

Office de médiation
de l'assurance-maladie

20**13**

Rapport annuel

Edition du 20^e anniversaire de l'office de médiation

Fondation Office de médiation de l'assurance-maladie

Conseil de fondation (état au 31 décembre 2013):

Markus Moser	Président , docteur en droit, 3172 Niederwangen
Christoffel Brändli	Vice-président , mag. Oec. HSG, anc. conseiller aux Etats, président de santésuisse, 7302 Landquart
Mariantonia D'Andrea Jäger	Docteur méd. psychiatrie et psychothérapie, 3007 Bern
Nikolai Dittli	CEO de la CONCORDIA, 6020 Emmenbrücke
Christiane Langenberger	Ancienne conseillère aux Etats, 1122 Romanel-sur-Morges
Fabiola Monigatti	Lic. en droit, LL.M., 7742 Poschiavo
Urs Schwaller	Docteur en droit, Conseiller d'Etat, avocat, 1700 Fribourg

Bureau de l'Office de médiation (état au 31 décembre 2013):

Morena Hostettler Socha	Médiatrice , lic. en droit, avocate
Urs Eigensatz	Expert dipl. en assurance-maladie
Isabelle Gottraux	Lic. en droit, juriste
Charles Loréтан	Expert dipl. en assurance-maladie
Hans-Thomas Scherrer	Lic. en droit, juriste et secrétaire
Jasmin Schmid	MLaw, juriste
Barbara Würmli	BLaw, juriste

Chers lectrices et lecteurs,



Je me nomme Morena Hostettler Socha. Je suis avocate tessinoise et, depuis le 1^{er} août 2013, votre médiatrice de l'assurance-maladie. Au cours de l'année passée sous revue, j'ai fêté mon dixième jubilé en tant que collaboratrice juriste de l'office de médiation et en dernier lieu, comme suppléante de mon prédécesseur, Monsieur Rudolf Luginbühl, avocat. Auparavant j'étais Présidente de la Chambre extraordinaire de la Commission de l'AVS/AI pour les personnes domiciliées à l'étranger et, anciennement, greffière juriste auprès du Tribunal fédéral des assurances à Lucerne.

Le présent rapport annuel est consacré aux vingt ans d'existence de l'office de médiation de l'assurance-maladie. L'organisation faïtière des assureurs-maladie, qui était autrefois le Concordat des assureurs-maladie suisse (CAMS) avait décidé, à l'occasion de son 100^e jubilé, de mettre à disposition des assurés un médiateur. Ce projet vit le jour le 7 janvier 1993. Le Concordat tint une conférence de presse à l'hôtel Bellevue Palace à Berne et présenta le premier médiateur de l'assurance-maladie sociale, Monsieur Kurt Sovilla, docteur en droit, ainsi que le représentant de ce dernier, Monsieur Gebhard Eugster, docteur en droit, lequel allait devenir plus tard son successeur. Le 11 janvier suivant, ces deux personnes se lancèrent dans leurs nouvelles tâches. Depuis lors, ce n'est pas moins de 110 000 demandes et plaintes qui ont été traitées par l'office de médiation. Ce succès sera relaté en détail au chapitre 5 du présent rapport.

Le rapport annuel sera désormais présenté en trois langues nationales (en allemand, français et italien) et portera le titre «Ombudsstelle Krankenversicherung», respectivement «Office de médiation de l'assurance-maladie» et «Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattia». S'agissant du nom de l'office, il sera renoncé à l'avenir au terme suédois «Ombudsman» car celui-ci prête à confusion puisqu'il vise autant l'institution de médiation que la personne qui en est responsable. Pour cette raison le choix a été porté sur le terme neutre, du point de vue du genre, d'office de médiation. Ce choix se justifie d'autant plus que ni la fondation chapeautant l'office de médiation ni les précédents médiateurs n'ont été inscrits au Registre du commerce sous le terme suédois «Ombudsman» puisque l'on y retrouve les termes allemands «Ombudsstelle» (office de médiation) et «Ombudsmann» (médiateur).

Pour terminer, j'aimerais remercier les assurés et les assureurs de la confiance qu'ils ont témoignée vis-à-vis de l'office de médiation mais aussi les collaborateurs de l'office pour leur engagement quotidien au service de ceux qui ont besoin de leurs conseils et soutien.

Votre médiatrice



Sommaire

1	Office	7
2	Conseil de fondation	7
3	Chiffres	9
	Entrées par matière	9
	Entrées par branche d'assurance.....	10
	Entrées par langue.....	10
	Evolution des entrées (résumé).....	10
4	Principes directeurs de la médiation	11
	Quand l'office de médiation est-il compétent pour traiter un cas?	11
	Quand l'office de médiation n'est-il d'aucune aide pour les assurés?	12
	Qui peut recourir aux services de l'office de médiation et comment procéder?... ..	12
	Et que se passe-t-il si la personne assurée est au bénéfice d'une assurance de protection juridique ou est représentée par un avocat?.....	13
	Que peuvent attendre les assurés de la médiatrice et de ses collaborateurs?	13
	L'office de médiation peut-il influencer la politique d'entreprise des assureurs?....	13
5	L'office de médiation au fil du temps	14
	La fondation	14
	La période précédant l'entrée en vigueur de l'assurance-maladie obligatoire des soins (1993–1995).....	15
	La période suivant l'entrée en vigueur de l'assurance-maladie obligatoire des soins (dès le 01.01.1996).....	17
	Les années de 2006 à 2013	22
6	Collaboration avec les assureurs-maladie	25
7	Perspectives	26

Afin de faciliter la lecture de ce rapport annuel le genre masculin sera utilisé sans discrimination.

1 Office

Au cours de l'année passée sous revue Monsieur le médiateur Rudolf Luginbühl, avocat, a pris sa retraite à l'âge de 60 ans. Le 1^{er} août 2013, sa suppléante, l'avocate tessinoise Morena Hostettler Socha a repris la responsabilité de l'office de médiation de l'assurance-maladie.

L'office de médiation, sis à Lucerne et compétent pour le traitement des cas en provenance de toute la Suisse en trois langues officielles, compte en son sein trois juristes (Isabelle Gottraux, Jasmin Schmid et Barbara Würmli), deux experts en assurance-maladie (Urs Eigensatz et Charles Lorétan) ainsi qu'un secrétaire-juriste (Hans-Thomas Scherrer). Au 31 décembre 2013, le taux d'occupation du personnel s'élevait à 5,9 postes.

2 Conseil de fondation

Le conseil de fondation se réunit au cours de l'année passée sous revue deux fois en séances ordinaires (le 10 avril 2013 et le 13 novembre 2013). Le **10 avril 2013**, il approuva l'exercice des comptes 2012 et le rapport annuel 2012. La période de législature touchant à son terme, le conseil de fondation procéda à de nouvelles élections. Christoffel Brändli, Mariantonia D'Andrea Jäger, Christiane Langenberger et Fabiola Monigatti furent réélus. L'ancien conseiller d'Etat Markus Moser avait déjà été élu lors de la séance extraordinaire du 10 décembre 2012 en tant que président. Nikolai Dittli et Urs Schwaller furent lors de la même séance élus comme nouveaux conseillers de fondation et entrèrent en fonction le 10 avril 2013. Le conseil de fondation s'organisa comme suit: Markus Moser fut désigné comme président et Christoffel Brändli fut chargé de la vice-présidence. Rudolf Gilli, ancien président et Paul Zbinden, ancien vice-président, ne se représentèrent plus à de nouvelles élections. Le conseil de fondation remercia les deux personnes, actives dans la fondation depuis ses débuts, pour leur grand engagement et leur rendit hommage comme suit:

Rudolf Gilli a assumé la présidence de la fondation en des temps difficiles. La question d'une fusion de l'office de médiation de l'assurance-maladie avec l'office de médiation de l'assurance privée dut être examinée. Il s'avéra nécessaire de trouver un successeur au médiateur sortant Gebhard Eugster. Et en 2012, la succession du médiateur Rudolf Luginbühl dut également être réglée. Rudolf Gilli avait été, comme successeur à la présidence à la place de l'ancien Conseiller fédéral Pierre Aubert et en tant que ex-CEO d'une grande caisse-maladie, la personne choisie pour mener à bien ces différentes tâches. L'ancien vice-président, Paul Zbinden, avait renoncé à la présidence. Rudolf Gilli se distingua par ses excellentes connaissances de la branche, par son objectivité et par sa maîtrise des dossiers.

Paul Zbinden, avocat et politicien, s'était entièrement engagé comme vice-président du conseil de fondation. Il appartient à cette catégorie de citoyens qui assument leurs tâches au plus près de leur conscience avec un sens des responsabilités particulièrement élevé. Il travailla inlassablement à la recherche de solutions propres et correctes et apporta bon nombre d'impulsions positives. Il était pour lui avant tout important que les bases financières de la fondation soient assurées non seulement à court mais aussi à long terme.

Parce que la séance du printemps était aussi la dernière séance à laquelle assistait le médiateur Rudolf Luginbühl, le conseil de fondation remercia également ce dernier pour son grand engagement. La reprise de la charge de l'office de médiation, après l'empreinte qu'y avait laissée Gebhard Eugster, n'avait pas été pour lui une tâche simple. Le choix porté sur la personne de Rudolf Luginbühl s'avéra toutefois des plus heureux. Il releva rapidement les défis qui se posaient à lui et apposa également sur l'office sa marque en raison de sa personnalité et de ses connaissances de la branche. Comme fin connaisseur du système de la santé publique et des problèmes qui s'y posent, il n'était pas seulement un excellent médiateur mais aussi à même d'expliquer la tâche de l'office de médiation à un large public. De surcroît il s'est distingué en raison de sa grande conscience du devoir. Le conseil de fondation regrette le départ de Monsieur Luginbühl et lui témoigne son profond respect et sa reconnaissance.

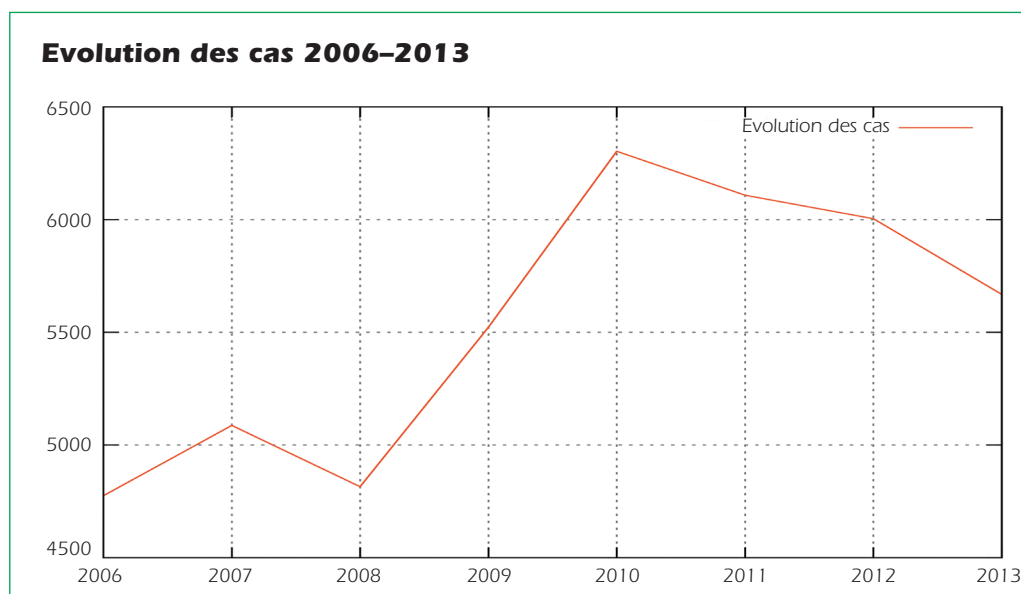
Le 13 novembre 2013, le conseil de fondation tint sa première séance dans sa nouvelle composition et en présence de la médiatrice fraîchement élue, Madame Morena Hostettler Socha. Le budget 2014 et la mise en œuvre de l'activité de l'office de médiation sous sa nouvelle direction furent à l'ordre du jour.

Il fut relevé que les acquis des deux précédents médiateurs, ceux de Gebhard Eugster pour avoir fait de l'office de médiation un centre de compétences juridiques et ceux de Rudolf Luginbühl pour avoir fait connaître les tâches de l'office de médiation à un large public au moyen d'un dialogue avec les médias, devraient être consolidés à l'avenir. Pour mettre en œuvre cet objectif, l'office de médiation se concentrera sur le maintien des connaissances acquises et la formation de ses collaborateurs en tenant compte aussi du départ à la retraite, à fin 2015, de deux collaborateurs de longue date.

Finalement diverses questions touchant à l'actualisation du système informatique de l'office de médiation et au financement de ce dernier par des personnes morales non-membres de santésuisse furent débattues.

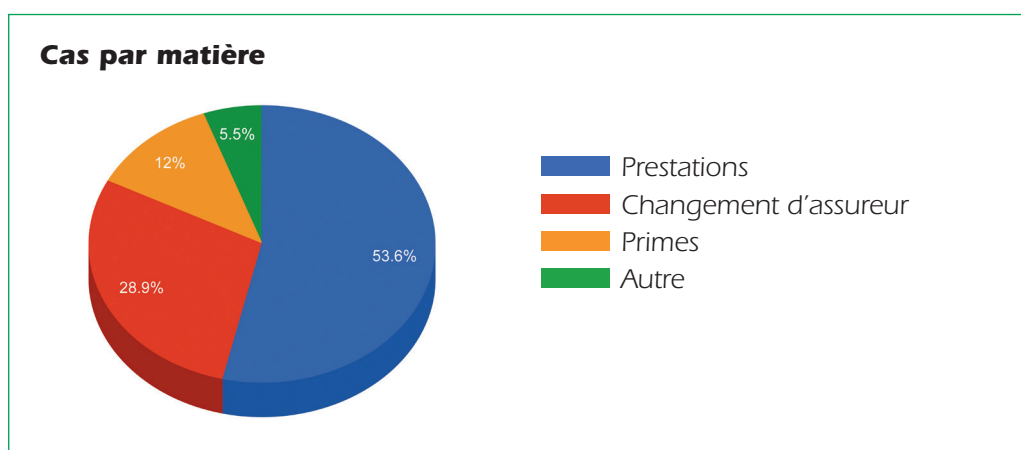
3 Chiffres

Au cours de l'exercice 2013, 5668 cas ont été soumis à l'office de médiation (2012: 6004), ce qui représente une baisse de 5.59% par rapport à l'année précédente.



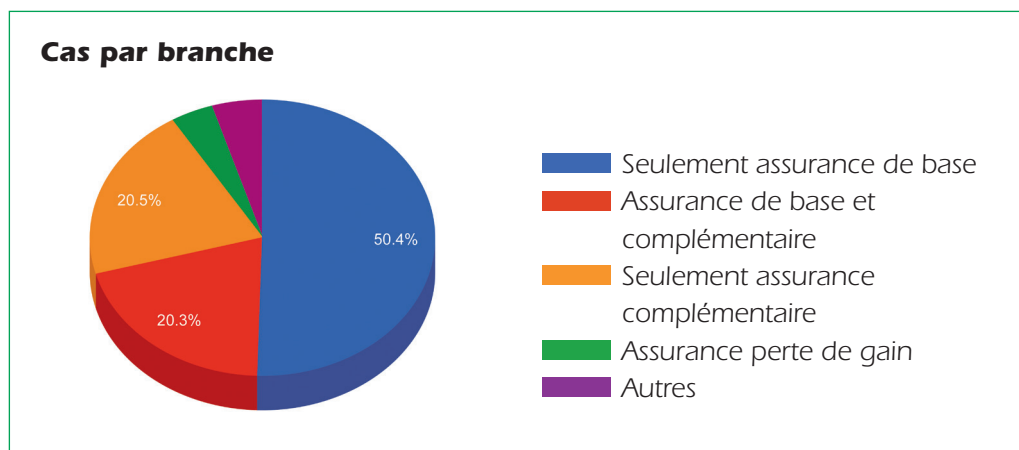
Entrées par matière

La répartition par matière se présente de la manière suivante: 3039 dossiers concernaient les prestations d'assurance (2012: 3042), 1'638 la conclusion d'une assurance ou le changement d'assureur (2012: 2004) et 678 les primes (2012: 747). Les 313 cas restants portaient sur des questions d'ordre général (2012: 211). Cette répartition témoigne d'une diminution nette de quelque 18% des cas touchant au domaine de «la conclusion (d'une assurance) ou du changement d'assureur». Il s'agit-là d'une évolution réjouissante. Les diverses prises de position de l'office de médiation dans les médias concernant ces problématiques portent apparemment leurs fruits.



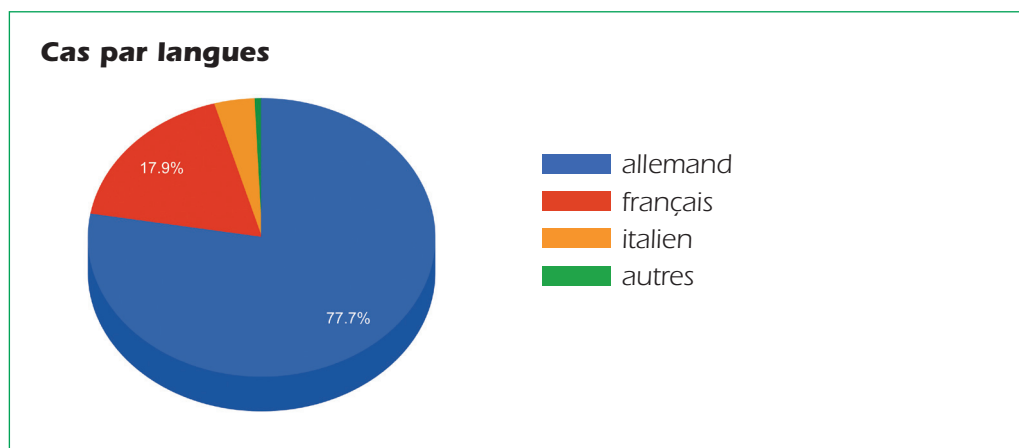
Entrées par branche d'assurance

2859 cas ne concernaient que l'assurance de base (2012: 2959), 1161 uniquement les assurances complémentaires (2012: 1381), 1'151 ces deux branches (2012: 1202). En 2013 226 cas concernèrent l'assurance indemnités journalières (2012: 253). Les 271 cas restants portèrent sur des questions de nature générale, parfois même, sans rapport avec l'assurance-maladie (2012: 211). Le nombre total des cas est certes en recul mais se situe malgré tout à un niveau particulièrement élevé.



Entrées par langue

4403 requêtes furent adressées à l'office de médiation en allemand (2012: 4283), 1013 en français (2012: 1482), 212 en italien (2012: 191) et 40 dans d'autres langues, telles que l'anglais et l'espagnol (2012: 48). Le nombre de requêtes en langue française, après avoir augmenté fortement en 2012, est à nouveau en nette diminution. Il semble donc que les problèmes touchant aux modèles alternatifs de l'assurance obligatoire des soins ainsi que ceux qui se sont présentés lors de la faillite d'un assureur dans le domaine de l'assurance complémentaire ont pu être résolus. Les situations concernèrent des assureurs dont les sièges sociaux se trouvaient en Romandie.



Evolution des entrées (résumé)

Le nombre des requêtes, après un important pic en 2010 (6303), est à nouveau légèrement en recul (5668), ce qui correspond à 10% des cas. Le nombre d'affaires traitées durant l'année passée sous revue se situe encore à un niveau élevé si l'on garde à l'esprit le fait que durant les dix dernières années, 5485 cas en moyenne ont été présentés à l'office de médiation.

4 Principes directeurs de la médiation

Cette année encore, il convient d'expliquer au public la mission et la manière de procéder de l'office de médiation. Ce rappel est nécessaire à l'heure où toujours plus de gens attendent de l'office de médiation qu'il joue un rôle pour lequel il n'a pas été institué. C'est ainsi que les assurés le considèrent souvent à tort comme une institution d'assistance juridique gratuite à laquelle ils peuvent délivrer des instructions. Ou encore ils partent à tort de l'idée que la sollicitation des services de l'office de médiation a pour effet d'interrompre des délais en cours, comme il en irait s'ils s'adressaient à une instance judiciaire. Les fournisseurs de prestations et autres institutions défendant les intérêts des assurés voient aussi parfois en l'office de médiation un bureau de renseignements ou un centre d'expertise dont les avis peuvent aussi servir leur politique. Même pour les collaborateurs des caisses-maladie, la question de savoir dans quels cas ils peuvent adresser un assuré à l'office de médiation et dans quels cas ils ne le peuvent pas n'est pas claire.

D'après l'acte fondateur de la fondation et le règlement s'y rapportant, la principale tâche de l'office de médiation consiste à dissiper les malentendus entre les caisses-maladie et leurs assurés ainsi qu'à trouver des solutions en cas de divergence d'opinions. Dans ce cadre, l'office de médiation prodigue des conseils aux assurés et les informe sur la législation en vigueur ainsi que sur la jurisprudence du Tribunal fédéral. Les renseignements qu'il délivre concernent le cas concret qui lui est soumis. Dans les cas sortant de sa compétence, l'office signale l'existence d'organisations de conseil et d'assistance. L'office intervient finalement auprès des assureurs-maladie lorsque la personne assurée qui sollicite son aide met à sa disposition les documents nécessaires. L'office de médiation s'est donné comme but de soutenir gratuitement et de manière non bureaucratique les assurés et ainsi de contribuer à la recherche d'une solution à leurs problèmes avec leurs caisses-maladie.

Quand l'office de médiation est-il compétent pour traiter un cas?

Il est compétent lorsqu'il a affaire à un contrat d'assurance ressortissant au domaine de l'assurance obligatoire des soins d'après la LAMal (= Loi fédérale sur l'assurance-maladie) et/ou de l'assurance complémentaire d'après la LCA (= Loi fédérale sur le contrat d'assurance) et, s'agissant des parties en conflit, lorsque la personne assurée est couverte auprès d'une caisse-maladie reconnue au sens de l'art. 11–13 LAMal ayant son siège en Suisse.

Dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins d'après la LAMal les thèmes suivants occupent particulièrement les assurés:

- Obligation d'assurance (affiliation, dispense, suspension)
- Formes particulières d'assurance (franchise à option, assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations etc.)
- Changement d'assureur
- Prestations (en cas de maladie, d'accident à titre subsidiaire, de maternité)
- Prestations à l'étranger
- Soins dentaires
- Primes et participations aux coûts
- Encaissement
- Assurance facultative d'indemnités journalières
- Protection des données (obligation de collaborer, accès au dossier) etc.

Dans le domaine de l'assurance complémentaire selon la LCA les thèmes suivants sont principalement traités:

- Propositions d'assurance
- Réticence
- Encaissement
- Prestations
- Prescription
- Justification des prétentions
- Assurance d'indemnités journalières
- Obligation de diminuer le dommage
- Double assurance etc.

Quand l'office de médiation n'est-il d'aucune aide pour les assurés?

Les possibilités d'intervention de l'office de médiation sont limitées dans le temps en ce sens que lorsque l'assureur a rendu (dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins) une **décision formelle**, la phase contentieuse a été franchie et une intervention de l'office n'est plus admissible. Cette étape une fois dépassée, l'office de médiation s'abstient d'évaluer l'issue du procès et ne dispense pas non plus de conseils quant à la façon de se comporter en cours de procédure.

L'office de médiation **n'est pas compétent** dans les domaines suivants:

- En cas de **litiges entre un fournisseur de soins et son patient** lorsque ceux-ci concernent par exemple le traitement ou une question de responsabilité civile. Dans ces cas, il doit renvoyer les assurés auprès de l'Ombudsman des médecins, d'une organisation de défense des patients ou d'un avocat spécialiste en la matière.
- En cas de **différends entre autorités et citoyens**, par exemple en matière de subsides pour la réduction des primes ou de prestations complémentaires. Suivant les cantons, il existe des médiateurs auxquels les citoyens peuvent s'adresser.
- En cas de contestations entre autorités (par exemple au sujet de la prise en charge par l'aide sociale de primes impayées).
- En cas de **contestation des primes approuvées par l'autorité**, qu'il s'agisse de l'assurance de base ou d'une assurance complémentaire. Les caisses-maladie ne peuvent exiger que des primes qui ont été approuvées par l'autorité compétente et dont le calcul ne peut plus être remis en question par l'office de médiation. Celui-ci ne peut intervenir que lorsque l'assuré a été mal classé eu égard au tarif approuvé.
- En cas d'**intervention problématique de démarcheurs en assurance indépendants**, dont l'assureur ne répond pas.

Dans tous les cas qui précèdent, l'office de médiation se borne à donner oralement de courts renseignements et instructions.

Qui peut recourir aux services de l'office de médiation et comment procéder?

Ce sont avant tout les assurés eux-mêmes qui s'adressent à l'office de médiation. Ils le font le plus souvent par téléphone ou par voie postale, mais de plus en 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'office de médiation par ce biais sont souvent mal documentées, ce qui l'oblige fréquemment à demander des éclaircissements à l'assuré. Le site de l'office de médiation (www.ombudsman-am.ch) contient une formule de contact avec les informations correspondantes. L'office de médiation est également toujours plus souvent sollicité par des fournisseurs de soins et des services sociaux, qui intercedent en faveur de patients ou d'utilisateurs

confrontés à des problèmes avec leur assureur. L'office de médiation n'entre en matière sur de telles demandes que si l'assuré l'a expressément souhaité. Ce n'est toutefois pas la tâche de l'office de médiation de décharger les autres organisations du travail qui leur incombe ou de s'immiscer dans des litiges entre fournisseurs de prestations et assureurs concernant la politique tarifaire. Il existe en tels cas d'autres instances de médiation. En ce qui concerne les demandes provenant d'assurés soutenus par les services sociaux, l'office de médiation se limite à donner oralement des informations juridiques, tout en faisant preuve de retenue. La plupart du temps il renonce à intervenir auprès des assureurs car ce n'est pas son rôle que d'intervenir en lieu et place d'institutions étatiques.

Il est frappant de constater que l'office de médiation est toujours plus sollicité par des bureaux fiduciaires au nom de leurs mandants. Là aussi, l'office de médiation fait preuve de retenue. En effet, c'est aux assurés qui s'adressent à lui que doit profiter ses services gratuits et non aux bureaux de courtage qui facturent des honoraires à leurs clients pour leurs services.

Et que se passe-t-il si la personne assurée est au bénéfice d'une assurance de protection juridique ou est représentée par un avocat?

L'office de médiation n'intervient pas si l'assuré a des prétentions 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, qui devraient servir leurs prestations contractuelles (conseils juridiques et prise en charge financière des services d'un avocat), adressent leurs clients à l'office de médiation afin de se faciliter la tâche et de faire des économies financières. L'assuré ne reçoit ainsi pas une prestation qu'il a financée en payant des primes. C'est l'Ombudsman de l'assurance privée et de la CNA/SUVA qui fait office de médiateur dans les différends entre les assurances de protection juridique et leurs clients.

Que peuvent attendre les assurés de la médiatrice et de ses collaborateurs?

Les assurés reçoivent des collaborateurs de l'office de médiation un avis sur l'affaire litigieuse et une prise de position lorsqu'ils ont épuisé les possibilités de s'entendre avec l'assureur. Les demandes des assurés sont examinées de manière approfondie. Le cas échéant, le collaborateur de l'office de médiation en charge du dossier intervient directement auprès de l'assureur. Ces interventions et les réponses des assureurs revêtent généralement la forme écrite. Quand la cause est urgente, il est pris contact avec l'assureur par téléphone. L'office de médiation dispose auprès de chaque assureur de personnes de liaison chargées de recevoir ses demandes, de les faire examiner dans le cadre interne et d'y répondre. Si l'office de médiation 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'office de médiation peut-il influencer la politique d'entreprise des assureurs?

L'action de l'office de médiation porte sur les cas particuliers et s'appuie sur le droit en vigueur. L'office de médiation 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'office de médiation autorise certes ce dernier à alerter l'association faitière des assureurs-maladie (santésuisse), voire même 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 un niveau de qualité élevé de la branche. Dans ce sens, il peut effectivement influencer, dans certains domaines, sur la politique d'entreprise des assureurs.

De plus en plus souvent, l'office de médiation prend contact avec les directions des assureurs-maladie lorsque par exemple, des problèmes s'accumulent. En règle générale, les assureurs saluent ces interventions et sont la plupart du temps disposés à rechercher une solution aux problèmes soulevés de manière non bureaucratique.

5 L'office de médiation au fil du temps

La fondation

Le 22 juin 1991, le quotidien «Tages Anzeiger» informait ses lecteurs comme suit:

«Soleure. Le Concordat des assureurs-maladie suisse (CAMS) met à disposition de ses assurés un médiateur à l'occasion de son centième jubilé. C'est ce qu'annonça le président du CAMS Ueli Müller vendredi dernier à Soleure à l'occasion des festivités du centième anniversaire de l'organisation. L'office de médiation devrait entrer en fonction au début 1992. Le nouveau ou la nouvelle titulaire du poste de médiateur exercera principalement une fonction de conseil. Ainsi que l'a signalé le président du CAMS dans son allocution, le conseil aux assurés entrera dans le cahier des charges de l'office au même titre que la médiation entre les assurés et les assureurs. L'office de médiation sera financé par le biais d'une fondation. Ainsi il sera garanti que toutes les tâches de l'office pourront être assumées de manière neutre et indépendante.»

La mise en œuvre de ce projet nécessita toutefois un peu plus de temps que se l'étaient représenté les fondateurs. C'est ainsi que l'office de médiation, qui s'appelait à l'époque «Office de médiation de l'assurance-maladie social», entama ses activités seulement le 11 janvier 1993.

Quelques jours auparavant, soit le **7 janvier 1993**, le président du Concordat, Ueli Müller, avait convoqué une conférence de presse et avait présenté le premier médiateur, Kurt Sovilla, docteur en droit, et son collaborateur, Gebhard Eugster, docteur en droit, au public. A cette occasion, Monsieur Müller insista sur le fait que l'office de médiation devrait être un complément non bureaucratique du système de l'assurance-maladie et que, non pas la jurisprudence mais le conseil et l'intervention auprès des assureurs seraient au centre de son activité. Celui-ci serait appelé à intervenir lors d'états de fait faisant apparaître une activité arbitraire de l'assureur, un dépassement de son pouvoir d'appréciation, une application erronée du droit, un déni de justice ou une négligence. L'office devrait prêter assistance au membre de la caisse s'estimant traité contrairement au droit, que ce soit par un comportement volontaire de la caisse, par méconnaissance, par superficialité ou pour des considérations purement formelles. Pour que le médiateur puisse travailler de manière indépendante, une «fondation de l'assurance-maladie sociale» avait été créée, et dans laquelle siégeaient, dans leur majorité, des conseillers de fondation sans lien avec les caisses-maladie et provenant de divers horizons politiques et géographiques du pays.

Les fondateurs désignèrent comme lieu du siège de l'office de médiation la ville de Lucerne. Ce choix ne fut pas le fruit du hasard puisque Lucerne était déjà connue à l'époque comme centre de compétence des assurances sociales. Dans cette ville se

trouvait le siège principal de la CNA ainsi que celui de deux grands assureur-maladie (la CSS et la Concordia). De même les deux cours de droit social du Tribunal fédéral (autrefois le Tribunal fédéral des assurances) y sont toujours implantées. Au cours des ans, c'est aussi la faculté de droit de l'Université de Lucerne, laquelle est spécialisée dans le domaine des assurances sociales, qui y vit le jour.

La période précédant l'entrée en vigueur de l'assurance-maladie obligatoire des soins (1993–1995)

La loi fédérale sur l'assurance-maladie et accidents de 1911 autrefois en vigueur se limitait à un petit nombre de normes réglant les conditions de subventionnement des caisses-maladie par l'autorité fédérale. Elle laissait ainsi aux caisses toute latitude de régler dans leurs statuts et règlements leur large palette de prestations mais permit aussi le foisonnement de nombreuses ordonnances et règlement du Conseil fédéral ou de son département compétent, sans compter le développement jurisprudentiel de la Haute Cour. A cela s'ajoutait le droit cantonal et fédéral supplétif (les mesures d'urgence).

La multiplicité de ces sources de droit et la densité des règles eurent pour effet que les assurés ne furent plus à même de se frayer un chemin dans la diversité des normes édictées dans le but de les protéger. Les caisses-maladie étaient bien conscientes autrement du grand besoin des assurés d'être conseillés. Elles développèrent alors de nombreuses aides tels l'édition de journaux de caisse, de fiches d'information et autres documents du genre et mirent aussi à disposition de leurs membres des offices de renseignements et de conseils. Le danger demeura que ces différents moyens ne soient précisément d'aucune aide dans les situations critiques. Les assurés ne trouvaient pas le document décisif dont ils avaient besoin et n'étaient plus prêts à admettre sans réserve un renseignement provenant de leur caisse lorsque celui-ci contredisait leurs intérêts. Ces situations, dans lesquelles le sentiment de méfiance des assurés était encore amplifié lorsqu'ils se sentaient livrés à un représentant de caisse dont les connaissances, suivant les situations fluctuaient considérablement, constituèrent un terrain fertile pour les malentendus et les divergences d'avis. Dans ces situations, un médiateur devait, au moyen de son activité de conseil et d'intervention auprès des caisses, être d'une grande aide pour les assurés.

Pour les raisons qui précèdent, une grande part de l'activité du médiateur durant l'année **1993** consista à faire état et à expliquer les diverses sources du droit applicable. L'office de médiation s'occupa notamment de thèmes tels la qualité des prestations de service, le sociétariat ainsi que les redevances dues à l'assureur et les prestations d'assurance. Tandis que les questions touchant aux redevances l'ont particulièrement occupé au début, c'est un besoin accru de conseils dans les autres domaines qui a pris le pas au cours des mois qui ont suivi. C'est ainsi que le médiateur dut traiter passablement de problèmes relatifs aux décomptes de prestations, parce que ceux-ci n'étaient pas a priori clairs. Il dut souvent expliquer comment la franchise devait être prélevée en cas de changement d'assureurs. Près de 10% des questions concernant les remboursements de prestations se rapportaient à des traitements dentaires ou de chirurgie maxillaire. Ce pourcentage, très élevé en comparaison des autres problèmes touchant aux remboursements de l'assureur traduit une grande incertitude chez les sociétaires des caisses. Bon nombre de cas ont concerné des situations dans lesquelles les assurés se sont fait hospitaliser en division privée ou semi-privée sans disposer d'une couverture adéquate avec pour conséquence de devoir assumer eux-mêmes la différence de coûts entre la division commune et celle où ils avaient séjourné. Beaucoup de questions concernèrent l'étendue et la durée des prestations en cas d'hospi-

talisation de longue durée. Dans ce domaine, le versement de prestations complémentaires pour le traitement médical ou la dispensation de soins après épuisement de la durée des prestations légales n'était pas connu de toutes les caisses. Les assurés se montrèrent aussi surpris que les caisses-maladie n'aient à verser des prestations que de manière limitée en cas de séjour en établissement médico-social. Malheureusement certaines caisses se considérèrent comme habilitées à supprimer des assurances complémentaires d'hospitalisation qui, jusque là, avaient versé des prestations en cas de séjour en établissements médico-sociaux. De telles modifications furent certes autorisées par la jurisprudence de dernière instance mais déstabilisa la confiance que les assurés avaient placée dans la garantie donnée initialement par leurs caisses et firent apparaître celles-ci comme des partenaires dont la fiabilité était remise en question.

Le médiateur conclut, dans son premier rapport annuel, qu'aux inquiétudes se manifestant dans le monde de l'assurance-maladie correspondaient une grande demande en services que pouvaient offrir l'office de médiation et que l'offre de ce dernier répondait manifestement aux besoins des assurés.

En **1994** également, l'examen ambitieux et différencié de questions touchant aux prestations d'assurance constitua l'activité principale de l'office de médiation, comme cela avait d'ailleurs déjà été le cas durant la deuxième moitié de l'année 1993.

La votation du 4 décembre 1994, au moyen de laquelle le peuple se décida pour une assurance-maladie obligatoire à partir du 1er janvier 1996, donna lieu dès le début de **l'année 1995** à beaucoup de questions auxquelles l'office de médiation n'a, pendant longtemps, pu répondre parce que l'ordonnance sur l'assurance-maladie, puis l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance des soins, ne furent édictées qu'à fin juin, respectivement fin septembre 1995. Au plus tôt dès octobre 1995, la plupart des assurés réalisèrent que leur situation personnelle en regard des primes se présenterait de manière bien différente que ce qu'ils avaient cru jusque là. La grande majorité des adultes furent concernés par une très importante augmentation de leur prime. La raison de cette augmentation individuelle de prime ne tenait pas seulement à un élargissement des prestations légales, comme cela avait été annoncé, mais était due également à une augmentation des coûts de la santé ainsi qu'à la suppression des subventions fédérales et des avantages liés aux assurances collectives. De plus dans la plupart des cantons on ne connaissait pas le nombre de bénéficiaires des subsides à l'assurance-maladie ni l'étendue des prestations en question. Une consternation générale régnait et l'office de médiation dut souvent entendre le reproche qui était adressé en fait aux institutions compétentes, à savoir que les parties dans la campagne de votation avaient joué avec un jeu de cartes truqué. L'insécurité juridique prévalait. Les raisons de cette situation étaient nombreuses: l'office fédéral compétent pour approuver les primes avait accusé du retard, les rabais qui avaient été accordés du temps de l'ancienne loi n'étaient plus admissibles sous la nouvelle, etc..

Durant le dernier trimestre de l'année 1995, la presse écrite et télévisée présenta des comparaisons de primes de l'assurance obligatoire de la plupart des grandes caisses pour l'année 1996. C'est ainsi que se produisit une vague de changement de caisses. Des centaines de milliers de rapports d'assurance furent modifiés à court terme. Les agences de nombreuses caisses étaient en décembre à ce point surchargées qu'il n'était plus possible de les joindre téléphoniquement. L'office de médiation fut, dans ce contexte, sollicité pour expliquer les délais de résiliation.

Les changements ne se produisirent pas sans heurts parce que les assureurs étaient enclins à refuser les candidats à l'assurance présentant des problèmes de santé ou les candidates enceintes. L'une des tactiques les plus répandues consistait à ne point réagir aux demandes réitérées d'affiliation. Dans un cas, la caisse refusa purement et simplement d'accorder la couverture obligatoire avec la franchise légale (fixée à l'époque à fr. 150.00). Il s'agissait d'une entorse manifeste à la loi dont le but était très clair. Encore avant l'entrée en vigueur de l'obligation d'assurance, les assureurs entendaient pratiquer une sélection des risques. Dans les cas où l'office de médiation n'est pas intervenu directement, il était conseillé aux intéressés de réclamer à la caisse une décision formelle ou de se plaindre auprès de l'autorité de surveillance, l'office fédéral des assurances sociales.

Beaucoup d'assurés déstabilisés cherchèrent auprès de l'office de médiation à être renseignés sur le sort futur de leurs assurances complémentaires d'hospitalisation en division privée et semi-privée. En 1995, il n'était de manière bien compréhensible pas possible de se prononcer.

**La période suivant
l'entrée en vigueur de
l'assurance-maladie
obligatoire des soins
(dès le 01.01.1996)**

La nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994 entra en vigueur le 1^{er} janvier 1996. Il s'agit d'une loi qui ne laisse aux caisses-maladie pratiquement aucune marge de manœuvre pour édicter des dispositions statutaires ou réglementaires autonomes, et ce, au contraire de l'ancienne loi de l'assurance-maladie qui était une pure loi de subvention et qui accordait aux assureurs une autonomie considérable dans la mise en œuvre de l'assurance de base. Cette autonomie conduisait à un système dans lequel les personnes âgées et atteintes dans leur santé étaient défavorisées.

Avec l'introduction de l'obligation d'assurance, la nouvelle loi misait expressément sur un renforcement de la solidarité. Il s'agissait aussi de pouvoir parvenir à une maîtrise des coûts. Sous l'angle de cet objectif, le nouveau texte législatif a fait un mauvais départ. Les assurés furent confrontés à une hausse exorbitante de leurs primes – parfois jusqu'à 70 voire 100 % d'augmentation – et les années suivantes ne devaient pas laisser présager une amélioration de la situation. Le noyau de la problématique de la croissance des coûts de la santé reste un sujet brûlant.

Le 1^{er} janvier **1997** marqua un changement de paradigme pour les assurances complémentaires. Tandis que les assurances complémentaires constituaient, sous l'ancien droit, une partie de l'assurance sociale, elles en furent sous le nouveau droit (LAMal), dissociées et soumises à la loi sur le contrat d'assurance (LCA). Ce changement de paradigme eut des conséquences drastiques, particulièrement pour les personnes âgées, parce que le principe prévalant dans le droit du contrat d'assurance de la fixation de la prime en fonction du risque encouru conduisit à une très haute augmentation des charges de prime. Certains assureurs appliquèrent ce principe de manière tellement rigoureuse que des augmentations de 100 % de la prime, voire plus, n'étaient pas des situations rares. Les personnes concernées furent choquées et réagirent de manière scandalisée. Durant le dernier trimestre de l'année 1997, ce ne furent pas moins de mille plaintes qui furent adressées à l'office de médiation. Les assurés avaient considéré leurs assurances complémentaires comme une sorte d'investissement sur l'avenir parce qu'ils avaient durant des années payé des primes pour des assurés plus âgés et étaient partis de l'idée qu'ils bénéficieraient une fois entrés dans l'âge des mêmes prestations de solidarité. Cette attente, après l'introduction de la LA-

Mal, allait devoir être déçue. Le législateur n'avait que trop peu protégé les positions des personnes âgées des conséquences d'un changement de système.

En 1998, les événements concernant une grande caisse marquèrent les annales de l'assurance-maladie sociale. La situation était unique. Dite caisse, qui était alors la troisième plus grande caisse de Suisse, annonça durant le deuxième semestre de l'année qu'elle ne proposerait plus dès le 1^{er} janvier suivant l'assurance obligatoire des soins dans huit cantons parce que ses primes étaient devenues bien trop élevées et qu'elles ne pouvaient dès lors plus être concurrentielles. En même temps, la caisse en question annonça qu'elle devait augmenter les primes dans les cantons restants parfois de manière considérable. L'abandon de la pratique de l'assurance obligatoire des soins dans huit cantons concernait plus de 100 000 assurés. En raison de l'importance de cet effet, l'office de médiation s'était attendu à être submergé de demandes. Ce ne fut pas le cas. Ce problème donna lieu au nombre modeste de 321 requêtes. Il fallut en conclure que les autorités fédérales compétentes ainsi que les cantons concernés avaient pu trouver avec la caisse en question des solutions pratiques pour le changement de caisse.

Dans le domaine des assurances complémentaires, les listes auxquelles se réfèrent souvent les conditions d'assurances, et qui servent à déterminer l'étendue des prestations ou les fournisseurs de prestations reconnus, donnèrent souvent matière à discussion. Et cela, parce que contrairement à ce que prévoyaient les conditions d'assurance, elles ne pouvaient pas être consultées ou ne pouvaient pas être obtenues sous forme d'extrait ou bien parce que les assurés avaient opté pour une thérapie ou choisi un thérapeute sur la base d'un renseignement téléphonique erroné ou mal compris alors que la thérapie ou le thérapeute ne figurait pas sur la liste ou en avait été rayé. Il fut à juste raison souvent reproché aux caisses que le point de savoir si la couverture d'assurance avait été améliorée ou au contraire amoindrie restait opaque pour les assurés lorsque l'on avait affaire à des listes pouvant être continuellement adaptées et que celles-ci n'étaient pas automatiquement communiquées.

Le thème de prédilection de **l'année 1999** fut la question de la prise en charge des soins apportés à domicile (spitex) ou en home médicalisé. La pression croissante des coûts dans le domaine des prestations infirmières prodiguées à domicile conduisit, comme il fallait s'y attendre, à un renforcement du contrôle de l'économicité de la part des assureurs. Les soins apportés à domicile sont placés par la loi sur l'assurance-maladie sur pied d'égalité avec les soins apportés en home médicalisé. Il en découle que chaque personne assurée a en principe le droit d'être traitée à domicile à charge de l'assurance obligatoire des soins. Pour cette raison, les patients avaient fait valoir à juste titre que l'on ne pouvait pas dénier à une personne, même lourdement dépendante de soins à domicile, le droit d'être traitée à charge de l'assurance obligatoire des soins quand la durée du traitement dépassait une courte période et que le séjour en home médicalisé aurait été plus avantageux pour l'assureur d'après les tarifs applicables. La difficulté consistait à poser des limites dans le temps. Il fut souvent recouru à une comparaison des coûts trop schématique en ce sens qu'il n'avait pas toujours été examiné, dans chaque cas concret, si une place en home médicalisé était effectivement libre et si l'on pouvait attendre de l'assuré qu'il entrât en institution. Dans quelques cas, des assurés se plaignirent du fait qu'une diminution des prestations avait été décidée sans avertissement préalable. L'attention des personnes intéressées n'avait pas été attirée sur le fait que le principe de l'économicité commandait un pla-

cement en institution. Il ne fut pas non plus accordé à l'assuré un délai transitoire pour qu'il puisse organiser le changement qui était attendu de lui.

En 2000, un sondage montra quelles questions litigieuses reviennent le plus souvent à l'ordre du jour des préoccupations de l'office de médiation. L'analyse fit apparaître que durant la période d'observation, qui s'était étendue d'avril à août, le 70 % des questions concernaient des litiges afférents à l'assurance obligatoire des soins. 18 % concernaient les assurances complémentaires tandis que 6 % avaient trait à des litiges survenus dans le domaine de l'indemnité journalière (LAMal et LCA).

Durant **l'année 2001**, ce sont des questions de procédure qui ont le plus souvent occupé l'office de médiation. Le prononcé de décisions formelles qui n'étaient pas reconnaissables comme telles ou qui contenaient une indication des voies de droit lacunaire occasionna des difficultés, sans parler des situations où les voies de droit figuraient en tout petits caractères sur le document. Les assurés se plaignirent à plusieurs reprises du fait que les assureurs négligeaient de rendre une décision formelle. Il se produisit aussi plus d'une fois que des aspects litigieux soient traités dans des décisions formelles (selon l'art. 49 LPG, autrefois 80 LAMal) alors qu'ils n'avaient pas à l'être.

Ce qui donna lieu à des discussions nourries était le fait que certains assureurs avaient glissé dans leur police d'assurance de nouveaux produits d'assurance, sans en avoir préalablement informé les assurés. Ceux qui ne les voulaient pas devaient expressément les refuser. Le médiateur se montra sceptique face à l'attribution automatique de couvertures complémentaires d'assurance et prit position comme suit:

«L'avantage consiste sans aucun doute à pouvoir constituer sans grand travail d'acquisition un portefeuille comprenant un grand nombre de polices, ces deux facteurs permettant d'abaisser les primes; l'attribution automatique présente pour le client l'avantage d'accéder à une assurance complémentaire sans avoir à franchir l'obstacle de l'examen des risques. Mais il ne faut pas omettre le revers de la médaille. On force les personnes concernées à agir. Celles-ci doivent repousser un cadeau non souhaité en refusant expressis verbis la nouvelle assurance. On leur retire la possibilité de pouvoir refuser une offre en gardant simplement le silence, comme le veut la règle générale de droit. Une éventuelle justification d'un octroi automatique d'assurances complémentaires peut dépendre de l'utilité pratique de cette couverture supplémentaire. Une couverture d'un intérêt concret douteux et de faible nécessité justifie moins une attribution non demandée qu'une assurance complémentaire qui correspond à un besoin général indéniable.»

Durant **l'année 2002**, une caisse-maladie se distingua au travers d'un nombre record de requêtes adressées à l'office de médiation par ses assurés parce que celle-ci avait décidé d'assainir sa mauvaise situation financière au moyen de rigoureuses mesures. Dans un premier temps, elle répertoria systématiquement toutes les primes en souffrance. La particularité de sa comptabilité tenait à une sorte de compte courant dans lequel chaque paiement de prime éteignait la dette de prime la plus ancienne. C'est ainsi que lorsqu'elle réclamait une ou des primes, selon elle, non payées, l'assuré était la plupart du temps en mesure de prouver qu'elles avaient au contraire été acquittées. Il en résulta non seulement de fastidieuses recherches pour déterminer à quand remontait une lacune de paiement dans le passé mais également d'interminables discussions sur la question de la prise en charge des frais de sommations et autres frais de poursuites.

Dans le domaine de l'assurance complémentaire le médiateur eut également un nombre important de dossiers à traiter dans lesquels la problématique de l'art. 9 LCA se posait. Selon cette disposition, un contrat est frappé de nullité si, au moment où il a été conclu, le risque s'était déjà produit ou avait disparu. Bien des assurés croyaient que l'assureur ne pouvait pas invoquer cette disposition si, au moment de la conclusion du contrat, ils ne connaissaient pas l'affection en cours. Le fait d'ignorer l'existence d'une telle atteinte n'est, d'après la jurisprudence et la doctrine, d'aucune aide.

L'on demanda souvent au médiateur si un assureur était habilité à résilier une assurance complémentaire de soins. Les assureurs membres de santésuisse prévoyaient déjà dans le passé qu'ils renonçaient à faire usage de leur droit de résiliation dans le cadre de contrats conclus pour une durée limitée dans le temps. Ils renonçaient aussi à leur droit de résilier en cas de sinistre, à moins que l'assuré se soit rendu coupable de fraude à l'assurance. Ces principes sont toujours valables. Les clauses de renonciation au droit de résilier de l'assureur sont indispensables pour les assurés qui doivent pouvoir compter sur la sécurité juridique que leur procurent leurs assurances complémentaires.

Le 1^{er} janvier **2003** est entrée en vigueur la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000. Cette loi combla ainsi un nombre important de lacunes de la loi fédérale sur l'assurance-maladie entrée en vigueur le 1.1.1996 en particulier dans le domaine des dispositions générales (art. 27 à 55 LPGA). Ce comblement n'était pas seulement un gain mais aussi une source de nouvelles questions litigieuses qui toutefois, avec le temps et de nouvelles jurisprudences, se dissipèrent.

L'office de médiation a, depuis le début, eu affaire à des questions litigieuses et des problèmes en provenance de caisses se trouvant en situation financière délicate ou devant surmonter des turbulences administratives. Le thème de l'insolvabilité de certaines caisses occupa à nouveau le médiateur en 2003. Alertés par les media au sujet des difficultés de paiement menaçantes de certaines caisses, beaucoup d'assurés inquiets s'adressèrent à l'office de médiation pour s'informer de l'état de la situation. Les caisses dont il s'agissait se virent en effet retirer l'autorisation de pratiquer l'assurance obligatoire des soins mais les assurés n'eurent à en subir aucune conséquence grâce au fond d'insolvabilité.

Dans le domaine des assurances complémentaires le médiateur remarqua que les assureurs recoururent de manière nettement plus systématique aux moyens mis à leur disposition par la loi en cas de retard de paiement des primes. Un retard dans le paiement des primes peut avoir de lourdes conséquences pour l'assuré, notamment en cas de retrait du contrat de l'assureur. Au contraire de ce qui prévaut dans l'assurance maladie obligatoire, un retrait de contrat dans l'assurance complémentaire peut s'avérer irréparable, notamment lorsque la personne assurée est déjà âgée ou atteinte dans sa santé parce que celle-ci n'a alors aucune chance de retrouver une couverture, que ce soit auprès de l'assureur qu'elle avait jusque là ou auprès d'un autre. Il est dès lors particulièrement important que les mesures de l'assureur respectent strictement les prescriptions des articles 20 et 21 LCA. Sur ces aspects, l'office de médiation est encore et toujours sollicité.

Une borne fut posée durant **l'année 2004** dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins avec l'introduction du tarif médical unifié (TARMED), tarif applicable sur l'ensemble du territoire suisse pour les prestations ambulatoires fournies en cabinets privés ou en milieu hospitalier en lieu et place des divers tarifs médicaux cantonaux jusque là en vigueur. L'office de médiation n'a pas été concerné par cet événement à ses débuts. Il reçut toutefois durant la première partie de l'année un grand nombre de requêtes qui correspondaient finalement, par leurs difficultés, à ce qu'il attendait avec l'introduction du TARMED.

Les premières réclamations portaient sur des problèmes de compréhension des premières notes d'horaires établies selon TARMED. Le choix de hautes franchises avait conduit les assurés vers une plus grande prise de conscience des coûts en regard des traitements médicaux. Il s'ensuivit que l'office de médiation fut confronté davantage que dans le passé à des questions de tarif (et pour la plupart en dehors de son champ de compétence). La principale problématique concernait des assurés qui s'irritaient de ce que certains traitements médicaux étaient devenus bien plus coûteux qu'à l'époque précédant l'introduction du TARMED. Dans la population l'idée s'était répandue que les traitements facturés selon le TARMED seraient moins chers en raison du principe de neutralité des coûts auquel s'étaient astreint les partenaires contractuels. Il fallu faire comprendre aux assurés que le principe de la neutralité des coûts se rapportait à un secteur médical et non pas à un cas en particulier. Quelques difficultés surgirent également concernant l'application correcte de la position TARMED. Il s'agissait souvent de questions relevant de la compétence de Commission paritaire d'interprétation (CPI) et dont la tâche consiste à interpréter les positions du tarif en cas d'imprécision ou de doutes de telle sorte que ce dernier reçoive une application uniforme s'étendant à l'ensemble du territoire suisse.

L'année 2005 se déroula sous le mot d'ordre « 10 ans de LAMal ». Pour toutes les personnes qui avaient été actives dans le domaine du système de santé publique, la nouvelle LAMal avait été un défi. Tout comme pour le médiateur d'ailleurs. A partir de 1996 se déroulèrent, en de nombreuses instances, des débats en relation avec le nouveau droit de l'assurance-maladie, lesquels devaient aussi s'étendre aux cas de prestations, de contributions des assurés ou de conclusions d'assurance. Personne, pas même le médiateur, ne pouvait plus adopter, comme cela avait été le cas dans l'ancien droit, des positions juridiques sûres. Durant les premières années de la LAMal eurent lieu entre les assurés et les assureurs d'innombrables discussions de principe sur les différentes facettes de la nouvelle loi. Bien avant que les problèmes aient occupés les tribunaux, l'office de médiation dut aborder ces situations. Ces défis étaient surmontés en 2005, parce qu'entre-temps bien des questions centrales trouvèrent une solution jurisprudentielle ou n'étaient plus litigieuses.

Le travail du médiateur ne diminua pas en intensité. Au contraire. La pression de la concurrence amena toujours plus de caisses-maladie à aller à la limite de ce qui était encore juridiquement admissible. Dans leurs relations juridiques avec les assurés, leurs pratiques devaient nécessairement conduire à des conflits qui étaient précisément difficiles à résoudre dans le cadre de la médiation parce que les problèmes concernaient des cas-limites. Lorsque la concurrence, comme cela est pourtant prévu par la LAMal, porte aussi sur le contrôle des prestations et des factures, l'on doit nécessairement déplorer des victimes du côté des assurés. Le report des limites put aussi être observé dans d'autres domaines. Une situation fort controversée se présenta en 2005

lorsque l'on apprit qu'une caisse offrait pour toute nouvelle acquisition d'assuré pour la couverture obligatoire des soins un bon d'une valeur de fr. 100.– à faire valoir auprès d'une chaîne de magasin ou la participation à un tirage au sort dont le prix principal était un voyage dans les mers du sud. Un cas-limite se présenta aussi lorsqu'un assureur offrit à tous ses assurés de l'assurance obligatoire des soins une assurance de protection juridique gratuite, ce qui revenait pratiquement à une extension du catalogue des prestations. L'arrivée sur le marché en 2005 d'une assurance complémentaire qui permettait d'assurer de hautes franchises en cas de séjour en milieu stationnaire laissa aussi songeur si l'on garde à l'esprit que la couverture des participations aux coûts de l'assurance obligatoire des soins est expressément prohibée. Dans un tel climat de concurrence, il existe et existera toujours un potentiel de conflits entre caisses-maladie et assurés, conflits qui continueront d'occuper l'office de médiation dans le futur.

Les années de 2006 à 2013

L'année 2006 ne se distingua par aucun événement qui ait déclenché une accumulation de problèmes, que ceux-ci aient touché un assureur en particulier ou la communauté de ceux-ci. La sécurité juridique croissant dans le domaine de l'application de la loi sur l'assurance-maladie et l'acceptation générale d'un grand nombre de solutions pragmatiques, qui donnaient lieu il y a encore quelques années à des litiges, ont contribué à cette stabilité.

Cette année fut toutefois pour l'office de médiation une année particulière. Le 30 juin 2006, avec le départ à la retraite de Gebhard Eugster, Dr en droit, homme de la première heure qui avait débuté à l'office comme suppléant du premier médiateur et avait repris la fonction quelques années plus tard, c'était une longue et fertile ère qui prenait fin. Une nouvelle époque commençait avec le nouveau responsable de l'office, Monsieur Rudolf Luginbühl, avocat, spécialiste chevronné de la branche de l'assurance-maladie disposant d'une expérience professionnelle s'étendant sur des années.

Le nouveau médiateur se demanda, si en raison de l'importante diminution des cas en 2006, l'office de médiation était suffisamment connu dans le public et auprès des assurés. Il fut à l'origine d'une plus grande présence de l'office de médiation dans les medias, ce qui ne demeura pas sans conséquence.

Durant **l'année 2007**, le nombre de cas en provenance de Suisse alémanique augmenta dans le cadre des fluctuations annuelles.

En raison d'augmentations de primes modestes, toujours moins d'assurés étaient prêts à changer eux-mêmes d'assureur ou à procéder à quelque modification à leurs couvertures d'assurance. Les problèmes concernant les changements d'assureurs augmentèrent toutefois de façon marquante. La raison en fut une activité accrue d'acquisition de nouveaux clients déployée par certains bureaux de courtage.

Le thème central de l'activité de l'office de médiation concerna comme d'habitude, le domaine des prestations, à plusieurs niveaux. Le manque d'information à la clientèle de certains assureurs rendit nécessaire l'intervention de l'office de médiation dans bon nombre de cas. Il a ainsi pu, au moyen d'explications spécialisées et d'informations concernant le système de l'assurance-maladie, aider beaucoup d'assurés dont les cas avaient, certes, correctement été gérés par les assureurs mais dont le résultat avait été mal communiqué. Dans plusieurs situations il fut seulement question d'obtenir de l'assureur une prise de position qui se faisait attendre depuis longtemps.

Durant **l'année 2008**, l'activité de l'office de médiation fut marquée par les problèmes de changement de caisse. Ceux-ci constituent un thème récurrent. L'on soulignera toutefois que toutes les caisses ne sont pas concernées de la même manière et que le médiateur n'a pas dû intervenir dans tous les cas. Dans bien des situations, l'activité de ce dernier s'est limitée à expliquer aux assurés la situation juridique et à leur donner quelques moyens leur permettant de faire valoir au plus vite leurs droits tout en leur signalant les écueils dans lesquels ils ne devaient pas tomber.

Les augmentations de prime pour le début 2009 étaient plus importantes que celles de 2008. Les réclamations concernant d'indélicats courtiers en assurances diminuèrent de manière sensible. Par contre, c'est la lenteur de certains assureurs dans des dossiers de changement de caisses qui donna lieu à de nombreuses plaintes sans compter celles relatives à la hauteur des primes. D'après une communication de presse de santé-suisse, les assurés ont changé leur assurance obligatoire des soins à fin 2008 comme cela n'avait plus été le cas depuis des années. Le chargé de la communication évoqua même une volte-face en la matière.

L'année 2009 mit l'office de médiation à rude contribution. Le nombre requêtes augmenta de façon marquante. Cette situation était imputable finalement à la crise financière et économique ainsi qu'aux coûts en hausse de la santé qui touchèrent autant les assurés que les assureurs. Bien des assurés virent en leur assureur un bouc émissaire qui était moins prompt à s'expliquer mais exigeait davantage d'eux. Les assureurs réagirent aux augmentations des coûts de la santé et aux diminutions des réserves en exerçant un contrôle rigoureux sur les prestations servies. Dans le domaine de l'assurance complémentaire, ils se montrèrent plus réticents que dans le passé à discuter des solutions de compromis. De plus, ils avaient augmenté les primes en fin d'année, et même en cours d'année, de manière marquante. Cela eut pour conséquence un nombre en augmentation de changements de caisses qui occasionna moult problèmes que l'office dut résoudre. Les problèmes d'encaissement occupèrent aussi l'office sans répit.

Durant **l'année 2010**, ce sont les changements manqués de caisses-maladie qui occupèrent le médiateur en première ligne de même que les situations dans lesquelles des assurances complémentaires avaient été vendues par des courtiers peu sérieux pour le 1^{er} janvier de l'année suivante tandis qu'elles firent ultérieurement l'objet d'une très importante hausse de prime. Beaucoup de questions résultèrent de l'insécurité de clients de caisses confrontés à un service réduit de leur caisse ou à des échanges passant uniquement par Internet. Le nombre croissants de plaintes en relation avec ces problématiques poussa l'office à la limite de ses capacités. La situation s'avéra particulièrement critique lorsque les dossiers étaient mal documentés ou qu'ils contenaient des requêtes quérulentes.

L'année 2011 fut marquée par la politique restrictive des assureurs en matière de prestations de l'assurance de base. L'examen toujours plus serré de l'adéquation, de l'efficacité et de l'économicité des prestations amena toujours plus d'assurés à s'adresser à l'office de médiation, lesquels étaient aussi souvent pressés dans ce sens par leurs fournisseurs de prestations. C'est dans le domaine de la physiothérapie, des soins à domicile (spitex), de la réhabilitation, des produits pharmaceutiques ainsi que des traitements dentaires que l'on a assisté à une accumulation de cas.

Dans le domaine de l'assurance complémentaire, la nécessité d'économiser et de comprimer les coûts se fit également sentir de façon toujours plus marquée. De plus en plus d'assurés s'aperçurent que leurs couvertures d'assurance n'étaient pas solides comme le granit. Les clauses d'assurance permettaient aux assureurs de repenser leurs prestations. Dans les couvertures de médecine alternative, les listes des thérapies prises en charge et les listes des thérapeutes reconnus pouvaient être remaniées. Les assurés réagirent de manière très sensible à de telles évolutions. C'est ce que dut réaliser un assureur qui déclencha une vague de protestations pour avoir agi trop vite et négligé d'informer ses assurés. Il dut finalement à nouveau inclure certaines formes de thérapie dans sa couverture.

De plus en plus d'assurés disposant d'une couverture complémentaire d'hospitalisation s'adressèrent à l'office de médiation. Il s'agissait de produits comportant une liste d'hôpitaux avec lesquels l'assureur avait passé un accord tarifaire et dans lesquels les assurés devaient séjourner s'ils entendaient voir les prestations prises en charge. A la fin 2011, la situation évolua chez un assureur de manière assez dramatique pour ses assurés et conduisit à un cumul de demandes, surtout en provenance de Romandie, auprès de l'office de médiation et à un énorme écho médiatique. L'assureur avait décidé du jour au lendemain d'introduire dans ses couvertures permettant de libre choix du fournisseur de prestation avec prise en charge intégrale des coûts une liste positive limitant le choix des assurés. Pour se justifier, il renvoya à une clause de ses conditions d'assurance aux termes de laquelle il lui était possible d'introduire une liste négative et par là-même d'exclure certains établissements. D'après le médiateur, le renvoi à une disposition prévoyant l'existence d'une liste négative ne permettait pas à l'assureur de remanier de fond en comble son produit. Malheureusement, l'assureur refusa toute discussion sur les aspects juridiques du dossier.

Durant **l'année 2012**, le constant haut niveau de demandes adressées à l'office de médiation provenait d'assurés dont les assureurs avaient des difficultés avec leurs modèles «médecin de famille», leurs assurances complémentaires, la reprise de portefeuille d'un autre assureur ou qui communiquaient d'une telle manière que les assurés se sentaient attaqués.

L'office de médiation continua à être contacté par des assurés mécontents des services que leur avaient rendus des intermédiaires en assurance quand ils ne dénonçaient pas d'ailleurs carrément leurs discutables méthodes pour parvenir à la conclusion d'un contrat. L'on retrouve au cœur de la problématique toujours le même assureur qui, certes, insiste sur la qualité de la formation qu'il donne à ses courtiers, mais dont les affaires génèrent toujours autant de plaintes. Durant ces derniers temps, les problèmes se présentant avec les courtiers en assurance se sont étendus à d'autres assureurs. L'on doit ici toutefois souligner que s'il se trouve parmi les courtiers des moutons noirs, l'on a souvent affaire aussi à des assurés négligents qui sont prêts à signer les yeux fermés les documents qui leur sont soumis.

2013 fut une année assez paisible, ce dont témoigna le nombre des cas, légèrement en baisse par rapport à l'année précédente, mais continuant toutefois de se situer à un niveau relativement élevé.

Toujours plus de demandes ont concerné les nouvelles règles d'encaissement des redevances introduites au 1^{er} janvier 2012. Celles-ci ne permettent plus aux assureurs, comme dans le passé, de prononcer une suspension des prestations après avoir som-

mé sans succès l'assuré rénitent. La suspension des prestations doit désormais être réglée par le canton de domicile compétent après que ce dernier a été informé des créances en souffrance. Suivant le canton, le nom de l'assuré doit être inscrit sur une liste noire à laquelle les fournisseurs de prestations ont accès. Ce procédé a pour conséquence que le fournisseur de prestations est en droit désormais d'exiger de son client une avance d'honoraires avant de le traiter, sauf si celui-ci se trouve dans une situation d'urgence le mettant en danger pour sa vie. Tous les cantons n'ont pas décidé de l'introduction d'une liste noire. Certains en ont repoussé l'introduction à une date ultérieure.

Le nouveau financement hospitalier au moyen de forfait par cas (Swiss DRG) introduit au 1^{er} janvier 2012 a également donné lieu à un grand nombre de requêtes. Ce sont avant tout les assurés ayant décidé d'une franchise à option qui se montrent les plus critiques par rapport aux décomptes de prestations de leurs caisses. C'est ainsi qu'ils ne pouvaient par exemple pas comprendre pourquoi un traitement ambulatoire était facturé, à juste titre, comme un traitement stationnaire, et cela parce que le patient d'un service d'urgence avait été adressé à un autre hôpital.

Le nouveau financement hospitalier continuera à nous occuper encore un certain temps.

6 Collaboration avec les assureurs-maladie

La collaboration avec les caisses est bonne, voire très bonne. L'on précisera cependant d'une part, que l'office ne peut donner d'instruction aux caisses-maladie mais d'autre part aussi, que celles-ci ne peuvent pas influencer sur l'activité de médiation de l'office.

Les multiples formes de contacts avec les caisses permettent de faire des propositions appropriées et d'apporter des solutions aux problèmes de manière non formelle, rapide et simple. La médiatrice sait apprécier à sa juste valeur que ses partenaires auprès des caisses examinent les cas qu'elle leur soumet de manière compétente et sans parti-pris. Elle se réjouit que cet examen intervienne la plupart du temps dans des délais convenables de façon à ce que la crédibilité de l'office soit préservée. Par chance cela est rare, mais il arrive parfois, que les caisses n'aient pas donné de réponse trois mois après avoir été interpellées et reçu un ou plusieurs rappels.

7 Perspectives

Le fait que quelques 110 000 dossiers en l'espace d'une vingtaine d'années ont été traités par l'office de médiation de l'assurance-maladie confirme la nécessité de disposer d'une telle institution. L'on peut seulement espérer que l'office de médiation puisse continuer d'offrir ses services gratuitement aux assurés.

Les différents cas qui ont été exposés dans les précédents rapports annuels concernaient principalement les discussions et les points de vue juridiques échangés entre les assureurs-maladie et l'office de médiation. Il ne faut toutefois pas perdre de vue qu'une bonne partie des plaintes adressées à l'office de médiation n'ont pas trait à des problèmes juridiques mais mettent en cause la qualité des prestations de services des assureurs-maladie. Même une activité prescrite par la loi, comme c'est le cas dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins, doit être orientée et servir la clientèle. Il est vrai que l'office de médiation ne peut pas à lui seul donner une image objective et représentative de la qualité des services proposés par l'assurance-maladie sociale et privée dans la mesure bien sûr où il n'a affaire qu'aux cas problématiques.

L'office de médiation a pu, dans les années précédentes, contribuer de manière significative à une meilleure compréhension du système complexe de l'assurance-maladie et ainsi résoudre bien des litiges entre assurés et caisse-maladie. Il a vu le jour en raison de l'initiative des assureurs et est aussi financé par une fondation alimentée par ceux-ci. Il n'en demeure pas moins que l'office de médiation est compris par les assureurs comme une instance indépendante d'eux qui exerce son activité et prend position sur des questions spécialisées sans recevoir d'instruction. L'office de médiation est prêt à apporter sa contribution au service des assurés de manière compétente et fiable également dans le futur.

Lucerne, le 16 avril 2014
Morena Hostettler Socha, médiatrice

Contact

Par écrit:

Office de médiation de l'assurance-maladie
Morgartenstrasse 9, CP 3565
6002 Lucerne
Telefax: 041 226 10 13
E-Mail: info@om-kv.ch
Website: www.ombudsman-kv.ch
(avec formulaire de contact)

De vive voix:

Permanence téléphonique du lundi au vendredi entre 9.00–11.30 heures:

en allemand: 041 226 10 10

en français: 041 226 10 11

en italien: 041 226 10 12