sélection de cas en lien avec la protection des données.



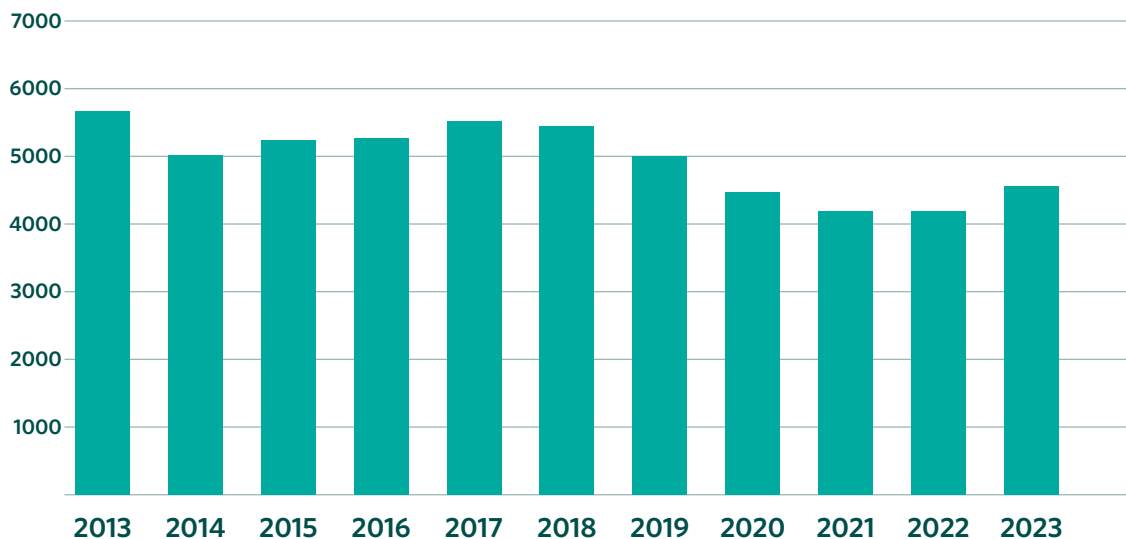
Susanne Müller Ineichen
Médiatrice

I | **Partie générale**

1 Chiffres sur l'évolution des cas

Le nombre de cas a augmenté de manière significative par rapport à l'année précédente, avec 370 cas supplémentaires. Cela s'explique en grande partie par les augmentations de primes au 1er janvier 2023 et au 1er janvier 2024. Au printemps 2023, l'Office de médiation a traité davantage de cas présentant une problématique de changement d'assureur et, à partir de mi-octobre jusqu'à fin novembre 2023 (et même au-delà), il a reçu de nombreuses demandes concernant les nouvelles primes, le changement d'assureur ou les possibilités d'optimisation auprès de l'assureur-maladie actuel. Chez un assureur, l'Office de médiation a en outre constaté en 2023 une augmentation supérieure à la moyenne du nombre de cas pour des raisons administratives.

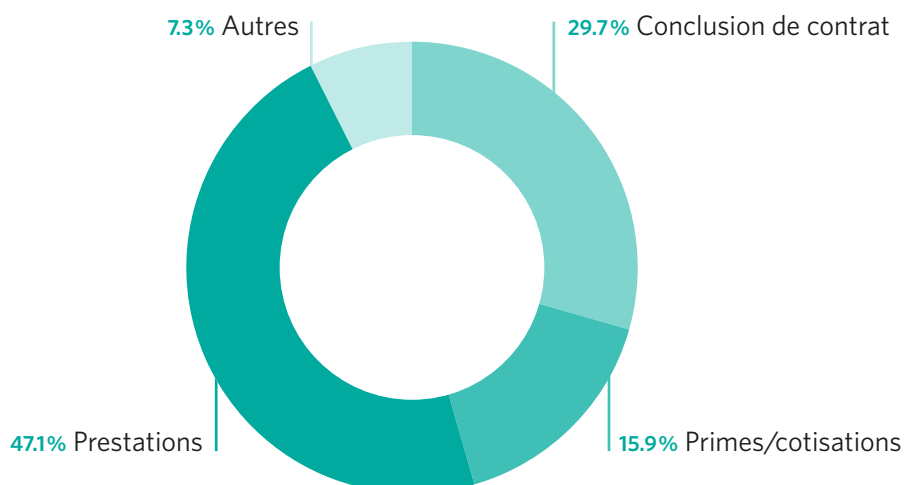
L'Office de médiation est de plus en plus confronté à des cas complexes à caractère international, dont le traitement prend beaucoup de temps. En outre, le nombre de personnes qui s'adressent à l'Office de médiation et qui sont dépassées par les questions d'assurance, que ce soit pour des raisons de santé ou d'âge, augmente d'année en année. Leur soutien exige également du temps, de l'empathie et de la patience.



En l'absence de changements législatifs ayant des conséquences importantes pour les assurés (p. ex. dans le domaine des prestations), il n'y a presque pas eu de demandes à ce sujet en 2023, contrairement à l'année précédente.

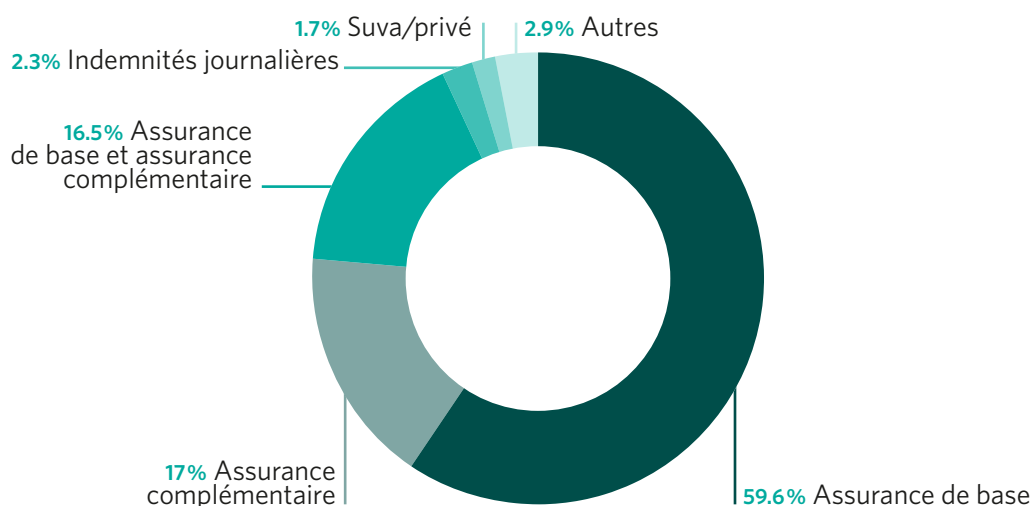
1.1 Entrées par matière

Au cours de l'année de référence 2023, l'Office de médiation a enregistré 4 560 cas (4 190 cas en 2022). Cela représente une augmentation de 370 cas par rapport à l'année précédente. La répartition par matière est la suivante : 1 353 cas dans le domaine de la conclusion d'un contrat d'assurance, y compris les changements d'assurance (1 121 cas en 2022), 725 cas dans le domaine des cotisations, y compris les primes et la participation aux coûts (478 cas en 2022) ainsi que 2 149 dossiers dans le secteur des prestations d'assurance (2 235 cas en 2022). Les 333 cas restants concernaient d'autres sujets, tels que des questions liées à la réduction des primes, à la protection des données, etc. (356 cas en 2022).



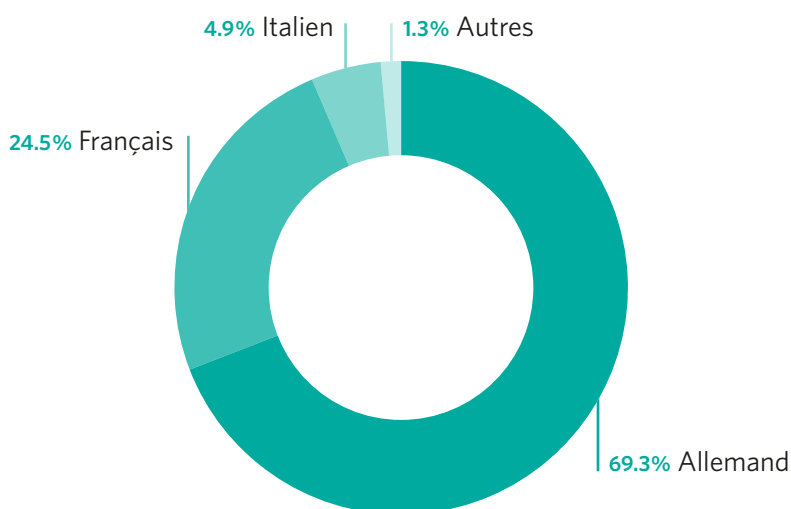
1.2 Entrées par branche d'assurance

2 716 cas concernaient exclusivement l'assurance de base (2 155 cas en 2022), 777 cas exclusivement l'assurance complémentaire (757 cas en 2022). Dans 751 cas, des assurés nous ont adressé des demandes concernant les deux branches d'assurance (926 cas en 2022). Dans 104 cas, il s'agissait de la question des indemnités journalières (112 cas en 2022). Dans 80 cas, l'Office de médiation a dû renvoyer les assurés à l'Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva (57 cas en 2022). Les 132 cas restants portaient sur des thèmes qui n'étaient pas liés à l'assurance-maladie, mais qui concernaient en grande partie d'autres assurances sociales (AI, AVS, LAA, AC).



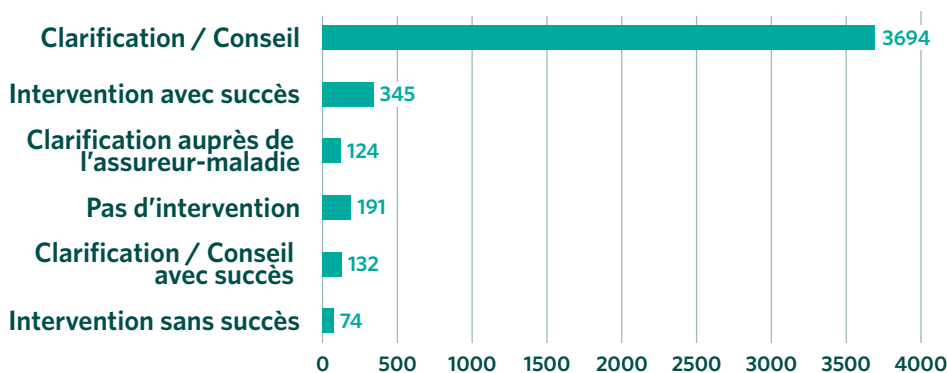
1.3 Entrées par langue

3160 entrées ont été enregistrées en allemand (3106 cas en 2022), 1116 en français (827 cas en 2022), 225 en italien (148 en 2022) et 59 dans d'autres langues, surtout en anglais (109 cas en 2022).



1.4 Interventions de l'Office de médiation

Dans 3 694 cas, soit 81% de toutes les demandes, l'Office de médiation a pu résoudre les questions des assurés ou confirmer une décision de l'assureur (également 3 694 cas en 2022). Dans 419 cas, l'Office de médiation a déposé auprès de l'assureur-maladie une demande de réexamen de la décision contestée par la personne assurée (200 cas en 2022) et a obtenu gain de cause dans 345 cas (157 cas en 2022), ce qui correspond à un taux de réussite de 82,3 % (78,5 % en 2022). Dans 191 cas, l'Office de médiation a renoncé à intervenir (p. ex. parce qu'une décision formelle avait été rendue et que les voies de droit étaient désormais ouvertes (60 cas en 2022)). Dans 124 cas, il s'est contenté de demander à l'assureur des documents qu'il ne pouvait pas obtenir des assurés pour des raisons de langue ou d'âge (56 cas en 2022). Dans 132 cas, l'Office de médiation a pu clarifier la situation juridique avec les assurés de façon telle qu'ils ont résolu par eux-mêmes le litige avec l'assureur (66 cas en 2022).



2 Collaboration avec les assureurs-maladie et les autorités

Au cours de l'année de référence, tout comme les années précédentes, la collaboration avec les assureurs-maladie a été très bonne. Les interlocuteurs directs dans les services juridiques des assureurs-maladie ont examiné avec soin et sérieux les lettres d'intervention de l'Office de médiation. En règle générale, une réponse à un courrier d'intervention était donnée au plus tard dans un délai de trois à quatre semaines.

En 2023, l'Office de médiation a dû s'adresser à un assureur en raison d'une accumulation de demandes. L'assureur en question a reconnu devant l'Office de médiation avoir des problèmes administratifs, mais a souligné que des mesures d'amélioration internes étaient déjà en cours.

Depuis un certain temps, un échange annuel a lieu avec de grands assureurs, à l'occasion duquel des questions ouvertes ou des suggestions peuvent être abordées lors d'un entretien personnel. Toutes les parties profitent de cet échange, ce qui améliore le traitement des cas.

L'Office de médiation tient à remercier ici ses interlocuteurs auprès des assureurs-maladie pour leur collaboration constructive et l'accommodement dont ils ont fait preuve dans de nombreux cas – dans la mesure où la loi le permettait.

Les échanges entre l'Office de médiation et l'OFSP, en tant qu'autorité de surveillance de l'assurance de base, ainsi que la FINMA, en tant qu'autorité de surveillance des assurances complémentaires, favorisent également la qualité du traitement des cas. L'Office de médiation remercie également ces deux autorités pour la bonne collaboration.

Les assurés pensent souvent que l'Office de médiation peut donner des instructions aux assureurs-maladie. Or, il n'en est rien. L'Office de médiation n'est pas une autorité de surveillance des assureurs-maladie et ne peut pas leur donner d'instructions, ni de manière générale ni dans un cas particulier. Sa tâche est la médiation, qui présuppose toutefois la confiance fondamentale de la personne assurée et de l'assureur-maladie.

II | Cas choisis

3 L'assurance obligatoire des soins selon la LAMal

3.1 Couverture des accidents

Cas 1 Inclusion de la couverture accidents par l'assureur

Un assuré qui allait avoir 65 ans en juin 2023 était obligatoirement assuré par son employeur contre les accidents professionnels et non professionnels selon la LAA. Il avait suspendu la couverture accidents auprès de son assurance-maladie conformément à l'art. 8 al. 1 LAMal. Il a prolongé son contrat de travail d'un an auprès de son ancien employeur, en conservant son ancien taux d'activité de 60 %.

L'assureur-maladie a annulé de son propre chef la suspension de la couverture accidents pour la fin du mois de juillet 2023 (après la suppression de l'assurance-accidents, une couverture prolongée existe pendant 31 jours auprès de l'assureur-accidents). Il a déposé la nouvelle police avec inclusion de la couverture accident sur le portail client de l'assuré en indiquant que si la suspension devait être maintenue, celui-ci devrait envoyer dans les 15 jours une confirmation écrite de l'employeur indiquant qu'il disposait toujours d'une couverture accident. L'assuré n'a vu la nouvelle police ainsi que la facture de prime plus élevée à partir d'août 2023 sur le portail client qu'en octobre 2023, lorsqu'il a résilié son assurance de base. Il a envoyé son contrat de travail (prolongé) à l'assureur. Au lieu d'une réponse, il a reçu un rappel, qui comprenait également la suppression de l'escompte de 2 % accordé en début d'année. Peu de temps après, l'assuré a reçu une communication indiquant que le contrat de travail ne suffisait pas et qu'une attestation LAA de l'employeur était nécessaire. L'assuré a ensuite envoyé cette attestation à l'assureur, mais a reçu un deuxième rappel et finalement un commandement de payer.

L'Office de médiation s'est adressé à l'assureur et a fait valoir, en se référant au libellé de l'art. 10 LAMal, qu'il ne pouvait pas annuler une suspension de son propre chef. Il résultait au contraire de l'art. 10 al. 1 LAMal que c'était à l'employé (assuré) d'agir après que l'employeur l'eut informé, au moment où il quittait son emploi, de l'inclusion de la couverture des accidents par l'assureur-maladie.

Après l'intervention de l'Office de médiation, l'assureur a une nouvelle fois suspendu la couverture des accidents au 1er août 2023 et a reconstitué l'escompte. Les frais de rappel ont été annulés et la poursuite retirée.

Pour l'Office de médiation, la preuve de l'existence d'une couverture des accidents pour les assurés qui travaillent manifestement plus de 8 heures par semaine (comme p. ex. dans le cas d'espèce) est clairement établie par la présentation du contrat de travail. Dans un tel cas, il n'est pas nécessaire d'exiger en plus une attestation LAA.

Cas 2 Couverture des accidents en cas de perception d'indemnités journalières selon la LAA

Une assurée souhaitait changer d'assurance-maladie pour 2024 et nous a demandé si elle devait inclure le risque accident auprès de son nouvel assureur-maladie. Elle n'avait pas inclus le risque accident auprès de son précédent assureur-maladie, mais elle n'était pas certaine que cela fût correct.

L'assurée travaillait à 100 % et était, selon ses déclarations, assurée par son employeur contre les accidents professionnels et non professionnels lorsqu'elle a été victime d'un grave accident de la circulation en mai 2022. Depuis lors, elle perçoit des indemnités journalières de l'assurance-accidents à hauteur de 80 % de son gain assuré. L'employeur a résilié son contrat de travail pour le 31 janvier 2023. L'incapacité de travail de l'assurée a été de 100 % sans interruption depuis l'accident jusqu'à la prise de contact avec l'Office de médiation.

Selon l'art. 3 al. 2 LAA, l'assurance cesse de produire ses effets à la fin du 31^e jour qui suit le jour où prend fin le droit au demi-salaire au moins. Selon l'art. 7 al. 1 OLAA, les indemnités journalières selon la LAA, entre autres, sont réputées salaire au sens de l'art. 3 al. 2 LAA. Une assurée qui perçoit des indemnités journalières de l'assurance-accidents obligatoire représentant au moins 50 % de son salaire continue donc d'être couverte par l'assurance-accidents obligatoire selon la LAA, indépendamment d'un éventuel droit au maintien du salaire vis-à-vis de l'employeur. L'Office de médiation a pu informer l'assurée qu'en raison de la perception d'une indemnité journalière à hauteur de 80 % de son salaire avant l'accident, elle restait assurée contre le risque accident par son assureur-accidents conformément à l'art. 3 al. 2 LAA (sans obligation de paiement des primes) et qu'elle n'avait pas à inclure le risque accident dans son assurance-maladie.

3.2 Arrivée et départ

Cas 3 Arrivée d'un assuré en Suisse

Un assuré âgé de 74 ans, souffrant depuis plusieurs années de la maladie de Crohn, a transféré son domicile en Suisse à l'automne 2022, après 45 ans passés au Japon. Par le biais d'un intermédiaire, il a rempli le 22 septembre 2022 une déclaration d'adhésion à l'assurance de base auprès d'un assureur (franchise de 2500 CHF) et a fait une demande pour deux assurances complémentaires. L'assureur en question a refusé de conclure les assurances complémentaires et a informé l'assuré qu'il donnait en revanche volontiers suite à sa demande de conclure une assurance de base, tout en lui

demandant s'il préférerait y renoncer. En l'absence de réponse dans les deux semaines, l'assureur enverrait la police d'assurance personnelle.

L'assuré a informé l'assureur qu'il renonçait à l'assurance de base et a signé le 8 novembre 2022 auprès d'un autre assureur – par le biais d'une collègue du premier intermédiaire – la déclaration d'adhésion à l'assurance de base (à nouveau avec une franchise de 2500 CHF). Plus tard, l'assuré nous a contacté en nous demandant s'il pouvait tout de même s'assurer auprès du premier assureur, avec une franchise de 300 CHF.

L'Office de médiation s'est adressé au premier assureur et a fait valoir qu'en cas d'arrivée de l'étranger, respectivement en cas de première assurance – contrairement à un changement d'assurance – la relation d'assurance avec la caisse-maladie qui a reçu la demande en premier est prioritaire. L'Office de médiation s'appuyait pour cela sur la doctrine en vigueur (cf. BSK KVG-Eugster, art. 3 n° 16). Comme l'adhésion auprès du premier assureur avait clairement eu lieu avant celle auprès du second, il existait une obligation d'admission par le premier assureur. On pouvait dès lors se demander s'il était juridiquement admissible, lors d'une première conclusion, d'accorder à un assuré l'option, en l'absence d'assurance complémentaire, de renoncer également à l'assurance de base. L'adhésion à l'assurance obligatoire des soins (AOS) est constitutive et la loi prévoit que le rapport d'assurance ne peut cesser que par résiliation en respectant les délais correspondants. Une demande auprès de l'OFSP a confirmé l'avis de l'Office de médiation.

L'Office de médiation a en outre fait valoir que la possibilité offerte par le premier assureur de retirer la déclaration d'adhésion semblait également problématique sous l'angle de la mise en oeuvre de l'obligation de s'assurer (art. 4 LAMal). Si des personnes malades faisaient des demandes pour des assurances complémentaires qui étaient refusées, l'offre de retrait pour l'assurance de base pourrait être considérée comme une entrave à l'obligation de s'assurer. En cas d'infraction à l'art. 4 LAMal, la loi prévoit une amende (art. 54 al. 3 let. b LSAMal), même en cas de négligence.

L'assureur a informé l'Office de médiation qu'il offrait aux assurés la possibilité de renoncer à l'assurance de base si l'assurance complémentaire n'était pas conclue, car de nombreux assurés souhaitaient avoir l'assurance de base et l'assurance complémentaire auprès du même assureur. En l'espèce, l'assureur n'était pas disposé à accepter l'assuré dans son assurance de base. Il a en outre fait savoir à l'Office de médiation que l'assuré avait répondu par « non » à toutes les questions du questionnaire de santé. L'assureur n'avait donc pas été informé de la maladie de l'assuré et le refus avait été motivé par l'âge de ce dernier.

Cas 4 Formulaire de désinscription de l'assureur en cas de départ

Une assurée a quitté la Suisse le 30 septembre 2023 pour s'installer en France. Elle a résilié son assurance de base pour le 30 septembre 2023. Par la suite, l'assureur lui a envoyé un formulaire de désinscription afin de vérifier si les conditions légales pour annuler son assurance de base étaient remplies. L'assurée a rempli correctement ce formulaire et l'a renvoyé à l'assureur. Après avoir reçu des factures de primes pour les mois d'octobre et de novembre 2023, elle a demandé à l'assureur pourquoi l'assurance n'avait pas été résiliée au 30 septembre 2023. L'assureur lui a répondu que le formulaire de désinscription n'avait pas été signé de sa propre main, seul son nom étant inscrit à l'endroit de la signature, ce qui n'était pas conforme au droit.

L'Office de médiation est intervenu auprès de l'assureur en faisant valoir que le fait que l'assurée ait ou non signé de sa main le formulaire de désinscription n'avait aucune incidence sur la fin de l'obligation d'assurance. Le seul élément déterminant était de savoir si, au vu de ses déclarations et des dispositions légales, l'assurée était toujours soumise à l'obligation de s'assurer en Suisse. Comme l'assurée n'avait plus de lien économique avec la Suisse (c'est-à-dire plus d'activité lucrative, resp. ne percevait pas de rente de la Suisse), l'assurance de base devait prendre fin au 30 septembre 2023. L'assureur a alors supprimé l'AOS au 30 septembre 2023 et a annulé les factures de primes pour les mois d'octobre et de novembre 2023.

La LAMal ne prescrit la forme écrite ni pour la déclaration d'adhésion ni pour la résiliation du rapport d'assurance (SBVR Soziale Sicherheit-Eugster, 3e éd., E n° 209). Cela est d'autant plus valable pour d'autres types de renseignements qu'un assureur demande aux assurés. Les assureurs-maladie ne sont pas non plus autorisés à restreindre cette liberté de forme dans leurs règlements d'assurance, par exemple en prescrivant que l'adhésion à l'assurance n'est valable que si elle a été faite par écrit ou au moyen d'un formulaire déterminé (loc. cit.).

Cas 5 Départ de Suisse d'un assuré

Le 24 juillet 2023, un assuré a résilié son assurance de base en raison du transfert de son domicile de Suisse en France à la même date. Il a envoyé à l'assureur son attestation de départ ainsi que le formulaire de désinscription dûment rempli. Sur ce dernier, il a indiqué qu'il percevait des prestations de la caisse de chômage (suisse). L'assureur-maladie a alors confirmé à l'assuré sa sortie de l'assurance de base au 24 juillet 2023 et lui a crédité les primes déjà payées pour la période du 25 au 31 juillet 2023.

Le 19 septembre 2023, l'assuré a reçu une lettre de l'assureur indiquant que sa résiliation ne pouvait pas être acceptée car il devait encore payer des arriérés. Simultanément, une nouvelle police d'assurance valable à partir du 25 juillet 2023 lui a été envoyée. Par la suite, l'assuré a reçu d'autres factures de primes. Interpelé à ce sujet, l'assureur-maladie lui a fait savoir le 24 novembre 2023 qu'il restait soumis à l'obligation de s'assurer en Suisse parce qu'il percevait des indemnités de chômage de la Suisse; il n'en irait autrement que s'il faisait usage de son droit d'option. Comme l'as-

suré n'avait pas envoyé le formulaire U2 (maintien du droit aux prestations de chômage pendant la recherche d'un emploi dans un autre Etat), l'assurance prenait fin le 23 octobre 2023 vu que l'indemnité de chômage ne pouvait être exportée que pour une durée maximale de trois mois. Pour le cas où la perception des indemnités de chômage aurait été inférieure à trois mois, l'assureur demandait que le formulaire U2 lui soit envoyé. Déstabilisé par la démarche de l'assureur et ignorant la signification du formulaire U2, l'assuré s'est adressé à l'Office de médiation début novembre 2023.

L'Office de médiation a demandé à l'assuré la police d'assurance qui lui avait été envoyée pour la période à partir du 24 juillet 2023 ainsi que le formulaire U2 rempli dans l'intervalle.

Selon l'annexe II, section A, no 1, let. i, ch. 3, let. a, ch. iii, de l'ALCP, les personnes au bénéfice de prestations de l'assurance-chômage suisse sont tenues de s'assurer en Suisse, sous réserve des possibilités d'exemption.

Le formulaire U2 envoyé à l'Office de médiation indiquait que l'assuré avait perçu des indemnités de chômage pendant la durée maximale de trois mois prévue pour l'exportation. Il était donc établi qu'il était encore soumis à l'obligation de s'assurer auprès de son assureur jusqu'au 23 octobre 2023, d'autant plus que le délai de trois mois pour l'exercice du droit d'option avait déjà expiré le 24 octobre 2023. Toutefois, comme la police valable à partir du 25 juillet 2023 mentionnait un modèle de médecin de famille ainsi qu'une franchise de 2500 CHF, il était clair que l'assureur n'avait à tort pas établi un contrat UE, mais un contrat suisse (avec des primes plus élevées). Selon l'art. 101a OAMal, les assurés résidant dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège ne peuvent pas adhérer aux formes particulières d'assurance au sens des art. 93 à 101. Ils ne peuvent s'assurer qu'avec le libre choix du médecin et une franchise de 300 CHF. Après l'intervention de l'Office de médiation auprès de l'assureur, celui-ci a établi une police UE avec des primes UE (plus basses).

3.3 Changement d'assurance de base

Cas 6 Révocation de la résiliation

Une assurée a résilié son assurance de base dans les délais pour le 31 décembre 2022 et s'est renseignée auprès d'un nouvel assureur sur la conclusion d'une assurance de base pour l'année 2023. Elle a adhéré – apparemment sans s'en rendre compte – par voie électronique à un nouvel assureur de base. L'assurée a toutefois décidé de rester chez son ancien assureur. A cet effet, elle lui a soumis une nouvelle déclaration d'adhésion pour l'année 2023.

Le nouvel assureur a envoyé à l'ancien assureur la confirmation d'assurance subséquente prévue par la loi. A partir de janvier 2023, l'assurée a reçu des factures de primes à la fois de l'ancien et du nouvel assureur, en raison de l'existence d'une double assurance. Au printemps, elle a écrit à plusieurs reprises au nouvel assureur pour lui

demander d'annuler l'assurance de base mais n'a reçu aucune réponse de sa part; elle a au contraire reçu des rappels et, en été 2023, un commandement de payer.

L'assurée s'est adressée à l'Office de médiation et a demandé à pouvoir rester chez l'ancien assureur avec effet rétroactif au 1er janvier 2023, d'autant plus qu'elle avait payé des primes à ce dernier et avait bénéficié de prestations de sa part.

L'Office de médiation a d'abord demandé à l'ancien assureur quand il avait reçu la nouvelle déclaration d'adhésion et la confirmation d'assurance subséquente. Cette clarification a montré que l'ancien assureur avait reçu les deux documents le même jour, à savoir le 21 décembre 2022. L'ancien assureur a considéré la nouvelle déclaration d'adhésion comme une révocation de la résiliation intervenue en novembre 2022 et a informé l'Office de médiation qu'il était disposé à reprendre l'assurée dans son assurance de base.

Par la suite, l'Office de médiation s'est adressé au nouvel assureur et lui a demandé s'il était d'accord d'annuler avec effet rétroactif au 1er janvier 2023 l'assurance de base de l'assurée, notamment en raison du malentendu découlant de la conclusion électronique du contrat. Le nouvel assureur a fait savoir à l'Office de médiation qu'il n'était pas disposé à annuler l'assurance de base, car la déclaration d'adhésion (c'est-à-dire la révocation de la résiliation) n'était pas parvenue avant la réception de la confirmation d'assurance subséquente, mais le même jour.

L'Office de médiation a dû informer l'assurée que la décision du nouvel assureur était conforme à la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt du TF 9C_930/2010 consid.2.3) et devait être acceptée. Par la suite, l'ancien assureur a annulé l'assurance de base pour 2023. Les primes et les prestations payées ont été réglées directement entre les deux assureurs.

3.4 Cas en rapport avec les primes

Depuis la mi-octobre 2023, l'Office de médiation de l'assurance-maladie a enregistré une forte augmentation des demandes concernant le montant des primes pour l'année 2024. De nombreux assurés nous ont demandé pourquoi leurs primes affichaient une hausse considérablement plus élevée que l'augmentation des primes de 8,6 % communiquée par le Conseil fédéral ou que la prime moyenne de leur canton. Un assureur a augmenté les primes pour l'un de ses modèles particuliers d'assurance dans une mesure telle que de nombreux assurés ont contacté l'Office de médiation en pensant qu'il devait y avoir une erreur. Une vérification de la prime en question avec les primes approuvées publiées sur www.priminfo.ch a toutefois confirmé son exactitude.

De nombreux assurés pensent que l'Office de médiation de l'assurance-maladie peut agir au cas par cas contre les primes élevées. Or ce n'est pas le cas. L'Office de médiation peut seulement expliquer aux assurés que les primes publiées ont été approuvées par l'OFSP. Il peut en outre préciser que l'augmentation des primes annoncée chaque année en octobre par le Conseil fédéral est une valeur moyenne pour toute la Suisse

qui peut varier à la baisse, mais surtout à la hausse, selon l'assureur, le lieu de résidence et le modèle d'assurance choisi.

L'Office de médiation offre aux assurés qui croulent sous les primes – et ils sont nombreux – des conseils sur la manière de réduire celles-ci. L'Office de médiation recommande aux assurés de comparer à partir de la mi-octobre les primes des différents assureurs et leurs modèles d'assurance dans leur région sur www.priminfo.ch et d'envisager – dans la mesure du possible – une augmentation de leur franchise. Certains assurés ne connaissent toujours pas l'institution de la réduction individuelle des primes. L'Office de médiation leur explique comment et où ils doivent s'adresser. Il attire également l'attention des bénéficiaires d'une rente AVS ou AI sur la possibilité d'obtenir des prestations complémentaires. Il explique en outre que les bénéficiaires de prestations complémentaires ont également droit, en vertu de l'art. 14 al. 1 let. g LPC, au remboursement des frais payés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal. Les bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle peuvent donc demander le remboursement de la franchise payée à leur assureur-maladie jusqu'à 300 CHF ainsi que de la quote-part jusqu'à 700 CHF par le biais des prestations complémentaires. Même les personnes qui, en raison de revenus excédentaires, n'ont pas droit à des prestations complémentaires annuelles, peuvent demander à l'organe PC le remboursement des frais payés au titre de la participation aux coûts qui dépassent la part des revenus excédentaires (art. 14 al. 6 LPC).

Dans le cadre de sa consultation en matière d'optimisation des primes, l'Office de médiation constate de plus en plus que de nombreux assurés ont déjà épuisé toutes les possibilités et qu'il n'existe pratiquement plus aucun potentiel d'économie.

Cas 7 Obligation de communiquer la nouvelle prime

Un assuré a effectué son service militaire entre juillet 2022 et avril 2023. A la demande de l'assuré, l'assurance de base a été suspendue car le service militaire a duré plus de 60 jours consécutifs (art. 3 al. 4 LAMal). En octobre 2022 – soit pendant la durée de la suspension – l'assuré a reçu de son assureur-maladie sa police d'assurance pour l'année 2023. Sur la police figurait la mention « suspendue du 4.07.2022 au 27.04.2023 », sans mention d'une prime mensuelle (CHF 0.00). Le 2 février 2023, l'assuré a reçu une nouvelle police, valable à partir du 28 avril 2023, dont la prime se montait à 358.20 fr. Le 18 février 2023, l'assuré a résilié l'assurance de base avec effet au 31 mars 2023 et s'est affilié auprès d'un nouvel assureur à partir du 1er avril 2023. L'ancien assureur n'a pas accepté la résiliation dès lors que l'assuré avait été informé par écrit en octobre 2022 d'une augmentation de sa prime (il avait eu 26 ans en 2023 et était ainsi passé de la catégorie de primes « jeunes adultes » à « adultes »). Il aurait pu s'informer lui-même sur le montant de la nouvelle prime.

L'Office de médiation est intervenu auprès de l'assureur. Il s'est référé à l'art. 7 al. 2 LAMal, selon lequel l'assuré peut, lors de la communication de la nouvelle prime, changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois. La nouvelle prime n'avait pas été communiquée à l'as-

suré en octobre 2022 (comme c'est habituellement le cas), mais seulement le 2 février 2023. C'est ainsi que la résiliation de l'assuré du 18 février 2023, intervenue dans le mois ayant suivi la communication de la nouvelle prime, a été effectuée en temps utile et a pris effet le 31 mars 2023. Il n'est pas correct d'opposer à l'assuré qu'il aurait pu se renseigner lui-même sur la nouvelle prime. Cela relève de la responsabilité de l'assureur. L'assureur a suivi notre avis et a supprimé l'assurance au 31 mars 2023, après avoir reçu début mars 2023 du nouvel assureur la confirmation d'assurance subséquente.

L'Office de médiation a régulièrement connaissance de cas dans lesquels les primes pour l'année suivante ne sont communiquées aux assurés qu'après le mois d'octobre et donc tardivement. Dans un tel cas, les assurés disposent encore d'un droit de résiliation après le 30 novembre (BSK KVG-Eugster, art. 7 n° 7). L'assuré doit, dans le mois suivant la communication (tardive) de la nouvelle prime, faire parvenir à l'assureur la résiliation qui prendra effet à la fin du mois suivant. Jusqu'à la résiliation de l'assurance, l'assuré doit payer la prime plus élevée (à partir du 1er janvier), même si celle-ci ne lui a pas été communiquée à temps. Il a toutefois la possibilité, en vertu de l'art. 7 al. 6 LAMal, de demander la réparation d'un éventuel dommage à son ancien assureur (différence de prime).

Si l'assureur a communiqué la nouvelle prime à temps mais que l'assuré en a pris connaissance trop tard (par exemple parce qu'il n'a pas consulté la nouvelle police déposée sur le portail client), celui-ci ne peut pas se prévaloir de la procédure décrite ci-dessus. Dans un tel cas, une résiliation après le 30 novembre est exclue et l'assuré reste chez son ancien assureur l'année suivante.

Cas 8 Poursuite malgré le paiement anticipé de la prime annuelle

Une famille de 5 personnes a changé d'assureur de base pour l'année 2023. Le titulaire de la police a choisi un mode de paiement annuel et a payé les primes annuelles de tous les membres de la famille dans les délais, au 1er janvier 2023. A la fin du mois de janvier 2023, il a reçu un rappel de l'assureur. Il s'est alors adressé à son assureur et a indiqué - en présentant le justificatif de paiement - qu'il avait déjà réglé toutes les primes pour 2023. L'assuré n'a pas reçu de réponse de l'assureur, mais un nouveau rappel et, finalement, une poursuite pour le montant total de la prime annuelle 2023.

L'assuré s'est adressé à l'Office de médiation qui est intervenu auprès de l'assureur. Après avoir clarifié les faits, celui-ci a informé l'Office de médiation que la famille en question avait déjà été assurée chez lui huit ans auparavant. Les anciens contrats avaient été réactivés par erreur, de sorte que le montant des primes payées avait été crédité à tort sur les anciens contrats et non sur les nouveaux. L'assureur s'est excusé pour l'erreur, a comptabilisé correctement le paiement effectué et a retiré la poursuite.

En 2023, l'Office de médiation a constaté que dans de nombreux cas certains assureurs ne réagissaient pas à temps, voire pas du tout aux courriers des assurés et n'accordaient pas l'attention nécessaire à leurs réclamations. Cette situation est extrêmement

insatisfaisante pour les assurés, car des incertitudes subsistent et des problèmes supplémentaires viennent souvent s'ajouter, comme par exemple des commandements de payer ou même des annonces de saisies de salaire. L'administration des assureurs est également inutilement sollicitée, d'abord par l'introduction de mesures de poursuite et ensuite par leur retrait. L'Office de médiation est lui aussi surchargé par ces difficultés administratives que l'on retrouve chez certains assureurs et son intervention se limite à informer l'assureur qu'il devrait traiter les réclamations des assurés.

3.5 Cas en rapport avec la protection des données

Les assurés s'adressent de plus en plus souvent à l'Office de médiation avec des questions concernant la protection des données. Les thèmes concernés sont l'obligation de collaborer des assurés selon l'art. 28 LPGa, la conservation des données par le service du médecin-conseil, l'étendue des procurations, les demandes de consultation des dossiers selon l'art. 47 al. 1 let. a LPGa ou le droit d'accès selon l'art. 25 LPD.

Cas 9 Case Management dans l'assurance de base

Une personne était assurée auprès d'un assureur avec un modèle particulier d'assurance (modèle du médecin de famille). Le 10 février 2023, elle a reçu un courrier non sollicité de l'assureur, dont la teneur était la suivante :

Objet : Veuillez nous appeler

Chère Madame X,

Nous vous prions de bien vouloir nous contacter au numéro indiqué ... afin que nous puissions discuter d'une question importante avec vous.

De quoi s'agit-il ? Selon nos informations, vous vous trouvez potentiellement dans une situation de santé délicate, susceptible d'affecter également votre situation professionnelle, sociale et/ou financière. Grâce à notre approche globale de Case Management, nous vous apportons un soutien personnalisé dans le but d'améliorer votre santé et les aspects de votre vie qui y sont associés.

Cordialement

L'assurée n'a pas réagi à cette correspondance. Le 1er mars 2023, une Case Manager de l'assureur lui a laissé un message sur son répondeur lui demandant de rappeler.

Indignée, l'assurée s'est alors adressée à l'Office de médiation en faisant valoir qu'elle se sentait gravement lésée dans ses droits personnels (protection de la personnal-

té et protection des données) par ces prises de contact. Elle occupait une position professionnelle stable et avait un cercle d'amis fiable. Elle avait certes bénéficié de prestations de la part de son assureur à la suite d'une maladie. Elle considérait toutefois la manière de procéder de l'assureur inadmissible et demandait que la lettre du 10 février 2023 soit supprimée.

L'Office de médiation a d'abord consulté le règlement d'assurance concernant le modèle du médecin de famille. Celui-ci prévoyait la possibilité d'un Case Management. Il était en outre stipulé que la personne assurée s'engageait, entre autres, à respecter la mesure de soins et de gestion intégrés et à se soumettre à des mesures spécifiques de soins intégrés qui pouvaient inclure, par exemple, un Case Management. De plus, le règlement contenait des dispositions relatives à la protection des données, y compris en ce qui concernait le Case Management.

Dans la doctrine, il est soutenu qu'une personne ne peut faire l'objet d'un Case Management que dans le cadre d'un modèle particulier d'assurance (SBVR Soziale Sicherheit-EUGSTER, n° 619). A part cela, un système de Case Management en tant que système de contrôle du caractère économique des prestations n'est pas prévu par la LAMal. Avant de donner son consentement, la personne concernée doit être informée conformément à l'art. 27 al. 1 LPGA que son assureur-maladie est le mandant et que l'objectif principal du Case Manager est la réduction du coût des prestations (car c'est la seule justification juridique d'un Case Management aux frais de la LAMal), mais que cela peut également profiter au patient.

L'Office de médiation s'est adressé à l'assureur-maladie pour lui demander quelles données concernant l'assurée avaient été analysées. L'Office de médiation voulait également savoir si on allait inclure l'indication dans le règlement que le but d'un Case Management consistait pour l'essentiel à réduire les coûts des prestations.

La direction spécialisée en Case Management a répondu à l'Office de médiation que le Case Management de l'assurance n'était pas uniquement destiné aux assurés dans des modèles particuliers d'assurance, mais était ouvert à tous les assurés. Le Case Management était considéré comme un soutien temporaire aux personnes en situation difficile, dans le but de les rendre plus stables et autonomes. Les problèmes de santé affectent souvent différents aspects de la vie, tels que la famille, le travail et la vie sociale. Des questions concernant les examens médicaux, les assurances et les finances peuvent se poser et les personnes se retrouvent vite dépassées. Les Case Managers de l'assureur soutiennent, conseillent et accompagnent les personnes concernées dans la recherche de solutions dans tous ces domaines. Lors d'un premier contact, les possibilités de soutien sont présentées. Si la personne assurée est intéressée, elle reçoit une brochure et une fiche d'information pour l'aider à décider si elle souhaite participer au Case Management. Si c'est le cas, une procuration lui est demandée. Ensuite, les objectifs à atteindre sont définis conjointement avec la personne assurée. Dans le cas d'espèce, le volume des prestations perçues par l'assurée était élevé. Étant donné que le Case Management n'a pas pour objectif principal de réduire les coûts des prestations, aucune indication de ce type ne sera incluse dans le règlement.

L'Office de médiation s'est à nouveau adressé à l'assureur, notamment en raison de l'indication selon laquelle le Case Management de l'assureur n'était pas seulement proposé dans le cadre d'un modèle particulier d'assurance, mais à tous les assurés. L'Office de médiation a fait remarquer qu'un Case Management était uniquement autorisé dans le cadre d'un modèle particulier d'assurance. En outre, si l'offre s'adressait à tous, l'assureur devrait procéder à un filtrage des données de l'ensemble des assurés afin d'identifier les personnes qui pourraient réellement bénéficier d'un Case Management (p. ex. en raison du coût élevé des prestations). Or, un tel traitement des données n'est pas couvert par les tâches énumérées à l'art. 84 LAMal, et en tout cas pas par l'art. 84 let. c LAMal. Dès lors qu'il s'agissait de questions touchant à la protection des données, l'Office de médiation a prié l'assureur de soumettre ses deux courriers au responsable de la protection des données de son entreprise.

Cette demande n'a pas été acceptée et l'Office de médiation s'est vu répondre que le règlement pour le modèle d'assurance du médecin de famille avait été approuvé par l'OFSP et qu'il serait maintenu. Par le passé tant les assureurs que les assurés avaient fait de très bonnes expériences avec le Case Management. Si une personne assurée devait s'adresser à l'Office de médiation dans un cas particulier en raison d'un Case Management, l'assureur serait prêt à examiner le cas particulier. Dans le cas de l'assurée, la lettre du 10 février 2023 avait été supprimée et l'assurée ne serait plus contactée par le Case Management.

L'Office de médiation maintient son point de vue selon lequel, en l'absence de base légale, il n'est pas permis de filtrer des personnes en fonction de certains critères (p. ex. des coûts de prestations élevés) parmi l'ensemble d'un effectif d'assurés et de les contacter par la suite.

Cas 10 Preuve de la perception de prestations antérieures

Une assurée, qui était assurée depuis 2022 auprès de l'assureur actuel, s'est soumise à un examen gynécologique préventif en 2023. Comme, en vertu de l'art. 12e let. b OPAS, l'assurance de base ne prend en charge un examen gynécologique préventif, y compris un frottis de dépistage du cancer (à l'exception des deux premiers examens à un an d'intervalle), que tous les trois ans, l'assureur a envoyé un formulaire à l'assurée. Celle-ci devait le remettre à son ancien assureur afin de déterminer si et quand celui-ci avait pris en charge les frais de l'examen préventif. Pour des raisons de protection des données, il n'était pas permis de recueillir directement ces informations auprès de l'ancien assureur. L'assurée s'est adressée à l'Office de médiation. Elle s'est plainte du fait que son assureur actuel n'effectuait pas lui-même ces vérifications auprès de l'ancien assureur, mais lui imposait cette charge administrative. Elle aurait accepté de donner une procuration à son assureur pour respecter la protection des données. Selon l'assurée, les clients pourraient bénéficier d'une meilleure expérience grâce à une gestion plus efficace de ces questions.

L'Office de médiation a communiqué à l'assurée les informations suivantes : Dans l'assurance de base, un assureur-maladie est autorisé (sur la base de l'art. 32 al. 2

en relation avec l'art. 32 al. 1 let. b LPGa) à demander à un autre assureur de base des renseignements sur les prestations perçues, si cela est nécessaire, comme dans le cas susmentionné, pour vérifier l'obligation de prester. L'ancien assureur serait également autorisé, sur la base de l'art. 84a al. 1 let. a LAMal, à fournir les informations souhaitées à l'assureur-maladie actuel. La communication des données étant prévue par la loi, une procuration de l'assuré ne serait même pas nécessaire. Toutefois, dans le cas des personnes qui changent d'assurance chaque année, l'assureur actuel ne connaît que l'assureur de l'année précédente (c'est à lui qu'il a dû envoyer la confirmation d'assurance subséquente). Il ne connaît en revanche pas l'assureur de l'année d'avant (qui, par exemple, a pris en charge l'examen gynécologique préventif). Dans de nombreux cas, l'assureur ne sait donc pas à quel assureur-maladie il doit envoyer la demande concernant une prestation perçue il y a trois ans ou plus.

Cas 11 Suppression du portail client après un changement d'assureur

En 2023, l'Office de médiation a été contacté par de nombreux assurés qui, après avoir changé d'assurance de base et/ou d'assurance complémentaire, n'ont plus eu accès aux données contenues sur leur portail client (comme p. ex. les décomptes de prestations ou de primes, parfois aussi les copies de factures des fournisseurs de prestations). Un assuré n'avait plus accès à ses données dès le premier jour suivant la fin de son contrat; pour d'autres assurés, l'accès au portail client (et donc aux données qui s'y trouvaient) avait été supprimé au bout de six mois. Une assurée a ensuite demandé en vain à l'assureur de rétablir l'accès au portail client.

L'Office de médiation constate que les assurés pensent souvent que les assureurs ont l'obligation de conserver leurs données sur le portail client pendant une période de 10 ans. Ce n'est pas le cas. En vertu de la loi sur la protection des données, les données doivent au contraire être effacées le plus rapidement possible.

La plupart des assureurs ont défini les droits et obligations des utilisateurs d'un portail client dans leurs propres règlements (appelés règlements d'utilisation ou conditions générales). Ces règlements indiquent si les documents peuvent encore être consultés sur le portail après la fin du contrat d'assurance et, le cas échéant, pendant combien de temps. Les assurés qui ouvrent un portail client acceptent ces dispositions soit par l'acceptation explicite de ces règlements, soit – si cela est ainsi stipulé – implicitement par l'utilisation du portail client. L'Office de médiation conseille donc aux assurés de lire attentivement le règlement d'utilisation du portail client et de sauvegarder en dehors du portail client les documents qu'ils souhaitent conserver au-delà de la fin du contrat. Dans les exemples susmentionnés, les règlements d'utilisation des assureurs stipulaient que les données devaient être effacées à la fin du contrat ou six mois après

3.6 Cas en lien avec des prestations

Cas 12 Perception de prestations en cas de pénuries d'approvisionnement

Un assuré s'est vu prescrire le médicament Saxenda par son médecin. Les limitations de la liste des spécialités étaient remplies chez l'assuré. Le médicament n'était toutefois disponible dans aucune des pharmacies consultées par l'assuré à Genève. L'assuré a informé l'Office de médiation que chaque pharmacie lui avait dit que le médicament n'était pas disponible. Il a finalement déposé son ordonnance dans une des pharmacies. Le médicament n'étant toujours pas disponible dans cette pharmacie trois mois plus tard, l'assuré s'est rendu en France pour se le procurer. Il a ensuite envoyé la facture ainsi que l'ordonnance médicale à son assureur, lequel a refusé de prendre en charge les frais.

Lors de l'intervention de l'Office de médiation, l'assureur a signalé une circulaire contraignante envoyée le 21 mars 2023 par l'OFSP aux assureurs-maladie, aux médecins et aux pharmaciens, qui se prononce sur l'obligation de remboursement en cas de pénurie de médicaments de la liste des spécialités. Il en ressort que les médicaments importés de l'étranger ne sont remboursés par l'assurance de base que s'ils sont importés par l'intermédiaire d'une pharmacie ou d'un médecin en cas de pénurie avérée de médicaments. Comme l'assuré s'était procuré lui-même le médicament en France et non par l'intermédiaire d'une pharmacie en Suisse, l'assureur a maintenu son refus de prise en charge. Il a ajouté qu'il aurait pu informer l'assuré si ce dernier avait pris contact avec lui avant de se procurer le médicament en France.

En cas de pénurie de médicaments, l'Office de médiation conseille aux assurés de discuter de la possibilité d'une importation avec la pharmacie ou le médecin, pour autant que le fournisseur de prestations ne le propose pas de lui-même.

Cas 13 Soins médicaux dispensés par une médecin à soi-même

Une assurée qui était médecin s'était soignée elle-même ainsi que ses quatre enfants. L'assureur a remboursé intégralement les factures établies par la caisse des médecins (dans le système du tiers garant). Plus tard, il a réclamé à l'assurée le remboursement de certains montants correspondant à des factures pour des soins médicaux dispensés par l'assurée à soi-même. L'assurée s'est adressée à l'Office de médiation en faisant valoir qu'avant de dispenser des soins à soi-même, elle s'était renseignée par téléphone auprès de l'assureur au sujet de la prise en charge des frais et celui-ci avait admis son obligation de prester. L'assurée n'était toutefois pas en mesure d'indiquer quand elle avait appelé l'assureur et avec qui elle s'était entretenue.

L'Office de médiation a d'abord indiqué à l'assurée que lorsqu'un médecin dispense des soins à soi-même, cela ne saurait être considéré comme un traitement médical pris en charge par l'assurance. Cela tient au fait que la relation contractuelle entre un médecin et son patient relève des dispositions sur le droit du mandat et que personne ne peut conclure un contrat avec soi-même (ATF 133 V 416). En outre, certaines po-

sitions Tarmed facturées à une seule et même personne seraient difficilement concevables, comme p. ex. la position 00.0610 (instruction du patient par le spécialiste pour lui apprendre à effectuer lui-même des mesures ou des soins) ou la position 00.0141 (étude du dossier en l'absence du patient). L'assurée ne pouvait pas non plus déduire quelque chose en sa faveur du principe de la protection de la bonne foi, dès lors qu'il n'était pas établi qu'elle avait obtenu un renseignement erroné de la part de l'assureur et que l'on pouvait en outre se demander dans quelle mesure elle avait subi un dommage. La demande de remboursement de l'assureur pour les soins prodigués à soi-même était donc correcte.

Cas 14 Médicaments en cas de traitement ambulatoire

Une personne était assurée selon un modèle particulier d'assurance dans le cadre duquel les médicaments ne sont pris en charge que s'ils sont achetés dans une pharmacie reconnue par l'assureur, les cas d'urgence avérés faisant exception. L'assuré devait se soumettre à une chimiothérapie ambulatoire. Avant la thérapie intraveineuse au cabinet médical, on lui a administré un médicament contre les nausées qui figure sur la liste des spécialités. Le médecin a facturé le médicament pendant les 12 premiers traitements dans le système du tiers payant. L'assureur a pris en charge les coûts. Lors du 13^e traitement, le médecin a facturé le médicament directement à l'assuré (tiers garant). L'assuré a envoyé la facture correspondante à l'assureur-maladie pour se faire rembourser. Celle-ci refusa de prendre en charge les frais. L'assuré s'est adressé à l'Office de médiation pour savoir si cette manière de procéder de l'assureur était correcte.

L'Office de médiation a recommandé à l'assuré de demander à son médecin traitant une confirmation écrite selon laquelle celui-ci s'était procuré lui-même le médicament et l'avait administré au cabinet médical. Après avoir reçu cette confirmation, l'Office de médiation s'est adressé à l'assureur. Celui-ci a répondu qu'il était prêt à prendre exceptionnellement en charge les coûts du médicament.

L'Office de médiation est d'avis qu'il existe dans ce cas une obligation de prise en charge des coûts. Le médecin s'était procuré lui-même le médicament contre les nausées qui faisait partie intégrante de la chimiothérapie ambulatoire. En outre, ce médicament avait été préalablement remis à cet effet.

La situation est différente lorsque les assurés qui ont choisi un tel modèle d'assurance reçoivent des médicaments directement de leur médecin (auto-dispensateur) en auto-administration après une consultation médicale. Comme ces assurés se sont engagés à ne se procurer des médicaments que dans une pharmacie conventionnée reconnue, les assureurs qui refusent de prendre en charge les coûts dans un tel cas de figure agissent conformément au règlement.

4 Assurances complémentaires selon la LCA

4.1 Conclusion du contrat

Les contrats d'assurance sont de plus en plus souvent conclus par voie électronique. L'Office de médiation a également constaté cette tendance puisque le nombre de demandes en rapport avec des conclusions de contrat par voie électronique a encore augmenté en 2023. Les assurés ne sont souvent pas conscients qu'en cliquant sur certains boutons, ils soumettent déjà une proposition ayant force obligatoire. De nombreux assurés pensent (encore) qu'une signature manuscrite est nécessaire pour conclure un contrat. Ce n'est pas le cas. Conformément à l'art. 11 al. 1 CO, la validité des contrats n'est subordonnée à l'observation d'une forme particulière qu'en vertu d'une prescription spéciale de la loi. Pour la conclusion de contrats d'assurance, le législateur n'a prévu aucune forme particulière. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, un contrat d'assurance peut notamment être conclu par Internet, par e-mail, par téléphone, oralement ou même par un comportement implicite (ATF 120 II 266 consid. 3a/bb).

Si des contrats conclus par voie électronique de façon indésirable peuvent encore être partiellement annulés après coup dans l'assurance de base en raison de l'interdiction de la double assurance, la situation est plus difficile dans l'assurance complémentaire. Si l'assureur peut démontrer (par exemple avec un horodatage électronique, cf. cas15) que l'assuré a cliqué sur un bouton correspondant à une proposition ayant force obligatoire – ce qui est généralement le cas – et que l'assureur l'a acceptée, la conclusion du contrat est établie.

Ignorant qu'ils ont conclu un contrat ou pensant que la police qui leur a été envoyée par la suite est une erreur de l'assureur, de nombreux assurés manquent ensuite également le délai de 14 jours pour révoquer la proposition conformément à l'art. 2a al. 2 LCA.

Le cas suivant illustre le déroulement de la conclusion par voie électronique d'un contrat d'assurance complémentaire. La succession des différentes étapes ou les moyens de communication utilisés peuvent varier d'un assureur à l'autre. Toutefois, chaque assureur doit disposer d'un horodatage afin de prouver qu'une proposition juridiquement valable a été faite.

Cas 15 Caractère juridiquement contraignant d'une proposition d'assurance en ligne

Une jeune assurée s'est adressée à l'Office de médiation en expliquant qu'elle avait apparemment cinq assurances complémentaires dont la validité s'étendait entre le 1er janvier 2023 et le 31 décembre 2025, sans être consciente d'avoir conclu de tels contrats. Elle s'était certes intéressée à la conclusion d'assurances complémentaires. Elle avait même eu un entretien-conseil à l'agence de l'un des assureurs et avait reçu une offre, mais elle avait ensuite décidé de renoncer totalement aux assurances complémentaires. Après avoir reçu les factures de primes pour les cinq assurances complémentaires, elle s'était adressée à l'assureur et lui avait demandé de les supprimer. L'assureur lui avait répondu que les assurances complémentaires seraient maintenues et ne pourraient pas être résiliées avant le 31 décembre 2025. D'autres tentatives de l'assurée étant restées infructueuses, celle-ci s'est adressée à l'Office de médiation en été 2023.

L'Office de médiation a sollicité de l'assureur des précisions sur le moment, la manière et les circonstances qui ont mené à l'élaboration d'une proposition d'assurance revêtue de force obligatoire, aboutissant ensuite à la formalisation d'un contrat. Les investigations ont révélé ce qui suit : après consultation de la plateforme Comparis, l'assurée avait reçu une offre de l'assureur par courriel du 29 novembre 2022. Le 13 décembre 2022, un entretien avait eu lieu à l'agence de l'assureur, au cours duquel le questionnaire de santé avait été discuté et rempli par le conseiller à la clientèle. Le même jour, l'assurée avait reçu un nouveau courriel contenant la proposition complétée par le questionnaire de santé. Dans ledit courriel se trouvait un champ « Imprimez votre offre sans engagement ou concluez une assurance en ligne ». L'assurée a cliqué sur ce champ et un code d'accès lui a ensuite été demandé. Ce code lui avait été transmis oralement par le conseiller à la clientèle. Après avoir saisi le code d'accès et cliqué sur le champ « S'inscrire », une nouvelle page s'est affichée, sur laquelle on pouvait voir en haut les produits de l'assurance complémentaire choisis par l'assurée avec les primes ainsi que les autres documents nécessaires pour l'assurance complémentaire selon la loi (art. 3 LCA et art. 45 LSA). Des remarques supplémentaires figuraient en plus petits caractères en bas. En validant les remarques supplémentaires (notamment les modalités de conclusion en ligne), en prenant connaissance des conditions générales et des déclarations de confidentialité, puis en cliquant sur le bouton « Conclure maintenant », la demande a été transmise à l'assureur avec un engagement contractuel. En même temps, un document a été généré dans le système de l'assureur avec un horodatage.

Offre : 100128137
Chef de famille : Mme X
Date de signature : 13.12.2022 11:31:51 +01:00
Conseiller à la clientèle : M. Y

Le numéro d'offre mentionné correspondait à celui de l'offre qui avait été envoyée à l'assurée le 29 novembre 2022 puis à nouveau le 13 décembre 2022 par e-mail. Le 15 décembre 2022, la nouvelle police a été émise et envoyée à l'assurée. Compte tenu de ces éléments, l'Office de médiation a dû informer l'assurée qu'il était avéré qu'un contrat portant sur cinq assurances complémentaires avait été conclu. Etant donné que le délai de révocation de 14 jours prévu à l'art. 2a al. 2 LCA, qui courait depuis le 14 décembre 2022, s'était également écoulé sans avoir été utilisé, l'assureur avait à juste titre maintenu les assurances complémentaires.

Cas 16 Convention de réserves

Un assuré a demandé à un assureur de conclure six assurances complémentaires au 1er janvier 2024. Par courrier du 24 juillet 2023, le nouvel assureur lui a fait savoir qu'une réserve serait émise pour quatre produits nommément cités (statut après fracture de la cheville gauche / rechutes et séquelles tardives). Sans réponse de l'assuré dans les 10 jours, celui-ci était présumé accepter cette décision. Le 28 septembre 2023, l'assuré a informé l'assureur qu'il ne souhaitait pas d'assurance complémentaire. Le 28 octobre 2023, l'assuré a reçu la police pour les assurances complémentaires avec une réserve pour quatre des six produits. Le 7 novembre 2023, l'assuré a demandé une nouvelle fois à l'assureur de supprimer toutes les assurances complémentaires, en vain. Il s'est adressé à l'Office de médiation, qui est intervenu auprès de l'assureur.

L'Office de médiation a fait valoir que si l'assureur émettait une réserve, il s'agissait d'une contre-offre. Si l'assuré souhaitait accepter une contre-offre, il devait le faire savoir expressément, à défaut de quoi la contre-offre était réputée refusée (Olivier Subilia, in Commentaire romand, Loi sur le contrat d'assurance, 2022, art. 1 N 102). L'assuré n'ayant jamais accepté expressément la contre-offre de l'assureur du 24 juillet 2023, aucun contrat n'avait été conclu concernant les quatre produits. En outre, l'Office de médiation demanda à l'assureur d'examiner s'il pouvait également annuler à bien plaisir les deux assurances complémentaires restantes, lesquelles n'avaient été assorties d'aucune réserve et avaient donc été valablement conclues.

L'assureur a annulé les six assurances complémentaires, quatre pour des raisons juridiques et deux à bien plaisir.

4.2 Suspension des prestations

Cas 17 Levée d'une suspension des prestations

Un assuré s'est adressé à l'Office de médiation parce que son assureur avait refusé de prendre en charge une intervention de mise en place d'une prothèse de hanche à gauche prévue le 24 novembre 2022 à la clinique La Colline à Genève en division semi-privée. Le motif du refus de prise en charge était, selon l'assureur, l'existence d'une suspension des prestations selon l'art. 20 al. 3 LCA. Selon l'assureur, celle-ci était intervenue parce que l'assuré était encore débiteur de certaines primes au prin-

temps 2022. L'assuré avait toutefois payé les primes pour les troisième et quatrième trimestres 2022. En outre, le 9 décembre 2022, il avait payé les arriérés de primes du printemps 2022 ayant fait l'objet d'un rappel. Le 13 décembre 2022, l'assureur l'avait informé par téléphone qu'en raison de la suspension des prestations, il ne délivrerait plus jamais de garantie de paiement pour la hanche gauche. Il lui avait été recommandé d'entamer les préparatifs pour l'intervention de mise en place de la prothèse de hanche à l'Hôpital universitaire de Genève. L'assuré n'était pas d'accord et s'est adressé à l'Office de médiation.

L'Office de médiation a demandé à l'assuré de lui indiquer s'il avait été mis aux poursuites par l'assureur pour les primes du printemps 2022, ce qui n'était pas le cas. L'Office de médiation s'est ensuite adressé à l'assureur en faisant valoir qu'en l'absence de poursuite, il découlait de la fiction juridique prévue à l'art. 21 al. 1 LCA que les contrats étaient devenus caducs le 29 août 2022, soit deux mois après l'expiration du délai de sommation de 14 jours. Etant donné que l'assureur avait accepté les primes payées régulièrement et dans les délais par l'assuré pour la période à partir de juillet 2022, un nouveau contrat (avec les mêmes conditions que celui devenu caduc) avait été conclu de manière implicite. Ce nouveau contrat n'était pas soumis à une suspension des prestations puisque l'assuré avait payé les primes dans les délais à partir de juillet 2022 et que la suspension des prestations de l'ancien contrat avait pris fin en même temps que celui-ci.

Se fondant sur l'art. 21 al. 2 LCA, l'assureur a informé l'Office de médiation que – dans la mesure où le paiement de la prime était accepté ultérieurement par l'assureur – son obligation reprenait à partir du moment où la prime arriérée avait été acquittée avec les intérêts et les frais. L'assuré n'avait payé la prime arriérée que le 9 décembre 2022. Par conséquent, la suspension des prestations n'avait pris fin que le 9 décembre 2022 et toutes les maladies (nouvellement) diagnostiquées pendant la suspension des prestations jusqu'à cette date étaient définitivement exclues de toute couverture d'assurance.

L'Office de médiation est intervenu une seconde fois auprès de l'assureur en lui indiquant que l'art. 21 al. 2 LCA ne réglait que le cas où un arriéré était encore payé dans le délai de deux mois prévu à l'art. 21 al. 1 LCA. Dans ce cas, la suspension des prestations prenait fin dès le moment où l'assureur recevait le paiement de la prime arriérée et des intérêts.

En l'espèce toutefois, le paiement de l'assuré était parvenu à l'assureur le 29 août 2022, après l'expiration du délai de sommation de deux mois, vu que l'assuré n'avait payé les arriérés du printemps 2022 que le 9 décembre 2022. Ce n'était donc pas l'art. 21 al. 2 LCA qui s'appliquait, mais l'art. 21 al. 1 LCA. Selon cet article de loi, le sort du contrat est entre les mains de l'assureur après l'expiration du délai de sommation de 14 jours. L'un des trois cas de figure suivants peut se présenter :

1. L'assureur réclame la prime impayée dans un délai de deux mois (par voie de poursuite). Il montre ainsi qu'il souhaite maintenir le contrat.
2. L'assureur informe l'assuré qu'il renonce aux primes impayées et qu'il résilie le contrat.
3. L'assureur laisse passer le délai de deux mois sans agir (c'est-à-dire sans passer par l'étape 1 ou 2). Dans ce cas, la loi établit une présomption irréfutable selon laquelle le contrat s'éteint après l'expiration du délai de deux mois.

Dans le cas présent, l'assureur a laissé passer le délai de deux mois (constellation 3). Les contrats de l'assuré ont donc pris fin. Vu que les primes ont été payées ponctuellement à partir de juillet 2022 et que l'assureur n'a pas refusé ces paiements, un nouveau contrat a été tacitement conclu conformément à l'art. 1 CO, d'autant plus qu'il y avait un consensus sur les points essentiels du contrat, tels que les primes et les prestations.

L'assureur informa par la suite l'Office de médiation qu'un nouvel examen du cas avait permis l'octroi d'une garantie de paiement pour un séjour hospitalier à la clinique La Colline concernant la mise en place d'une prothèse de hanche. L'assureur contacterait le fournisseur de prestations et lui délivrerait la garantie de paiement pour le séjour en division semi-privée.

5 Assurance d'indemnités journalières

5.1 Incapacité de travail liée au poste de travail

Au cours de l'année de référence, nombreux cas concernant des indemnités journalières en cas de maladie ont été soumis à l'Office de médiation, dans lesquels il y avait une problématique d'incapacité de travail liée au poste de travail. Chez un assureur en particulier, l'Office de médiation a constaté que des accords transactionnels parfois douteux étaient proposés aux assurés.

Cas 18 Accord transactionnel

Une assurée était employée avec un contrat de travail à durée indéterminée et assurée pour la perte de salaire par un contrat collectif d'indemnités journalières en cas de maladie. L'assurée a résilié son contrat de travail pour le 31 juillet 2023. En raison de harcèlement sur son lieu de travail, elle s'est retrouvée en incapacité de travail à 100 % à partir du 24 mars 2023. Le 27 juin 2023, elle a été invitée par l'assureur d'indemnités journalières à un entretien de bilan, à l'occasion duquel un projet de convention a été établi. Voici un extrait de ce projet :

Réduction du dommage / Sortie du contrat collectif

1. Faits

Madame X. est en incapacité de travail à 100 % depuis le 24.03.2023 en raison de troubles psychiques. L'incapacité de travail est due à des problèmes existants sur le lieu de travail. Lors d'un état des lieux en date du 27 juin 2023, Madame X. a confirmé la problématique liée au poste de travail. Madame X. a été informée que l'assureur Y. n'était pas tenu de verser des prestations si un problème lié au poste de travail était avéré. Madame X. a exprimé la crainte de devoir rembourser les indemnités journalières déjà versées, dont le montant total s'élevait à 7'322 fr. à la date de sortie du contrat. Si cela devait se produire, elle serait contrainte de faire appel aux services sociaux.

Après une discussion approfondie, il a été décidé d'un commun accord de conclure le présent accord de règlement afin que les deux parties puissent se séparer avec le moins de dommages possible

2. Accord transactionnel

Afin d'éviter un litige, les parties concluent la transaction suivante :

- 1.1. Le montant total de la demande de remboursement s'élève à CHF7 322. L'assureur Y. renonce à la totalité du montant de la demande de remboursement contractuelle.
- 1.2 L'assurée X est libérée de l'obligation de rembourser.
- 1.3 L'assurée X déclare par ailleurs accepter la cessation des prestations d'indemnités journalières au 31.07.2023 et renonce à faire valoir d'autres créances découlant du contrat collectif d'indemnités journalières en cas de maladie.
- 1.4 Les parties conviennent que l'assurée X. est sortie du contrat collectif d'indemnités journalières en cas de maladie, qu'il n'existe plus de droit à des prestations d'assurance et que l'assurée X. renonce à son droit de passage à un contrat individuel d'indemnités journalières en cas de maladie.
- 1.5 Les parties contractantes sont libérées réciproquement au 31.07.2023 pour solde de tout compte.

3. Accord de non-divulgateion

Les parties s'engagent à garder confidentiels les détails du présent accord. En particulier, les informations sur le contenu de la négociation et le montant susmentionné ne seront pas communiqués à des tiers (...).

L'assurée n'a pas signé la transaction après l'entretien. Par la suite, elle s'est adressée à l'Office de médiation en expliquant qu'elle n'était pas du tout en mesure de rembourser à l'assureur le montant réclamé et qu'elle devrait donc signer la transaction.

L'Office de médiation a conseillé à l'assurée de ne pas signer la transaction. Il l'a informée que la remarque de l'assureur selon laquelle il n'y avait pas d'obligation de prestations en cas d'incapacité de travail liée au poste de travail n'était pas correcte. En outre, l'Office de médiation a présenté à l'assurée le droit de passage dans l'assurance individuelle selon les conditions générales d'assurance ainsi que les conséquences qu'aurait une renonciation à ce droit. L'assurée a renoncé à signer la transaction. Par l'intermédiaire de son employeur, elle a perçu des indemnités journalières en cas de maladie jusqu'au 31 juillet 2023.

