

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

**Rapport d'activité**  
**2011**

# 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, ancien 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  
Via da Melga 62c, 7742 Poschiavo

**Markus Moser**

Dr en droit  
Bruggbühlstrasse 30a, 3172 Niederwangen

Bureau de  
l'Ombudsman

**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

**Charles Lorétan**

Expert dipl. en assurance-maladie

**Hans-Thomas Scherrer**

Lic. en droit, secrétaire du 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

<b>1</b>	<b>Bureau de l’Ombudsman .....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Conseil de fondation.....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Chiffres .....</b>	<b>4</b>
<b>4</b>	<b>Principes directeurs .....</b>	<b>6</b>
<b>5</b>	<b>Augmentations de primes .....</b>	<b>9</b>
<b>6</b>	<b>Changements d’assureur .....</b>	<b>11</b>
<b>7</b>	<b>Modèles alternatifs de l’assurance de base .....</b>	<b>13</b>
<b>8</b>	<b>Des assurances complémentaires toujours plus complexes .....</b>	<b>15</b>
<b>9</b>	<b>Contrôle des prestations de soins .....</b>	<b>16</b>
<b>10</b>	<b>Contrôle de l’activité des fournisseurs de prestations .....</b>	<b>18</b>
<b>11</b>	<b>Retards dans les remboursements .....</b>	<b>18</b>
<b>12</b>	<b>Assurances d’indemnités journalières .....</b>	<b>19</b>
<b>13</b>	<b>Changements de comportements .....</b>	<b>20</b>
<b>14</b>	<b>Perspectives .....</b>	<b>22</b>

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 2011 de l'Ombudsman (Rudolf Luginbühl), qui le dirige, de deux collaboratrices juristes (Isabelle Gottraux et Morena Hostettler Socha), de deux experts en assurance-maladie (Urs Eigensatz et Charles Lorétan) et du secrétaire (Hans-Thomas Scherrer, juriste). L'augmentation du nombre de requêtes a nécessité un léger accroissement du personnel, qui est passé de 5,3 à 5,5 postes.

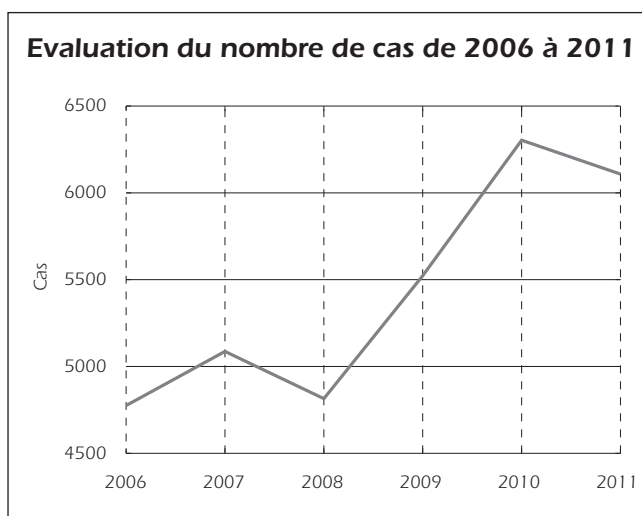
## 2 Conseil de fondation

Durant l'exercice, le Conseil de fondation a tenu deux séances ordinaires, les 6 avril et 9 novembre 2011.

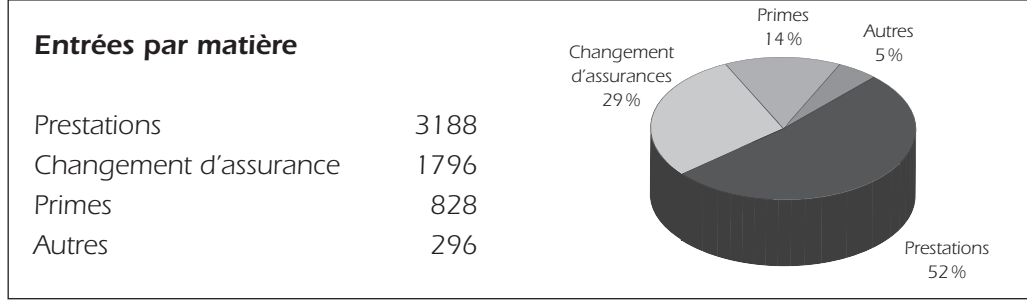
## 3 Chiffres

### Entrées par matière

Au cours de l'exercice, 6108 cas ont été soumis à l'Ombudsman (6303 cas en 2010 et 5523 en 2009), ce qui représente une baisse de 3%. Le nombre de cas est donc resté pratiquement stable, mais à un niveau élevé. Comme on le verra dans ce rapport, le Bureau de l'Ombudsman reste confronté à une masse considérable de travail.

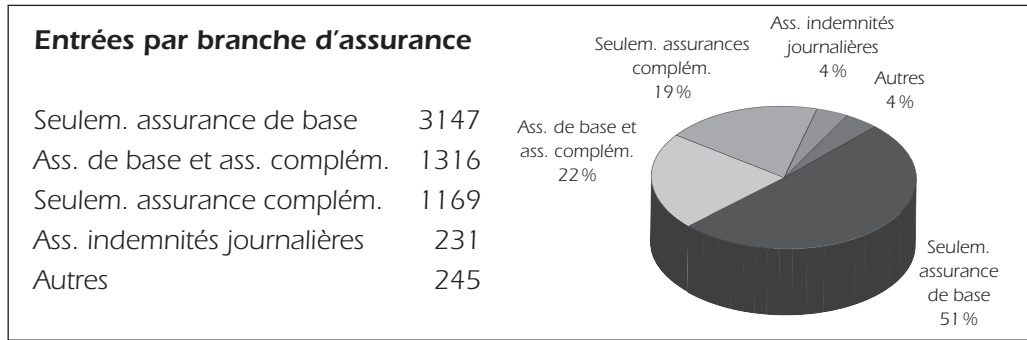


La répartition par matière montre que 3188 dossiers concernaient les prestations d'assurance (2010: 3272), 1796 la conclusion d'une assurance ou le changement d'assureur (2010: 1869) et 828 les primes (2010: 902). Les 296 cas restants portaient sur des questions d'ordre général (2010: 260). Cette répartition est pratiquement la même que l'année précédente, au cours de laquelle les demandes relatives au changement d'assureur et aux primes avaient quelque peu augmenté.



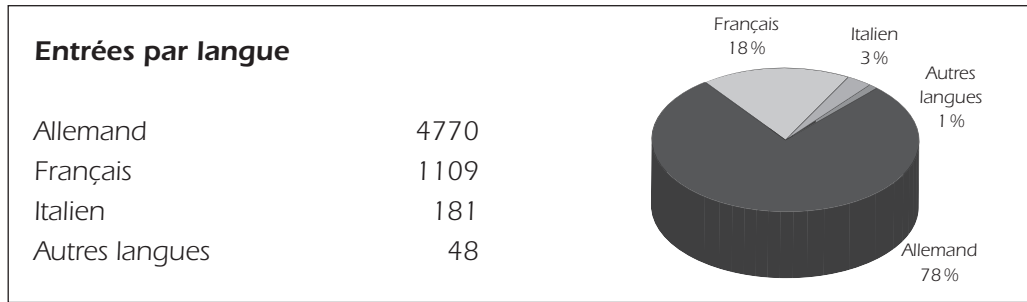
**Entrées par branche d'assurance**

3147 cas ne concernaient que l'assurance de base (2010: 3409), 1169 uniquement les assurances complémentaires (2010: 1014), 1316 ces deux branches (2010: 1471) et 231 l'assurance indemnités journalières (2010: 301). Par rapport à 2010, un léger glissement s'est opéré de l'assurance de base vers les assurances complémentaires, ce qui tient probablement au fait qu'en cas de changement d'assureur, c'est dans les assurances complémentaires que les assurés pâtissent le plus des agissements de certains démarcheurs.



**Entrées par langue**

Le Bureau de l'Ombudsman a reçu 4770 requêtes en allemand (2010: 4919), 1109 en français (2010: 1082), 181 en italien (2010: 180) et 48 dans d'autres langues, telles que l'anglais et l'espagnol (2010: 122). Cette répartition n'a connu aucun changement significatif.



**Evolution des entrées**

Après avoir augmenté d'environ 30% au cours des deux dernières années, le nombre d'entrées s'est stabilisé à un niveau élevé, qui met les collaborateurs du Bureau de l'Ombudsman à très forte contribution. A cela s'ajoute qu'ils sont confrontés à un durcissement grandissant des positions des assurés et des assureurs, dont il sera encore question plus loin dans ce rapport.

Fin 2011, 903 dossiers étaient encore en suspens (fin 2010: 527). Il s'agit de dossiers déjà entamés, mais qui n'ont pas encore pu être clos. Leur augmentation par rapport à l'année précédente montre que les cas sont devenus de plus en plus difficiles à traiter, comme on le verra ci-après.

## 4 Principes directeurs

L'activité principale de l'Ombudsman consiste à s'entremettre entre l'assureur et l'assuré lorsque celui-ci est confronté à un problème surgissant dans un cas concret et à renseigner dans des cas particuliers. Il s'avère toutefois toujours plus souvent que de toutes autres activités sont attendues de l'Ombudsman. Il convient dès lors de montrer dans quelles situations celui-ci n'est pas compétent et de faire état dans un deuxième temps de ses possibilités d'action.

### **Ce que l'Ombudsman ne peut pas faire**

L'Ombudsman n'est pas compétent dans les domaines suivants:

- Les litiges entre un fournisseur de soins et son patient (concernant le traitement, la responsabilité civile, etc.). Dans ces cas, il doit renvoyer les assurés à une organisation de défense des patients ou à un avocat spécialiste de ces questions.
- Les différends entre autorités et citoyens (p. ex. en matière de subsides pour la réduction des primes). Certains cantons ont désigné un médiateur pour ces cas.
- Les contestations entre autorités (p. ex. au sujet de la prise en charge par l'aide sociale de primes impayées).
- La justification de primes approuvées par l'autorité, qu'il s'agisse de l'assurance de base ou d'une assurance complémentaire. L'Ombudsman ne peut intervenir que sur le point de savoir si un assuré a été correctement classé dans le tarif de primes approuvé. Il ne peut remettre en cause les primes elles-mêmes.
- Le parfois discutable comportement de démarcheurs en assurance indépendants, desquels l'assureur ne répond pas. Il sera revenu sur ce point de manière plus détaillée plus loin.

Etant donné que le nombre de requêtes augmente constamment, le Bureau de l'Ombudsman se borne en de telles situations à fournir de brèves informations.

Il arrive souvent que des assurés demandent à l'Ombudsman de les aider à choisir un assureur-maladie. Ce n'est pas sa tâche. Il les renseignera volontiers sur les avantages et inconvénients des diverses formes d'assurance (franchises à option, modèles du médecin de premier recours, produits d'assurance complémentaire, etc.), ce qui devrait les aider à opérer eux-mêmes leur choix. Il n'émet aucun jugement de valeur sur les assureurs ou sur leurs produits.

L'objectif de l'Ombudsman demeure cependant de permettre aux assurés de s'adresser à lui sans complications administratives. Un formulaire de contact est d'ailleurs à disposition sur son site Internet.

### **Et si l'assuré dispose d'une assurance de protection juridique?**

L'Ombudsman n'intervient pas si l'assuré a des droits envers une assurance de protection juridique ou s'il est représenté par un avocat. Il arrive malheureusement toujours plus souvent que des assurances de protection juridique cherchent à s'épargner du travail et des frais en adressant tout simplement l'assuré à l'Ombudsman, au lieu de fournir leur prestation de conseil juridique et de défense de ses intérêts. L'assuré ne reçoit ainsi pas la prestation pour laquelle il a payé des primes. C'est l'Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva qui fait office de médiateur dans les différends entre les assurances de protection juridique et leurs clients (la plupart des compagnies pratiquant ce type d'assurance reconnaissent sa compétence). La situation est délicate lorsque l'assurance de protection juridique refuse sa prestation au motif que la prétention de l'assuré est sans chance de succès, alors que notre médiation auprès de l'assureur-maladie a des chances de succès.

**A quel moment s'adresser à l'Ombudsman?**

L'Ombudsman a été institué pour limiter la fréquence des procès grâce à une médiation préalable. Les assurés qui rencontrent des problèmes devraient s'adresser le plus tôt possible à lui, de manière à ce 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'a pas pour effet de suspendre le délai d'opposition. A ce stade de la procédure, il n'intervient plus auprès de l'assureur que dans des cas exceptionnels, par exemple si celui-ci tarde de façon manifestement injustifiée à rendre sa décision sur opposition.

**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 canal permet certes de simplifier les contacts, mais il n'est pas adapté au transfert de données médicales. En outre, les affaires soumises à l'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](http://www.ombudsman-am.ch)) contient une formule de contact avec les informations correspondantes.

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. 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.

L'Ombudsman est également saisi par des fournisseurs de soins et des services sociaux, qui intercedent en faveur de patients ou d'usagers 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.

**Dans quels domaines l'Ombudsman intervient-il?**

L'Ombudsman intervient en cas de problèmes relevant de l'assurance de base et des assurances complémentaires lorsque l'assureur impliqué est un assureur-maladie ou une société partenaire de celui-ci. Limiter le champ d'activité de l'Ombudsman à l'assurance de base n'aurait aucun sens car quand l'assuré dispose d'une assurance complémentaire, il a très souvent droit aux prestations des deux branches en même temps. C'est 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 de branches d'assurances qui n'ont aucun rapport avec l'assurance-maladie, même si elles ont été conclues auprès ou par l'entremise d'un assureur-maladie ou font l'objet de la même police d'assurance que les couvertures d'assurance-maladie. 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 et de la Suva qui est compétent. Il existe malheureusement aussi des compagnies d'assurance pour lesquelles aucun médiateur 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. Parmi celles-ci figurent des assurances pour étudiants, qui sont recommandées par certaines universités, mais dont les prestations ne correspondent que rarement à celles de l'assurance-maladie obligatoire suisse. Les étudiants concernés seraient mieux lotis s'ils étaient soumis à celle-ci, ce qui leur permettrait notamment de bénéficier des subsides alloués pour réduire les primes.

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

Les assurés qui se sont adressés au 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 ou l'un de ses collaborateurs 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 applicables. Il fournit des explications sur le système d'assurance et donne des conseils sur l'attitude à adopter pour éviter d'autres malentendus.

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

L'action 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 un 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 certes 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 sa tâche première consiste à s'adresser à l'assureur concerné, auquel il suggérera des améliorations. Il contribue ainsi 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.

Au cours de l'année 2010, l'Ombudsman a été amené à prendre plusieurs fois contact avec des directions d'assurances, par exemple pour leur signaler une accumulation de plaintes provenant de leurs assurés. En général, les assureurs apprécient des interventions et se montrent disposés à résoudre sans bureaucratie les problèmes posés. C'est ainsi que l'Ombudsman put obtenir d'un assureur accumulant les retards dans le versement des prestations qu'il traite en priorité le cas de certains assurés, afin qu'ils n'aient pas à jouer le rôle de banquiers.



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

D'après l'acte de fondation et le règlement concernant l'activité du Bureau de l'Ombudsman, celui-ci est chargé de dissiper les malentendus entre assurés et assureurs, par des conseils ou de l'information, et d'offrir sa médiation en cas de divergence de vues entre eux. Mais le public lui demande aujourd'hui de plus en plus de dispenser de surcroît de simples informations ou évaluations. Or, il ne peut fournir des informations d'ordre général qu'avec retenue et ne se saisit d'un cas que si l'assuré lui transmet tous les documents nécessaires. Il n'émet aucune appréciation sur les chances d'un procès et ne donne aucun conseil sur le déroulement d'une procédure en cours.

Il convient de considérer que l'Ombudsman et ses collaborateurs sont confrontés tous les jours à des situations par rapport auxquelles les assurés ont l'impression que l'assureur est franchement dans l'erreur, s'il n'agit pas même parfois de manière perfide. Il est dans la nature des choses que les états de fait qui sont portés à connaissance de l'Office ne présentent pas toujours la branche sous une lumière favorable. Il n'en demeure pas moins que l'Ombudsman est d'avis qu'un système d'assurance-maladie permettant un libre choix de caisses est préférable à tout autre conception. Il intervient et renseigne dans le cadre de ce que la législation offre comme possibilités.

## **5 Augmentations de primes**

**Dans l'assurance de base**

Les primes d'assurance-maladie pèsent sur le budget du citoyen moyen, surtout si son revenu est modeste mais n'atteint pas le seuil donnant droit à un subside de l'Etat. Les primes le préoccupent même davantage que les prestations d'assurance, qui n'interviennent qu'en cas de maladie et ne soulèvent généralement guère de problèmes. Cet état de fait se reflète dans les demandes adressées à l'Ombudsman.

Or les écarts entre certaines augmentations de primes et les moyennes officielles publiées dans les médias ont été particulièrement frappants cette année. Alors que nombre d'assurés ne subissaient aucune augmentation ou bénéficiaient même d'une baisse, d'autres faisaient face à des hausses nettement supérieures à la moyenne, suivant l'assureur auquel ils étaient affiliés ou la région qu'ils habitaient. Beaucoup se sont plaints à l'Ombudsman en lui demandant d'exiger que leur prime n'augmente pas plus que la moyenne publiée. Ils ont été étonnés d'apprendre que celui-ci n'est pas habilité à influencer sur la fixation des primes et certains le lui ont reproché sans ambages. Il faut pourtant rappeler que les tarifs de primes sont approuvés par l'autorité fédérale et que les primes ne sont pas fixées individuellement. De sorte qu'une médiation de cas en cas n'est pas possible dans ce domaine. Le seul service que peut rendre l'Ombudsman est dans ce cas de fournir des explications. Ce faisant, il doit d'abord montrer la différence entre les primes de l'assurance de base et celles des assurances complémentaires, car les assurés comparent souvent leur prime totale avec les montants publiés, qui ne concernent que l'assurance de base. Il doit ensuite s'efforcer d'indiquer à l'assuré les raisons qui pourraient être à l'origine de l'augmentation de sa prime. Pour cela, il se renseigne auprès de l'assureur en cause, qui lui fournit généralement des informations claires et convaincantes. Il lui arrive toutefois de s'étonner de la légèreté avec laquelle certains assureurs renseignent leurs assurés, les abandonnant ainsi à leur sort. Enfin, l'Ombudsman attire l'attention de l'assuré sur les moyens d'économiser offerts par notre système libéral d'assurance-maladie, en lui

exposant les avantages et les inconvénients des différentes franchises, des modèles de médecin de premier recours et de la télémédecine, voire d'un changement d'assureur. Bien entendu, il s'abstient de recommander tel ou tel produit d'assurance ou un assureur déterminé.

Bien que certaines études prétendent le contraire, des assureurs dont les primes étaient réputées bon marché jusqu'alors se sont distingués cette année par de fortes augmentations de primes. Les collaborateurs de l'Ombudsman ont été frappés par la fréquence des plaintes concernant les primes d'assureurs dont le nom revenait régulièrement. Les assurés qui ont l'habitude de chercher chaque année l'assureur offrant la couverture la moins chère ont donc dû, cette année encore, envisager un changement d'assureur, étant entendu que les écarts entre les assureurs dont les primes sont bon marché et les assureurs dont les primes sont les plus chères sont encore importantes.

### **Dans les assurances complémentaires**

Il va de soi que, dans le contexte actuel, les assurés commencent à économiser sur les assurances complémentaires. Comme les médias leur avaient annoncé sans autres précisions qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012, ils pourraient choisir librement n'importe quel hôpital en Suisse et que les médecines alternatives seraient à nouveau remboursées par l'assurance de base, leur premier réflexe fut de résilier l'assurance «hospitalisation en division commune dans toute la Suisse» ainsi que l'assurance couvrant les frais de médecine alternative. C'était une erreur. S'agissant du libre choix de l'hôpital, il prévaut effectivement depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, mais cela ne signifie pas que l'assureur doit toujours rembourser tous les frais encourus. D'abord, le libre choix ne vaut que pour les établissements figurant sur une liste cantonale des hôpitaux pratiquant à la charge de l'assurance de base. Ensuite, celle-ci ne couvre pas les différences de tarifs hospitaliers qui continuent d'exister entre cantons. De sorte que, même si les assurances complémentaires d'hospitalisation versent moins de prestations du fait de la nouvelle réglementation, elles n'en deviennent pas pour autant superflues. Cela d'autant plus que nombre d'assurances complémentaires couvrent plusieurs risques à la fois (par ex. les frais d'hospitalisation et de cure). Au chapitre des médecines complémentaires, il y a lieu de rappeler que seules cinq méthodes alternatives ont été réintroduites dans l'assurance de base. Si bien que la plupart des assurances complémentaires conclues dans ce domaine gardent toute leur utilité, notamment si elles couvrent d'autres méthodes ou des traitements administrés par des professionnels non reconnus par l'assurance de base.

La manière dont les assurés sont informés de ces nouveautés diffère selon les assureurs. Les uns fournissent tous les éclaircissements nécessaires, notamment sur leur site internet. D'autres se distinguent par leur silence et donnent l'impression d'être dépassés lorsqu'un assuré leur demande de le renseigner à ce sujet.

### **Réaménagement des assurances complémentaires d'hospitalisation**

Parmi les questions fréquemment posées à l'Ombudsman figurent celles qui concernent l'utilité des assurances complémentaires d'hospitalisation en division privée ou demi-privée. Ces questions se sont multipliées au cours de l'année écoulée, car certains de ces produits d'assurance ont connu des hausses massives de primes, de sorte qu'ils sont devenus un véritable luxe. Ces augmentations sont dues à une détérioration de la structure des coûts et des risques dans ces assurances, situation qui résulte en partie du fait que les assureurs n'offrent plus guère d'assurances complémentaires traditionnelles, mais bien plutôt des produits de conception nouvelle.

Tant l'Ombudsman que les associations de consommateurs constatent ce phénomène dans leur pratique. A cause du vieillissement de la population et de la stagnation des effectifs dans les assurances complémentaires anciennes, celles-ci deviennent de plus en plus coûteuses. C'est particulièrement le cas des couvertures dont la prime est fixée d'après l'âge d'entrée de l'assuré. Dans les nouvelles couvertures d'assurance au contraire, les primes sont échelonnées selon les tranches d'âge vécues en cours de contrat. A l'entrée en vigueur de la LAMal, en 1996, plusieurs assureurs avaient maintenu leurs assurances complémentaires avec prime selon l'âge d'entrée. Or, celles-ci exigent des réserves plus importantes que les assurances dont les primes sont fixées selon l'âge effectif, lesquelles s'adaptent à la structure d'âge de leur effectif d'assurés. Les assurés souhaitant sortir d'assurances complémentaires classiques et obtenir à leur place un nouveau produit d'assurance doivent toutefois remplir un questionnaire de santé. S'ils sont âgés, ils sont refusés et donc tenus à l'écart de la nouvelle assurance – ce qui n'est toutefois pas contraire au droit des assurances privées, applicable en l'occurrence.

### **Ajustements de primes indépendants des coûts**

Si les hausses de primes d'assurances complémentaires peuvent résulter de l'augmentation des coûts, elles peuvent aussi être dues à des causes inhérentes à un changement dans la situation de l'assuré, tel que le passage d'une tranche d'âge à une autre ou le fait de perdre le bénéfice d'un rabais consenti par l'assureur. Malgré les explications de leur assureur, certains assurés se sont adressés à l'Ombudsman parce qu'ils ne comprenaient pas qu'après avoir annoncé que les primes d'assurance complémentaire n'augmenteraient pas, l'assureur puisse majorer leur prime de presque 50% au motif qu'ils étaient passés dans une tranche d'âge supérieure. Ou certains autres assurés ne s'étaient pas rendu compte qu'ils bénéficiaient d'un rabais de prime aussi longtemps qu'ils n'avaient pas eu recours à des prestations d'assurance, surtout quand ce rabais leur avait été accordé dès la conclusion du contrat. C'est tout surpris qu'ils devaient apprendre la perte du bénéfice de leur rabais parce qu'ils avaient fait valoir un droit à prestations, ce qui revenait à une augmentation de la prime payée jusqu'alors.

Les décisions de l'autorité ont aussi une influence sur les primes. C'est ainsi que plusieurs demandes d'assurés avaient trait à des ajustements de primes non prévus dans le contrat mais dus au fait que l'autorité de surveillance avait interdit des rabais de fidélité. D'autre part, le nombre des demandes se rapportant aux décisions prises en matière de subventionnement croisé entre cantons pratiqué par les assureurs montre que les assurés veulent de plus en plus savoir exactement comment leurs primes sont calculées. Ils veulent savoir en particulier comment les réserves accumulées en trop dans certains cantons leur seront restituées. Là encore, l'Ombudsman ne peut leur donner que des informations sur le système mis en place. Ces explications sont généralement bien reçues.

## **6 Changements d'assureur**

Les assurés ont apparemment moins changé d'assureur en 2011 qu'en 2010. Selon un site Internet de comparaison, ils auraient été 8,4% en 2011 contre 12,4% en 2010. Le Bureau de l'Ombudsman n'en a pas pour autant reçu beaucoup moins de demandes à ce sujet. Comme d'habitude, les agissements des intermédiaires ont focalisé l'attention. Par nature, ce sont plutôt les assurances complémentaires qui

étaient concernées. Force est de constater que, plus encore qu'au cours des années précédentes, un assureur parmi les autres se distingue dans cette problématique. Les assurés se plaignent presque aussi toujours des mêmes intermédiaires ou agences. Il faut croire que les efforts accomplis par cet assureur dans le choix et l'instruction de ses démarcheurs n'ont pas servi. Ceux-ci continuent à mettre les assurés sous pression pour qu'ils signent les propositions d'assurance rapidement et les yeux fermés, leur font croire que leur signature ne fait que précéder une offre ferme, leur enjoint de ne pas se soucier de l'éventuelle perte de rabais familiaux ou combinés, lorsque couverture de base et couvertures complémentaires se trouvent auprès du même assureur, n'informent pas les assurés sur les conséquences néfastes d'un changement d'assureur et prétendent parfois même que certaines maladies préexistantes n'ont pas besoin d'être déclarées. De plus, il arrive trop souvent que ces intermédiaires envoient la résiliation de l'ancienne assurance avant que le nouvel assureur ait accepté l'offre ou qu'ils négligent simplement de l'envoyer, jetant ainsi l'assuré dans une situation bien moins avantageuse que celle qui prévalait avant le changement. Alors que dans l'assurance de base, la double assurance résultant d'une erreur lors du changement d'assureur peut être assez aisément levée, la chose est beaucoup plus difficile en matière d'assurances complémentaires, à moins que le nouvel assureur se prête à un arrangement. Il est toutefois réjouissant de constater que toujours plus d'assurés se renseignent auprès de l'Ombudsman avant la visite d'un démarcheur.

### **Changer d'assureur n'est pas toujours une bonne affaire**

Lorsqu'il pointe le doigt sur les conséquences possibles d'un changement d'assureur, l'Ombudsman se sent parfois bien seul face à tous ceux qui, pour une raison ou une autre, sont intéressés à ce que le plus possible d'assurés changent d'assureur et ne se lassent pas de calculer le montant des économies que pourraient réaliser les assurés si tous choisissaient les assureurs-maladie dont les primes sont les moins chères. Bien entendu, la liberté de changer d'assureur est un fait appréciable, surtout lorsque l'assuré n'est pas satisfait de son assureur actuel, et les primes d'assurance-maladie sont un problème pour beaucoup. Mais la personne qui, pour une différence minime de primes, change d'assureur sans s'inquiéter des différences dans l'offre de services risque des désagréments. Elle ne pourra peut-être plus utiliser sa carte d'assuré dans les pharmacies et devra payer elle-même ses médicaments avant d'être remboursée. Ou bien le nouvel assureur lui renverra les factures tant que le montant de la franchise n'est pas atteint en lui demandant de les lui rendre en temps utile, accompagnées d'une formule détaillée dûment remplie. L'assuré peut fort bien ne pas avoir connu ces pratiques chez son ancien assureur.

### **Nouveau: Problèmes d'exécution**

Aux risques susmentionnés peuvent s'ajouter d'autres inconvénients. Ainsi, les assurés ignorent souvent qu'une résiliation doit être parvenue à l'assureur au plus tard le dernier jour ouvrable avant la fin du délai prescrit. Contrairement à ce qui est le cas dans d'autres rapports avec les autorités, ce n'est pas le timbre de la poste qui fait foi. Une résiliation reçue par l'assureur après l'expiration du délai n'est pas valable. Or, des retards ne peuvent être exclus, qu'ils soient dus à une irrégularité de la poste ou au fait que l'assuré se serait trompé d'adresse.

Mais même une résiliation réceptionnée dans les délais peut entraîner des difficultés. Par exemple, la loi dispose que, dans l'assurance de base, l'assuré ne peut quitter un assureur s'il a encore envers cet assureur des dettes pour lesquelles il avait reçu une sommation – ce qui n'est pas rare. Si l'ancien assureur ne réagit pas à temps, le nouvel assureur couvre l'intéressé, qui se retrouve avec deux assurances de base. Lorsque

L'Ombudsman explique à l'assuré que les deux assureurs ne sont pas tenus de s'entendre pour supprimer une double assurance, celui-ci s'en montre généralement exaspéré. La réaction de l'assuré est d'autant plus compréhensible que la situation n'est pas due à sa faute, mais au système lui-même. La double assurance se produit notamment lorsqu'un assureur surchargé n'a pas pu confirmer à temps à l'ancien assureur qu'il reprend son assuré. Or, l'ancien assureur doit garder l'assuré tant qu'il n'a pas reçu cette confirmation. De sorte que celui-ci est appelé à payer deux primes, du moins pour un certain temps. L'Ombudsman a dû régler plusieurs cas de ce genre, où les assureurs concernés s'accusaient mutuellement de ne pas avoir informé l'autre. D'une façon générale, les rapports entre assureurs se sont considérablement durcis, ce qui peut entraîner des conséquences fâcheuses pour les assurés. Ceux-ci se trouvent en effet pris entre le marteau et l'enclume lorsque le nouvel assureur prétend ne pas avoir été informé par l'ancien et que ce dernier ne peut prouver qu'il s'est acquitté de son devoir dans le cadre d'un envoi en masse. De tels cas sont si nombreux que l'on a peine à croire que des irrégularités dans l'acheminement postal en soit toujours la cause. Dans une affaire soumise à l'Ombudsman, les services de la poste n'avaient pas même été mis à contribution: un assureur avait refusé des lettres de résiliation d'assurance de base présentées à son guichet par un assureur concurrent, alors qu'en nombre peu élevé, celles-ci auraient pu être traitées sans problème. Les agissements de ce genre, consistant à «faire le mort», ne datent pas d'aujourd'hui. Il suffit de se rappeler les cas où certains assureurs n'avaient pas traité les demandes d'adhésion déposées par des personnes considérées comme de mauvais risques, ou avaient «oublié» de relever à temps leur case postale ou de retirer dans les délais des envois recommandés. L'Ombudsman ne peut intervenir dans de tels cas que s'ils se produisent fréquemment chez le même assureur, ce qui n'est pas advenu cette année.

L'affaire suivante mérite toutefois d'être relatée: une assurée désireuse de changer d'assureur pour la base et la complémentaire avait confié sa lettre de résiliation au futur nouvel assureur en le priant de l'envoyer à l'ancien dès qu'il aurait accepté le contrat d'assurance complémentaire. Mais ce contrat ne vit pas le jour. L'ancien assureur fit valoir qu'il avait reçu la résiliation et refusa de reprendre l'intéressée dans son assurance complémentaire. De son côté, le nouvel assureur indiqua qu'il n'avait pas envoyé de résiliation. La vérité des faits ne pouvant être établie, l'Ombudsman chercha une solution à l'amiable et obtint finalement du nouvel assureur qu'il accepte de conclure avec l'intéressée l'assurance complémentaire qu'il lui avait d'abord refusée.

#### **Démarchage téléphonique: moins de plaintes**

Il est réjouissant de constater que, cette année, le Bureau de l'Ombudsman a reçu moins d'appels de personnes se plaignant d'être importunées par des démarchages téléphoniques.

L'Ombudsman ne peut intervenir contre le seul fait du démarchage, mais les personnes concernées ont été renvoyées au site électronique de santésuisse, qui met à disposition un formulaire de plainte à ce sujet.

## **7 Modèles alternatifs de l'assurance de base**

Les assureurs et divers milieux politiques sont favorables à la propagation des formes particulières d'assurance au sein de l'assurance de base. Ces modèles doivent permettre des économies dues à la suppression de doublons dans les traitements

médicaux. Assortis de rabais par rapport aux primes de l'assurance ordinaire, ils permettent aussi aux assureurs et aux démarcheurs d'offrir des assurances plus avantageuses.

Il ressort des appels reçus par le Bureau de l'Ombudsman que ces formes d'assurance ne suscitent guère un engouement général. Souvent les assurés ayant choisi un de ces modèles l'ont fait sans se rendre compte que s'il coûte moins cher, il leur impose aussi certaines contraintes. Lorsque ces personnes n'ont pas lu les conditions d'assurance et ne se tiennent pas à leurs obligations, les conflits sont inévitables. L'Ombudsman constate à ce sujet que les assureurs sont en général de moins en moins enclins à passer sur les manquements de ces assurés et qu'ils exigent d'eux le strict respect de leurs obligations. Cela s'explique par le fait que l'autorité de surveillance leur demande de prouver que les rabais consentis sont justifiés.

### **Des sanctions différentes**

L'exemple suivant montre que la violation du règlement d'un modèle alternatif peut avoir de graves conséquences: au moment de conclure une assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations, un assuré se trouvait en traitement auprès d'un psychiatre. Le généraliste du modèle en cause n'avait aucun contrôle sur ce traitement, car il ne l'avait pas prescrit et l'assuré ne lui avait jamais demandé de le lui prescrire. Mais dans le même temps, le psychiatre avait à plusieurs reprises requis et obtenu du médecin-conseil de l'assureur qu'il l'autorise à poursuivre le traitement et qu'il lui accorde la garantie de remboursement correspondante. Cela n'empêcha pas l'assureur d'exclure l'assuré du modèle pour violation de son règlement et de le ramener dans l'assurance ordinaire, dont les primes sont plus élevées. Saisi de l'affaire, l'Ombudsman tenta, mais sans succès, d'obtenir de l'assureur qu'il revienne sur sa décision eu égard au fait qu'il avait malgré tout accordé les garanties de remboursement.

L'exclusion du modèle alternatif n'est pas la seule conséquence possible. Le règlement peut en effet prévoir que l'assureur se borne à ne pas rembourser les prestations non prescrites par le généraliste du modèle. Selon la jurisprudence, l'assureur n'a pas besoin d'avertir l'assuré, car celui-ci est lui-même à l'origine de la situation dans laquelle les conditions du droit à remboursement ne sont tout simplement pas remplies. Le cas suivant est toutefois intéressant: une assurée avait certes demandé un bon de délégation à son généraliste pour un traitement chez un spécialiste, mais n'avait pas renouvelé sa demande pour un contrôle subséquent que ce dernier avait effectué bien plus tard. L'assureur avait d'abord refusé de prendre en charge ce contrôle, mais s'était finalement rallié à l'avis du spécialiste des prestations du Bureau de l'Ombudsman, selon lequel le contrôle, même tardif, était une mesure de garantie de qualité inhérente au traitement.

### **Sélection des risques**

Les demandes adressées à l'Ombudsman au sujet des modèles alternatifs ne portent pas seulement sur le droit aux prestations, mais aussi sur l'affiliation à ces formes particulières de l'assurance de base. Il n'est pas rare, par exemple, que les proches d'un assuré séjournant dans un home pour personnes âgées ou dans un établissement médico-social souhaitent qu'il puisse s'affilier à un tel modèle, afin d'économiser sur les primes. Refusant d'assurer les patients d'établissements médico-sociaux dans des modèles au motif qu'ils ne sont plus en état de réduire leurs frais de santé par le biais du choix du médecin et du recours contrôlé aux spécialistes, les assureurs tendent à adopter la même position à l'égard des pensionnaires de homes pour

personnes âgées. Or si ces pensionnaires sont tenus, en vertu du contrat les liant au home, de se faire soigner par le médecin de la maison, alors leur situation est analogue à celle des assurés se trouvant en établissement médico-social. S'ils ont en revanche la possibilité de recourir aux services du médecin de leur choix, on ne voit pas pourquoi ils devraient être empêchés de profiter des avantages d'un modèle alternatif (médecin de premier recours, HMO, télémédecine, etc.) s'ils optent pour un tel modèle. Le fait que les assureurs sont libres dans l'aménagement des modèles alternatifs ne les libère pas de l'obligation de respecter le principe de l'égalité de traitement, qui leur interdit de pratiquer la sélection des risques dans l'assurance de base.

Il arrive régulièrement que des assurés se plaignent de ce que leur assureur refuse de les affilier à un modèle alternatif parce qu'ils habitent une région où celui-ci n'est pas implanté. Les assurés domiciliés près d'une frontière cantonale sont particulièrement touchés. Un modèle particulièrement avantageux peut en effet avoir été introduit dans le canton voisin, et pas dans celui où réside l'intéressé. L'Ombudsman a eu connaissance de cas de ce genre dans lesquels l'assureur s'est montré intraitable, mais au sujet desquels il a bien dû admettre que rien n'obligeait celui-ci à répondre au souhait de l'assuré.

## **8 Des assurance complémentaires toujours plus complexes**

Les assurances complémentaires connaissent des bouleversements dus aux changements intervenus dans la politique de la santé. L'extension du choix de l'hôpital et la réintroduction de médecines alternatives ont déjà été évoquées plus haut.

Les produits d'assurance qui permettent, moyennant un supplément, de choisir sa division hospitalière lors de l'entrée à l'hôpital sont un signe typique de cette évolution. D'autres produits offrent la possibilité de séjourner en division privée ou demi-privée tout en se faisant soigner en division commune. Ces formules sont le résultat de négociations ardues entre assureurs et hôpitaux. Or, que se passe-t-il si l'assuré disposant d'une telle assurance ne peut pas en profiter parce que, pour une raison ou une autre, la convention conclue entre son assureur et l'hôpital n'est plus en vigueur? Peut-il résilier l'assurance ou – plus important pour les assurés âgés ou malades – choisir un autre produit? Cette solution de rechange a été refusée à une assurée pour la division commune à laquelle l'assureur ne pouvait plus garantir le confort «hôtelier» de division privée ou demi-privée de l'hôpital cantonal de son lieu de domicile. L'assureur lui indiqua cependant qu'il pouvait le lui garantir dans l'hôpital cantonal du canton voisin. De cette solution, l'assurée ne voulut point.

### **Démantèlement des prestations**

Les assurances complémentaires sont des contrats de droit privé qui, comme tout contrat, ne peuvent être modifiés unilatéralement. En règle générale, les assureurs renoncent d'ailleurs à leur droit de résilier à l'échéance du contrat ou en cas de survenance du dommage. Théoriquement, les assurances complémentaires devraient donc offrir toute sécurité aux assurés. Certes, les contrats stipulaient jadis que l'assureur était en droit d'adapter les primes à l'évolution des coûts; mais cette clause était en somme aussi une garantie, dans la mesure où l'assuré a intérêt à ce que l'assureur puisse honorer ses obligations une fois le moment venu.

A l'heure actuelle, cependant, les assurés réalisent de plus en plus que leurs assurances complémentaires ne sont plus aussi stables et solides que le granit car nombre de contrats prévoient désormais que l'assureur peut revoir ses engagements également en ce qui concerne les prestations. C'est ainsi que dans les assurances couvrant les médecines complémentaires, les contrats ou les conditions générales stipulent que des listes de méthodes thérapeutiques et de fournisseurs de soins peuvent être révisées par l'assureur. Les assurés réagissent vivement à cette évolution lorsqu'elle les touche. Un assureur en a fait l'expérience après avoir supprimé abruptement et sans explications certains traitements alternatifs de sa liste, ce qui avait soulevé une telle vague de protestations qu'il a dû les réintroduire.

Toujours plus nombreux sont les assurés qui s'adressent à l'Ombudsman au sujet d'assurances complémentaires d'hospitalisation. Alors qu'auparavant ces assurances prenaient en charge les prestations dans pratiquement tous les établissements hospitaliers, elles se déterminent aujourd'hui en fonction de listes d'hôpitaux susceptibles, elles aussi, d'être modifiées en cours de contrat. Certains assureurs ne versent plus leurs prestations d'assurance complémentaire que s'ils ont conclu une convention tarifaire avec l'hôpital entrant en considération. Comme les négociations tarifaires peuvent durer longtemps ou ne pas aboutir, les assurés sont plongés dans l'incertitude.

Un assureur en particulier déclencha par ses mesures une avalanche de plaintes auprès de l'Ombudsman, surtout en Suisse romande. Etant donné que sa couverture d'assurance complémentaire d'hospitalisation avait couvert jusqu'alors les soins et le séjour dans tous les hôpitaux, les assurés furent très étonnés d'apprendre, peu avant la fin de l'année, qu'elle comporterait dorénavant une liste restrictive de ces établissements. Interrogé par l'Ombudsman, l'assureur se référa à une clause des conditions générales d'assurance qui l'habilitait à dresser une liste négative d'hôpitaux, et donc à en exclure certains. Un examen approfondi des faits montra toutefois qu'à l'origine le produit en question était une assurance de garantie (couverture totale des frais sans restriction quant au choix de l'hôpital) et que la clause invoquée n'avait été conçue que comme une sortie de secours pour le cas où un établissement pratiquerait des prix excessifs. L'Ombudsman conclut que ladite clause ne pouvait être interprétée comme autorisant l'assureur à transformer de fond en comble son produit. Un tel bouleversement était contraire aux conditions générales et à la pratique antérieure de l'assureur. Celui-ci refusa toutefois de discuter ce point avec l'Ombudsman.

## **9 Contrôle des prestations de soins**

Depuis quelque temps déjà, les assureurs renforcent leur contrôle sur les prestations de soins qu'ils prennent en charge. Dans l'assurance de base, des prestations doivent, selon la loi, être efficaces (objectivement propres à procurer le bénéfice escompté), appropriées (produisant un meilleur résultat que d'autres traitements efficaces) et économiques (moins coûteuses que d'autres traitements d'une utilité comparable). Ce principe est généralement repris par les assureurs dans l'assurance complémentaire. Les assureurs ne prennent plus en charge des prestations sans examen attentif de leurs obligations de servir dites prestations. Cela ne signifie toutefois pas que les assureurs soient autorisés donner aux fournisseurs de soins des directives quant à



leur manière de traiter. Telle n'est d'ailleurs pas leur intention et la loi elle-même prévoit que – contrairement à l'assurance-accidents obligatoire – l'assurance-maladie prend en charge le *coût* des prestations de soins, et non ces prestations mêmes.

Il n'en demeure pas moins que toujours plus d'assurés, parfois appuyés par leurs fournisseurs de soins, se plaignent auprès de l'Ombudsman de la manière dont les assureurs font usage de leur droit de contrôler les prestations. Ces plaintes concernent principalement la physiothérapie, les soins à domicile, la réhabilitation, les médicaments et les soins dentaires.

## Des exemples

Les assureurs estiment généralement qu'après un certain nombre de séances de physiothérapie, celles-ci ne sont plus nécessaires, alors même que les professionnels affirment le contraire. Dans ces cas, c'est *l'efficacité* du traitement qui est mise en cause. Une discussion entre médecin traitant et médecin-conseil de l'assureur permet parfois de trouver une solution.

Les soins dentaires ne sont remboursés par l'assurance-maladie de base que dans des cas définis par la loi, notamment à la suite d'un accident. D'habitude, le dentiste préconise le meilleur traitement pour son patient, alors que le dentiste-conseil de l'assureur conteste *l'adéquation* et le caractère *économique* de tels soins. Ce dernier propose alors un autre traitement, auquel le dentiste traitant s'oppose généralement. Les litiges qui en résultent sont parfois soumis à l'Ombudsman, qui tente une médiation en se faisant conseiller par un spécialiste de la médecine dentaire.

C'est surtout sous l'angle *économique* que l'assureur abordera la question de savoir si une personne assurée devrait entrer dans un établissement médico-social ou si elle peut encore vivre chez elle en ayant recours à l'aide à domicile. Les soins sont généralement du même ordre de grandeur de coûts quelque soit la solution retenue, mais toutefois souvent légèrement plus élevés lorsqu'il est recouru aux soins à domicile. Il résulte toutefois de la jurisprudence que non seulement le critère économique, mais aussi l'environnement personnel et familial de l'intéressé doit être pris en compte. C'est pourquoi l'Ombudsman parvient souvent à convaincre l'assureur à ne pas se borner à l'aspect économique dans les cas qui lui sont soumis, du moins lorsque la différence de coût n'est pas trop marquée.

Le système suisse causal d'assurances sociales est composé de branches couvrant chacune un ou plusieurs risques et gérées chacune dans le cadre d'une loi sans qu'il ne soit tenu compte de la globalité d'une situation économique. Même les règles légales de coopération interinstitutionnelle ne parviennent pas à remédier à la tendance isolationniste qui qualifie la gestion dont chaque assureur social fait montre lorsqu'il est appelé à intervenir dans un cas particulier. Cette caractéristique se retrouve dans l'assurance-maladie. L'on citera pour preuve le cas de cet artisan indépendant qui ne pouvait plus exercer son métier sans devoir recourir à des séances répétées de physiothérapie. L'assureur obligatoire des soins ayant refusé, malgré l'intervention de l'Ombudsman, de prendre en charge les frais de ce traitement, l'intéressé tomba à la charge de l'assureur-maladie perte de gain, ce qui ne perturba pas outre mesure l'assureur d'abord sollicité.

## Questions juridiques de fond

L'Ombudsman a été saisi de toute une série de cas relatifs à la dégénérescence maculaire due à l'âge (DMLA). Pour soigner la forme dite humide de cette affection oculaire, seul un produit injectable a été admis dans la liste des médicaments remboursés par l'assurance de base. Le prix de ce médicament étant particulièrement élevé, nombre d'assureurs cherchent toutefois des solutions alternatives dont ils pourraient mettre les coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins en dépit du fait qu'elles ne figurent pas dans la liste en question. L'ordonnance sur l'assurance-maladie autorise le remboursement d'un médicament hors liste s'il fait partie d'un complexe thérapeutique dont une partie, la partie principale, est à charge de l'assurance obligatoire des soins et une partie pas. Elle l'autorise également lorsque le médicament permet d'écartier un risque de mort ou d'invalidité, qu'il n'existe pas d'autre moyen efficace d'écartier cette issue et qu'on peut en attendre un bénéfice élevé. Dans le cas de la DMLA un tel produit existe, même si son efficacité thérapeutique n'est pas dans tous les cas la même que celle du médicament figurant sur la liste. Aussi le médicament hors liste est-il de plus en plus utilisé. Si cela se comprend du point de vue économique, il n'en est pas moins important, sur le plan juridique, de veiller à ce que le recours à des médicaments hors liste ne conduise pas à un ébranlement du principe selon lequel les médicaments remboursés par l'assurance de base doivent figurer dans une liste officielle. Selon la jurisprudence, les décisions dans des cas particuliers ne doivent pas battre en brèche le contrôle du caractère économique des médicaments portés sur la liste des spécialités.

## **10 Contrôle de l'activité des fournisseurs de prestations**

Les assureurs prennent au sérieux l'obligation qui leur est faite de ne rembourser les prestations qu'après avoir vérifié si elles sont efficaces, appropriées et économiques. Plusieurs d'entre eux ont engagé des spécialistes de la médecine et des soins, notamment pour analyser la justification de certains traitements. On ne peut plus reprocher aux assureurs d'être de simples offices de paiement.

L'exemple des soins à domicile peut à nouveau être cité à cet égard. Le Bureau de l'Ombudsman reçoit toujours plus de plaintes concernant la façon dont l'assureur a évalué les besoins en soins d'un patient qui, dans un premier temps, ont été établis par une organisation de soins à domicile.

## **11 Retards dans les remboursements**

Chez maints assureurs, le renforcement du contrôle des prestations peut avoir pour effet de retarder la remise du décompte de remboursement. Chez d'autres, ce sont des problèmes informatiques qui provoquent des retards. Cette année encore, divers assureurs ont réaménagé leur système informatique. Or, chacun sait que la mise en service de nouveaux programmes informatiques s'opère rarement sans quelques difficultés. C'est ce qui est arrivé à un grand assureur, chez qui un problème était apparu dans la saisie des factures, entraînant un blocage dans leur remboursement. Il demanda à plusieurs reprises à ses assurés de patienter. Mais plusieurs d'entre eux, dont certains avaient de nombreuses factures non remboursées, s'inquiétèrent de la capacité financière de l'assureur à remplir ses obligations et en firent part à l'Ombuds-

man. Dans de tels cas, celui-ci ne peut qu'informer et rassurer les intéressés. Si le retard est important et très préjudiciable à l'assuré, il s'efforcera d'obtenir de l'assureur qu'il le rembourse avant les autres. C'est ce qu'il fit pour une famille à ressources modestes qui attendait depuis plus de six mois un remboursement certes modique, mais très important pour elle. Avant l'intervention de l'Ombudsman, l'assureur concerné n'avait pas daigné répondre aux réclamations réitérées de cette famille.

## **12 Assurances d'indemnités journalières**

Pour le Bureau de l'Ombudsman, les affaires relatives aux indemnités journalières sont parmi les plus exigeantes. Comme elles portent sur des sommes généralement beaucoup plus élevées que dans l'assurance des soins, les assureurs les suivent avec une attention accrue. La jurisprudence du Tribunal fédéral les conforte à cet égard, puisqu'elle leur permet, même après peu de temps déjà, d'imposer des conditions à l'assuré et de réduire ou supprimer des prestations. L'Ombudsman s'est déjà exprimé à ce sujet en d'autres occasions.

Comme le montrent les exemples suivants, l'action de l'Ombudsman peut être utile dans ce domaine également.

Premier exemple: un assureur avait versé à une assurée des indemnités journalières pour incapacité partielle de travail, cela pendant assez longtemps, jusqu'à l'extinction du droit à cette prestation. Plus tard, l'assurée, qui avait continué d'utiliser sa capacité partielle de travail, tomba à nouveau malade et devint entièrement incapable de travailler. L'assureur refusa de lui verser à nouveau des indemnités journalières. Etant donné qu'il s'agissait en l'occurrence d'une assurance selon la LAMal, et non d'une assurance privée, l'Ombudsman rappela à l'assureur que, l'assurée se trouvant sous le régime de la LAMal, la couverture n'avait pas pris fin, contrairement à ce qui serait arrivé dans une assurance privée. L'employeur de l'assurée continuait d'ailleurs de payer les primes. Convaincu par cette argumentation, l'assureur recommença à verser des prestations.

Deuxième exemple: un assuré qui continuait d'exercer une activité lucrative indépendante après l'âge de la retraite tomba malade. Il demanda à l'assureur de lui verser les prestations prévues par l'assurance selon la LAMal à laquelle il avait été soumis avant la retraite. Bien que cela ne fût pas stipulé dans le règlement de l'assurance, l'assureur lui avait garanti, avant la survenance du dommage, que la couverture se prolongeait au-delà de l'âge de la retraite. Dès que l'assuré lui demanda des prestations, l'assureur se rétracta et prétendit ne pouvoir lui verser que deux francs par jour. Après l'intervention de l'Ombudsman, il revint sur sa décision et versa les indemnités journalières garanties.

Troisième exemple: après avoir dû quitter pendant la période d'essai un emploi, un assuré s'était inscrit à l'assurance-chômage, qui lui versa des indemnités jusqu'au jour où, étant tombé malade, il ne fut plus apte au placement. Il demanda alors à l'assureur de l'entreprise dans laquelle il avait travaillé et auprès duquel celle-ci avait conclu un contrat d'assurance collective LCA d'indemnités journalières son libre passage dans l'assurance individuelle. Sa requête fut rejetée au motif que les rapports de travail avaient pris fin avant l'expiration de la période d'essai. L'Ombudsman rappela à

l'assureur que la loi sur le contrat d'assurance contient une norme saisissant la situation des assurés tombant au chômage, qui, renvoyant à une disposition de la LAMal, n'opère aucune distinction suivant que ceux-ci ont perdu leur emploi pendant ou après la période d'essai. Reconnaisant, là encore, la justesse des explications de l'Ombudsman, l'assureur intégra l'intéressé dans l'assurance individuelle. Bien entendu, celui-ci ne pourra obtenir des indemnités journalières que s'il peut faire valoir une perte de gain, qui pourra aussi résulter d'une cessation du droit aux indemnités de chômage.

### **13 Changements de comportements**

Les collaborateurs de l'Ombudsman constatent tous les jours un net durcissement des positions respectives des assurés et des assureurs.

Les requêtes des assurés sont toujours plus nombreuses, mais aussi toujours moins documentées. Beaucoup s'attendent à être pleinement et rapidement satisfaits, sans avoir à fournir eux-mêmes un grand effort. C'est notamment le cas lors d'appels téléphoniques et dans les courriels. Cette évolution exerce une pression accrue sur les collaborateurs, qui ne peuvent toutefois se prononcer sans un examen consciencieux des faits et qui ne sont pas non plus disposés à se laisser instrumentaliser par certains assurés agressivement critiques, voire querelleurs. Ils persistent donc à demander l'envoi de tous les documents nécessaires, y compris d'une éventuelle prise de position de l'assureur. Seules les demandes de renseignements claires et concises reçoivent une réponse immédiate sous forme de brève information de portée générale. D'une manière frappante, nombre de requérants se rétractent dès qu'ils doivent fournir des documents.

#### **Des assurés mécontents**

Il ressort des demandes adressées à l'Ombudsman que les assurés sont de plus en plus mécontents de l'assurance-maladie. Les plus âgés se sentent victimes d'ostracisme lorsqu'ils voient exploser leurs primes d'assurances complémentaires et qu'on laisse entendre (dans le milieu des assureurs) que même leurs primes d'assurance de base seront bientôt majorées. Les plus jeunes appellent à la lutte contre les abus au moyen de contrôles renforcés, mais changent souvent radicalement d'avis lorsqu'ils sont eux-mêmes tombés malades et que leur assureur leur pose des questions. Jamais le Bureau de l'Ombudsman n'a enregistré autant de critiques et de reproches, parfois à l'emporte-pièce, contre les assureurs-maladie. Jamais ses collaborateurs n'ont subi autant de menaces directes ou larvées, parfois même à leur adresse privée. Ce phénomène mérite d'être rendu public.

Les assureurs ne sont pas entièrement étrangers à de tels développements. Dans leurs avis de refus de prestations, par exemple, l'exposé des motifs est toujours plus laconique, quand il n'est pas totalement absent. Le ton employé par certains d'entre eux à l'égard de leurs assurés s'est également dégradé. Quelques assureurs en particulier se font remarquer à cet égard. C'est ainsi que plusieurs assurés d'un même assureur se sont plaints d'avoir été mal reçus au téléphone. Des réponses telles que «C'est de votre faute si vous payez des primes élevées» ou «Allez donc vous faire assurer ailleurs» semblent être à l'ordre du jour de cet assureur. Ce n'est pas seulement le caractère impersonnel des informations obtenues sur des hotlines qui favorise cette évolution. Beaucoup d'assurés se plaignent de ce qu'ils ne peuvent généralement plus se fier

aux renseignements obtenus. Lorsqu'ils contactent l'assureur à plusieurs reprises, l'interlocuteur n'est que rarement le même. Contraints à exposer leur cas plusieurs fois, les réponses qui leur sont données varient fréquemment. De nombreux assurés sont en outre désorientés face aux mesures prises par la branche pour accroître l'efficacité du système. Certains assureurs suscitent à cet égard plus de perplexité que d'autres.

Les retards, déjà évoqués, dans le versement des prestations sont également source d'insatisfaction. Diverses plaintes auprès de l'Ombudsman sont à mettre au compte de problèmes informatiques, mais aussi d'une surcharge de travail chez l'assureur.

L'Ombudsman peut, lui aussi, pâtir de la surcharge de travail des assureurs. Pour la première fois cette année, des assureurs auxquels il avait demandé des éclaircissements n'ont pas été en mesure de lui répondre dans les délais usuels. L'un d'eux lui a même répondu par écrit que son personnel était trop occupé sur le marché pour lui répondre à temps. La lutte contre les concurrents semble être prioritaire. Plus ou moins tolérables lorsque la réponse est positive, les conséquences de ces retards peuvent être préjudiciables à l'assuré si elle est négative. Le Bureau de l'Ombudsman avait, par exemple, demandé des éclaircissements à l'assureur au sujet d'arriérés de primes réclamés à un assuré (qui, de son côté, n'était certes pas exempt de tout reproche). Or, non seulement l'assureur mit trois mois pour réagir, mais il engagea presque simultanément une procédure de saisie, avant même que la collaboratrice en charge du dossier ait eu le temps de discuter avec l'assuré la position de la caisse et ses conséquences juridiques.

### **Moins d'arrangements à l'amiable**

L'Ombudsman observe que, d'une manière générale, les assureurs ont moins de latitude pour résoudre à l'amiable certains cas délicats.

Il lui arrive aussi parfois de constater à regret qu'après avoir fait échouer une médiation, un assureur s'arrange tout de même avec l'assuré parce que celui-ci est intervenu auprès de sa direction par l'entremise d'un avocat ou parce qu'il bénéficiait de relations personnelles. Il convient de rappeler à ce propos que les arrangements à l'amiable ne sont pas licites dans l'assurance de base et que, s'ils le sont dans l'assurance complémentaire, il est souhaitable qu'ils aient été conclus dans le cadre d'une médiation de l'Ombudsman.

Par ailleurs, les cas qui se présentent sont de plus en plus complexes. Une fois pris dans l'engrenage, l'assuré peut avoir bien de la peine à s'en sortir, comme le montre l'exemple suivant: induite en erreur par un démarcheur, une mère avait conclu, pour sa fille, auprès de deux assureurs, deux assurances dentaires offrant des prestations semblables mais pour des montants différents. Elle avait pensé bien faire, le démarcheur lui ayant affirmé que l'une des assurances compléterait l'autre. Mais lorsqu'elle demanda le remboursement d'un traitement dentaire subi par sa fille, l'un des assureurs prétendit qu'elle voulait abuser de l'assurance et fit valoir la surindemnisation pour réduire sa prestation. Quant à l'autre assureur, il remit à l'intéressée un décompte de prestations confus et se perdit en contradictions au sujet de la limite de surindemnisation. Après un examen des questions juridiques qui se posaient, l'Ombudsman obtint des deux assureurs qu'ils transigent et fixent pour l'avenir une clé de répartition.

## **14 Perspectives**

Il est à prévoir que le nouveau régime de financement des hôpitaux engendrera une recrudescence des interventions auprès de l'Ombudsman, notamment pour les problèmes qu'il soulève dans l'assurance complémentaire. Et l'on se félicitera une fois de plus de n'avoir pas limité la compétence de l'Ombudsman à la seule assurance de base. A la fin 2011 la mise en œuvre de ce régime suscitait de vives inquiétudes. Or, il s'est effectivement avéré que, les partenaires tarifaires n'étant souvent pas encore parvenus à s'entendre sur les forfaits par cas, les autorités cantonales ont dû édicter des réglementations provisoires au début 2012.

En ce qui concerne les assurances complémentaires, les incertitudes sont aussi à relever. Il est à prévoir que les assureurs vont devoir adapter leur offre d'assurances complémentaires d'hospitalisation ou redimensionner les prestations des produits existants. Ce mouvement a déjà été amorcé fin 2011.

Sur un plan plus général, l'Ombudsman s'attend malheureusement à ce que les rapports entre assureurs et assurés continuent d'être tendus, ce qui ne laissera pas de se répercuter sur son travail et sur celui de ses collaborateurs.



