

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

**Rapport d'activité
2007**

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	ancienne conseillère aux Etats, Rue de l'Eglise, 1122 Romanel-sur-Morges
Fabiola Monigatti	Lic. en droit, LL.M., Kupfergasse 11, 7000 Coire
Markus Moser	Dr en droit, Bruggbühlstrasse 30a, 3172 Niederwangen

Secrétariat

Rudolf Luginbühl	Avocat, Ombudsman
Morena Hostettler Socha	Avocate, 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'Office de médiation

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 de médiation	4
2	Conseil de fondation	4
3	Chiffres	4
4	Principes d'exécution	6
5	Problèmes d'assurance-maladie de la famille Dupont	9
6	Résumé	21

Pour faciliter la lecture de ce rapport, le genre masculin y est utilisé sans discrimination.

Un glossaire figurant à la fin du rapport explique les termes techniques utilisés.

1 Office de médiation

L'Office de médiation travaille en trois langues pour toute la population suisse. Il se composait en 2007 de l'Ombudsman, de deux collaboratrices juridiques (Isabelle Gottraux et Morena Hostettler Socha), d'un expert en assurance-maladie (Urs Eigensatz) et du secrétaire (Hans-Thomas Scherrer). Il ne s'est produit aucun changement de personnel. L'état de celui-ci est de 4,5 postes. L'Ombudsman est heureux de pouvoir compter sur une équipe compétente et motivée.

2 Conseil de fondation

Durant l'exercice, le conseil de fondation a tenu deux séances ordinaires. Le 12 avril 2007, il a examiné le rapport d'activité et les comptes annuels. Le 21 novembre 2007, il s'est penché sur le budget et sur des questions d'organisation. Après le changement d'Ombudsman intervenu en 2006, pour raison d'âge, l'activité du conseil a repris son rythme de croisière.

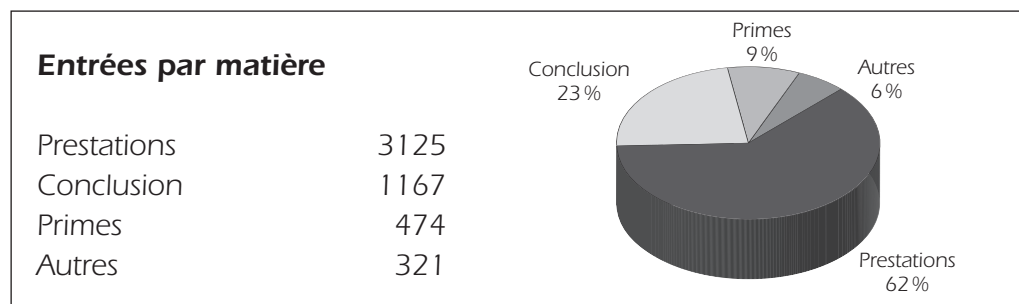
3 Chiffres

Entrées par matière

Au cours de l'exercice, 5087 cas ont été soumis à l'Ombudsman, ce qui représente une augmentation de 6,5% par rapport à 2006 (4775 cas).

La répartition par matière montre que 3125 dossiers concernaient les prestations d'assurance (2006: 2992), 1167 la conclusion d'une assurance ou le changement d'assureur (2006: 947) et 474 les primes (2006: 456). Les 321 cas restants portaient sur des questions d'ordre général, parfois sans lien avec l'assurance-maladie (2006: 380). Les dossiers relatifs au changement d'assureur ont connu la plus forte augmentation en pour-cent. Le nombre de cas ainsi obtenu dans ce secteur confirme l'impression que l'Ombudsman avait exprimée dans les médias en automne 2007.

D'après les résultats d'une recherche effectuée par le bureau de comparaisons sur Internet Comparis, seules 150 000 personnes avaient changé d'assureur fin 2007, ce qui ne représente que 2% de l'ensemble des assurés. La chasse aux bons risques à laquelle se livrent chaque année les assureurs a donc atteint cette fois son niveau le plus bas. La raison de ce recul réside sans doute dans le fait qu'un grand nombre d'assureurs n'ont augmenté que faiblement leurs primes. Malgré une publicité intensive des assureurs, les assurés n'ont donc pas senti le besoin de s'engager dans un changement d'assureur. Voyant cela, de nombreux assureurs ont multiplié les contacts téléphoniques avec les clients potentiels les plus intéressants ou ont attiré leur attention par d'autres moyens publicitaires, derrière lesquels le message réel n'était d'ailleurs pas toujours immédiatement perceptible. Aussi l'Ombudsman fut-il saisi de toute une série de plaintes d'assurés à ce sujet.



Entrées par langue

La répartition par langue donne 4185 entrées en allemand (2006: 3856), 788 en français (2006: 804) et 114 en italien (2006: 115).



En pour-cent, la répartition des cas par langue nationale n'a pas fondamentalement changé par rapport à l'année 2006. Les demandes en provenance de la Suisse alémanique ont continué d'augmenter, ce qui devrait notamment avoir affaire avec une présence accrue de l'Office de médiation dans les médias de cette partie du pays.

Evolution des entrées

Au cours de l'exercice, le nombre des nouvelles entrées est remonté au niveau de 2005. Mais ce mouvement n'excède pas le cadre des variations annuelles. Il peut être attribué aux diverses déclarations que l'Ombudsman a faites dans les médias en 2007, surtout en Suisse alémanique. Toute l'augmentation a eu lieu dans cette région. Il ne s'est produit en 2007, chez les assureurs, aucun de ces événements qui provoquent d'ordinaire une multiplication des demandes. Les accords de coopération ou de fusion entre assureurs, qu'ils soient annoncés ou effectifs, n'ont pas causé un surcroît de travail pour l'Office de médiation. Ces développements n'ont manifestement pas suscité un grand émoi dans la population. Pour leur part, les débats dans le public et les médias au sujet de la protection des données n'ont suscité que quelques demandes d'assurés inquiets.

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

Cette année encore, il convient d'expliquer la mission et la manière de procéder de l'Ombudsman, car son rôle est souvent mal compris. Les assurés le considèrent à tort soit comme un avocat gratuit auquel ils peuvent donner des instructions, soit comme une juridiction dont la saisie interrompt les délais en cours. Les fournisseurs de prestations, mais aussi certaines institutions et certains groupes d'intérêts le prennent pour un organisme patenté de conseil et d'expertise juridiques dont les avis peuvent faire l'objet de controverses politiques.

Selon l'acte de fondation et le règlement y afférent, l'Office de médiation a pour but de résoudre les désaccords entre assurés et assureurs-maladie par des conseils ou des informations et de servir d'intermédiaire en cas de divergences d'opinions. Il ne fournit pas d'informations générales et ne s'occupe d'un cas que si l'assuré met à disposition tous les documents dont il a besoin. 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.

A quel moment s'adresser 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 peut ainsi exercer une influence sur l'assureur avant que celui-ci ne se soit prononcé par une décision susceptible d'opposition. Si l'affaire ne lui est présentée qu'après la notification d'une telle décision, l'Ombudsman attire l'attention du demandeur sur le fait que sa requête n'interrompt pas le délai d'opposition. Il conseille l'assuré quant à l'opportunité de faire opposition et lui expose les arguments pour ou contre la position de l'assureur. Il ne défend toutefois pas l'assuré devant les tribunaux. A ce stade de la procédure, il n'intervient plus auprès de l'assureur-maladie que dans des cas exceptionnels, par exemple s'il s'agit de décisions manifestement erronées ou de litiges très complexes qui dépassent l'assuré. L'Ombudsman signale à l'assureur les aspects qui méritent d'être pris en compte dans la décision sur opposition. C'est à l'assuré qu'il incombe d'observer les délais d'opposition et de recours.

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

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 ne peut donc pas émettre de directives, en général ou dans les cas particuliers. Sa mission réside dans la médiation, ce qui suppose a priori la confiance de l'assuré et de l'assureur. C'est pourquoi il ne porte aucun jugement de valeur sur les institutions de l'assurance-maladie sociale.

Le règlement régissant l'activité de l'Ombudsman l'autorise à informer l'association faîtière des assureurs-maladie (santésuisse), voire l'opinion publique si les plaintes des assurés se multiplient dans un domaine particulier. En premier lieu toutefois, il s'adresse à l'assureur-maladie concerné et propose directement

des améliorations. Il contribue de la sorte à la garantie de qualité de la branche et peut, dans certains domaines, exercer effectivement une influence sur la politique d'entreprise des assureurs-maladie.

Qui peut s'adresser à l'Office de médiation et comment s'y prendre?

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 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 une formule de contact avec des avertissements correspondants.

L'Office de médiation est également consulté par des fournisseurs de prestations et des services sociaux, qui intercedent pour des patients ou clients connaissant des problèmes avec leurs assureurs-maladie. L'Ombudsman entre en matière sur de telles demandes si ces personnes le souhaitent expressément.

L'Office de médiation reçoit malheureusement toujours plus d'envois ne comportant que des documents, sans que des questions concrètes lui soient posées et sans aucune description du cas, et cela pas uniquement par courrier électronique. L'Ombudsman évite certes d'ériger des barrières bureaucratiques, mais il a besoin d'informations claires lui permettant de se faire une idée juste de la situation.

De quels sujets s'occupe l'Ombudsman?

Il s'agit avant tout de l'assurance-maladie. L'Ombudsman s'occupe des problèmes d'assurance de base et d'assurance complémentaire, tant que cela concerne un assureur-maladie ou une société partenaire de celui-ci. Limiter son activité à l'assurance de base n'aurait aucun sens. Lorsqu'un assuré disposant d'une assurance complémentaire à la couverture de base subit un dommage, des prestations sont très souvent dues simultanément par les deux assurances. C'est pourquoi l'Office de médiation est aussi compétent pour les assurances complémentaires, indemnité journalière comprise, gérées par des caisses-maladie reconnues, des groupes assurant essentiellement la maladie ou des institutions d'assurance complémentaire issues de caisses-maladie reconnues.

Pour ces raisons, la délimitation des tâches entre l'Ombudsman de l'assurance-maladie sociale et l'Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva ne repose pas sur des dispositions légales, mais sur des accords entre les fondateurs des deux institutions, accords qui prennent en compte l'intérêt des assurés et des assureurs à une répartition claire et pratique. Il est facile de s'informer sur les compétences de ces médiateurs en consultant leurs sites Internet respectifs. Les bonnes relations qui existent entre les deux offices de médiation permettent une collaboration efficace au profit du client.

L'Office de médiation de l'assurance-maladie ne s'occupe pas d'assurances qui n'ont aucun rapport avec l'assurance-maladie, même si elles ont été conclues par l'entremise d'un assureur-maladie et sont mentionnées sur la même police d'assurance. Il s'agit par exemple d'assurances de ménage, de responsabilité civile ou sur la vie. C'est alors le plus souvent l'Ombudsman de l'assurance privée qui est compétent. Il existe malheureusement aussi des compagnies d'assurance pour lesquelles aucun office de médiation n'entre en ligne de compte, parce qu'elles ne sont pas affiliées à l'une des organisations concernées ou qu'elles opèrent depuis l'étranger. Un tel exemple sera décrit plus loin.

Les demandeurs ne savent parfois pas si leurs difficultés proviennent de l'assureur-maladie ou si elles sont causées par un fournisseur de prestations ou un autre assureur. Dans ce 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 prestations. Pour cela, il existe d'autres offices de médiation et des organisations de patients ou de consommateurs.

Quels problèmes ne sont pas traités par l'Ombudsman?

De nombreux assurés souhaitent qu'on les aide à choisir un assureur-maladie. L'Ombudsman ne peut le faire directement. Il les renseigne volontiers sur les avantages ou inconvénients de systèmes d'assurance déterminés (par ex. les franchises annuelles, les modèles du médecin de famille ou les produits d'assurance complémentaire spéciaux) et contribue ainsi à ce que les assurés prennent eux-mêmes leurs décisions. Il n'émet aucun jugement de valeur sur les différents assureurs-maladie ou sur leurs produits.

L'Ombudsman ne s'exprime pas non plus publiquement sur les questions d'ordre politique, que ce soit dans le domaine de l'assurance ou dans celui de la santé. Si on le lui demande, il contribue toutefois à des procédures de consultation en apportant son point de vue.

Lorsque les assurés se plaignent d'une augmentation de primes, les possibilités de l'Ombudsman sont restreintes. Certes, il vérifiera s'il n'y a pas eu un classement erroné de l'assuré dans le tarif de primes de l'assureur. Mais il ne peut remettre en cause les tarifs de primes approuvés ou les influencer. Seules les autorités fédérales chargées de surveiller les assureurs-maladie sont compétentes en la matière.

Que peuvent attendre les assurés de l'Ombudsman et de son équipe?

Les assurés obtiennent un avis sur leurs différends et une aide lorsqu'ils ont épuisé les possibilités de s'entendre avec leur assureur-maladie. Leurs questions sont examinées de manière approfondie. Le cas échéant, une intervention a lieu directement auprès de l'assureur. Les interventions se font généralement 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 de lui répondre. Si l'Ombudsman constate que le demandeur se trompe, c'est-à-dire

que son appréciation de la situation est erronée, il l'éclaire sur les dispositions légales et contractuelles. Il fournit des explications sur le système d'assurance et donne des conseils sur l'attitude à adopter pour éviter d'autres malentendus.

L'Office de médiation est-il un service de renseignements?

La mission de l'Office de médiation est d'intercéder dans des litiges concrets. Des informations générales, sans consultation 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 tout le dossier, afin qu'il puisse saisir d'emblée la situation.

5 Problèmes d'assurance-maladie de la famille Dupont

Les types de problèmes qui ont été soumis le plus souvent à l'Ombudsman au cours de l'année 2007 seront illustrés ici à travers un modèle fictif: la famille Dupont et son entourage. Dans la réalité, ces difficultés étaient celles de nombreux assurés, confrontés à différents assureurs-maladie.

Les Dupont se laissent convaincre de changer d'assureur

Les époux Dupont et leurs deux enfants, Valentin et Amélie, sont satisfaits de leur assureur-maladie suisse, bien qu'il soit connu pour faire partie des plus chers. Ils sont d'autant moins enclins à en changer qu'il n'a pas augmenté ses primes pour l'année 2007. De manière surprenante, ils reçoivent des offres téléphoniques de divers autres assureurs-maladie et finissent par accepter de rencontrer un démarcheur, qui leur propose d'examiner la possibilité d'économiser sur leurs primes.

Ce démarcheur leur démontre qu'ils peuvent effectivement obtenir auprès d'un autre assureur une couverture semblable à des conditions plus avantageuses. Lorsqu'on lui fait remarquer que M^{me} Dupont n'est pas en très bonne santé, il répond que la famille sera évaluée dans son ensemble et que l'existence d'un mauvais risque par famille est une chose normale. Les Dupont se méfient, mais sont prêts à tenter l'expérience. Ils remplissent les formules correspondantes, qui comprennent une lettre préimprimée de résiliation de l'assurance en cours. Ils demandent toutefois au démarcheur de ne pas expédier cette lettre avant que le nouvel assureur ait repris sans réserve et aux mêmes conditions tous les membres de la famille.

Malheureusement, l'irréparable se produit: la lettre de résiliation est envoyée avant que le nouvel assureur ait accordé sa couverture. Or, celui-ci refuse d'admettre M^{me} Dupont dans l'assurance complémentaire. Il n'indique pas les motifs de ce refus, affirmant qu'ils relèvent du secret d'affaires. Après réclamation, il se déclare toutefois prêt à accepter M^{me} Dupont dans l'assurance complémentaire, mais avec une réserve concernant la maladie préexistante.

De son côté, l'ancien assureur se fonde sur la lettre de résiliation, dûment signée et envoyée dans les délais, pour refuser de reprendre M^{me} Dupont dans son assurance complémentaire. De façon étonnante, il offre cependant d'admettre les autres membres de la famille dans l'assurance de base d'une caisse bon marché appartenant au même groupe, ce qui permet d'abaisser le coût de toute l'assurance presque au niveau de celui du nouvel assureur.

L'Ombudsman prend contact avec le nouvel assureur et parvient à le convaincre d'accepter M^{me} Dupont dans l'assurance complémentaire sans lui imposer de réserve, c'est-à-dire en lui garantissant le remboursement des éventuels soins dus à la maladie préexistante. Le nouvel assureur accepte ainsi d'endosser la responsabilité des erreurs du courtier en assurances qui, sans être son employé, travaille principalement pour lui. A cet égard, la dernière révision de la loi sur le contrat d'assurance a bien apporté quelques améliorations pour les assurés.

D'après un communiqué de presse du bureau de comparaisons sur Internet Comparis, les personnes ayant changé d'assureur-maladie en 2007 n'ont jamais été aussi peu nombreuses depuis l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-maladie. Cela est certainement due au fait que les primes n'ont guère augmenté cette année-là. Dans ce contexte, les assureurs ont consacré plus d'énergie à recruter des personnes assurées auprès de leurs concurrents. A cet effet, ils ont eu davantage recours à des courtiers en assurances. Des problèmes tels que celui de M^{me} Dupont n'ont surgi que chez peu d'assureurs, mais alors de manière répétée.

C'est ainsi que des courtiers ont expédié trop tôt des lettres de résiliation ou ont simplement oublié de faire résilier l'assurance en cours. Ils ont négligé le fait qu'une résiliation partielle fait perdre le droit à des rabais et que, chez certains assureurs, la durée initiale d'une assurance complémentaire empêche de la résilier au moment souhaité. Il en est résulté des lacunes de couverture et des assurances à double coûteuses et inutiles. Par ailleurs, le comportement de l'ancien assureur soulève des questions. Ainsi peut-on se demander pourquoi des offres intéressantes ne sont faites qu'à certains assurés et seulement lorsqu'ils ont l'intention de changer d'assureur. Les histoires de personnes qui changent d'assureur suscitent souvent un certain malaise.

S'agissant du nouvel assureur, il est permis de se demander s'il ne devrait pas indiquer les raisons pour lesquelles il refuse d'admettre le transfert dans une assurance complémentaire, même s'il n'y est juridiquement pas tenu. Des réponses évasives, telles qu'une vague référence au secret d'affaires, indisposent inévitablement l'assuré, qui exigera des explications supplémentaires. Après tout, il n'est pas exclu qu'un refus ait été signifié à tort, sur la base d'une confusion ou d'une appréciation erronée du risque.

En changeant d'assureur, M^{me} Dupont perd-elle des prestations en cours?

Depuis un certain temps, Mme Dupont reçoit des conseils nutritionnels. Selon l'ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins, ceux-ci ne sont remboursés que pendant une durée limitée, à moins que le médecin-conseil de l'assureur ne recommande de les poursuivre plus longtemps. C'est ce qu'avait fait le médecin-conseil de l'ancien assureur, de sorte que les conseils nutritionnels ont été pris en charge sans discussion pendant un temps prolongé. Or, le nouvel assureur voit les choses autrement, son médecin-conseil n'étant pas convaincu de la nécessité d'une telle prolongation.

L'Ombudsman est souvent amené à se demander si, en cas de changement d'assureur, le nouvel assureur est autorisé à remettre en cause une garantie de prise en charge accordée par l'ancien en vertu de son pouvoir d'appréciation ou s'il est également lié par cet engagement. L'assurance de base étant une assurance sociale fédérale, les assureurs-maladie sont considérés à tort ou à raison comme de simples organes d'exécution. De ce point de vue, la garantie accordée par l'ancien assureur devrait être reprise par le nouveau. D'un autre côté, les assureurs-maladie ont le droit de s'organiser eux-mêmes; si bien qu'on peut admettre que le nouvel assureur fasse vérifier les conditions de prise en charge par son propre médecin-conseil et ne se rallie pas aux conclusions du médecin-conseil de l'ancien assureur. C'est pourquoi il importe de conseiller aux personnes qui bénéficient de prestations expressément garanties par un assureur en vertu de son pouvoir d'appréciation de ne pas changer d'assureur à la légère.

Le changement d'assurance complémentaire réserve souvent des déceptions. Les intéressés se fient généralement au catalogue des prestations figurant dans le prospectus de l'assureur, alors que c'est le document renfermant les conditions d'assurance qui est déterminant. Les assureurs sérieux se réfèrent d'ailleurs expressément à ces conditions dans leur prospectus. Les inconvénients résultant de différences entre le contenu des prospectus et les conditions d'assurance sont une constante dans l'activité de l'Office de médiation, de même que les problèmes dus au manque de clarté ou au caractère obsolète des règlements d'assurance de base établis par les assureurs, règlements qui ne répondent pas ou plus aux exigences légales.

Le droit fédéral régit l'assurance obligatoire des soins dans tous ses détails. De nombreux règlements sont donc trop volumineux et ne font que reproduire les textes légaux. On justifie cette pratique en invoquant le fait que les assurés ne disposent pas de ces textes. Mais des règlements qui ne sont pas à jour insécurisent les intéressés et engendrent des controverses inutiles.

Grand-maman Dupont se fâche et grand-papa Dupont n'y comprend plus rien

Les parents de M. Dupont, qui sont restés fidèles à leurs assureurs, se posent également des questions. En effet, la différence de primes des assurances complémentaires d'hospitalisation de ces deux personnes âgées se creuse toujours plus. Alors que la prime de grand-papa, qui n'est plus en très bonne santé, demeure stable, celle de grand-maman, qui est encore en pleine forme, ne cesse d'augmenter. Tous deux bénéficient pourtant d'une couverture d'assu-

rance semblable, quoique pas identique, auprès d'assureurs différents. Mais grand-papa a la chance d'avoir conclu une assurance dont la prime est fixée selon l'âge d'entrée, tandis que l'assurance de grand-maman se fonde sur la prime selon l'âge effectif. Pour elle, la prime augmente considérablement au moins tous les cinq ans.

L'Ombudsman ne peut pas venir en aide à grand-maman Dupont. Lorsque le tarif de primes d'une assurance complémentaire a été approuvé par l'autorité de surveillance compétente, il peut tout au plus vérifier si l'assurée n'a pas été classée de manière manifestement erronée dans ce tarif.

Quant à grand-papa Dupont, qui après sa retraite avait encore une petite activité lucrative, il ne comprend pas pourquoi son assureur-maladie ne veut pas lui verser les indemnités journalières assurées selon la LAMal lors de son séjour à l'hôpital et dans la période qui suit, cela au motif qu'il a oublié de déposer une demande de prestations. Certes, le règlement de l'assurance-indemnité journalière établi par l'assureur dispose expressément que tout dommage doit être annoncé à celui-ci dans le délai d'une semaine; mais il s'agit d'une simple règle d'ordre, dont l'inobservation ne donne en tout cas pas lieu à sanction si elle est excusable. Au début de son incapacité de travail, M. Dupont se trouvait à l'hôpital. Sur intervention de l'Office de médiation, l'assureur a fini par accepter qu'il s'agissait là d'un motif excusable.

Un deuxième problème a donné lieu à plus de discussions. Le règlement prévoit que, dans cette assurance-indemnité journalière, la durée des prestations est réduite à quelques semaines pour les personnes retraitées. M. Dupont avait conclu son assurance individuelle d'indemnité journalière peu de temps avant l'âge de 65 ans, car il envisageait d'exercer une activité lucrative indépendante après sa retraite. Lorsqu'il a conseillé M. Dupont, le représentant de l'assureur lui a remis le règlement de cette assurance sans préciser qu'il serait appelé à payer toute la prime pour une couverture qui ne serait plus totale. Il n'avait pas signalé non plus que, dans chaque cas d'assurance, l'assuré ne peut obtenir de prestations que s'il prouve le dommage, c'est-à-dire la perte de gain ou d'autres coûts résultant de celui-ci. L'assureur-indemnité journalière ne verse plus que la prestation partielle réglementaire. Suite à l'intervention de l'Ombudsman, l'assureur a tout de même proposé une solution consistant à mettre fin à l'assurance après versement des indemnités journalières limitées dans le temps, tout en restituant rétroactivement une partie des primes à M. Dupont. Celui-ci accepte d'autant plus volontiers cette solution qu'il a renoncé, dans l'intervalle, à poursuivre une activité lucrative.

L'assurance-indemnité journalière n'est pas une assurance fédérale obligatoire couvrant simplement un certain pourcentage de la perte de salaire. C'est pourquoi l'Ombudsman se voit fréquemment confronté à des cas dans lesquels l'assuré se plaint d'avoir été mal conseillé par son assureur. De tels cas se présentent tant dans l'assurance-indemnité journalière régie par la LCA, qui est la plus répandue, que dans celle qui se fonde sur la LAMal, qui n'est plus très

courante. Alors que dans l'assurance sociale selon la LAMal, la question se pose de savoir dans quelle mesure une obligation de conseiller les assurés peut être déduite de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), la situation est différente en matière d'assurance-indemnité journalière régie de droit privé, où il incombe à l'assuré de vérifier périodiquement sa couverture. En particulier dans l'assurance-indemnité journalière, la situation de l'intéressé peut facilement varier en raison d'un changement d'emploi, d'une réduction du temps de travail, d'une forte augmentation du salaire, etc. Les salariés ne sont pas tous au bénéfice d'une assurance collective conclue par l'employeur et couvrant un certain pourcentage de leur rémunération.

S'agissant de M. Dupont, cependant, l'Ombudsman a estimé que l'assureur n'aurait pas dû vendre sans autres explications à une personne de 64 ans une assurance-indemnité journalière dont le règlement prévoit que la durée des prestations sera réduite lorsque l'intéressé aura atteint l'âge de la retraite. Dans un tel cas, il ne suffit absolument pas de remettre les conditions générales d'assurance ou le règlement à l'assuré et de s'en prévaloir par la suite. Tant le devoir d'informer l'assuré lors de la conclusion du contrat d'assurance privée, prévu par les nouvelles disposition de la LCA, que l'obligation de renseigner et de conseiller imposée par la LPGA pour l'assurance sociale exigent de l'assureur qu'il informe l'assuré sur les règles particulières qui s'appliqueront dans son cas à brève échéance.

Dans le domaine des indemnités journalières, la différence entre assurance de somme et assurance de dommage fait l'objet de discussions. Dans cette dernière forme d'assurance, les prestations sont allouées lorsqu'en plus de l'incapacité de travail due à la maladie, il existe un dommage effectif (par ex. une perte de revenu). Par contre, lorsqu'une somme est assurée, il suffit de prouver l'incapacité de travail. Beaucoup d'indépendants ont l'impression d'être assurés pour une certaine somme, car leur contrat indique concrètement le montant de l'indemnité journalière. Mais cela ne suffit pas. Pour savoir si l'on a affaire à une telle assurance, il faut prendre en compte l'ensemble des conditions d'assurance, en particulier les règles relatives à l'interdiction de la surindemnisation et à la coordination avec d'autres assurances. L'Ombudsman conseille aux assureurs de vouer un soin particulier au choix du produit et à l'information lorsqu'ils concluent une assurance individuelle d'indemnité journalière avec des indépendants.

Papa est en faillite privée et ses prestations sont suspendues

Le père de Valentin et Amélie n'a pas de chance en affaires. Bien qu'il occupe un emploi, il a dû se déclarer en faillite privée après s'être surendetté et avoir spéculé à perte. Bien entendu, des primes d'assurance-maladie se trouvent aussi dans la masse en faillite. L'assureur a suspendu les prestations pour toute la famille à partir du dépôt de la réquisition de continuer la poursuite. M. Dupont sait que la faillite privée offre un répit. Il comprend donc d'autant moins pourquoi l'assureur le punit pour cette faillite en continuant de suspendre ses prestations. Sur intervention de l'Ombudsman, l'assureur a dû admettre ce point de vue et a levé la suspension. Si cette dernière avait été maintenue, les

soins médicaux n'auraient plus pu être garantis pour M. Dupont. Celui-ci pouvait en outre être tenu de satisfaire l'assureur, bien que la question du statut privilégié de la créance ait pu se poser. Or, le fait que la suspension des prestations soit désormais réglée au niveau d'une loi (LAMal) alors qu'elle était jusque là réglée dans une ordonnance (OAMal) n'autorise pas l'assureur à penser que les dispositions qui régissent son activité doivent avoir le pas sur les dispositions de la loi sur la poursuite pour dette et faillite (LP) qui règle les effets de la faillite privée.

Les dispositions légales concernant l'encaissement dans l'assurance-maladie sociale ont été modifiées avec effet au 1^{er} janvier 2006. Des précisions ont été apportées dans l'ordonnance sur l'assurance-maladie, avec effet au 1^{er} août 2007. Sous l'ancien droit, il découlait de la hiérarchie des normes qu'un acte de défaut de biens établi après faillite privée ne devait pas entraîner la suspension des prestations, car celle-ci aurait remis en cause l'avantage accordé par la loi sur la poursuite pour dettes et la faillite. En effet, celle-ci donne au débiteur en faillite privée la possibilité de rétablir sans contraintes sa situation financière. Or, la suspension aurait pour conséquence que des traitements médicaux ne seraient pas remboursés par l'assurance-maladie, le cas échéant pendant plusieurs années. L'ancienne disposition relative à la suspension des prestations n'avait pas pu s'imposer, car elle avait été édictée au niveau de l'ordonnance. Dorénavant, elle figure dans la loi. La question se pose maintenant de savoir si cette disposition spéciale de la LAMal a le pas sur la règle générale du droit de la faillite. Au moment où le présent rapport est rédigé, cette question n'a pas encore été tranchée par la jurisprudence. L'Ombudsman est d'avis que la suspension des prestations met gravement en cause l'avantage accordé par le droit de la faillite et se prononce pour la poursuite de la pratique actuelle. La faillite implique le passage de l'exécution spéciale à l'exécution générale. Après la faillite, les créanciers sont traités à égalité.

En revanche, l'Ombudsman pense que la disposition selon laquelle le débiteur ne peut changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé ses arriérés ne porte pas atteinte à l'avantage de la faillite privée. Certes, l'intéressé peut être obligé, de ce fait, à rester assuré auprès d'un assureur plus cher que d'autres; mais c'est ce que font librement des centaines de milliers de personnes.

Valentin doit des arriérés de primes

A la suite de sa faillite, M. Dupont émigre en Amérique latine. Ses enfants Valentin, majeur depuis deux ans, et Amélie, encore mineure, apprennent alors qu'il existe un découvert de primes auprès de l'assureur-maladie. M^{me} Dupont s'empresse de payer les arriérés de sa fille, si bien que les prestations ne sont plus suspendues pour celle-ci. Valentin a payé lui-même ses primes depuis deux ans et ne veut pas mettre sa mère à contribution. Mais il n'a pas les moyens de s'acquitter des arriérés. L'Ombudsman obtient de l'assureur qu'il renonce à les récupérer. Celui-ci reconnaît en effet une part de responsabilité dans la situation de Valentin, en ce sens qu'il ne lui avait signalé ni l'existence des arriérés, ni la suspension du droit à prestations. Valentin n'ayant jamais eu besoin de soins, il ne pouvait pas savoir que les prestations étaient suspendues.

Un enfant est lui-même débiteur de ses primes d'assurance-maladie. Ses parents, qui lui doivent assistance, sont certes tenus de les payer. Mais l'assureur est en droit, malgré ce devoir parental prévu par le droit de la famille, de suspendre les prestations à l'enfant en cas de non-paiement des primes. L'Ombudsman est souvent confronté à des situations où l'enfant devenu majeur se rend compte que son père ou sa mère doit des arriérés de primes, parfois pour plusieurs années. Le cas de Valentin a ceci de particulier que l'assureur l'a laissé payer les primes en cours pendant deux ans sans attirer son attention sur les arriérés accumulés par son père. C'est pourquoi il a consenti à effacer cette dette.

Valentin part pour une année d'études aux Etats-Unis

Il devra s'assurer à l'université américaine. Auparavant, il entreprend un voyage de six mois à travers les Etats-Unis. Après discussion, l'assureur suisse accepte de le garder dans l'assurance de base pendant ce périple. Pour le temps des études, il considère Valentin, à juste titre, comme domicilié aux Etats-Unis et donc couvert par l'assurance de ce pays.

La question du maintien de l'assurance suisse pendant un séjour à l'étranger est un thème récurrent pour l'Office de médiation. La pratique à cet égard varie selon les assureurs. Les uns sont contents de voir les intéressés quitter au plus tôt l'assurance de base; d'autres tiennent à les garder le plus longtemps possible. L'Ombudsman est d'avis que tout séjour à l'étranger lié à des études ou à un emploi implique tôt ou tard une prise de domicile, qui entraîne la fin de l'assurance obligatoire suisse. Par contre, les personnes qui voyagent pendant quelques mois à travers le monde ne peuvent élire domicile à l'étranger. Aux yeux de l'assureur-maladie, elles conservent donc un domicile en Suisse et continuent d'être soumises à l'assurance obligatoire. Peu importe qu'elles aient déposé leurs papiers officiels avant leur départ. Certes, les documents et les impôts constituent des indices du maintien ou de l'abandon d'un domicile en Suisse. Eu égard aux formulations du code civil, ils n'ont toutefois pas valeur de preuves.

Toujours au sujet des voyageurs au long cours, l'Ombudsman a aussi été confronté, au cours de l'exercice, à des situations où se posait la question de l'abus. Il peut arriver, en effet, que ces personnes interrompent leur tour du monde pour s'établir pendant quelques mois dans un pays étranger, sans qu'il leur soit possible de s'y assurer en raison de leur âge et de leurs facteurs de risque.

Valentin revient en Suisse avec une amie

Après son année d'études, Valentin Dupont regagne la Suisse accompagné de Meadow, son amie américaine. Celle-ci souhaite suivre une formation dans une institution suisse. Valentin lui conseille de s'annoncer auprès de son propre assureur, qui l'accepte sans difficultés. Mais Meadow apprend par des camarades d'études qu'elle peut faire des économies en s'affiliant à une assurance internationale pour étudiants. Elle part de l'idée que le canton de domicile la libérera de l'assurance obligatoire. Sans en informer ce canton, elle signe un contrat avec la filiale suisse de l'assurance internationale et met l'assureur

suisse devant le fait accompli. Après quelques discussions, ce dernier accepte qu'elle sorte de l'assurance suisse. Les problèmes surgissent lorsque Meadow tombe enceinte et met un enfant au monde. Issue d'un milieu modeste, elle n'est pas en mesure de payer les frais d'accouchement. L'assurance internationale ne couvre pas la maternité et présente encore d'autres différences avec l'assurance de base suisse. Une solution est cependant trouvée à la faveur d'une longue médiation de l'Ombudsman entre l'assurance internationale et l'ancien assureur suisse, qui rétablit l'assurance de base rétroactivement au moment de l'accouchement et rembourse les frais de celui-ci.

Au cours de l'exercice, l'Office de médiation a été saisi de toute une série de cas semblables. Sauf exceptions, il n'est toutefois pas compétent pour intervenir dans de tels cas. Certaines institutions éducatives suisses recommandent à leurs étudiants étrangers de s'assurer pour la maladie auprès de compagnies internationales, qui offrent des produits pour étudiants à des conditions avantageuses. Lorsque l'autorité cantonale compétente libère ces personnes – en fait domiciliées en Suisse – de l'assurance obligatoire parce qu'elles disposent d'une telle couverture, celles-ci ne s'assurent pas chez nous ou quittent l'assureur suisse qu'elles ont déjà.

En cas de dommage, il peut s'avérer que la couverture de l'assurance privée étrangère ne soit pas identique à celle de l'assurance sociale suisse. L'exemple précité le montre en ce qui concerne la maternité. D'autres cas soumis à l'Ombudsman soulèvent des problèmes relatifs au versement des prestations et à l'encaissement des primes. Etant donné que les produits des assurances internationales en question ne sont ni des assurances-LAMal, ni des assurances complémentaires gérées par un assureur-maladie, l'Ombudsman doit rechercher une instance de médiation compétente. En l'occurrence, l'assurance internationale ne figurait pas sur la liste des sociétés coopérant avec l'Ombudsman de l'assurance privée. L'intervention auprès des services fédéraux n'a rien donné non plus. Le nœud du problème réside pourtant, selon l'Ombudsman, dans le fait que certains cantons libèrent ces étudiants de l'assurance obligatoire. Dans l'intention, en soi louable, de permettre aux étudiants étrangers de s'assurer à un prix avantageux, les autorités de ces cantons ont tendance à admettre un peu vite que la couverture étrangère est équivalente à celle de l'assurance sociale suisse. Mais il arrive aussi que, sans même que le canton ait libéré l'intéressé de l'assurance obligatoire, l'assureur suisse accepte de s'en séparer au seul vu de son adhésion à l'assurance internationale. Dans ce cas, l'Ombudsman a la compétence d'intervenir, comme il l'a fait dans l'exemple précité.

Pourquoi Amélie participe-t-elle aux coûts résultant d'un accident et pas son ami?

Dans l'intervalle, Amélie Dupont a subi, avec son ami, un grave accident de montagne, qui a engendré des coûts élevés. L'assureur de l'étudiante prend ce dommage en charge, mais lui demande de payer une franchise annuelle de 2500 francs et la participation aux coûts de 10 pour cent. Amélie n'est pas d'accord et veut être traitée comme son ami. Celui-ci, qui est en formation dans une banque, se voit rembourser tous les frais par l'assureur-accidents de

l'entreprise, sans aucune participation. L'assureur-maladie d'Amélie maintient son exigence et lui adresse une longue lettre de motivation. Cette réponse ne se présente pas comme une décision sujette à opposition. Elle évoque bien la possibilité de faire opposition, mais dans le corps du texte et donc pas de manière reconnaissable au premier coup d'œil. Amélie ne fait pas opposition, mais s'adresse à l'Ombudsman. Sur intervention de celui-ci, l'assureur, qui a raison sur le fond, se déclare prêt à notifier une décision en bonne et due forme à l'intéressée.

La question de la participation aux coûts en cas d'accident fait partie des sujets les plus fréquemment traités par l'Office de médiation. Pour les personnes qui ne sont pas soumises à la loi sur l'assurance-accidents, ce risque est couvert par l'assurance-maladie. C'est alors la LAMal, et non la LAA, qui s'applique, ce qui a pour conséquence que l'assuré doit payer la participation aux coûts légale ou convenue. Les jeunes assurés doivent en être conscients lorsqu'ils choisissent une franchise élevée pour réduire leurs primes.

Souvent, les assurés ayant une franchise élevée se plaignent auprès de l'Ombudsman de ce que leur assureur-maladie ne leur a pas expressément signalé les problèmes que celle-ci soulève en cas d'interruption de leur activité salariée, c'est-à-dire au moment où le risque accident est réintroduit dans l'assurance-maladie. Pour être juste, il faut aussi rappeler que cette réintroduction se fait généralement de façon routinière, sur simple communication de l'assuré.

Heureusement, les cas de décisions entachées de vices de forme sont devenus très rares. A propos des voies de droit, il faut toujours rappeler que le fait de s'adresser à l'Office de médiation n'interrompt nullement les délais d'opposition ou de recours.

Le médecin d'urgence s'est déplacé pour rien Le bébé de Meadow, l'amie américaine de Valentin, cesse un jour subitement de respirer, après avoir fortement crié. La jeune mère appelle immédiatement un médecin d'urgence au numéro 144. Peu après, l'enfant recommence péniblement à respirer. Le médecin d'urgence tardant, Meadow amène alors son bébé au service des urgences de la clinique pédiatrique. L'enfant y restera quelque temps en observation. Dans l'intervalle, le médecin d'urgence est arrivé au domicile de Meadow. L'assureur-maladie refuse de payer sa facture. Saisi du cas, l'Ombudsman rappelle la jurisprudence selon laquelle l'urgence se détermine d'après l'état du patient au moment où l'alarme est donnée. Sur quoi l'assureur reconnaît qu'il y a tout de même eu sauvetage au sens de l'ordonnance et rembourse 50 % des frais encourus, sous déduction de la participation aux coûts.

Valentin doit être hospitalisé

Valentin fait maintenant ménage commun avec Meadow. Tout en poursuivant ses études et grâce à des travaux accessoires, il tente de subvenir aux besoins de la jeune mère et de son enfant, dont il n'est pas le père. Subitement, il doit se rendre à l'hôpital pour trois jours. Comme sa relation avec Meadow et son enfant ne relève pas du droit de la famille, l'assureur lui facture, en plus de la

franchise et de la quote-part, la contribution aux frais de séjour hospitalier prévue par la loi et l'ordonnance. Cette contribution s'élève à 10 francs par jour. Pour Valentin, chaque franc compte et il refuse de la payer. L'assureur l'informe alors qu'il pourrait éventuellement en être exempté s'il présente un «contrat écrit de concubinage». N'étant pas en mesure de le faire, Valentin doit verser les 30 francs réclamés. Mais il ne voit pas pourquoi, dans un cas semblable, cette contribution n'a pas été exigée d'un collègue vivant en partenariat enregistré avec un autre homme. L'Ombudsman lui explique la situation juridique.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi sur le partenariat, la LPGA assimile le partenariat enregistré au mariage dans les assurances sociales. Tel n'est pas le cas du concubinage. Au regard du texte légal, même un contrat de concubinage ne devrait rien y changer.

Grand-maman Dupont réduit ses coûts et en est récompensée Jusqu'alors en bonne santé, grand-maman Dupont tombe malade à son tour. Elle est atteinte d'une mononucléose infectieuse. Dans sa situation, un traitement hospitalier serait médicalement indiqué. Mais le dévouement de ses proches et le recours à une aide ménagère lui permettent d'éviter l'hôpital. Son assurance complémentaire ne rembourse toutefois les coûts de soins à domicile et d'aide ménagère que s'ils ont été prescrits par un médecin immédiatement après un séjour hospitalier ou une opération effectuée ambulatoirement. Se fondant sur cette règle clairement exprimée dans les conditions générales d'assurance, l'assureur commence par refuser d'indemniser Mme Dupont pour l'aide qu'elle reçoit. Puis il accepte, à bien plaisir, de l'indemniser partiellement, reconnaissant les efforts accomplis par la famille pour éviter l'hospitalisation.

L'aide ménagère proprement dite n'appartient pas au catalogue des prestations de l'assurance de base. Sont déterminantes à cet égard les conditions d'une éventuelle assurance complémentaire. Cet exemple montre que des prestations à bien plaisir ne sont pas prohibées dans les assurances complémentaires. Tel n'est pas le cas dans l'assurance de base, où le remboursement de prestations non obligatoires est interdit, même si elles ont pour but d'éviter le recours à des prestations obligatoires. Les prestations à bien plaisir ne sont d'ailleurs pas la règle dans l'assurance complémentaire. Elles ne sont octroyées que si de bonnes raisons le justifient.

Un médicament non remboursé pour M^{me} Dupont, atteinte d'un cancer Une forme rare de cancer a été diagnostiquée chez la mère de Valentin et d'Amélie. Pour la soigner, les médecins prescrivent un médicament utilisé seulement en cas de néphrocarcinome métastatique, quand une chirurgie curative n'est plus envisageable. Bien que le cancer de M^{me} Dupont ne soit pas de ce type, les médecins qui la traitent estiment, après avoir consulté une clinique américaine spécialisée, que l'usage de ce médicament est le seul moyen d'affronter son mal. Mais l'assureur refuse de le rembourser pour une raison formelle: la limitation dont il fait l'objet dans la liste des spécialités.

L'Office de médiation examine si l'on n'a pas affaire à un cas d'usage hors étiquette (off-label-use), c'est-à-dire à la prescription d'un médicament qui est admis en Suisse, mais qui sera utilisé en dehors de l'indication, du dosage ou du mode d'administration pour lesquels il a été enregistré par Swissmedic ou inscrit dans la liste des spécialités obligatoirement remboursées par l'assurance de base. Lorsque le traitement comme tel est une prestation obligatoirement prise en charge, que le médicament considéré forme avec lui un seul et même complexe thérapeutique, que la maladie à traiter représente une menace pour la vie, que le défaut de traitement entraînerait une invalidité ou une souffrance chronique grave, qu'aucun autre traitement efficace n'est possible et qu'on peut s'attendre à un résultat thérapeutique significatif, ledit médicament sera tout de même considéré, selon la jurisprudence fédérale, comme prestation obligatoire. Ces derniers temps, l'Office de médiation reçoit toujours plus de demandes concernant l'usage hors étiquette. Dans l'exemple précité, le médecin-conseil de l'assureur conteste les perspectives de guérison. Les médecins traitants sont en train de réunir les études scientifiques relatives à l'usage du médicament dans un cas tel que celui de M^{me} Dupont.

Des assureurs qui corrigent leurs erreurs et font preuve de bons sens

Voici ce que rapportent des amis de la famille Dupont:

Une assurée voulait se soumettre à une opération de réduction mammaire, car des douleurs à la nuque et aux épaules étaient apparues. Elle tentait d'y remédier par une physiothérapie prolongée. L'assureur refusa de prendre en charge la réduction mammaire, au motif qu'il lui manquait des radiographies et des informations. Lorsque l'intéressée lui eut fourni ces données, il persista dans son refus en arguant du fait qu'on aurait pu combattre les douleurs en prolongeant encore la physiothérapie et que l'intervention chirurgicale n'était pas indiquée. L'Ombudsman fit remarquer à l'assureur que, lors de l'examen préalable du cas, son médecin-conseil avait conclu qu'une poursuite de la physiothérapie ne répondait pas aux exigences d'économicité, d'efficacité et d'adéquation; sur quoi l'assureur changea d'opinion et accepta de prendre l'opération en charge.

Peu après, cette assurée eut besoin d'une thérapie de médecine alternative, qui était remboursable par son assurance complémentaire. Cependant, l'assureur refusa de payer les consultations téléphoniques en relation avec cette thérapie, au motif que de simples renseignements fournis par téléphone ne constituent pas des prestations thérapeutiques. Là encore, l'Office de médiation a pu apporter son aide.

Ayant perdu confiance dans son assureur, l'intéressée en chercha un autre. En examinant son dossier, l'assureur s'aperçut qu'il avait, quelques années auparavant, payé une prestation qui n'était pas obligatoire (une contribution à un moyen oculaire). Il exigea la restitution immédiate du montant correspondant. L'Ombudsman dut lui rappeler qu'il existe pour ce genre de prétention un délai absolu de prescription de cinq ans.

Il arrive assez fréquemment que l'Ombudsman doive attirer l'attention d'un assureur sur une erreur commise par un de ses collaborateurs. En général, les fautes manifestes sont corrigées sans difficultés. L'Ombudsman constate que les discussions entre son service et les assureurs concernés se déroulent généralement de manière très correcte et dans un esprit de respect mutuel.

Un assuré souffre depuis des années d'un taux excessif de sucre dans le sang, qu'il régule par voie médicamenteuse. Il vérifie le taux de sucre au moyen d'un appareil de mesure et du matériel adéquat. Son assureur ne veut plus rembourser les frais inhérents à cet appareil, au motif que la liste des moyens et appareils limite sa prise en charge aux cas de diabètes exigeant des injections d'insuline. Il estime que les frais payés précédemment l'ont été par erreur, mais renonce à demander restitution. Sur proposition de l'Ombudsman, il accepte toutefois de rembourser le matériel nécessaire et demande à l'autorité compétente d'examiner l'opportunité d'assouplir la limitation figurant dans la liste.

Lors d'un séjour de cet assuré en Espagne, les médicaments acquis en Suisse viennent à manquer. L'intéressé les achète en Espagne et envoie les quittances à son assureur. Il ne peut pas utiliser sa carte européenne d'assuré, car il ne lui est pas possible de remettre une ordonnance au pharmacien. L'assureur refuse la prise en charge pour ces raisons formelles. Il aurait été disposé à rembourser les médicaments en raison de leur prix modique, mais il refuse de le faire à cause du défaut d'ordonnance. Il revient cependant sur sa décision après que l'Ombudsman lui ait fait observer que l'assuré prenait ces médicaments en Suisse depuis des années sur ordonnance et qu'ils ont toujours été remboursés.

Il est réjouissant de constater que les assureurs sont le plus souvent prêts à trouver une solution de bon sens, même lorsqu'ils seraient en droit d'agir autrement. Il est vrai qu'en matière d'assurances sociales, les dispositions légales sont la base de toutes les décisions et les arrangements à bien plaisir ne sont pas admis. Mais là où une marge d'appréciation est laissée à l'assureur, celui-ci devrait, sans que le doute profite systématiquement à l'assuré, user de cette faculté avec souplesse.

6 Résumé

Au cours de l'exercice, le nombre de cas soumis en allemand à l'Office de médiation a augmenté dans les limites des variations annuelles. Il est possible que cette évolution soit due en partie à une présence accrue de l'Ombudsman dans les médias.

Etant donné que les primes ont peu augmenté en 2007, les assurés ont été moins nombreux à vouloir changer d'assureur ou à modifier leur couverture d'assurance. Cela n'a toutefois pas empêché un accroissement significatif du volume des demandes relatives au changement d'assureur. La raison en est que certains assureurs ont intensifié leurs campagnes d'adhésions. Dans ces conditions, il est à prévoir que l'Office de médiation devra encore s'occuper des conséquences fâcheuses de certains changements d'assureur bien au-delà de l'année 2007.

Comme d'habitude, l'essentiel des demandes adressées à l'Office de médiation porte sur les prestations. Ainsi que le montre l'exemple de la famille Dupont, il s'agit des prestations les plus variées. D'autre part, l'office a dû intervenir à plusieurs reprises dans des cas où l'assuré n'avait pas été suffisamment informé par son assureur. Grâce à un travail d'explication, les collaboratrices et collaborateurs de l'Office de médiation peuvent venir en aide à des assurés auxquels leur assureur n'a pas communiqué correctement une décision en soi correcte. Enfin, l'Ombudsman est souvent intervenu auprès d'un assureur pour qu'il accélère la résolution d'un cas en suspens depuis longtemps.

Glossaire des termes techniques utilisés

LPGA	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (règle les questions générales de l'assurance sociale)
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie (régit l'assurance-maladie obligatoire des soins et l'assurance facultative d'une indemnité journalière)
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie (ordonnance générale d'application de la LAMal)
OPAS	Ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins
LAC	Loi fédérale sur le contrat d'assurance (applicable aux assurances complémentaires et à l'assurance privée d'une indemnité journalière)
CGA	Conditions générales d'assurance (établies par l'assureur, elles concrétisent le contenu du 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 fournisseur de prestations, la paie et la transmet à l'assureur pour remboursement. Celui-ci rembourse le montant qu'il est tenu de prendre en charge, après déduction de la participation aux coûts.
Tiers payant	Système de décompte où le fournisseur de prestations adresse la facture directement à l'assureur, qui la règle. L'assuré ne reçoit plus qu'une facture de l'assureur pour la participation aux coûts.
Assurance de dommage dans l'assurance d'une indemnité journalière:	En plus d'une incapacité de travail due à la maladie, il faut, pour obtenir des prestations, prouver un dommage concret, par ex. une perte de gain. Les conditions d'assurance interdisent la surindemnisation et la définissent. Elles réglementent en outre la coordination avec d'autres assurances privées et sociales.
Assurance de somme dans l'assurance d'une indemnité journalière:	Un montant fixe est couvert. Il sera payé lorsque la condition requise (généralement l'incapacité de travail due à une maladie) est remplie. Des assurances de somme peuvent être cumulées. L'indemnité peut être plus élevée que le dommage effectivement subi.