

Ombudsman
de l'assurance-maladie

Rapport d'activité
2009

Fondation «Ombudsman de l'assurance-maladie»

Conseil de
fondation

Rudolf Gilli	Zumhofhalde 38, 6010 Kriens Président
Paul Zbinden	Avocat, Dr en droit, ancien Conseiller national 6 rte Cité-Bellevue, 1700 Fribourg Vice-président
Christoffel Brändli	Mag. oec. HSG, Conseiller aux Etats Auwaldweg 7, 7302 Landquart
Mariantonia D'Andrea Jäger	Dr méd. psychiatrie et psychothérapie Wagnerstrasse 5, 3007 Berne
Christiane Langenberger	ancienne Conseillère aux Etats 2 rue de l'Eglise, 1122 Romanel-sur-Morges
Fabiola Monigatti	Lic. en droit LLM 62c Via da Melga, 7742 Poschiavo
Markus Moser	Dr en droit Bruggbühlstrasse 30a, 3172 Niederwangen
Rudolf Luginbühl	Avocat, Ombudsman
Morena Hostettler Socha	Avocate, service juridique Suisse alémanique et italienne
Isabelle Gottraux	Lic. en droit, service juridique Suisse romande
Urs Eigensatz	Expert dipl. en assurance-maladie
Hans-Thomas Scherrer	Lic. en droit, secrétaire du Bureau de l'Ombudsman

Bureau de
l'Ombudsman

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

Téléphone (renseignements: 9h–11h30):

Allemand	041 226 10 10
Français	041 226 10 11
Italien	041 226 10 12
Télécopie	041 226 10 13

Courriel info@om-am.ch
Internet www.ombudsman-am.ch (avec formule de contact)

Table des matières

1	Bureau de l’Ombudsman	4
2	Conseil de fondation	4
3	Chiffres	4
4	Principes directeurs	7
5	L’année de la crise financière et des coûts de la santé	10
6	Prestations de soins	12
7	Indemnités journalières	15
8	Problèmes d’encaissement	17
9	Changements d’assureur.....	18
10	Encore et toujours les intermédiaires	20
11	Résumé	22

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

Un glossaire des termes techniques figure à la fin du rapport.

1 Bureau de l’Ombudsman

Le Bureau de l’Ombudsman, sis à Lucerne, se composait en 2009 de l’Ombudsman (Rudolf Luginbühl), qui le dirige, de deux collaboratrices juridiques (Isabelle Gottraux et Morena Hostettler Socha), d’un expert en assurance-maladie (Urs Eigensatz) et du secrétaire (Hans-Thomas Scherrer). L’état du personnel, qui comprend 4,5 postes, et la composition de l’équipe sont stables depuis assez longtemps. L’expérience ainsi accumulée exerce un effet positif sur la qualité du travail. Pour faire face, avec cet effectif modeste, à l’afflux croissant de demandes adressées au Bureau, l’Ombudsman doit sans cesse prendre des mesures visant à ce que les requérants soient servis rapidement, même en périodes de pointe.

2 Conseil de fondation

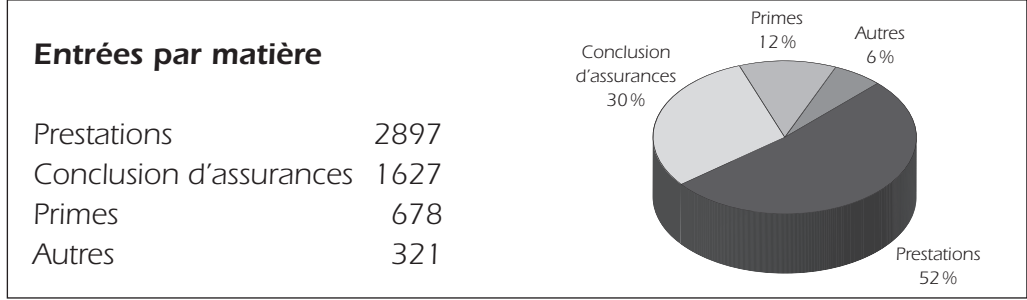
Durant l’exercice, le Conseil de fondation a tenu deux séances ordinaires, les 15 avril et 4 novembre 2009. Il n’y a pas eu matière à convoquer une séance extraordinaire. Le changement de nom décidé en 2008 a été mis en pratique. La suppression du mot «sociale» dans le nom de la fondation indique que l’Ombudsman s’occupe aussi des assurances-maladie complémentaires.

3 Chiffres

Entrées par matière

Au cours de l’exercice, 5523 cas ont été soumis à l’Ombudsman, ce qui est davantage que les années précédentes (4815 cas en 2008 et 5087 en 2007). Ce phénomène est dû à la forte augmentation des primes fin 2009 et à une présence accrue de l’assurance-maladie dans le débat public.

La répartition par matière montre que 2897 dossiers concernaient les prestations d’assurance (2008: 2812), 1627 la conclusion d’une assurance ou le changement d’assureur (2008: 1119) et 678 les primes (2008: 549). Les 321 cas restants portaient sur des questions d’ordre général (2008: 335), dont celles qui ont trait à la protection des données. Alors que les demandes relatives aux prestations n’ont que légèrement augmenté, celles qui concernent le changement d’assureur (conclusion, résiliation) et les primes ont connu une croissance notable, qui s’explique par la hausse considérable des primes annoncée en fin d’année.



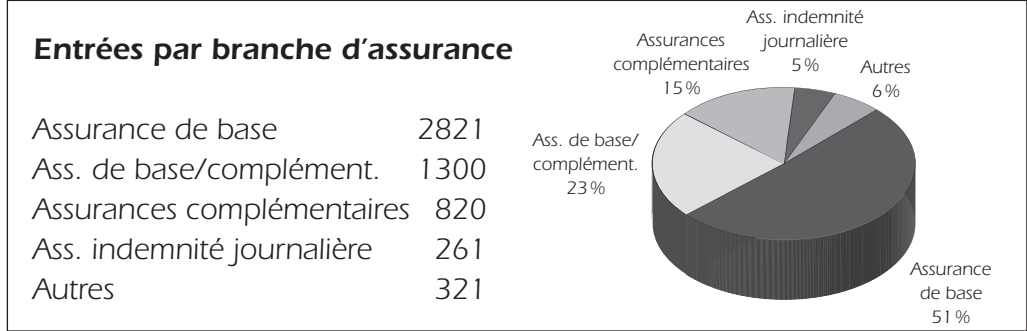
Entrées par branche d'assurance

2821 cas ne concernaient que l'assurance de base (2008: 2393), 820 seulement les assurances complémentaires (2008: 748), 1300 ces deux branches (2008: 1092) et 261 l'assurance-indemnités journalières (2008: 247).

L'augmentation par rapport à 2008 a été la plus forte dans l'assurance de base, ce qui est également dû à la hausse des primes.

Dans le domaine des prestations, de nombreuses demandes concernaient à la fois l'assurance de base et les assurances complémentaires, ce qui montre l'importance de disposer d'un Ombudsman compétent pour les deux branches.

En chiffres absolus, les cas touchant l'assurance-indemnités journalières sont les moins nombreux. Mais ils exigent beaucoup de travail, notamment parce qu'ils ont la particularité de receler de multiples problèmes de coordination avec d'autres assurances sociales. Ils ont toutefois légèrement augmenté par rapport à 2008. La raison en est que les assureurs exigent désormais des assurés qu'ils s'impliquent davantage dans la réduction du dommage (voir chap. 7).



Entrées par langue

La répartition par langue n'a pas fondamentalement changé. Elle donne 4453 entrées en allemand (2008: 3891), 909 en français (2008: 794) et 139 en italien (2008: 130). Les requêtes formulées dans une langue non officielle sont également mentionnées ci-dessous. Le Bureau de l'Ombudsman reçoit parfois des demandes en anglais ou en espagnol.



Evolution des entrées Le nombre de cas soumis à l’Ombudsman a nettement augmenté, mais n’a pas dépassé le maximum des variations annuelles. Les causes de l’augmentation sont sans doute les suivantes.

L’assurance-maladie revient régulièrement dans les débats au Parlement, où aucun consensus ne se dessine sur sa consolidation financière. A tout instant, des personnalités ou des groupes d’intérêts lancent une foule d’idées, qui sont immédiatement reprises et discutées dans les médias. Alors les esprits s’échauffent, surtout si la proposition porte sur un détail, et non sur l’ensemble du problème. Dans ce climat, il n’est guère surprenant que les assureurs, qui représentent le dernier maillon de la chaîne, soient les boucs émissaires de nombreux assurés. Les primes qu’ils réclament étant toujours plus élevées, ils sont tenus pour responsables de l’augmentation des coûts de la santé.

Quand la crise n’était que financière, elle suscitait l’inquiétude générale, mais n’était ressentie concrètement que dans certaines tranches de la population. En 2009, cependant, toujours plus d’assurés ont été personnellement touchés par les retombées de cette crise sur l’économie réelle. Depuis lors, ils ne sont plus prêts à renoncer à une prestation, même minime. Aussi l’Ombudsman reçoit-il beaucoup plus de demandes d’une valeur litigieuse modique, que les intéressés n’auraient pas pris la peine de lui soumettre auparavant.

La crise financière et l’augmentation des coûts de la santé ont aussi frappé les assureurs, dont certains ont même vu fondre une part importante de leurs réserves. Ils ont donc redoublé de rigueur dans le contrôle de l’activité médicale. Dans l’assurance complémentaire, où ils étaient relativement coulants jusqu’alors, il n’est presque plus possible d’obtenir des solutions à l’amiable. Même pour leur arracher des prestations effectivement dues, l’Ombudsman doit lutter ferme.

Les augmentations sensibles de primes annoncées en automne 2009 et les mesures d’assainissement prises en cours d’année ont incité les assurés à changer de caisse en bien plus grand nombre que précédemment (environ 1,2 million de personnes). A noter que, cette fois, beaucoup de personnes âgées ont franchi le pas. Les passages problématiques d’un assureur à l’autre s’étant multipliés en conséquence, l’Ombudsman a eu à traiter davantage de cas de ce genre. Il est significatif que la seconde quinzaine de décembre, d’habitude assez calme, fut particulièrement chargée cette année. Des exemples concrets sont évoqués dans les chapitres suivants. On constate une fois de plus que les

intermédiaires n'étaient pas étrangers aux mésaventures subies par certains assurés lors du changement d'assureur. Il semble bien qu'en dépit d'une nouvelle base légale et du contrôle par l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA), toute une série d'intermédiaires mal formés et aux agissements douteux continuent de sévir sur le marché.

Les dossiers encore pendants vers la fin de l'année ont été un peu plus nombreux que d'habitude (278 cas). Mais grâce à l'effort accompli pendant la période des fêtes, bien peu n'avaient pas encore été abordés au début de 2010.

4 Principes directeurs

Cette année encore, il convient d'expliquer au public la mission et la manière de procéder de l'Ombudsman. Ce rappel est nécessaire à l'heure où toujours plus de gens attendent de l'Ombudsman qu'il joue un rôle pour lequel il n'a pas été institué. C'est ainsi, par exemple, qu'un médecin l'a prié d'exiger des assureurs qu'ils lui réclament moins de rapports ou du moins qu'ils les rémunèrent mieux. Autre exemple: Un assureur lui a demandé d'arbitrer un conflit personnel entre une de ses assurées et la sage-femme qui l'avait accouchée. Trop souvent, des assurés le considèrent soit comme un avocat gratuit auquel ils peuvent donner des instructions, soit comme une juridiction dont la saisine interrompt les délais en cours. Il arrive aussi que des fournisseurs de soins, des institutions et des groupes d'intérêts le prennent pour un bureau patenté de conseil et d'expertise juridiques dont les avis peuvent faire l'objet de controverses politiques.

D'après son acte de fondation et le règlement y afférent, l'Ombudsman a pour mission de dissiper les malentendus entre assurés et assureurs-maladie, en prodiguant des conseils ou en donnant des renseignements, et de servir de médiateur en cas de divergences d'opinions. Il ne fournit pas d'informations générales et ne s'occupe du cas particulier que si l'assuré met à sa disposition tous les documents pertinents. 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'Ombudsman et de son équipe est gratuit.

A quel moment s'adresser à l'Ombudsman?

L'Ombudsman a été institué pour limiter la fréquence des procès grâce à une médiation opérée à temps. Les assurés qui rencontrent des problèmes devraient s'adresser le plus tôt possible à l'Ombudsman, de sorte qu'il puisse exercer une influence sur l'assureur avant que celui-ci se prononce 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 de l'assuré sur le fait que sa requête n'interrompt pas le délai d'opposition. Il le conseille au sujet de 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 que dans

des cas exceptionnels, par exemple si celui-ci a notifié une décision manifestement erronée ou si l'affaire s'avère d'une complexité qui dépasse les capacités de l'assuré. L'Ombudsman signale à l'assureur les aspects qui méritent d'être pris en compte dans la décision sur opposition.

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

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

Le règlement régissant l'activité de l'Ombudsman l'autorise à alerter l'association faîtière des assureurs-maladie (santésuisse), voire l'opinion publique, lorsque les plaintes au sujet d'un problème particulier se multiplient. Mais l'Ombudsman s'adressera en premier lieu à l'assureur concerné, auquel il suggérera des améliorations. Il contribue de la sorte à maintenir le niveau de qualité de la branche. Dans ce sens, il peut effectivement influencer, dans certains domaines, sur la politique d'entreprise des assureurs.

Qui peut s'adresser à l'Ombudsman et comment s'y prendre?

Ce sont avant tout les assurés eux-mêmes qui s'adressent à l'Ombudsman. Ils le font le plus souvent par téléphone ou par voie postale, mais toujours plus par courrier électronique. Ce dernier moyen permet certes de simplifier les contacts, mais il n'est pas adapté au transfert de données médicales. En outre, les affaires soumises à l'Ombudsman par ce biais sont souvent mal documentées, ce qui l'oblige fréquemment à demander des éclaircissements à l'assuré. Le site du Bureau de l'Ombudsman (www.ombudsman-am.ch) contient une formule de contact avec les informations correspondantes.

L'Ombudsman est également saisi par des fournisseurs de soins et des services sociaux, qui interviennent en faveur de patients ou de clients confrontés à des problèmes avec leur assureur. L'Ombudsman n'entre en matière sur de telles demandes que si l'assuré l'a expressément souhaité.

L'Ombudsman reçoit malheureusement toujours plus d'envois qui se limitent à la transmission de documents, sans aucune question concrète, ni aucune description du cas – et cela pas uniquement par courrier électronique. Or, il convient de rappeler à ce propos que si l'Ombudsman se veut le moins bureaucratique possible, il n'en a pas moins besoin d'informations lui permettant de se faire une idée claire du problème qui lui est soumis.

Dans quels domaines l'Ombudsman intervient-il?

Il s'agit de l'assurance-maladie. L'Ombudsman s'occupe des problèmes d'assurance de base et d'assurance complémentaire qui concernent un assureur-maladie ou une société partenaire de celui-ci. Limiter son champ d'activité à l'assurance de base n'aurait aucun sens, car l'assuré qui dispose d'une assurance complémentaire a très souvent droit aux prestations des deux branches en même temps. Voilà pourquoi l'Ombudsman est aussi compétent pour les

assurances complémentaires, indemnités journalières comprises, gérées par des caisses-maladie reconnues, des groupes assurant essentiellement la maladie et des institutions d'assurance complémentaire issues de caisses-maladie reconnues.

La délimitation des tâches entre l'Ombudsman de l'assurance-maladie et l'Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva ne repose pas sur des dispositions légales, mais sur des accords entre les organisations fondatrices de ces deux institutions, accords qui prennent en compte l'intérêt des assurés et des assureurs à une répartition claire et pratique des tâches. Il est facile de s'informer sur les compétences de ces médiateurs en consultant leurs sites Internet respectifs. Les bonnes relations qu'ils ont coutume d'entretenir permettent une collaboration efficace au service des personnes qui s'adressent à eux.

L'Ombudsman de l'assurance-maladie ne s'occupe pas d'assurances qui n'ont aucun rapport avec celle-ci, même si elles ont été conclues par l'entremise d'un assureur-maladie ou font l'objet de 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 ombudsman n'entre en ligne de compte, parce qu'elles ne sont pas affiliées à l'une des organisations fondatrices ou qu'elles opèrent depuis l'étranger.

Les assurés qui s'adressent à l'Ombudsman ne savent parfois pas s'ils ont un problème avec leur assureur-maladie, un fournisseur de soins ou un autre assureur. Dans de tels cas, l'Ombudsman renseigne l'assuré dans la mesure du possible, mais n'intervient pas auprès d'institutions étrangères à l'assurance-maladie, ni auprès de fournisseurs de soins. Ceci est l'affaire d'autres médiateurs ainsi que des organisations de patients ou de consommateurs.

Quels problèmes ne sont pas du ressort de l'Ombudsman?

Il arrive souvent que des assurés demandent qu'on les aide à choisir un assureur-maladie. Ce n'est pas la tâche de l'Ombudsman. Il les renseignera volontiers sur les avantages et inconvénients des diverses formes d'assurance-maladie (franchises à option, modèles du médecin de famille, produits d'assurance complémentaire, etc.), ce qui devrait les aider à opérer eux-mêmes leurs choix. Il n'émet aucun jugement de valeur sur les assureurs 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. Toutefois, il contribue aux procédures officielles de consultation lorsque son avis est requis.

Lorsqu'il s'agit d'augmentations de primes, les possibilités de l'Ombudsman sont restreintes. Il peut vérifier si l'assuré n'a pas été classé de manière erronée dans le tarif de primes de l'assureur. Mais il ne saurait mettre en doute ou influencer ledit tarif. Seules les autorités fédérales chargées de surveiller les assureurs-maladie sont compétentes dans ce domaine.

L'Ombudsman n'entre en matière sur les réclamations concernant les intermédiaires d'assurance que si l'assureur a vraisemblablement aussi quelque chose à se reprocher ou s'il est responsable des actes de l'intermédiaire.

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

Les assurés qui se sont tournés vers le Bureau de l'Ombudsman reçoivent de lui un avis sur l'affaire qui les concerne ainsi qu'une aide lorsqu'ils ont épuisé les possibilités de s'entendre avec l'assureur. Leurs demandes sont examinées de manière approfondie. Le cas échéant, l'Ombudsman intervient directement auprès de l'assureur. Ces interventions et les réponses des assureurs revêtent généralement la forme écrite. Elles peuvent être téléphoniques si l'affaire est urgente. L'Ombudsman dispose auprès de chaque assureur de personnes de liaison chargées de recevoir ses demandes, de les faire examiner à l'interne et d'y répondre. Si l'Ombudsman constate que l'assuré est dans l'erreur parce qu'il a mal évalué sa propre situation, il l'éclaire sur les dispositions légales et contractuelles. Il fournit des explications sur le système d'assurance et donne des conseils sur l'attitude à adopter pour éviter d'autres malentendus.

Le Bureau de l'Ombudsman est-il une officine de renseignements juridiques?

L'Ombudsman a pour tâche d'offrir sa médiation dans des litiges concrets. Il ne donne des renseignements juridiques d'ordre général qu'avec retenue. Ce sont des informations pour lesquelles, contrairement à son habitude, il n'a pas besoin de consulter l'assureur.

Il est recommandé d'adresser à l'Ombudsman des copies de tout le dossier, afin qu'il puisse saisir d'emblée l'état des faits.

Les chapitres suivants illustrent, par des exemples tirés de la pratique quotidienne, les problèmes qu'est amené à traiter le Bureau de l'Ombudsman.

5 L'année de la crise financière et des coûts de la santé

En 2009, l'Ombudsman a dû attirer beaucoup plus souvent l'attention de ses correspondants sur les limites de sa mission. Nombre d'assurés ou de personnes les représentant, mais aussi de professionnels de la santé et de services sociaux lui ont soumis des cas pour lesquels il n'est pas compétent ou que son manque de moyens ne lui permettait pas d'aborder. Parmi ces cas figurent des demandes d'assurés que leur propre caisse-maladie a renvoyés à l'Ombudsman pour qu'il les défende auprès d'un assureur-responsabilité civile ou qu'il vérifie la facturation d'un fournisseur de soins – et cela bien que ces tâches ne soient nullement de sa compétence. Ce phénomène est révélateur du fait que les assureurs eux-mêmes sont confrontés à une foule de demandes auxquelles ils ne sont pas toujours en mesure de faire face. On citera ici le cas de cet assuré voulant sortir au plus vite de la clinique psychiatrique où il était interné et qu'un employé d'assurance à bout de ressources avait renvoyé à l'Ombudsman. Or, il est évident qu'un tel cas ne relève même pas de l'assurance-maladie.

L'exaspération rend agressif

Le comportement des requérants a changé. Il est même arrivé que nos collaborateurs soient vertement pris à partie, voire menacés. C'est ainsi qu'avant même d'exposer son problème, une assurée avait, dans son courriel, attiré l'attention de l'Ombudsman sur l'art. 11 du code pénal, qui punit toute personne restant inactive alors qu'elle a une obligation d'agir. Pour l'Ombudsman, l'agressivité de certains assurés s'explique par le climat d'insécurité né de la crise financière et économique.

L'exemple suivant illustre le lien avec la crise bancaire. Un assuré, travaillant principalement comme indépendant pour une grande banque, demandait à l'Ombudsman d'obtenir des services sociaux de sa ville qu'ils l'aident davantage, au motif que cette banque lui ayant retiré son mandat, elle ne prenait plus en charge ses primes d'assurance-maladie. Il n'est d'ailleurs pas rare que des requérants fassent remarquer qu'au vu des milliards engagés dans le sauvetage des banques, le modeste payeur de primes-maladie a bien le droit d'être soutenu à son tour.

Il est arrivé plusieurs fois que l'on demande à l'Ombudsman de servir gratuitement d'avocat à un assuré victime de la crise économique, et cela pas seulement dans des affaires relevant de l'assurance-maladie.

Les assureurs ont aussi contribué au climat d'insécurité. C'est ainsi que certains d'entre eux ont été amenés à annoncer dans les médias des baisses parfois considérables de leurs réserves. Il est même advenu que des primes soient augmentées en cours d'année. Contrairement à la croyance générale, de telles augmentations sont parfaitement légales. Mais le Bureau de l'Ombudsman a été assailli de demandes dans les cas où elles étaient annoncées dans des délais très courts ou ne remplissaient pas toutes les conditions fixées par la loi, par exemple la mention du droit de résilier l'assurance.

Des assureurs qui se raidissent

Cette année encore, des problèmes relevant de l'informatique et de l'organisation interne des assureurs ont également contribué au climat d'insécurité. On peut citer ici l'exemple d'une famille assurée depuis 25 ans par la même caisse et dont la mère avait repris son nom de jeune fille avant l'entrée en vigueur de la LAMal. Suite à ce changement, la famille ne recevait plus une seule et même facture de primes, mais une pour la mère et une autre pour le reste de la famille. Lorsque la caisse introduisit un rabais familial dans l'assurance complémentaire, cette famille ne put en profiter, tout simplement parce que le système informatique ne la reconnaissait pas comme une seule famille. Malgré plusieurs interventions de l'Ombudsman, l'assureur refusa d'accorder rétroactivement ce rabais, alors même que le problème avait été créé par son propre système informatique. Il fit valoir qu'un tel rabais est facultatif et que l'assurée aurait dû s'apercevoir elle-même de l'erreur – arguments qui n'avaient rien de convaincant. L'assureur savait que le principe de l'égalité de traitement n'était pas respecté. C'est seulement à partir du moment où l'assuré menaçait l'assureur d'un procès que celui-ci finit par céder. Dans de semblables situations, l'Ombudsman regrette de ne pouvoir assumer à l'égard des assureurs qu'un rôle de médiateur.

Egalement sensibles à la crise financière, les assureurs combattent les développements qui leurs sont contraires. Ainsi en est-il lorsque des assurés leur sont attribués d'office au travers d'oeuvres d'entraide, de services sociaux et d'entités analogues. Comme il s'agit plutôt de mauvais risques, divers assureurs ont commencé à se défendre contre les attributions en masse de tels assurés. L'Ombudsman comprend ces réactions lorsqu'elles émanent d'assureurs qui se sont déjà suffisamment dévoués, alors que d'autres sont épargnés parce qu'ils se montrent d'emblée moins coopératifs. Il estime que les assurés en question devraient être répartis uniquement d'après les parts de marché et le montant des primes. Quelques caisses ont demandé une répartition plus équitable aux organisations concernées, dont certaines ont à leur tour exigé de l'Ombudsman qu'il remette ces caisses à l'ordre. Or, il faut rappeler que l'Ombudsman n'est pas l'autorité de surveillance des caisses-maladie, étant essentiellement au service des assurés qui ont de la peine à faire valoir leurs droits. Si un assureur refuse un assuré qui lui a été attribué, l'Ombudsman tentera donc de défendre cette personne. De tels cas individuels n'ont cependant pas été invoqués par les organisations. Par contre, il est arrivé que l'Ombudsman intervienne avec succès auprès d'un assureur qui faisait traîner la procédure d'adhésion d'un assuré qui lui avait été envoyé par une telle organisation.

6 Prestations de soins

Comme toujours, les prestations de soins ont donné lieu à de très nombreuses demandes. Celles-ci ne sont pas seulement le fait d'assurés. Au cours de l'exercice, toujours plus de fournisseurs de soins mécontents de leur rémunération et de l'attitude des caisses à leur égard se sont adressés à l'Ombudsman. Généralement peu formaliste, celui-ci se doit toutefois, dans ces cas, de demander une procuration par laquelle le patient consent à la démarche du fournisseur de soins. L'Ombudsman n'a pas qualité pour se prononcer sur le bien-fondé des tarifs médicaux. Mais il intervient auprès de l'assureur lorsqu'un litige relatif à l'application d'un tarif est préjudiciable à un assuré.

Des médecins défendent leurs droits et ceux des patients

Un généraliste s'est plaint auprès de l'Ombudsman de ce qu'un assureur lui avait demandé un rapport circonstancié sur la prescription d'un traitement médical qui n'avait pas été ordonné par lui, mais par un spécialiste. L'Ombudsman ayant demandé à recevoir une procuration de l'assuré l'autorisant à intervenir auprès de l'assureur, le généraliste lui expliqua que le dommage subi par son patient consistait en ce qu'à force de rédiger des rapports inutiles, il ne pourrait plus lui prodiguer des soins d'une qualité et sécurité suffisantes. Finalement, toute l'affaire se révéla être une simple erreur, l'assureur s'étant trompé de médecin. Mais il ne s'est excusé auprès du généraliste que sur la suggestion de l'Ombudsman.

Les limites du catalogue des prestations

Parmi les problèmes affectant sérieusement les assurés figure celui des traitements et médicaments qui tout en n'appartenant pas au catalogue des prestations de l'assurance de base, s'avèrent être la seule thérapie efficace dans le cas concret. Le Bureau de l'Ombudsman consacre une bonne partie de son temps à ce genre de dossiers.

Une assurée subissait à l'hôpital un traitement médicamenteux très cher, que son assureur avait pris en charge dans un premier temps. Après que l'intéressée ait changé d'hôpital, mais non de traitement, il s'avisait de ne plus le rembourser (alors même que le nouvel hôpital se trouvait dans le canton de domicile de cette personne). Les pourparlers entre le médecin traitant et le médecin-conseil de la caisse n'aboutirent à aucun résultat positif. L'intervention du médecin-conseil était due au fait que le médicament en cause était un médicament dit orphelin, c'est-à-dire destiné au traitement de maladies rares tout en ne figurant pas dans la liste des spécialités prises en charge par l'assurance de base. L'affaire fut soumise à l'Ombudsman, qui obtint de l'assureur qu'il continue de rembourser le traitement.

Frais de transport et de sauvetage

Les frais de transport et de sauvetage font partie des thèmes récurrents du Bureau de l'Ombudsman. L'assurance de base ne rembourse que la moitié de ces frais, et cela jusqu'à un plafond relativement bas. Alors que le transport médical n'est pas difficile à définir, le sauvetage soulève plusieurs questions. Il donne lieu à prestations si l'assuré a été tiré d'une situation où il était en danger de mort ou s'il a reçu des soins médicaux d'urgence propres à lui sauver la vie ou les deux à la fois. Il arrive fréquemment que de telles prestations soient demandées pour couvrir les frais de recherche d'une personne disparue, cela au seul motif que toute personne ayant perdu son chemin est en danger. Les assureurs ne sont pas de cet avis. Ils n'ont en principe pas tort. Certes, il est des circonstances où la personne disparue peut être réputée en danger de mort, par exemple si les traces de ses pas s'arrêtent au bord d'un précipice ou si elle était vêtue trop légèrement pour la température ambiante. Mais de tels indices sont souvent absents. Aussi est-ce à bon droit qu'un assureur refusa de contribuer aux frais de recherche d'une personne âgée que l'on avait fini par retrouver confortablement installée dans un café.

Pour sauver un assuré immobilisé chez lui entre la vie et la mort, les secouristes alertés par des voisins durent forcer la porte de son appartement. Par la suite, la question se posa de savoir si les dommages causés à la porte, soit quelques centaines de francs, faisaient partie des frais de sauvetage couverts par une assurance complémentaire. Les conditions générales de celle-ci étant assez floues sur ce point, l'Ombudsman ne l'excluait pas. Mais l'assureur ne l'entendait pas de cette oreille, refusant de faire bénéficier l'assuré de l'imprécision de sa propre réglementation et rejetant même toute proposition d'arrangement à l'amiable.

Au vu de ce type de réactions, il est permis de se demander si l'on peut encore compter avec une certaine souplesse des caisses en matière d'assurances complémentaires. Par le passé, il était courant que des litiges relevant d'une telle assurance soient liquidés à l'amiable, notamment si la somme en jeu était modique. L'exercice écoulé a montré que la tendance est en train de s'inverser. Dans certaines affaires, l'Ombudsman a eu l'impression que l'assureur tablait sur le fait que la modicité de la somme en jeu incite souvent les assurés à ne pas s'engager dans un procès. Alors que dans l'assurance de base, l'opposition à une décision de l'assureur est un acte assez simple, la procédure est bien plus lourde dans l'assurance complémentaire (malgré certains allègements par rapport au procès civil ordinaire, tels que la gratuité en première instance dans les litiges concernant les prestations).

Thérapies alternatives L'Ombudsman n'a pas compris l'attitude d'une caisse qui, dans un cas d'assurance complémentaire, avait catégoriquement refusé d'accorder à bien plaisir une indemnité pourtant modique réclamée pour un dommage dû à sa propre faute. La caisse avait en effet remboursé les premières séances de médecine alternative facturées par une thérapeute ne figurant pas sur la liste prévue par les conditions générales de cette assurance. Ce faisant, elle avait laissé croire à l'assuré que le traitement était conforme auxdites conditions d'assurance. C'est seulement à réception de la deuxième facture que l'assureur refusa ses prestations. Bien que cette facture ne fût que de 200 francs, il rejeta fermement tout compromis. Quant à l'assuré, il dut la payer et ne put continuer le traitement, trop cher pour lui. Cet exemple montre que l'Ombudsman ne peut rien faire si l'assureur ne veut pas entrer en matière. Il ne peut exercer aucune contrainte. Toutefois, de tels cas sont rares. En général, les assureurs reconnaissent les erreurs manifestes et les corrigent lorsque l'Ombudsman le leur demande.

Franchises et prestations de maternité L'Ombudsman a également eu un cas où la franchise avait été prélevée sur les frais de traitement liés à une maternité (elle-même exempte de franchise en vertu de la loi). Une assurée s'était rendue à l'hôpital dans un état laissant présager un accouchement imminent. Celui-ci n'ayant toutefois pas eu lieu, elle fut renvoyée chez elle, pour retourner un jour plus tard dans le même hôpital, où elle mit enfin son enfant au monde. Considérant la première hospitalisation comme due à une complication, l'assureur prétendit la soumettre à la franchise. C'est seulement sur intervention de l'Ombudsman qu'il y renonça.

Conflit entre une assurée et une sage-femme Une autre assurée se plaignit à l'Ombudsman de ce que son assureur refusait de contester une facture de sa sage-femme, qu'elle estimait exagérée. Il n'est pas rare que des assurés prétendent que leur caisse paie sans sourciller des factures provenant de fournisseurs de soins qui, selon eux, s'enrichissent indûment aux dépens de l'assurance-maladie. Lorsqu'une telle requête lui parvient, l'Ombudsman demande à la caisse d'examiner les griefs de l'assuré. Dans cet exemple, l'assureur interpellé demanda à la sage-femme des explications écrites, à l'intention de l'Ombudsman et de l'assurée. Lui-même estimait que la facture était correcte. Également de cet avis, l'Ombudsman en vint à penser que le conflit entre l'assurée et la sage-femme avait d'autres causes. L'assurée

n'insista pas auprès de lui, mais se tourna vers un média pour la défense des consommateurs. Après avoir entrepris de nouvelles recherches, celui-ci renonça toutefois à poursuivre l'affaire.

7 Indemnités journalières

Le fait que l'assurance-maladie ne couvre pas la perte de gain de la même manière que les autres assurances incite de nombreux assurés à s'adresser à l'Ombudsman. Il s'agit avant tout de personnes qui ont perdu leur emploi à la suite d'une longue période de maladie et qui, de ce fait, ont dû quitter une assurance collective d'indemnités journalières conclue par leur employeur pour son personnel. Ces assurés sont généralement confrontés à une série de problèmes, évoqués ci-après.

Le passage dans l'assurance individuelle

Le transfert de l'assurance collective d'indemnités journalières vers l'assurance individuelle n'est pas toujours simple. Souvent, les assurés ignorent qu'ils ont le droit de passer dans l'assurance individuelle. Certains s'adressent à l'Ombudsman, qui tâche d'obtenir de l'assureur qu'il accepte l'intéressé dans cette assurance, même si toutes les formes ne sont pas respectées. La situation s'est améliorée, mais en partie seulement, à la suite de la révision partielle de la loi sur le contrat d'assurance, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007. Depuis lors, l'assureur a l'obligation de fournir au preneur d'assurance collective (l'employeur) toutes les informations lui permettant d'attirer l'attention des assurés (les salariés) sur le droit de passer dans l'assurance individuelle. Quant à la même obligation dans l'assurance-indemnités journalières de la LAMal, elle est depuis longtemps réglée par la loi, mais les assureurs n'offrent plus guère cette assurance.

A peine l'assuré est-il passé de l'assurance collective à l'assurance individuelle qu'il se heurte à un autre problème, celui du montant de l'indemnité assurée. Souvent l'assureur tente de la réduire, au motif qu'il y aurait surassurance. C'est oublier que la surassurance n'est pas interdite et qu'elle est même bienvenue dans certaines situations, par exemple lorsque l'assuré ne sera probablement au chômage que pour une courte durée ou qu'il entend se mettre à son compte. L'assurance-indemnités journalières étant, le plus souvent, une assurance de dommage, la surassurance ne signifie pas nécessairement que la prestation sera versée dans tous les cas. Contrairement à la surassurance, la surindemnisation est prohibée tant dans l'assurance sociale, de par la loi, que généralement dans l'assurance privée, en vertu du contrat.

Une fois l'indemnité fixée vient le choc causé par le montant de la prime. Celle-ci n'est en effet plus la même, car l'employeur n'y participe plus et l'intéressé n'appartient plus à un collectif de bons risques. Il convient toutefois d'observer qu'une fois ces facteurs pris en compte, la différence avec la prime de l'assurance collective demeure très élevée, et cela pour des raisons souvent difficiles à comprendre.

Obligation de réduire le dommage et de coopérer

Après le passage dans l'assurance individuelle et l'acceptation de la prime surgit un autre problème. Beaucoup d'assurés quittant l'assurance collective ont perdu leur emploi à la suite d'une maladie à caractère durable. Au bout d'un certain temps, l'assureur demandera donc à l'assuré qui ne peut poursuivre la même activité de se former à un autre métier, de rechercher un emploi différent ou de s'adresser à l'assurance-invalidité (soit dans le cadre de l'intervention précoce de l'AI, soit en vue d'obtenir une rente de celle-ci). A cette fin, il lui impartit un délai, au terme duquel les indemnités journalières ne lui seront plus allouées – ce qui est conforme à la jurisprudence. L'exemple suivant montre les effets que peut entraîner cette procédure.

Un agriculteur avait conclu une assurance garantissant le paiement d'indemnités journalières pendant 730 jours. L'âge venant, il n'avait plus eu la force d'accomplir les durs travaux de la campagne. Il bénéficia des prestations de cette assurance durant quatre mois et demi. Puis l'assureur lui impartit un délai de trois mois et demi pour s'annoncer à l'AI, dans le cadre de la détection et de l'intervention précoces, tout en continuant de toucher les indemnités journalières à titre transitoire. L'assuré s'annonça sans tarder à l'AI, remplissant ainsi son obligation de réduire le dommage. L'AI décida qu'il devait effectuer une brève formation de vendeur. Dans le cadre de l'intervention précoce, l'AI n'alloue cependant pas d'indemnités journalières durant une telle formation, car il ne s'agit pas encore d'une mesure de réadaptation professionnelle au sens de la LAI. Or, le cours de vente ne débuta qu'au moment même où s'éteignait le droit aux indemnités journalières transitoires par l'assureur-maladie. Celui-ci refusa toute prolongation, invoquant une jurisprudence selon laquelle un assuré ne peut se libérer de l'obligation de réduire le dommage en arguant du fait qu'il attend d'être soumis à une mesure de l'AI. Pour tenter d'obtenir une prolongation du droit aux prestations de l'assureur-maladie, l'assuré aurait dû intenter un procès.

Pour notre agriculteur, cette situation était totalement incompréhensible. On lui avait vendu une assurance garantissant 730 indemnités journalières, pour lesquelles il avait payé des primes pendant des années. Certes, les conditions générales d'assurance stipulaient que la durée des prestations est réduite si l'assuré peut utiliser sa capacité résiduelle de gain en exerçant un autre métier. Mais cette règle n'est pas expliquée aux intéressés lors de la conclusion des contrats d'assurance. Bien entendu, l'assuré ignorait aussi la jurisprudence selon laquelle l'activité exercée jusqu'alors ne sert à l'évaluation du dommage que si l'on ne peut exiger de l'assuré qu'il se tourne vers une autre profession. Dès que l'assuré n'est médicalement plus en mesure de poursuivre son activité antérieure, l'assurance-indemnités journalières perd sa fonction, qui consiste à garantir un revenu transitoire. La référence n'est plus cette activité, mais toutes celles que l'intéressé peut encore exercer, compte tenu de son état de santé et de sa situation personnelle. L'assureur se borne alors à calculer le dommage résiduel et à payer l'éventuelle différence au titre de l'assurance-indemnités journalières.

8 Problèmes d'encaissement

Effets d'une faillite personnelle sur la suspension des prestations

La question des effets d'une faillite personnelle de l'assuré sur la suspension des prestations de l'assurance obligatoire des soins n'est toujours pas éclaircie. La plupart des assureurs estiment que le droit de suspendre les prestations, introduit dans la LAMal le 1^{er} janvier 2006, a le pas sur les dispositions régissant la faillite. L'Ombudsman ne partage pas cet avis. Malheureusement, le Tribunal fédéral ne s'est pas encore prononcé sur ce point. Or, il ne s'écoule pas une semaine sans que l'Ombudsman ne soit interpellé par un assuré qui, ayant été déclaré en faillite personnelle, travaille au rétablissement de sa situation financière. Le maintien de la suspension des prestations est lourd de conséquences lorsque l'assuré est tombé malade et ne peut payer les factures de médecins et d'hôpital. Il est en outre incompatible avec l'un des buts essentiels du droit des faillites, qui est de permettre au débiteur de prendre un nouveau départ.

Une petite erreur aux conséquences inattendues

Sans vouloir défendre les mauvais payeurs, il faut reconnaître que les systèmes informatiques et les procédés juridiques des assureurs eux-mêmes contribuent souvent à créer des problèmes d'encaissement. Cela peut entraîner de graves conséquences, comme le montre l'exemple ci-après.

Voulant payer sa prime mensuelle par voie électronique, une assurée avait par erreur ajouté 60 centimes au montant requis. Saisissant cette inexactitude, le système de l'assureur refusa le paiement. Sur le point de partir en vacances, l'intéressée ne s'en aperçut pas. Pendant son absence, le système lui envoya un avertissement, puis, à son retour, une sommation. Contrairement à l'obligation de notifier une sommation par branche, imposée par la loi et la jurisprudence, cette unique sommation portait sur les primes de l'assurance de base et de l'assurance complémentaire. De plus, les conséquences juridiques du retard de paiement n'avaient, selon l'Ombudsman, pas été exposées assez clairement à l'assurée. Or, elles sont particulièrement lourdes dans l'assurance complémentaire. En effet, si l'assuré ne s'exécute pas dans le délai très court fixé par la loi sur le contrat d'assurance, les dommages survenus pendant ce laps de temps ne sont pas couverts et l'assureur est libre de dénoncer le contrat. En l'espèce, le contrat fut maintenu, mais la suspension de couverture causa un tort considérable à l'assurée, qui était souffrante. Dans l'assurance de base, le problème n'était pas insoluble, dès lors que le droit aux prestations y est simplement suspendu et que les frais occasionnés pendant la période de non-paiement des primes sont pris en charge rétroactivement, une fois que celles-ci ont été payées.

Bien que l'assurée fût une ancienne cliente payant régulièrement ses primes et que l'assureur eût accumulé les erreurs (en comptabilisant pour le mois suivant le paiement qu'il avait d'abord refusé, en fournissant avec retard les bulletins de versement, etc.), celui-ci refusa ses prestations d'assurance complémentaire pour la période de suspension de couverture. L'Ombudsman dut constater l'échec de sa médiation. Il est possible que le cas ait été porté devant les tribunaux.

9 Changements d'assureur

Au cours des premiers mois de 2009, l'Ombudsman eut à connaître de nombreux cas de changements récents d'assureur, mais aussi de questions relatives aux changements envisagés pour le 1^{er} janvier 2010. Ces demandes concernaient presque toujours les mêmes assureurs, à savoir ceux qui recrutent activement, souvent avec l'aide d'intermédiaires externes, et ceux qui tentaient par tous les moyens de freiner la fuite de leurs assurés. Voici quelques exemples illustrant ce propos:

Des primes non encore approuvées

Lorsqu'une assurance est conclue sur la base d'une prime future non encore approuvée et que celle-ci s'avère plus élevée après approbation par l'autorité fédérale, il est normal que l'assuré soit mécontent. Quelques assureurs dénièrent d'abord aux assurés concernés le droit de dénoncer le contrat pour cause d'augmentation de prime, faisant valoir que celui-ci n'avait pas encore commencé de déployer ses effets. Mais l'Ombudsman leur rappela que, dans l'assurance de base, la LAMal reconnaît ce droit même si l'assurance souscrite n'a pas encore débuté. L'attitude de ces assureurs conduisait à une inégalité de traitement entre assurés. Un des assureurs en cause soutint qu'en concluant l'assurance, l'assuré avait pris en compte l'éventualité d'une augmentation de prime. Il finit toutefois par renoncer à cet argument. Un autre réduisit la prime d'assurance complémentaire de telle sorte que la prime totale convenue demeurât inchangée, ce qui revenait à faire subventionner l'assurance de base par l'assurance complémentaire. De façon générale, le fait d'offrir des assurances avant l'approbation des primes semble répondre à un besoin tant des assurés que des caisses. Ce procédé laisse, en particulier, suffisamment de temps à l'assureur pour évaluer le risque dans l'assurance complémentaire. Il est toutefois permis de se demander si une offre provisoire ne ferait pas aussi bien l'affaire.

Demandes d'adhésion traitées avec lenteur

Chaque année, certains requérants se plaignent de ce que l'assureur qu'ils ont choisi tarde à donner suite à leur demande d'adhésion ou n'y répond même pas, notamment lorsque leur âge est synonyme de risque plus élevé. L'intervention de l'Ombudsman permet en général d'accélérer la procédure. L'Ombudsman n'est pas en mesure de prouver que ces lenteurs sont délibérément destinées à décourager certains assurés. Les plaintes à ce sujet reposent souvent sur des malentendus.

Ainsi, une assurée enceinte s'étonnait que le nouvel assureur l'ait acceptée elle, mais pas l'enfant qu'elle portait – ce qui est pourtant normal. Dans l'assurance de base, les parents disposent d'un délai de trois mois à compter de la naissance pour assurer le nouveau-né. Dans l'assurance complémentaire, il n'est que rarement possible d'assurer un enfant à naître.

Résiliation tardive ou non conforme

De même, les assurés affirment souvent que certains assureurs omettent délibérément de relever leur case postale ou ferment leurs guichets le dernier jour du délai fixé pour la réception des lettres de résiliation. Deux assurés qui ne s'étaient pas concertés portèrent cette accusation contre le même assureur. Or, les recherches engagées par l'Ombudsman firent apparaître qu'ils avaient envoyé leur lettre à une adresse trouvée dans un répertoire privé n'indiquant pas le numéro de case postale, ce qui avait eu pour conséquence qu'elle était arrivée dans celle-ci avec un jour de retard. L'assureur ne recevait en effet son courrier, même recommandé, que dans sa case postale; de sorte que la poste dut prendre une journée pour réorienter ces lettres vers ladite case. Sur intervention de l'Ombudsman, l'assureur accepta les résiliations malgré ce retard. Ce que fit également un autre assureur dans un cas semblable. Cet exemple, où ni l'assuré, ni la caisse n'ont commis de faute, montre combien il importe de ne pas résilier une assurance au dernier moment.

Nombreux sont les assurés qui ignorent que ce n'est pas le cachet de la poste qui fait foi, mais bien le moment où la lettre de résiliation est arrivée dans la sphère d'influence de l'assureur. Ils croient à tort qu'il suffit d'envoyer la lettre de résiliation le dernier jour du délai.

La formulation de la résiliation peut prêter à confusion. Une jeune personne assurée avec ses parents sur la même police d'assurance – ce qui est usuel dans l'assurance complémentaire – voulait changer de caisse en fin d'année, ayant décidé de voler de ses propres ailes. Elle demanda donc à l'assureur de la faire sortir de la police familiale. Celui-ci comprit qu'elle souhaitait continuer d'être assurée chez lui à titre individuel. Dans sa lettre, l'intéressée n'évoquait en effet nulle résiliation de tout le rapport d'assurance. Après deux interventions de l'Ombudsman, l'assureur accepta néanmoins de considérer cet écrit comme une résiliation.

Une autre assurée avait conclu une assurance de base avec franchise maximale de 2500 francs. Un beau jour, elle résilia cette assurance. Après avoir comparé ses conditions avec celles d'autres assureurs, elle se ravisa et voulut conclure auprès de la même caisse une assurance de base avec franchise minimale de 300 francs. Mais l'assureur lui fit savoir qu'il n'était disposé à la reprendre qu'avec l'ancienne franchise, faisant valoir que l'assurance ne faisait que continuer. L'Ombudsman lui fit comprendre qu'elle avait bel et bien été résiliée et qu'il devait accepter la nouvelle assurance avec franchise à 300 francs.

Des arriérés de primes qui empêchent tout changement de caisse

La LAMal prévoit qu'un assuré ne peut quitter sa caisse tant qu'il lui doit des arriérés pour lesquels il a reçu une sommation. Ne sont toutefois pris en compte pour le changement ordinaire de caisse, en fin d'année, que les arriérés ayant donné lieu à sommation jusqu'à fin novembre. Ces arriérés doivent avoir été payés jusqu'à fin décembre. Or, l'Ombudsman constate fréquemment que des assureurs refusent de laisser partir des assurés lorsque deux factures n'ont pas été payées jusqu'à fin novembre, même si elles n'ont pas encore fait l'objet d'une sommation. Il a parfois l'impression que l'assureur s'est efforcé de trou-

ver le moindre prétexte pour empêcher le départ de l'assuré. S'il est normal qu'un assureur veuille récupérer des arriérés, il n'est pas admissible qu'il invoque l'existence de dettes pour lesquelles il n'a pas émis de sommation dans le délai fixé par la loi pour empêcher la sortie de l'assuré de la caisse.

10 Encore et toujours les intermédiaires

Une fois de plus, l'Ombudsman doit revenir sur les problèmes créés par des intermédiaires. C'est surtout en novembre et décembre, qu'il est assailli de réclamations portant sur les agissements de ces derniers, cela en relation avec les changements d'assureur effectués à ce moment-là.

La responsabilité des assureurs

Lorsque le Bureau de l'Ombudsman est saisi d'une demande relative au comportement d'un intermédiaire, il invite l'assureur à s'informer de la manière dont l'assuré a été informé et conseillé. Selon le droit du contrat d'assurance, l'assureur répond des fautes de ses intermédiaires. Mais quand peut-on parler de «ses» intermédiaires? La situation est claire s'il s'agit d'employés de l'assureur. La responsabilité de celui-ci est également engagée lorsqu'il s'agit d'intermédiaires qui réalisent l'essentiel de leur revenu en travaillant pour un seul et même assureur.

Qu'en est-il des intermédiaires qui travaillent pour plusieurs assureurs et négocient des contrats au gré des situations et des incitations financières? Dans ces cas, la situation paraît plus complexe, cela même après consultation du service compétent de la FINMA. Le Bureau de l'Ombudsman n'est pas en mesure de déterminer dans chaque cas concret si l'assureur est responsable. Il a donc adopté une démarche pragmatique, consistant à demander à l'assureur de se prononcer sur le statut de l'intermédiaire mis en cause et d'examiner à l'interne les griefs de l'assuré. Les assureurs ainsi abordés se montrent coopératifs. En cas de doute, l'Ombudsman conseille aux intéressés de se renseigner auprès du service de la FINMA chargé de surveiller les intermédiaires d'assurance, sachant toutefois que celui-ci ne peut que leur indiquer si l'intermédiaire est inscrit au registre officiel et s'il possède la formation requise par son statut. La question de la formation suscite souvent l'étonnement. Certaines agences de courtage forment à peine leurs intermédiaires et se soucient peu de leurs aptitudes. En tout cas, les expériences vécues par les personnes qui s'adressent à l'Ombudsman permettent de l'affirmer. Les conseils erronés sont légion et certains intermédiaires vont, par exemple, jusqu'à prétendre que les formules d'offre ne lient pas ceux qui les ont signées et qu'elles sont révocables en tout temps. Bien entendu, il ne s'agit nullement de condamner tous les intermédiaires. La majorité d'entre eux travaillent sérieusement, ce que prouve notamment leur longévité sur le marché. Ce qui est préoccupant, c'est le fait qu'il se trouve toujours des caisses-maladie pour recourir aux services d'une minorité d'intermédiaires incompetents.

La problématique des intermédiaires offre aussi l'occasion d'éclaircir les relations entre les assureurs et l'Ombudsman, en ce sens que celui-ci évite soigneusement de devenir le jouet d'une confrontation entre assureurs.

Les exemples ci-dessous illustrent les agissements de certains intermédiaires.

L'offre engage celui qui l'a signée

Souvent l'intermédiaire fait signer, par le client, des documents dont il prétend qu'ils ne l'engagent pas encore et lui assure qu'il aura tout loisir d'étudier, avant de la signer, l'offre définitive qui lui parviendra ultérieurement. En général, l'intéressé signe ces pièces sans les avoir lues. C'est de cette manière que fut signée pour une longue durée une offre ferme d'assurances complémentaires. En l'occurrence, il faut reconnaître que l'assureur qui recrutait par de tels moyens avait signalé sur la formule d'offre, juste au dessus de la signature, qu'il s'agissait bien d'une offre ferme et que les assurances étaient conclues pour au moins cinq ans. Cela n'empêcha pas plusieurs clients de signer l'offre les yeux fermés, alors que l'intermédiaire ne leur avait pas clairement fourni ces précisions. Chaque fois que l'Ombudsman est intervenu, l'assureur s'est penché sur le cas et a annulé les contrats obtenus de cette manière. Dans d'autres exemples, où l'intermédiaire prétendait avoir informé correctement l'assuré, l'Ombudsman ne put malheureusement rien obtenir par celui-ci, faute de preuves contraires. Particulièrement touchées sont les personnes qui avaient en même temps donné congé à leur ancienne caisse, fournissant ainsi la preuve qu'elles entendaient adhérer à la nouvelle.

Des renseignements erronés

Il est des intermédiaires qui parviennent à faire signer par leurs clients des documents en lieu et place d'enfants majeurs. Dans de tels cas, l'Ombudsman obtient toujours de l'assureur qu'il renonce au contrat concernant l'enfant.

Plus difficiles à résoudre sont les cas où l'intermédiaire fait croire au client que son problème de santé est négligeable, et qu'il n'a donc pas besoin d'être déclaré. Il en va de même lorsqu'il prétend que le nouvel assureur acceptera l'intéressé même s'il découvre sa maladie après coup, et qu'ainsi l'assurance auprès de l'ancienne caisse peut déjà être résiliée. Comme les entretiens avec les intermédiaires se déroulent rarement devant témoin, la preuve de telles allégations ne peut guère être apportée.

Des assurances complémentaires vendues les yeux fermés

Plusieurs exemples montrent que les intermédiaires ne connaissent parfois pas les produits qu'ils proposent pour des assureurs avec lesquels ils ne travaillent pas directement. C'est ainsi qu'il arrive que des membres d'une même famille soient séparés sur le plan de l'assurance et ne puissent plus profiter du rabais familial, parce que les produits offerts ne correspondent plus au paquet donnant droit à ce rabais.

L'ignorance du contenu de tels produits peut conduire à de mauvaises surprises. Ainsi a-t-il pu échapper à l'intermédiaire qu'une assurance complémentaire ne couvre pas la maternité ou qu'elle prévoit un délai de carence pour les

prestations de maternité. De nombreux assurés ayant conclu en 2009, auprès d'une caisse bon marché, une assurance complémentaire couvrant les médicaments hors LAMal ont découvert qu'ils devaient d'abord avancer eux-mêmes le prix des médicaments, alors que sous leur ancienne assurance, ils n'avaient qu'à présenter leur carte d'assuré pour permettre à la pharmacie d'adresser sa facture directement à la caisse.

11 Résumé

En 2009, le Bureau de l'Ombudsman a été mis à forte contribution. Le nombre de demandes a nettement augmenté. Les raisons en sont la crise économique et financière ainsi que l'évolution des coûts de la santé, qui ont été ressenties tant par les assurés que par les assureurs. Pour nombre d'assurés, l'assureur est un bouc émissaire, auquel ils reprochent de les écouter de moins en moins et de les faire payer toujours plus. Face à l'augmentation des coûts et à la baisse des réserves, les assureurs ont redoublé de rigueur dans le contrôle des prestations médicales et se sont montrés moins ouverts qu'auparavant à des solutions de compromis dans les cas individuels. Ils ont aussi dû augmenter considérablement les primes en fin d'année, parfois même en cours d'année. Les multiples changements d'assureur qui en ont résulté n'ont pas tous été sans problèmes. Observant l'évolution de la situation, l'Ombudsman ne s'attend pas à une diminution du nombre des demandes en 2010.

Glossaire des termes techniques

<i>Assurance complémentaire:</i>	Assurance de droit privé couvrant des prestations non prévues par la LAMal, le plus souvent conçue comme complément à l'assurance-maladie de base ou à l'assurance-accidents obligatoire
<i>Assurance de base</i>	Assurance obligatoire des soins selon la LAMal
<i>Assurance de dommage (dans l'assurance-indemnité journalière):</i>	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.
<i>Assurance de somme (dans l'assurance-indemnité journalière):</i>	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.
<i>EAE</i>	Efficace, adéquat et économique. Selon l'art. 32 LAMal, tout traitement doit remplir ces trois conditions pour être remboursé par l'assurance obligatoire des soins.
<i>FINMA</i>	Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers. Surveille les assureurs privés et leurs produits ainsi que les intermédiaires d'assurance.
<i>LAA</i>	Loi fédérale sur l'assurance-accidents (régit principalement l'assurance-accidents obligatoire des salariés, qui couvre tant les accidents et maladies professionnels que les accidents non professionnels)
<i>LAMal</i>	Loi fédérale sur l'assurance-maladie (régit l'assurance-maladie obligatoire des soins et l'assurance facultative d'une indemnité journalière)
<i>LPGA</i>	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (règle les questions générales de l'assurance sociale)
<i>OAMal</i>	Ordonnance sur l'assurance-maladie (ordonnance générale d'application de la LAMal)
<i>OPAS</i>	Ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins
<i>LCA</i>	Loi fédérale sur le contrat d'assurance (applicable aux assurances complémentaires et à l'assurance privée d'une indemnité journalière)

<i>CGA</i>	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)
<i>Tiers garant</i>	Systeme 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.
<i>Tiers payant</i>	Systeme 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.