

Ombudsman
**de l'assurance-maladie
sociale**

**Rapport d'activité
2006**

Fondation «Ombudsman de l'assurance-maladie sociale»

Conseil de fondation

Rudolf Gilli	Zumhofhalde 38, 6010 Kriens Président
Paul Zbinden	Avocat, Dr en droit; ancien Conseiller national, Rte. Cité-Bellevue 6, 1700 Fribourg, Vice-président
Christoffel Brändli	Mag. oec. HSG; Conseiller aux Etats; Président de santésuisse, Auwaldweg 7, 7302 Landquart
Christiane Langenberger	Conseillère aux Etats, Rue de l'Eglise 2, 1122 Romanel-sur-Morges
Fabiola Monigatti	Lic. en droit, directrice, Konsumentenforum, Dubsstrasse 29, 8003 Zürich
Markus Moser	Dr en droit, Bruggbühlstrasse 30a, 3172 Niederwangen

Secrétariat

Rudolf Luginbühl	Avocat, Ombudsman
Morena Hostettler	Lic. en droit, avocat, service juridique Suisse alémanique et Tessin
Isabelle Gottraux	Lic. en droit, service juridique Suisse romande
Urs Eigensatz	Expert dipl. en assurance-maladie
Hans-Thomas Scherrer	Lic. en droit, secrétaire de l'ombudsman

Ombudsman de l'assurance-maladie sociale
Morgartenstrasse 9, 6003 Lucerne

Téléphone (renseignements 9h – 11h 30):

Allemand	041 226 10 10
Français	041 226 10 11
Italien	041 226 10 12
Téléfax:	041 226 10 13

E-Mail: info@om-am.ch
Internet: www.ombudsman-am.ch (avec formulaire de contact)

Table des matières

1	Office	4
2	Conseil de fondation	4
3	Chiffres	5
4	Principes d'exécution.....	6
5	Thèmes prioritaires des cas traités.....	9
6	L'orientation vers la clientèle des assureurs-maladie	21

Pour faciliter la lecture, le genre masculin est utilisé sans discrimination dans ce rapport annuel.

Un glossaire situé à la fin du texte donne l'explication des termes spécialisés utilisés dans ce rapport.

1 Office

L'Office de médiation, sis à Lucerne, était confié durant l'année sous revue aux soins de l'Ombudsman (Gebhard Eugster), de deux collaboratrices juridiques (Isabelle Gottraux et Morena Hostettler Socha), d'un expert en assurance-maladie (Urs Eigensatz) et d'un secrétaire (Hans-Thomas Scherrer). Au 1^{er} juillet 2006, la direction de l'office est passée de Gebhard Eugster, Dr en droit, à Rudolf Luginbühl, avocat.

2 Conseil de fondation

Durant l'année sous revue, le conseil de fondation s'est réuni à deux reprises en séance ordinaire. Le 6 avril 2006, il a examiné le rapport d'activité et les comptes; en outre, il a désigné un nouveau membre en la personne de Fabiola Monigatti, lic. en droit, de Brusio GR. Madame Monigatti est directrice du «Konsumentenforum». Elle est nommée ad personam comme représentante italophone.

Lors de la séance extraordinaire du 6 juillet, le conseil de fondation a pris congé de l'Ombudsman Gebhard Eugster, Dr en droit, en faisant l'éloge de ses grands mérites. Celui-ci a fait partie de l'Office de médiation depuis sa création en 1993 et l'a dirigé depuis 1997. Sous son égide, l'Office de médiation est devenu un centre de compétence juridique. Ses activités scientifiques et son expérience judiciaire ont été très précieuses pour l'Office de médiation. Gebhard Eugster a accordé une grande importance à l'aspect juridique de l'activité de médiation. Le nouvel Ombudsman, Rudolf Luginbühl, tient à le remercier personnellement pour son apport et notamment pour la qualité de son initiation technique.

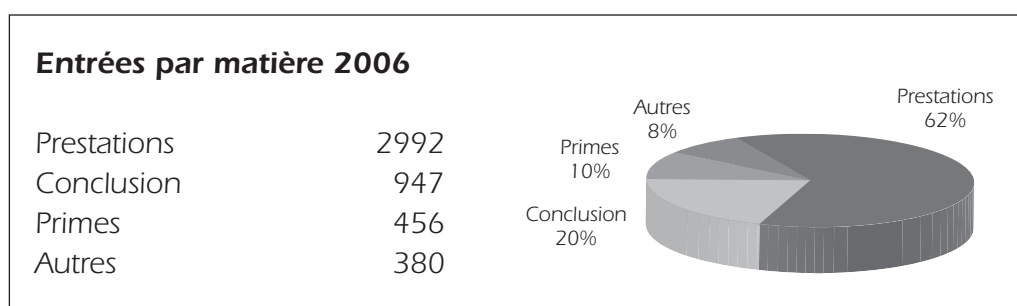
Le 9 novembre, le conseil de fondation a siégé pour la première fois en présence du nouvel Ombudsman. Le budget 2007 et l'orientation de l'activité de l'Office de médiation sous la nouvelle direction étaient à l'ordre du jour. La méthode de travail de l'Office de médiation ne subira pas de transformation fondamentale mais intégrera les connaissances de la branche du nouvel Ombudsman. Ce dernier accorde une grande importance à la transparence du système de l'assurance-maladie sociale. Il comprend sa tâche comme celle d'un médiateur dialoguant avec le client et l'assureur-maladie dans le but de régler les conflits. Bien évidemment, le droit en vigueur demeure le fondement de cette action.

3 Chiffres

Entrées par matière

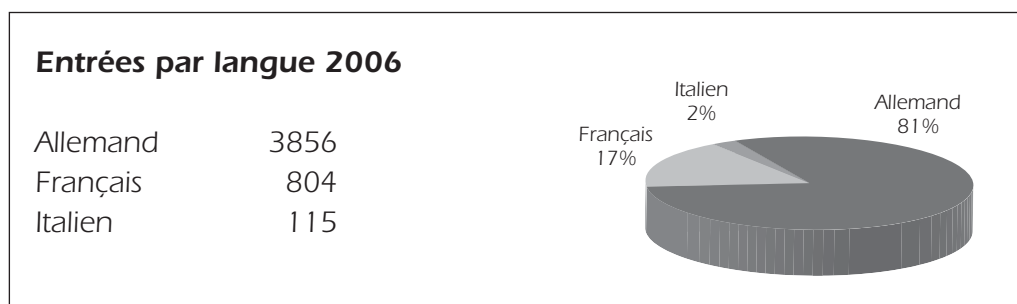
Durant l'année de référence, 4775 cas ont été présentés à l'Ombudsman (2005: 5145). Après un recul du nombre des cas en milieu d'année, les entrées ont à nouveau augmenté à l'automne, comme prévu. Les changements de caisse continuent à donner matière à conflit. Toutefois, à fin 2006 c'est la première fois, selon les médias, qu'aussi peu de personnes ont changé de caisse depuis l'introduction de la loi sur l'assurance-maladie. Par contre, les modèles alternatifs d'assurance ont été davantage choisis.

La répartition par matière montre que 2992 dossiers sont à attribuer au secteur des prestations d'assurance (2005: 3119), 947 au domaine des conclusions ou des changements d'assurance (2005: 1124), tandis que 456 concernaient le thème des primes (2005: 465). Les 380 cas restants portaient sur des questions générales, parfois sans lien avec l'assurance-maladie (2005: 437).



Entrées par langue

La répartition selon les langues donne 3856 entrées en allemand (2005: 4096), 804 en français (2005: 902) et 115 en italien (2005: 147).



Durant l'exercice passé en revue (2006), les pourcentages de répartition des cas entre les langues nationales ne se sont pas fondamentalement modifiés par rapport à l'année précédente (2005). Les cas en provenance de Suisse romande et du Tessin ont un peu diminué.

Évolution des entrées

La tendance à une légère baisse des entrées s'est poursuivie durant l'année sous revue, puisque celles-ci sont passées de 5145 en 2005 à 4775 en 2006. Par rapport aux années record de 2002 (6140) et de 2003 (6071), le nombre

des entrées a donc diminué de 1300 environ. Cette évolution a un côté très positif. Comme en 2005 déjà, cela est dû au fait que l'exercice 2006 n'a été marqué par aucun événement exceptionnel qui aurait causé une accumulation spécifique de problèmes, que ce soit en général ou chez un assureur-maladie en particulier. Une autre cause réside dans la sûreté juridique croissante dans l'application de la loi sur l'assurance-maladie et dans l'acceptation générale de nombreuses solutions pragmatiques pour des problèmes qui, il y a peu d'années encore, constituaient des litiges. D'un autre côté, la question se pose de savoir si l'Office de médiation est suffisamment connu du public et des assurés.

L'expérience a néanmoins appris à tous les protagonistes du secteur de l'assurance-maladie que chaque journée pouvait réserver des turbulences surprenantes et que l'optimisme peut s'avérer fort trompeur.

L'Ombudsman accorde une grande importance au règlement rapide des demandes. C'est pourquoi il n'y avait pas, en fin d'exercice, de retards particuliers dans le traitement des cas.

4 Principes d'exécution

Le changement d'Ombudsman est l'occasion de présenter à nouveau en détail les principes de son travail.

Selon l'acte de fondation et le règlement y afférent, l'Office de médiation a pour but de résoudre les désaccords entre assurés et caisses par des conseils et informations ainsi que de servir d'intermédiaire en cas de divergences d'opinions. Il ne donne pas de renseignements généraux et ne s'occupe d'un cas que si l'assuré met à disposition tous les documents voulus. Il n'intervient pas quand l'assuré est représenté par une organisation de protection juridique ou par un avocat. Pour les assurés, le travail de l'Office de médiation est gratuit.

Quand convient-il de recourir à l'Ombudsman?

L'Ombudsman entend limiter le nombre de procès par une médiation opérée en temps utile. Les assurés qui ont des problèmes devraient s'adresser le plus tôt possible à lui car il a alors la possibilité d'exercer une influence sur l'assureur avant que ce dernier ne se soit prononcé en émettant une décision susceptible d'opposition. Si l'affaire ne lui est présentée qu'après émission par la caisse d'une décision formelle, l'Ombudsman attire l'attention du demandeur sur le fait que sa requête n'interrompt pas le délai d'opposition. Il conseille certes l'assuré quant à l'utilité de faire opposition et discute les arguments parlant en faveur ou défaveur de point de vue de l'assureur-maladie, mais il ne défend pas l'assuré devant les tribunaux. À ce stade de la procédure, il n'intervient plus auprès de l'assureur-maladie qu'en cas exceptionnel, par exemple s'il s'agit de décisions indubitablement erronées ou de litiges très complexes qui dépassent l'assuré. L'Ombudsman expose à l'assureur-maladie les aspects dont il convient notamment de tenir compte dans la décision rendue sur opposition.

L'Ombudsman peut-il influencer la politique d'entreprise des assureurs-maladie?

L'activité de l'Ombudsman se rapporte au cas particulier et s'appuie sur le droit en vigueur. L'Ombudsman n'est pas une autorité de surveillance pour les assureurs-maladie et il ne peut donc pas émettre de directives, en général ou dans un cas particulier. Sa mission réside dans la médiation, ce qui suppose foncièrement la confiance tant du client que de l'assureur-maladie. C'est pourquoi il n'émet aucun jugement de valeur sur les institutions de l'assurance-maladie sociale.

Le règlement régissant son activité l'autorise à informer l'association faitière des assureurs-maladie (santésuisse) ou même l'opinion publique si les plaintes des assurés se multiplient dans un domaine. En premier lieu toutefois, il s'adresse à l'assureur-maladie concerné et propose directement des améliorations. Il contribue de la sorte à l'assurance de qualité de la branche et peut, dans certains domaines partiels, effectivement exercer une influence sur la politique d'entreprise des assureurs-maladie.

Qui peut solliciter les services de l'Office de médiation et comment procéder pour ce faire?

En premier lieu, ce sont les assurés eux-mêmes qui s'adressent à l'Office de médiation. Ils le font la plupart du temps par téléphone ou par voie postale, mais de plus en plus souvent aussi par courrier électronique. Ce moyen permet certes une prise de contact rapide, mais n'est pas adapté à l'envoi de données médicales. En outre, les demandes faites par ce biais sont souvent mal documentées, ce qui entraîne beaucoup de questions en retour. Le site de l'Office de médiation (www.ombudsman-am.ch) contient un formulaire de contact avec des avertissements correspondants.

L'Office de médiation est également consulté par des fournisseurs de prestations et des services sociaux, qui intercèdent pour des patients ou clients connaissant des problèmes avec leurs assureurs-maladie. Si les patients ou clients le souhaitent expressément, l'Ombudsman entre en matière sur de telles demandes. Il évite d'ériger des barrières bureaucratiques, mais demande toujours une documentation claire.

Quels sont les sujets dont s'occupe l'Ombudsman?

Il s'agit en premier lieu de l'assurance-maladie. L'Ombudsman intervient dans les problèmes de l'assurance de base et de l'assurance complémentaire, tant que cela concerne un assureur-maladie ou une société partenaire d'un assureur-maladie. Du fait de l'enchevêtrement toujours plus dense entre assurances privées et assureurs-maladie, la compétence n'est pas toujours claire. De nombreuses sociétés partenaires d'assurances-maladie sont également affiliées à la fondation «Ombudsman de l'Assurance Privée et de la Suva». Les bons contacts qu'entretiennent les deux offices de médiation permettent toutefois une collaboration efficace au profit du client.

Les demandeurs ne savent parfois pas si leurs difficultés proviennent de l'assureur-maladie ou si elles sont causées par un fournisseur de prestations, voire par un autre assureur. Dans ces deux derniers cas, l'Ombudsman donne des renseignements, si cela lui est possible, mais n'intervient pas auprès d'institutions en dehors de l'assurance-maladie ou auprès de fournisseurs de presta-

tions. Pour cela, il existe d'autres offices de médiation et des organisations de patients ou de consommateurs.

Quels sont les sujets que l'Ombudsman n'aborde pas?

De nombreux assurés souhaitent une aide pour choisir leur caisse-maladie. Ils n'en reçoivent pas de l'Ombudsman directement. Ce dernier les renseigne volontiers sur les avantages ou inconvénients de systèmes d'assurance déterminés (par exemple les franchises annuelles, les modèles du médecin de famille, les produits d'assurance complémentaire spéciaux, etc.) et contribue ainsi à ce que les assurés prennent eux-mêmes leurs décisions. Mais il n'émet aucun jugement de valeur sur les différents assureurs-maladie ou sur leurs produits d'assurance.

L'Ombudsman ne s'exprime pas non plus publiquement sur les questions de politique, que ce soit dans le domaine de l'assurance ou dans celui de la santé.

Si les assurés critiquent une augmentation concrète des primes, les possibilités de l'Ombudsman sont restreintes. Certes, il contrôlera s'il n'y a pas eu un classement erroné au sein du tarif de primes de l'assureur. Mais il ne peut remettre en cause les tarifs de primes approuvés ou les influencer. Ce sont les autorités de la Confédération chargées de la surveillance des assureurs-maladie qui ont compétence en la matière.

Que peuvent espérer les assurés de l'Ombudsman?

Les assurés obtiennent un avis sur leurs différends et une aide quand ils ont épuisé leurs possibilités avec leur assureur-maladie. Leurs questions sont examinées de manière approfondie. Le cas échéant, une intervention a lieu directement auprès de l'assureur-maladie. Les interventions se font en grande majorité par écrit et conduisent à des prises de position écrites. Si l'affaire est urgente, les assureurs sont aussi contactés par téléphone. L'Ombudsman dispose chez chaque assureur-maladie de personnes chargées de recueillir directement ses questions, de faire procéder aux vérifications internes et d'y répondre. Si l'Ombudsman constate que le client qui soumet la question fait erreur, c'est-à-dire que son appréciation de la situation est erronée, il lui explique alors les dispositions légales et contractuelles. L'Ombudsman fournit des explications sur le système d'assurance et donne des conseils sur l'attitude à adopter pour éviter d'autres malentendus.

L'Ombudsman est-il un service de renseignements juridiques?

La mission de l'Office de médiation est d'intercéder dans des litiges concrets. Des informations juridiques générales, sans prise de position de l'assureur, ne sont données qu'avec retenue et uniquement dans des cas limpides. Il est judicieux d'adresser à l'Ombudsman des copies de l'ensemble du dossier afin de pouvoir saisir d'emblée la situation.

5. Thèmes prioritaires des cas traités

Les particularités de l'assurance-maladie

Afin de mieux **saisir** pourquoi les sujets suivants préoccupent particulièrement l'Ombudsman, il paraît utile de rappeler tout d'abord les particularités de l'assurance-maladie dans l'ensemble du système des assurances sociales.

- L'assurance obligatoire des soins est une **assurance populaire** et non pas une assurance patronale, comme c'est le cas par exemple de l'assurance-accidents obligatoire. La conclusion de l'assurance est obligatoire et incombe à l'individu. Il en résulte de nombreuses questions ayant trait à l'obligation d'assurance en tant que telle.
- Sont assurés les risques de **maladie**, d'**accident** (uniquement à titre subsidiaire s'il n'y a pas de prise en charge par un assureur-accidents obligatoire) et de **maternité**. Étant donné qu'en Suisse, dans le système causal des assurances sociales, ces risques sont en partie couverts par d'autres assurances sociales, des questions juridiques de coordination se posent. Notre système d'assurances sociales présente des lacunes et des recouvrements.
- L'assurance-maladie connaît le **principe de la multiplicité des assureurs**. Des caisses privées et quelques caisses de droit public assument la tâche de la Confédération de mettre en œuvre l'assurance obligatoire des soins. L'assuré peut choisir lui-même son assureur-maladie et aussi en changer. C'est pourquoi des problèmes peuvent se poser lors de la conclusion et de la résiliation.
- Les assureurs-maladie ne se limitent pas à cette seule activité. Ils proposent, eux-mêmes ou par le biais de sociétés partenaires, des **assurances complémentaires** assujetties à la LCA. Le client peut souscrire à ces produits chez le même assureur que pour l'assurance obligatoire des soins ou opter pour un autre fournisseur. Par conséquent, l'Ombudsman ne s'occupe pas uniquement de l'assurance sociale, mais aussi de questions relevant du droit des assurances privées.
- Les assureurs-maladie complètent leur gamme de produits avec des assurances d'indemnités journalières en cas de maladie (assurances perte de gain) qui peuvent se fonder sur la LAMal ou sur la LCA et être proposées tant comme assurances individuelles que collectives. Ces assurances sont destinées à garantir l'existence économique des assurés en cas d'incapacité de travail. Étant donné qu'il y a en général beaucoup d'argent en jeu, la fréquence des litiges dans ce domaine est supérieure à la moyenne.
- Le système de santé publique est financé entre autre, par les prestations des caisses-maladie et par les versements étatiques. Pour sa part, l'assurance des soins est financée au moyen de **primes par tête** que des réductions individuelles de primes viennent atténuer d'un point de vue social. L'assuré est lui-même responsable du paiement des primes. S'il ne s'acquitte pas de cette obligation les difficultés surgissent et finissent pas être portées à la connaissance de l'Office de médiation.

Affiliation et changement de caisse dans l'assurance de base

Il arrive régulièrement que des assurés soient dépassés par le travail administratif que représente le changement de caisse envisagé ou qu'ils ne comprennent pas pourquoi ils doivent remplir de longs formulaires comportant de nombreuses questions. L'Ombudsman considère qu'il entre dans le cadre de ses attributions d'informer les assurés demandeurs sur les particularités du système des assurances sociales et des assurances complémentaires de droit privé. Durant l'année sous revue, on a constaté en particulier que certains assureurs essayaient, avant même l'admission, de poser des questions sur l'état de santé, même chez des personnes qui ne souhaitaient que l'assurance de base. Sous le couvert d'une éventuelle coordination ultérieure des prestations, ces assureurs s'enquéraient de façon ciblée des prestations en cours dans d'autres assurances sociales. Paraît également choquante l'attitude d'un assureur-maladie qui, face à des personnes intéressées n'étant pas considérées comme de bons risques, n'a de cesse de souligner tous les inconvénients de l'appartenance à son institution pour tenter de les dissuader de s'affilier. Une information franche est certes correcte. Mais un assureur-maladie doit accepter dans l'assurance de base toutes les personnes tenues de s'assurer.

Selon les comptes rendus des médias, les changements pour des modèles alternatifs d'assurance ont augmenté de façon prononcée à la fin de l'année 2006. De nombreux assureurs-maladie tentent de susciter l'intérêt de leurs assurés ployant sous des primes élevées pour de tels modèles aux primes plus abordables, afin d'éviter un changement de caisse. Outre les modèles classiques à franchise élevée et l'assurance HMO à proprement parler, on trouve en priorité les modèles du médecin de famille, dans lesquels les assurés ne peuvent pas consulter de spécialistes sans passer au préalable par leur médecin de famille, ou les modèles obligeant d'abord à consulter une permanence téléphonique médicale avant de se rendre chez le médecin. Les assurés prennent ainsi certains engagements qui ne leur sont pas toujours communiqués avec suffisamment de clarté lors des entretiens de conseil.

Depuis le 1^{er} janvier 2006, il est interdit aux assurés de changer de caisse en cas d'arriérés de primes dans l'assurance de base. Toujours plus d'assurés en font l'expérience à leurs dépens. Juridiquement, la question de savoir si cette interdiction de changement d'assureur vaut pour les créances arriérées ayant déjà fait l'objet de poursuites ou si la mise en demeure suffit, n'est pas élucidée. Le commentaire juridique déterminant préconise qu'il n'est pas nécessaire qu'il y ait eu de poursuites. Par conséquent, dans cette phase de la procédure, il n'y a donc pas de place pour les avantages conférés aux personnes qui font l'objet d'une poursuite non pas en réalisation de gage, mais par voie faillite.

Tous les ans surviennent des cas où l'assureur précédent maintient l'assurance de base du fait de l'absence de l'attestation de continuation d'assurance du nouvel assureur. Lors des changements de caisse 2005/2006, c'est à nouveau une caisse-maladie enregistrant une forte croissance d'assurés qui n'a pas été en mesure de délivrer à temps les attestations de continuation d'assurance et qui a donc dû, dans certains cas, s'acquitter du dédommagement prévu à l'art. 7, alinéa 5 de la loi sur l'assurance-maladie.

Fait étonnant, on trouve encore des personnes assurées deux fois pour l'assurance de base, quelles qu'en soient les raisons. L'assurance obligatoire des soins est une assurance sociale fédérale qui ne peut être conclue qu'une seule fois. Par conséquent, l'Ombudsman est parvenu dans de tels cas à ce qu'une assurance (en général la plus récente) puisse être résiliée à titre rétroactif.

Affiliation et changement d'assurance dans l'assurance complémentaire

Les assureurs ont, par le passé, durci nettement leur pratique d'admission dans les assurances complémentaires. Dès qu'il y a le moindre risque de santé, la proposition est refusée. De plus en plus souvent, on renonce à simplement appliquer des exclusions de prestations (réserves). Malheureusement, les refus sont prononcés bien souvent sans explications. Cela donne lieu fréquemment à des demandes de précisions des assurés à leur assureur ou à l'Office de médiation. Même s'il n'existe pas de droit à l'admission dans une assurance complémentaire, il n'est pas pour autant exclu que le refus soit dû à une confusion ou à une autre erreur de l'assureur. La personne requérante a le droit de consulter les données consignées à son sujet (art. 8 de la loi fédérale sur la protection des données). Cela peut représenter pour l'assureur un certain travail qui ne lui donne pas droit à un dédommagement, sauf cas exceptionnels. C'est pourquoi l'Ombudsman considère qu'il est important et utile de motiver suffisamment les refus.

Les assurés qui ont conclu chez un assureur complémentaire un contrat d'une durée initiale minimale de cinq ans sont des clients réguliers de l'office. De tels produits ne sont pas fréquents dans la branche et leur durée n'est nullement ancrée dans la conscience des assurés. Même si les assureurs concernés attirent l'attention sur ce fait dans les documents écrits de conseil, et, bien sûr, également dans les dispositions d'assurance qu'ils remettent et quand bien même se font-ils confirmer par signature l'acceptation de ces documents, cet engagement à plus ou moins long terme échappe néanmoins à de nombreux assurés qui sont tout étonnés de ne pouvoir résilier le contrat avant l'expiration de la première durée de cinq ans. Le problème s'accroît chez les assureurs qui ne travaillent pas avec leur propre service extérieur et qui confient pour l'essentiel la vente des produits d'assurance à des intermédiaires extérieurs. Ces derniers, malheureusement, ne font pas toujours preuve de la diligence nécessaire. Espérons que les nouveautés de la LCA entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2007 concernant le devoir d'information des assureurs au moment de la conclusion du contrat désamorceront quelque peu la situation. Elles ne parviendront cependant pas à empêcher que des intermédiaires indelicats n'examinent pas suffisamment la situation d'ensemble de leurs clients, si bien que le changement d'une partie des assurances s'accompagne brusquement de la perte de rabais sur les assurances restantes, ce qui parfois annule entièrement l'économie de coût recherchée lors du changement.

L'Office de médiation est régulièrement consulté par des assurés à qui l'assureur complémentaire reproche une réticence et résilie de ce fait les assurances complémentaires. Là aussi, il arrive que les intermédiaires d'assurance aient aussi leur part de responsabilité, car ils prennent trop à la légère les affections

existantes, les considérant comme sans importance et n'ayant pas à être déclarées. Rappelons qu'il n'incombe pas à l'assuré de décider quelles affections doivent être déclarées ou non. Son devoir est de répondre correctement et de manière exhaustive aux questions posées sur l'état de santé. L'Ombudsman rencontre régulièrement des cas où les intermédiaires remplissent eux-mêmes les propositions pour les assurés ou vont jusqu'à faire signer aux assurés les propositions non encore remplies. Quant à l'assureur, il ne peut guère tergiverser pour dénoncer une réticence et résilier le contrat lorsqu'il constate une affection non déclarée. L'art. 6 LCA prévoit à cet effet un délai de seulement 4 semaines après la prise de connaissance suffisante des faits. Une fois écoulé ce délai, l'assureur ne pourra alors qu'invoquer une nullité partielle du contrat au sens de l'art. 9 LCA. Il n'aura certes pas à rembourser les frais pour les affections préexistantes, mais il ne pourra plus résilier le contrat d'assurance lui-même.

Questions relatives à l'encaissement (en particulier, la suspension des prestations)

Les assurés qui ne paient pas ou ne peuvent pas payer leurs primes d'assurance ou leurs participations aux coûts sont des clients constants de l'Office de médiation. Ils subissent deux conséquences que prévoit la LAMal en pareils cas, à savoir le blocage des prestations et, dans des cas déterminés, la compensation des primes avec les prestations. En raison de la nouvelle procédure d'encaissement en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2006, les cas de ce genre ont augmenté. Les assureurs-maladie peuvent à présent, dès la continuation de la poursuite, suspendre les prestations jusqu'au règlement complet des arriérés de primes et participations aux coûts, des intérêts moratoires et des frais de poursuite. Précédemment, ils devaient attendre d'avoir obtenu un acte de défaut de biens. De plus, l'assureur-maladie peut compenser les primes arriérées avec les prestations si les services cantonaux compétents refusent de prendre en charge les arriérés. Suite à de telles compensations, l'assuré fait également l'objet de sommations et de poursuites de la part du fournisseur de prestations. Tout cela a pour conséquence que les débiteurs sont mis sous pression beaucoup plus vite. Cela ne ravit pas les cantons et les autorités d'aide sociale qui sont également sollicités plus tôt. C'est pour cette raison que l'on tente de trouver des solutions générales également au niveau politique.

À l'Office de médiation, ce ne sont pas les problèmes fondamentaux, mais les questions individuelles qui prévalent.

Sur quelle période la suspension des prestations porte-t-elle? Sous l'ancien droit, l'interprétation du blocage des prestations voulait qu'il fonctionne comme une écluse qui retienne toutes les prestations devant être versées pour ne les libérer qu'au moment où les primes, participations aux coûts, frais de poursuite, etc. correspondant à l'acte de défaut de biens seraient payés. Dans le cadre des modifications de l'ordonnance, la question s'est posée de limiter le blocage des prestations aux frais des traitements postérieurs à la mesure de blocage. Mais une telle solution plutôt favorable aux assurés soulève toute une série d'autres questions juridiques. Au moment de la mise à l'impression de ce rapport, on ne disposait pas encore des nouvelles dispositions.

Par contre, la réponse à un autre problème paraît plus claire. Certains assureurs ne lèvent pas le blocage des prestations pour un membre de la famille tant qu'il existe des arriérés pour d'autres membres de la famille vis-à-vis desquels ledit assuré répond solidairement (époux) ou est tenu à l'obligation d'assistance familiale (parents à l'égard d'enfants). En la matière, l'Ombudsman adopte la position suivante: nous ne connaissons pas dans l'assurance sociale suisse d'assurance familiale. La personne assurée est débitrice des primes. Vis-à-vis de l'assureur (donc dans les relations externes, vu dans la perspective de la famille), c'est elle qui répond de ses primes. Les époux répondent solidairement des primes de l'assurance obligatoire des soins tant qu'ils font ménage commun. Chaque époux reste cependant débiteur des primes. Les parents concluent les assurances de leurs enfants en qualité de représentants légaux et fondent ainsi une dette autonome pour le paiement des primes des enfants. Ils doivent certes s'acquitter des primes au titre de leur obligation d'entretien en tant que parents. Mais ils ne deviennent pas pour autant débiteurs des primes vis-à-vis de l'assureur-maladie. L'assureur-maladie ne peut donc pas bloquer à un père de famille et époux les prestations de son assurance de base hautement personnelle si les primes et participations aux coûts de celle-ci sont payées tandis que des dettes de primes subsistent uniquement dans les assurances de l'épouse et des enfants.

L'assureur-maladie, contrairement à l'assuré, a en principe le droit de compenser les primes arriérées avec des prestations à verser. Mais le nouveau droit pose des limites en la matière. D'une part l'assureur doit avoir déposé une réquisition de continuer la poursuite et, d'autre part, l'autorité cantonale contactée par la suite doit avoir refusé la prise en charge ou n'y avoir pas donné suite au bout de trois mois. Cependant, la compensation doit être rejetée dans deux cas. D'une part quand elle met en péril le minimum vital de l'assuré. La LAMal a pour but de permettre l'accès de toute la population résidente aux prestations médicales. Or, si des factures de médecin ne sont pas payées (tiers payant) ou si l'assuré se voit privé de l'argent prévu pour le paiement (tiers garant) du fait de la compensation, cet objectif est menacé. D'autre part, lorsque la poursuite engagée n'est pas une poursuite en réalisation de gage, mais par voie de faillite. Il faut accorder à l'assuré l'exception du défaut de retour à meilleure fortune afin de ne pas faire échouer l'objectif d'une faillite.

En matière de compensation, certains assureurs vont beaucoup plus loin que ne le prévoit la LAMal pour l'assurance de base. Ils regroupent les familles sous des numéros familiaux auxquels ils attribuent des comptes de transaction où sont comptabilisés les paiements de prestations et les créances de primes. Il peut donc arriver qu'il y ait compensation entre différents membres de la famille ou entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire. Ceci est certes simple et pratique, mais peut contrevenir aux prescriptions impératives de la loi. Il faut au moins accorder aux membres de la famille assurés d'être traités en tant qu'individus lors des transactions d'assurance afin que les exigences légales destinées à les protéger puissent véritablement être respectées.

Catalogue des prestations obligatoires et cas limites

L'assurance-maladie connaît un catalogue des prestations obligatoires étendu. Mais pour autant, tout médicament ou tout traitement n'est pas à la charge de la caisse. Les prestations de l'assurance-maladie sociale doivent être efficaces, appropriées et économiques et sont désignées par le Conseil fédéral. Elles sont contenues dans les dispositions fédérales y relatives. Certes, il est présumé que les méthodes de traitement appliquées répondent véritablement aux critères de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité, mais cela peut aussi être infirmé dans un cas donné. L'autorité réglementaire énumère les méthodes de traitement ne répondant pas aux critères d'efficacité, d'adéquation et de caractère économique. Cette liste n'est toutefois pas exhaustive.

Dans la population règne bien souvent l'idée erronée que tout ce que le médecin fait ou ordonne détermine l'obligation de prise en charge des caisses. Lever le voile sur cette erreur fait partie des tâches quotidiennes de l'Office de médiation qui examine aussi notamment l'obligation de prise en charge des assureurs-maladie pour de nouvelles méthodes thérapeutiques ou dans des cas tangents. Les refus de prestations sont difficiles à comprendre pour les assurés quand la méthode rejetée est meilleur marché ou quand son efficacité est plus rapide ou plus forte que les variantes prises en charge par les caisses. Cette incompréhension des assurés est souvent alimentée par leur propre médecin qui pratique ou prescrit la méthode en question. Mais selon la jurisprudence, il n'existe pas de droit de substitution entre les prestations obligatoires et non obligatoires.

Le système tarifaire moderne de forfaits par cas conduit à des résultats parfois surprenants. Il est difficile de comprendre qu'un assuré adressé par un médecin de garde à l'hôpital régional – où il demeurera un jour – du fait d'un saignement de nez impossible à stopper, puisse recevoir une facture de plusieurs milliers de francs. Même si cette facture correspond au forfait par cas, le résultat est néanmoins choquant pour l'assuré. L'Ombudsman a été confronté à un tel cas, car l'assuré critiqua le décompte de son assureur-maladie du fait que sa franchise annuelle à option de 2500 francs avait été mise à contribution.

Les décisions des caisses de ne plus prendre en charge la totalité des coûts des soins extra-hospitaliers lorsqu'un séjour dans un établissement médico-social s'avérerait moins onéreux, constituent un sujet récurrent. Lorsqu'il y a entre les frais de soins à domicile et les taxes en établissement médico-social une différence notable, l'assureur-maladie est en effet autorisé à limiter ses remboursements aux prestations contractuelles plus basses en établissement médico-social. Bien que ces décisions soient généralement compatibles avec la jurisprudence, elles n'en restent pas moins difficiles à admettre pour les personnes concernées. La décision d'entrer dans un établissement médico-social plutôt que de recevoir des soins dans son environnement habituel a de graves conséquences pour les personnes âgées. Elles savent qu'en général elles ne pourront plus retourner chez elles.

Même les personnes qui ont besoin d'une réadaptation après un séjour à l'hôpital constatent de plus en plus fréquemment que leur assureur-maladie refuse la rééducation stationnaire comme étant non économique et affirme que, dans leur cas, une réadaptation ambulatoire conduirait tout à fait au résultat souhaité. Il n'y a rien à redire à cela tant que les décisions de l'assureur-maladie sont médicalement fondées, c'est-à-dire qu'elles sont soutenues par le médecin-conseil et qu'elles tiennent véritablement compte du cas particulier. Mais lorsqu'une rééducation ambulatoire est demandée à une personne âgée vivant seule et habitant au cinquième étage d'un immeuble sans ascenseur et que le résultat est remis en question par la situation de logement concrète, il ne paraît guère possible d'appliquer de façon sérieuse l'argument du caractère économique.

L'ancien Ombudsman Gebhard Eugster, Dr en droit, relevait dans son dernier rapport sur l'exercice 2005 ce qui suit:

La pression de la concurrence incite toujours plus de caisses-maladie à aller, à bien des égards, jusqu'aux limites de ce qui est encore tout juste permis légalement. Dans les rapports de droit avec les assurés, cela entraînera fatalement des conflits où des solutions de conciliation sont justement difficiles parce que les problèmes touchent des zones limites. Si la concurrence prévue par la LAMal passe par le contrôle des prestations et des factures, il y aura forcément des victimes du côté des assurés.

L'administration de masse des assureurs-maladie aboutit régulièrement à des décisions qui ne tiennent pas compte du cas particulier et qui, même au regard de la loi, auraient tout à fait pu être prises autrement. Il incombe à l'Ombudsman d'attirer l'attention de l'assureur-maladie sur les circonstances concrètes. Le nouvel Ombudsman constate lui aussi que dans les cas limites, les assureurs-maladie durcissent leur attitude.

Traitements dentaires Dans l'assurance obligatoire des soins, les traitements dentaires ne donnent lieu à prestations que s'ils sont dus à un accident et que la personne assurée n'est pas assujettie à la LAA ou encore s'il s'agit de maladies énumérées exhaustivement dans l'ordonnance sur les prestations.

Le traitement des suites d'un accident est un sujet intarissable. Si une personne assurée a subi une lésion dentaire dont le traitement médical a été pris en charge par un assureur-maladie, c'est l'assureur-maladie actuel qui est compétent pour les traitements subséquents (rétablissement de la capacité de mastication), et ce, même si le risque accident est exclu en raison de l'existence d'une assurance LAA. L'assurance LAA ne couvre pour sa part que des dommages s'étant produits au moment de son existence. L'assureur-maladie actuel doit fournir des prestations même lorsqu'à l'origine aucun assureur n'a pris en charge le traitement de l'accident. Dans de tels cas, la plupart des discussions portent sur le fait de savoir s'il y a eu véritablement accident. Si celui-ci n'a été

annoncé à aucun assureur et si aucun dentiste ne possède plus le dossier correspondant, les assureurs-maladie refusent bien souvent de reconnaître les accidents à titre rétroactif et d'en payer les suites.

Même si l'assureur-maladie actuel reconnaît l'obligation de prise en charge, il peut néanmoins y avoir des déceptions chez des assurés en général jeunes qui, en raison de leur bonne santé, ont conclu une franchise annuelle élevée (par exemple 2500 francs) et qui, du fait de la participation aux coûts, ne perçoivent rien de leur assureur-maladie ou uniquement un montant partiel. Si un assuré se fait expressément conseiller avant d'augmenter la franchise, la question des suites d'accident doit faire partie de l'entretien de conseil.

Les choses deviennent difficiles dans les cas où un assureur privé (en général une assurance-accidents scolaire) a pris en charge les premiers soins. Les assureurs-maladie se réfèrent, en se fondant sur la jurisprudence, à une disposition transitoire de la loi prévoyant que les prestations d'assurance pour les accidents survenus avant l'entrée en vigueur de la LAMal devaient être fournies selon les anciens contrats. Si l'assuré ou ses parents n'ont pas exigé, à l'époque, la renonciation expresse à soulever l'exception de prescription, il n'est plus possible aujourd'hui de faire valoir des prestations. L'assureur-maladie lui non plus ne paiera pas. La jurisprudence en la matière du Tribunal suprême des assurances sociales est certes défendable sous un aspect juridique formel, mais elle conduit néanmoins à remettre en cause l'idée de base du système d'assurance sociale visant à ce que toutes les personnes domiciliées en Suisse soient pleinement couvertes contre la maladie et les accidents. C'est l'une des conséquences de la construction au fil de l'histoire du système causal des assurances sociales en Suisse.

Au cours des derniers mois, la question a été posée de façon réitérée à l'Ombudsman de savoir si l'assureur-maladie ne devait pas prendre en charge les anesthésies générales quand un traitement dentaire, ne constituant pas en soi une prestation à la charge de la caisse, ne peut pas être effectué autrement. Les personnes concernées sont souvent des enfants ou des patients handicapés. Lors du concours de prestations obligatoires et non obligatoires, il convient d'examiner s'il existe un lien étroit entre ces mesures. Si c'est le cas, les mesures accessoires partagent le sort de la mesure principale, ce qui dans le cas exposé devrait conduire à ce que l'anesthésie (qui constitue en principe une prestation obligatoire) ne soit pas prise en charge par l'assurance obligatoire des soins. Il arrive parfois que des assureurs acceptent d'assumer les frais d'anesthésie dans le cas de très jeunes enfants, car sinon le traitement dentaire correspondant ne pourrait pas être effectué. Du point de vue de l'Ombudsman, la prise en charge de l'utilisation de la salle d'opération est impérative si les soins dentaires, dans le cas de patients gravement malades par exemple, ne s'avèrent possibles qu'en salle d'opération sous haute surveillance, sachant qu'il y aurait sinon mise en danger sérieuse de la vie d'autrui.

Prestations des assurances complémentaires

Les produits d'assurance complémentaire des assureurs-maladie peuvent être très différents. Nombre d'assurés n'en sont pas conscients et changent d'assurance complémentaire comme ils le font dans l'assurance de base, uniquement pour le prix. C'est avec étonnement qu'ils constatent ensuite que le nouvel assureur ne paie pas des soins de médecine alternative remboursés par le passé ou qu'une clinique privée dans laquelle on s'était déjà rendu antérieurement n'obtient plus de garantie de paiement du fait que le traitement ou la clinique ne figurent pas sur la liste du nouvel assureur.

La même chose se produit de plus en plus, même quand les intéressés ne changent rien à leur assurance complémentaire. De nombreuses CGA prévoient que l'assureur-maladie peut modifier unilatéralement son produit en rayant des thérapeutes ou des thérapies de la liste déterminante. Cette clause n'est pas tout à fait incontestable s'agissant d'un contrat d'assurance liant les deux parties. Les assureurs-maladie recourent toujours plus à ce moyen, quand ils constatent que les assurances complémentaires en question enregistrent des cas de sinistres plus importants que prévus. Durant l'année sous revue, deux assureurs ont particulièrement attiré l'attention de l'Ombudsman. Le premier voulait freiner l'essor des coûts de l'assurance complémentaire en augmentant les exigences qualitatives des thérapeutes qu'il reconnaissait. Il exigea de ces derniers des formations complémentaires. Cette mesure d'assurance qualité n'est pas critiquable en soi. L'assureur estimait pour sa part qu'il avait communiqué correctement et en temps voulu. Mais l'Ombudsman fut contacté par un grand nombre de clients et de thérapeutes frustrés qui faisaient valoir que cette mesure les prenait au dépourvu. Le second assureur écrivit à des assurés qui, en raison de situations délicates au niveau de la santé, se soumettaient à de longs traitements de médecine alternative, des lettres de plusieurs pages qui donnèrent aux assurés l'impression qu'ils n'étaient que de vils profiteurs recourant à des méthodes thérapeutiques inutiles en soi. Malgré toute la compréhension que suscite la nécessité d'un équilibre financier dans un produit d'assurance complémentaire, l'Ombudsman considère la démarche exposée comme malencontreuse et renvoie aux explications ci-après au sujet de l'orientation vers la clientèle.

Il arrive que l'Ombudsman prenne connaissance de dossiers montrant que les assureurs, par leur comportement face à leurs clients, détruisent individuellement la confiance qu'ils essaient d'instaurer d'une manière générale dans l'opinion publique. C'est ce qu'a réussi à faire un assureur qui entendait revoir rétroactivement la garantie de paiement d'un client durant son séjour à l'hôpital. On arrive à se demander parfois si certains assureurs-maladie ne préfèrent pas courir le risque de voir leur image de marque souffrir auprès des clients aux coûts intensifs.

Un problème de confiance se pose aussi parfois chez les assurés de caisses-maladie qui n'ont pas adhéré à la convention hospitalière bernoise avec les hôpitaux privés, pour des motifs de politique commerciale. La convention définit les prestations de l'assurance de base pour les assurés séjournant dans un hô-

pital bernois non subventionné. Si un tel assuré a conclu son assurance complémentaire chez un autre assureur et que ce dernier n'est pas disposé à assumer les frais non couverts du fait de l'attitude de l'assureur de base, l'assuré reste livré à lui-même jusqu'à ce que l'on dispose d'une décision juridiquement valable sur l'obligation de prise en charge de l'assureur non affilié à la convention. Cela signifie qu'il peut être amené à devoir faire office de banque pour plusieurs milliers de francs.

Participations aux coûts

Dans ce domaine, c'est le travail d'explication qui prévaut pour l'Office de médiation. Les assurés ne comprennent pas qu'il faille s'acquitter d'une quote-part en plus de la franchise. Ils ne saisissent pas non plus pourquoi seules les prestations spécifiques de maternité sont exemptées, selon l'OPAS, de la participation aux coûts, mais que dès que des complications surgissent, celles-ci sont alors considérées comme maladies, et donc soumises à la participation aux coûts. Ils ne voient pas non plus pourquoi l'achat de préparations originales s'accompagne d'un prélèvement de 20% au lieu de 10%, ni pourquoi un traitement qui se chevauche sur deux années entraîne la double perception de la franchise annuelle (par année civile).

Mais les dispositions légales de la participation aux coûts ne sont pas seules responsables des incertitudes très répandues. Dans de nombreux cas, les assureurs-maladie ont également leur part de responsabilité, en cédant par exemple au désir du client et en lui vendant en cours d'année, contrairement aux dispositions déterminantes de l'ordonnance, une franchise élevée. Lors d'un cas coûteux, la question surgit alors de savoir si la franchise ne devrait pas également être décomptée prorata temporis, ce qui bien sûr n'est pas possible. Cela se solde par des reproches du client pour cause de mauvais conseils.

Questions internationales

Les questions internationales qui ont fortement occupé l'Ombudsman depuis l'entrée en vigueur des accords bilatéraux régressent quelque peu ces temps derniers. L'obligation d'assurance pour les frontaliers et l'entraide en matière de prestations dans les pays étrangers européens continuent à soulever le plus de questions. La situation s'est simplifiée grâce à l'introduction de la carte européenne d'assurance-maladie qui fut remise durant l'année sous revue à tous les assurés et qui rend superflu de se procurer auprès de l'assureur-maladie le formulaire précédemment nécessaire lors de séjours à l'étranger. Manifestement, des déficits dans l'information subsistent néanmoins. L'Office de médiation a été confronté à quelques cas où les assurés avaient laissé leur carte à la maison et réclamaient ensuite à leur assureur le double des prestations au tarif suisse, comme cela est le cas lors de séjours à l'étranger en dehors de l'Europe. Les investigations tarifaires au moyen du formulaire idoine, quand la carte par exemple n'a pas été acceptée, s'avèrent problématiques, car leur durée est telle qu'on ne peut raisonnablement exiger des assurés qu'ils patientent. Cette lenteur est toutefois rarement imputable aux assureurs-maladie helvétiques.

Les assureurs-maladie ont une saine méfiance à l'égard de factures se détachant du lot quand elles concernent notamment des traitements effectués durant les vacances au pays sur des étrangers résidant en Suisse. Un assureur outrepassa toutefois les bornes en reprochant à un ressortissant d'Afrique, marié à une Suissesse, de commettre une escroquerie à l'assurance juste après que la facture fut remise et sans avoir demandé de plus amples précisions. Sur pression de l'Ombudsman et en s'appuyant sur de nouveaux documents de l'assuré, des recherches circonstanciées furent effectuées et l'accusation formulée de façon précipitée s'avéra infondée.

Indemnité journalière de maladie

L'indemnité journalière pour maladie fait partie des sujets inépuisables. Le fait que le système suisse des assurances sociales ne connaisse pas d'assurance obligatoire en cas d'incapacité de travail due à la maladie pose à de nombreuses personnes des problèmes de subsistance. Certes des branches entières sont protégées par des conventions collectives de travail, mais il reste néanmoins toujours des travailleurs dont la protection d'assurance est insuffisante. S'il s'agit de personnes d'un certain âge ou dont la santé laisse à désirer, celles-ci n'ont aucune possibilité d'accéder à une couverture d'assurance judicieuse.

L'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie selon la LAMal, que tous les assureurs-maladie sont tenus de proposer et qui ne peut être refusée, mais qui peut s'assortir de réserves limitées au maximum à 5 ans, peut être limitée dans ses montants de telle sorte qu'il convient déjà de parler de dénaturation. Qui donc peut s'accommoder d'un taux journalier de 6 francs par exemple? Au fil du temps, cette assurance semble de moins en moins pouvoir être prise au sérieux, alors même qu'elle constituerait une variante intéressante pour les assurés avec des cas de longue durée. Car contrairement au produit concurrent soumis au droit des assurances privées, les assureurs sont tenus de prolonger la durée de prestations lorsqu'ils doivent réduire leurs prestations du fait d'une surindemnisation due au concours avec les prestations d'une autre assurance sociale. Même une personne ayant épuisé les prestations au bout de deux ans en raison d'une simple incapacité partielle de travail, perçoit à nouveau des prestations en cas d'augmentation du taux d'incapacité de travail. Cela contribue à renchérir ce produit d'assurance sociale.

C'est la raison pour laquelle l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie selon la LCA est vendue. Mais celle-ci aussi conduit à un système à deux classes. Les assurés au bénéfice de contrats collectifs profitent de la structure de risque en général globalement plus favorable de l'effectif d'assurés et donc de primes plus intéressantes. Les assurés individuels doivent lutter contre des primes élevées qui, en partie, peuvent même faire l'objet de réajustements avec l'âge. Les assurés qui après résiliation de leur assurance collective passent dans l'assurance individuelle tombent alors des nues lorsqu'ils veulent maintenir en l'état leur couverture d'assurance. La part prise en charge antérieurement par l'employeur sur les primes se voit supprimée dans leur cas et, par ailleurs, leurs primes subissent de surcroît une hausse massive. L'Ombudsman a connaissance de toute une série de cas dans lesquels différents assu-

reurs-maladie, après passage à l'assurance individuelle, ont multiplié les primes par vingt ou même plus. Que l'assurance individuelle d'indemnités journalières soit plus coûteuse se comprend foncièrement et il n'y a rien à objecter. Ce qui est étonnant en revanche, c'est l'ampleur de l'augmentation du prix. Dans différents cas, l'Ombudsman est tout de même parvenu à ce que l'assureur concerné accepte d'attribuer l'assuré en question à une classe plus basse.

Il est aujourd'hui admis qu'en cas d'incapacité de travail risquant de se prolonger, il faut tenter rapidement de prendre en charge la personne assurée de façon globale et de la réinsérer. C'est ce que prévoit la 5^e révision de l'AI qui fera prochainement l'objet d'une votation. Il existe aujourd'hui déjà plusieurs tentatives de collaboration interinstitutionnelle entre les assureurs devant s'occuper des cas d'incapacité de travail. Les assureurs d'indemnité journalière de maladie y participent de plus en plus. L'Ombudsman essaie sans cesse d'entamer le dialogue avec les assureurs d'indemnité journalière quand il constate que ceux-ci, au bout d'un certain temps, commencent à limiter le versement de leurs prestations et demandent à l'assuré qu'il s'efforce lui-même de se reconvertir ou de se réinsérer. Beaucoup d'assurés sont dépassés par une telle démarche. C'est ce qui arriva à un ancien agriculteur de passés 60 ans reconverti dans l'industrie qui, pour des raisons de santé, ne pouvait plus assumer ses lourds travaux et qui risquait, de ce fait, de perdre son occupation à temps partiel: l'assureur d'indemnité journalière entendait supprimer les prestations d'indemnité journalière sous le couvert de l'obligation de réduire le dommage. Sur incitation de l'Ombudsman, l'assureur a cherché le dialogue avec l'entreprise, qui était le preneur de l'assurance collective d'indemnités journalières, ensuite de quoi l'employeur s'est efforcé, avec succès, de trouver pour l'assuré dans l'entreprise une autre activité adaptée à ses possibilités. Cela a permis que l'assuré ne devienne pas un cas d'assurance-invalidité avant sa mise à la retraite, ni ne tombe à la charge de l'aide sociale en raison de l'absence d'autres revenus.

L'Ombudsman voit dans la gestion de l'invalidité une tâche importante des assureurs d'indemnité journalière de maladie qui n'est pas encore exercée partout aujourd'hui. De plus en plus souvent, on entend des assureurs-maladie affirmer qu'il est plus facile de prendre en charge un cas jusqu'à la fin de la durée des prestations que de risquer la renaissance du droit à prestations après interruption (en fonction des modalités des CGA). Au besoin, il y a toujours possibilité, dans la perspective de l'obligation de réduire le dommage, de fixer un délai transitoire et de suspendre les prestations. Il est évident que l'insertion ne pourra être un succès que si les milieux économiques mettent aussi à disposition des places de travail. Éviter la perte de l'emploi est, de ce point de vue, la meilleure des insertions. Il y a nécessité d'agir en la matière.

6. L'orientation vers la clientèle des assureurs-maladie

Dans les requêtes qui lui sont présentées, l'Ombudsman relève une tendance chez quelques assureurs qui donne à réfléchir. Toujours plus nombreuses sont les personnes qui s'adressent à l'Office de médiation parce qu'elles se sentent traitées incorrectement par leur assureur-maladie du fait que celui-ci ne les prend pas au sérieux en tant que clients. Il se peut que la décision critiquée ne soit pas juridiquement contestable. Mais elle est communiquée d'une façon telle que le client a l'impression que son problème est véritablement le plus insignifiant qui soit. Ou encore, l'assureur ne répond tout simplement pas aux demandes et aux réclamations des clients. Dans des cas pareils, l'orientation vers la clientèle fait défaut à l'assureur-maladie.

L'orientation vers la clientèle consiste à traiter correctement et respectueusement le client, même lorsqu'il n'est pas possible sur le fond d'accéder à ses désirs. Le client doit être pris au sérieux, quand bien même lui arrive-t-il d'être difficile et têtu. Mais l'orientation vers la clientèle, dans une assurance fédérale sociale qui repose sur le droit public et qui doit tenir compte du principe de la légalité et de celui de l'égalité de traitement, ne signifie pas qu'il faille répondre à n'importe quel souhait du client. Cela vaut en principe également pour l'assurance complémentaire qui juridiquement autorise certes une gestion discrétionnaire et qui offre davantage la possibilité de solutions individuelles dans les cas difficiles.

Les procédures de travail mentionnées ci-après s'accompagnent de certaines doléances que les clients présentent régulièrement à l'Ombudsman.

Manque de clarté des décomptes et problèmes lors de demandes de précisions

Les clients s'adressent à l'Ombudsman parce qu'ils ne voient pas sur leur décompte de prestations pourquoi concrètement telle prestation n'est pas pleinement fournie ou est même refusée. De nombreux assureurs-maladie travaillent à l'amélioration des documents faisant l'objet d'un envoi automatique aux clients. Mais il s'agit d'un processus de longue haleine, car il concerne les procédures informatiques. Les décomptes des assureurs-maladie se sont, pour certaines, nettement améliorés, mais pour d'autres la nécessité d'agir reste importante.

Lorsqu'un client tente d'obtenir de son assureur-maladie des renseignements sur un décompte peu clair, le prochain problème survient alors. Il n'est pas toujours possible, dans les délais utiles, de joindre la personne compétente. La personne indiquée sur le décompte est peut-être absente et n'est pas remplacée. Ou cette personne n'est pas mentionnée et le client se retrouve dans la boucle d'attente téléphonique d'une ligne d'assistance pouvant tout au plus répondre, dans le meilleur des cas, à des demandes de routine. Des collaborateurs, pressés par le temps, donnent dans un jargon technique des réponses toutes faites qui laissent le client sans explications véritables. Ou encore, le client passe en vain d'un interlocuteur à l'autre, sans que personne ne se sen-

te véritablement compétent dans son cas. Une amabilité étudiée ne sert à rien quand le savoir technique et l'intérêt pour le client font défaut.

Si le client se renseigne par écrit, il reçoit dans bien des cas une lettre de réponse normalisée. Dans le cadre d'une administration de masse, il est certes impossible de renoncer entièrement aux lettres types. Mais celles-ci sont rarement adaptées au destinataire et ne fournissent pas toujours au client la réponse souhaitée dans son cas précis. L'Ombudsman dispose d'exemples de lettres standardisées qui ne contiennent même pas de formule de civilité et qui exigent du client qu'il prenne connaissance d'une réponse succincte, marquée d'une croix parmi une multitude de réponses possibles. Les cas dans lesquels l'Ombudsman constate que le contenu des lettres normalisées est erroné ou qu'il n'est plus d'actualité sont loin d'être isolés. Il rencontre également des cas où c'est la mauvaise lettre standard qui a été adressée en réponse à la question posée, ce qui revient à passer totalement à côté du problème. Il n'est dès lors guère étonnant que le client se sente considéré comme un simple numéro dans une administration de masse anonyme.

Un autre problème provient du fait que les services administratifs des assureurs-maladie se retranchent volontiers derrière le médecin-conseil, dont la tâche n'est pas la décision en soi de l'assureur sur l'obligation de prise en charge, mais l'émission d'une recommandation étayée sur le plan médical. Les assureurs-maladie motivent trop facilement leur refus de prestations en indiquant uniquement que celui-ci se base sur une «décision» du médecin-conseil. La lettre correspondante ne contient parfois que quelques lignes. Si le client essaie de prendre contact avec le médecin-conseil, l'assureur-maladie refusera de lui donner les coordonnées de celui-ci. Le client a donc l'impression que le médecin-conseil est une espèce d'autorité agissant en coulisse et dirigeant la pratique de l'assureur-maladie en matière de prestations, ce qui bien sûr est à cent lieues de la réalité.

Un vieux problème se pose sous une nouvelle forme depuis que les fournisseurs de prestations facturent électroniquement à l'assureur-maladie. Le client ne reçoit qu'un décompte et non plus une facture. S'il a des questions à ce sujet, l'assureur-maladie le renvoie au fournisseur de prestations et celui-ci refuse d'émettre une facture, souhaitant se consacrer en premier lieu à ses patients et non pas à la paperasserie. L'Ombudsman est d'avis qu'il incombe au fournisseur de prestations d'adresser au patient une copie de la facture. Si l'assuré remet en question le décompte de la caisse, l'assureur-maladie doit alors le justifier et présenter dans ce cas la facture correspondante. Il est à espérer qu'une modification de l'OAMal, qui n'était pas encore à disposition lors de la mise sous presse de ce rapport annuel, fera entièrement la lumière au niveau juridique. En tout état de cause, l'assureur qui optimise ses processus de sorte à pouvoir remettre sans grand problème la facture au client, que ce soit à sa demande ou même automatiquement, agit en conformité avec l'orientation vers la clientèle.

De longs délais d'attente pour les garanties de paiement

Dans l'assurance de base, la procédure relative aux garanties de prise en charge est le plus souvent réglée dans les conventions entre fournisseurs de prestations et assureurs. Il en est autrement pour les assurances complémentaires. S'il n'existe pas de conventions, les assureurs diffèrent parfois l'établissement des garanties de paiement et les patients qui entrent à l'hôpital ne savent pas s'ils auront droit aux prestations de l'assurance complémentaire. Le même problème se pose aussi pour les traitements ambulatoires qui ne constituent pas des prestations à la charge de l'assurance de base et qui sont payés par l'assurance complémentaire.

Changement de la palette de prestations ou rabais dans les assurances complémentaires

Il a été mentionné plus haut que certains assureurs-maladie se sentent poussés à modifier après coup les produits d'assurance complémentaire et qu'ils se réfèrent, à cet effet, à leurs CGA qui leur en donneraient le droit sans avoir à demander le consentement exprès de leurs clients, comme cela s'avère nécessaire en cas de restrictions s'appliquant aux CGA elles-mêmes. Même si l'on part de l'idée que les assureurs peuvent effectivement modifier les listes d'hôpitaux, de thérapeutes, de thérapies, etc. au détriment des clients, la loyauté exigerait une phase préalable suffisante et une information claire, ce qui est tout à fait possible. Les assureurs-maladie disposent en effet de journaux pour les assurés, avec lesquels ils sont par ailleurs en contact régulier, ne serait-ce que par l'envoi des décomptes de prestations et des factures de primes. Le client se montrera plus compréhensif à l'égard de modifications de l'offre si les changements prévus lui sont annoncés suffisamment tôt. La longueur du délai de mise en œuvre des décisions devrait être suffisante et les traitements commencés devraient être payés jusqu'à leur terme.

Cela vaut également pour les modifications ayant trait au domaine des primes. Un assureur qui offrait depuis des années un rabais familial à ses clients et qui l'a supprimé dans certains cas a dû l'apprendre à ses dépens. L'argument justifiant le rabais familial portait sur les travaux administratifs réduits du fait que plusieurs clients pouvaient être regroupés et gérés sous un même numéro familial. Cela transforme donc le rabais familial en un rabais de frais d'administration. Les charges administratives augmentent dans le cas de clients qui ne paient pas régulièrement leurs primes ou qui adressent un nombre important de pièces justificatives pour décompte. Mais l'on voit poindre l'incompréhension lorsque l'on communique d'un côté que les primes n'augmenteront pas dans l'assurance complémentaire et que, d'un autre côté, la pratique de l'octroi du rabais est modifiée sans en informer les clients concernés. Ceux-ci ont alors l'impression de se faire rouler dans la farine par leur assureur. L'Ombudsman a été confronté durant l'année sous revue à un grand nombre de déclarations de ce type émanant de clients de l'assureur en question. Lorsque les clients intervenaient auprès dudit assureur, ils obtenaient certes certaines informations, mais ne pouvaient pas voir selon quels critères l'assureur statuait sur le maintien ou la suppression du rabais. L'Ombudsman suppose que l'assureur incriminé tirera pour une autre fois les leçons des problèmes de communication.

Les deux exemples montrent combien la transparence au niveau du comportement, de l'information et de l'action est importante pour la confiance accordée par le client. Les assureurs ne vendent rien d'autre que de la sécurité et de la confiance. S'ils ne parviennent pas à faire concorder leur comportement, leur information et leurs agissements concrets, cela éveille la méfiance des clients et suscite des incertitudes. Cela nuit à la crédibilité de l'assureur concerné et, en fin de compte, à l'ensemble de la branche.

En résumé

Comme exposé, l'activité de l'Ombudsman et de son équipe ne se limite pas à quelques cas spectaculaires et s'apparente davantage à un minutieux travail de forçat. Les erreurs d'assureurs-maladie peuvent être déterminées et éliminées, grâce à de brèves interventions. Les contacts avec les organes dirigeants des assureurs-maladie permettent de transmettre des impressions glanées au quotidien et d'émettre des propositions d'amélioration. Mais dans de nombreux cas, l'activité de l'Office de médiation se limite à confirmer à l'assuré le bien-fondé de la position de la caisse et à mieux lui faire comprendre dans quel contexte celle-ci s'inscrit, en fournissant des informations complémentaires.

Lucerne, le 12 avril 2007
Rudolf Luginbühl, Ombudsman

Glossaire des termes spécialisés utilisés

LPGA	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (règle les questions générales des assurances sociales)
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie (contient l'assurance obligatoire des soins et l'assurance facultative d'indemnités journalières)
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie (se rapporte à la LAMal)
OPAS	Ordonnance sur les prestations dans l'assurance de soins (se rapporte à la LAMal)
LCA	Loi fédérale sur le contrat d'assurance (base des assurances complémentaires et de l'assurance d'indemnités journalières de droit privé)
CGA	Conditions générales d'assurance (concrétisent le produit d'assurance). Elles sont complétées par les conditions complémentaires d'assurance (CCA).
Tiers garant	Système de décompte où l'assuré reçoit la facture du médecin, la paie et la remet à l'assureur pour remboursement. Celui-ci verse le montant de la facture incombant à la caisse, sous déduction de la participation aux coûts.
Tiers payant	Système de décompte où le fournisseur de prestations adresse la facture directement à l'assureur-maladie qui la lui paie. Le client ne reçoit plus qu'une facture portant sur la participation aux coûts.
Forfait par cas	Type particulier de rétribution des prestations qui ne tient pas compte de la durée effective du traitement ou de la quantité des prestations fournies, mais qui représente un taux moyen.