

# **Office de médiation**

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

**Rapport annuel '20**

# Table des matières

<b>Avant-propos de la médiatrice</b>	<b>4</b>
<b>1 Office</b>	<b>5</b>
<b>2 Conseil de fondation</b>	<b>5</b>
<b>3 Chiffres</b>	<b>5</b>
3.1 Entrées par matière . . . . .	6
3.2 Entrées par branche d'assurance . . . . .	7
3.3 Entrées par langue . . . . .	8
3.4 Interventions de l'Office de médiation . . . . .	9
3.5 Evolution des entrées (résumé) . . . . .	10
<b>4 Principes directeurs de la médiation</b>	<b>11</b>
4.1 Quand l'Office de médiation est-il compétent pour traiter un cas? . . . . .	11
4.2 Quand l'Office de médiation n'est-il d'aucune aide pour les assurés? . . . . .	12
4.3 Qui peut recourir aux services de l'Office de médiation et comment procéder? . . . . .	12
4.4 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
4.5 Que peuvent attendre les assurés de l'Office de médiation? . . . . .	13
4.6 L'Office de médiation peut-il influencer la politique d'entreprise des assureurs? . . . . .	14
<b>5 Extraits issus de la pratique de l'Office de la médiation</b>	<b>15</b>
5.1 Qui est soumis à l'assurance-maladie obligatoire en Suisse? . . . . .	15
Cas n° 1 . . . . .	15
Cas n° 2 . . . . .	17
Cas n° 3 . . . . .	19
5.2 Changement de caisse d'assurance-maladie avec élément d'extranéité. . . . .	19
Cas n° 4 . . . . .	19
Cas n° 5 . . . . .	21
5.3 Primes impayées avec élément d'extranéité. . . . .	22

---

Cas n° 6 . . . . .	22
5.4 Perception de prestations à l'étranger . . . . .	24
Cas n° 7 . . . . .	24
5.5 Prestations en cas d'assurance-maladie obligatoire selon la LAMal conformément aux accords bilatéraux entre la Suisse et les États membres de l'UE, ainsi que certaines assurances complémentaires de droit suisse : cas particulier de l'Allemagne . . . . .	25
Cas n° 8 . . . . .	25
Cas n° 9 . . . . .	26
<b>6 Autres cas issus de la pratique de l'Office de médiation avec référence à l'UE/AELE au cours des dernières années.</b>	<b>28</b>
<b>Office de médiation de l'assurance-maladie</b>	<b>29</b>
<b>Contact</b>	<b>30</b>

# Avant-propos de la médiatrice



Lucerne, Le Pont de la Chapelle <sup>1</sup>

Estimées lectrices et assurées, estimés lecteurs et assurés,

En 2020, un virus inconnu jusqu'alors, appelé COVID-19, nous a plongé dans l'incertitude. Cette pandémie a également eu un impact sur les questions auxquelles l'Office de médiation a dû faire face. Nous avons eu à traiter beaucoup moins de cas de courtage en assurances qu'auparavant. D'une part, cela est dû aux efforts déployés par les assureurs pour travailler avec des agents d'assurance mieux formés et se séparer de ceux qui ont obtenu des contrats de manière déloyale dans le seul but d'obtenir des commissions. D'autre part, cette baisse est également une conséquence (directe) du „lockdown“, qui a empêché les courtiers de rendre visite à leur clientèle potentielle chez eux ou de la rencontrer dans des lieux publics.

Durant l'année de pandémie 2020, une autre tendance s'est dessinée. Nous avons eu un nombre relativement important de requêtes liées à l'Union européenne (ci-après : UE). Cette situation est due non seulement au grand nombre de frontaliers qui travaillent en Suisse, mais aussi aux titulaires de pension qui ont transféré leur domicile de la Suisse vers un État membre de l'UE. Ces dossiers représentent un défi majeur pour nous d'un point de vue juridique, car chaque État membre a ses propres particularités. Pour vous en donner une idée, nous avons décidé d'axer le rapport annuel de cette année sur ces cas et uniquement sur ceux-ci.

Enfin, je tiens à exprimer mes sincères remerciements aux assureurs-maladie et à l'Institution commune LAMal pour la bonne collaboration et "last but not least" également à mon équipe très motivée pour son engagement quotidien au service des assurés.

Votre médiatrice

***Morena Hostettler Socha***

Lucerne, 30 avril 2021

---

1. Crédit photographique : De Ermell - CC BY-SA 4.0 <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=57128161>

## 1 Office

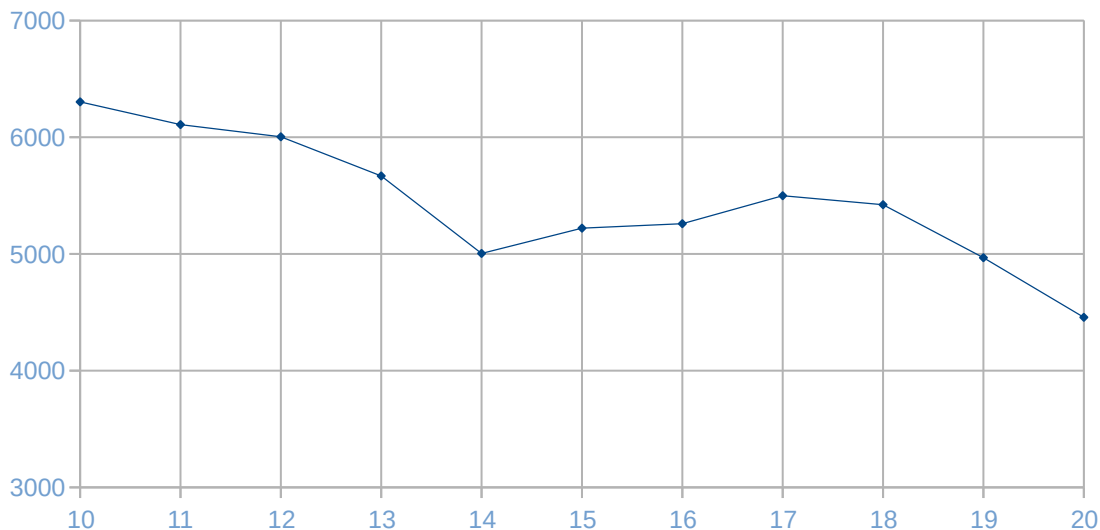
Les services de l'Office de médiation à Lucerne ont été délivrés durant l'année 2020 sous l'égide par la médiatrice (lic. iur. Morena Hostettler Socha, avocate), par sept collaboratrices-juristes (Isabelle Gottraux [jusqu'au 30 septembre 2020], Barbara Wörsching-Würmli, Lorena Tronto, Silvia Bucher [jusqu'au 31 mars 2020], Susanne Müller Ineichen, Caroline Maetzler et Caroline Stocker) ainsi que par deux spécialistes en prestations (Charles Lorétan et Eliane Brechbühl). Au 31 décembre 2020, le taux d'occupation du personnel s'élevait à 620% postes.

## 2 Conseil de fondation

La réunion du Conseil de fondation prévue pour le 9 avril 2020 a été annulée ; à la place, une résolution a été adoptée par e-mail à la même date pour examen et approbation des comptes annuels 2019 et adoption du rapport annuel 2019. Une réunion extraordinaire a eu lieu le 15 septembre 2020 pour discuter et préparer les nouvelles élections au Conseil de fondation en 2021. Le 19 novembre 2020, le Conseil de fondation s'est réuni via Skype pour discuter du budget 2021, de l'année fiscale et des nouvelles élections au Conseil de fondation.

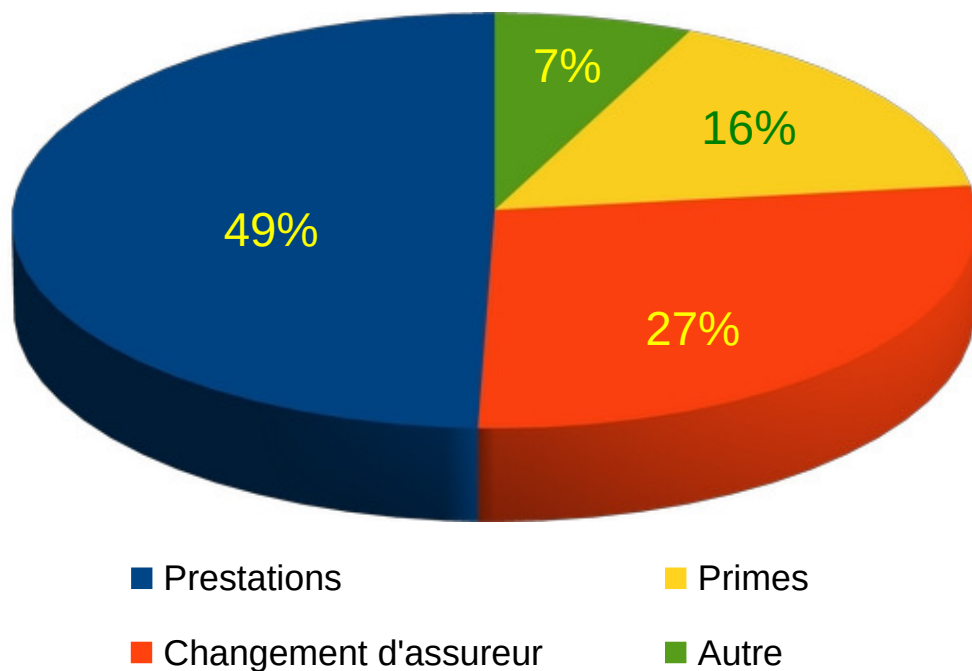
## 3 Chiffres

Evolution des cas 2010 bis 2020



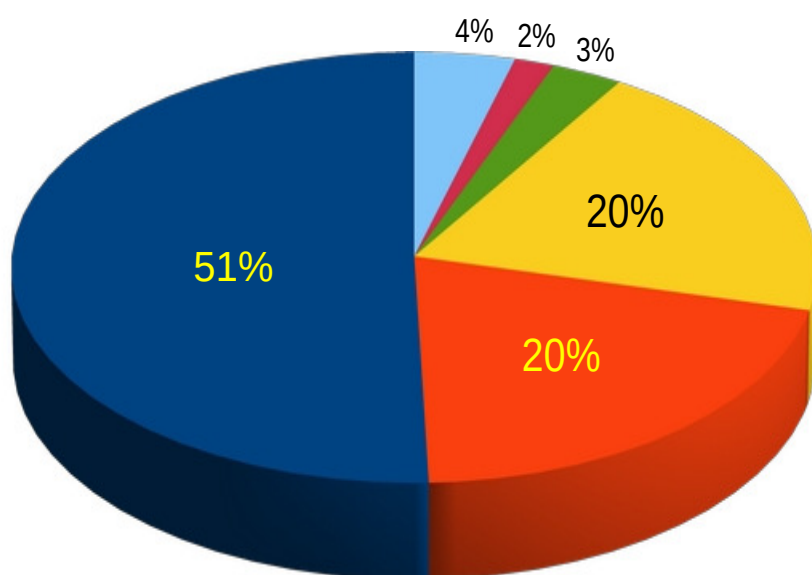
### 3.1 Entrées par matière

Au cours de l'exercice 2020, 4457 cas ont été soumis à l'Office de médiation (2019 : 4968), ce qui représente une baisse d'environ 10% par rapport à l'année précédente. La répartition par matière se présente de la manière suivante : 2160 dossiers concernaient les prestations d'assurance (2019 : 2409), 1197 la conclusion d'une assurance ou le changement d'assureur (2019 : 1390) et 704 les primes/contributions (2019 : 666). Les 305 cas restants portaient sur des questions d'ordre général (2019 : 342).



### 3.2 Entrées par branche d'assurance

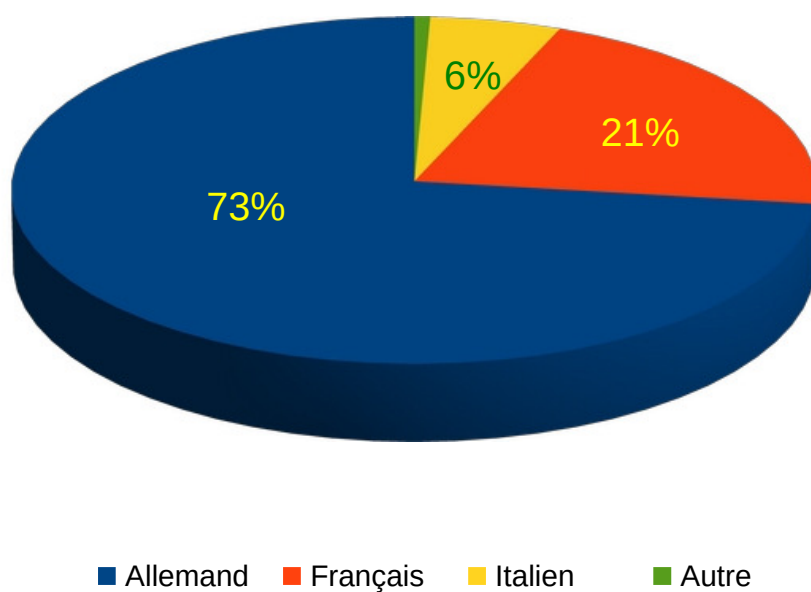
2253 cas concernaient uniquement l'assurance de base (2019 : 2626), 912 uniquement les assurances complémentaires (2019 : 870) et 894 concernaient ces deux branches d'assurance (2019 : 972). 134 cas concernaient l'assurance indemnités journalières (2019 : 183). Dans 75 cas, nous avons dû adresser les assurés à l'Office de médiation de l'assurance privée et de la SUVA (2019 : 75). Les 189 cas restants ont porté sur des questions de nature générale, parfois même sans rapport avec l'assurance-maladie.



- Seulement assurance de base
- Seulement assurance-complémentaire
- Assurance de base et complémentaire
- Assurance perte de gain
- SUVA/Privée
- Autre

### 3.3 Entrées par langue

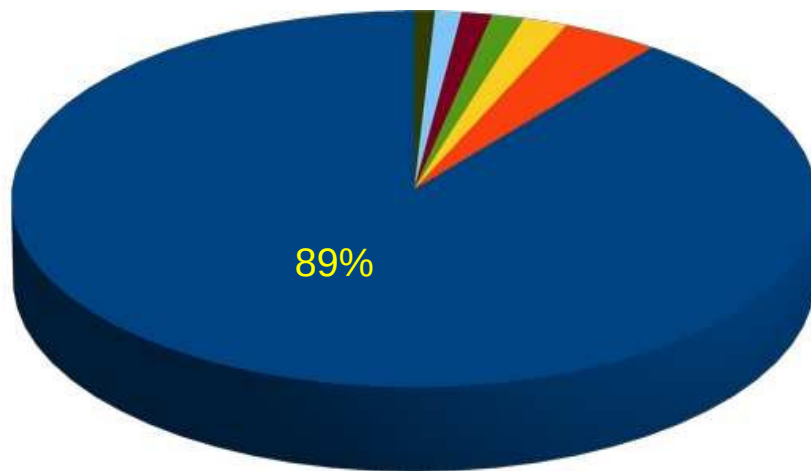
3283 requêtes ont été adressées à l'Office de médiation en allemand (2019 : 3683), 940 en français (2019 : 994), 204 en italien (2019 : 249) et 30 dans d'autres langues, principalement en anglais (2019 : 42).





### 3.4 Interventions de l'Office de médiation

Dans 3986 (resp. 89-90%) cas, le rôle de l'office de médiation a consisté à confirmer la décision de l'assureur ou à expliquer celle-ci à la personne assurée, sans consultation avec l'assureur-maladie (2019 : 4403). Dans 231 cas au total (soit > 5%), l'office de médiation est intervenu auprès des assureurs-maladie concernés en formulant une demande (2019 : 270), laquelle a été acceptée dans 181 cas (2019 : 194), ce qui représente un taux de réussite de plus de 78% (2019 : environ 72%). Dans 83 cas, l'office de médiation n'est pas intervenu (2019 : 55), ce qui signifie qu'aucune demande particulière n'a été formulée auprès de l'assureur. Dans 61 cas, nous avons simplement requis de la caisse-maladie qu'elle nous fournisse des pièces que nous n'avions pas reçues de la part des assurés en raison de difficultés liées à la langue ou à l'âge (2019 : 102). Dans 57 cas, nous avons pu expliquer la situation juridique aux assurés de manière à ce qu'ils puissent régler eux-mêmes leur différend avec l'assureur-maladie (2019 : 51).



- Clarifications et conseils
- Aucune intervention
- Clarifications et conseils avec succès
- Intervention avec succès
- Clarifications avec assureur
- Intervention sans succès

### 3.5 Evolution des entrées (résumé)

Alors que le nombre de cas durant l'année 2014 correspondait dans une large mesure au nombre moyen des années précédentes (environ 5000 cas par an), il a de nouveau augmenté de façon continue jusqu'en 2017. Depuis 2018, une tendance à la baisse peut être observée. Cette tendance s'est maintenue en 2020. Il y a plusieurs raisons à cela.

D'une part, les primes n'ont augmenté que modérément au cours de l'exercice 2020 et en raison de la pandémie, les courtiers n'ont pas été aussi actifs que les années précédentes, ce qui a entraîné moins de changements d'assureur et moins de problèmes associés (par exemple : assurances à double, manquements au devoir d'information, etc.).

D'autre part, les caisses-maladie examinent de plus près le travail effectué par les courtiers. En général, les assureurs semblent accorder plus d'attention à la qualité du conseil. Les services de réclamation internes, dont disposent certains assureurs, ont également sensiblement réduit notre charge de travail.

## 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. En outre, l'Office n'intervient auprès d'un assureur maladie que si la personne demandant de l'aide met à sa disposition les documents nécessaires, si elle semble être en mesure de le faire.

L'Office de médiation a 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.

### 4.1 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 du 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. 2 et 3 ainsi que 4 et 5 LSAMal (loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale) 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 :

- proposition d'assurance ;
- réticence ;
- encaissement ;
- prestations ;
- prescription ;
- justification des prétentions ;
- assurance d'indemnités journalières ;
- obligation de diminuer le dommage ;
- double assurance, etc..

## 4.2 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. 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 les primes qui ont été approuvées par l'autorité compétente et dont le calcul échappe à l'examen de l'Office de médiation. Celui-ci ne peut intervenir que lorsque l'assuré a été mal classé en regard du 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 dispenser oralement de courts renseignements et instructions.

## 4.3 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 (<https://www.om-kv.ch/fr>) 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 intercèdent 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 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 doivent profiter ses services gratuits et non aux bureaux de courtage qui facturent leurs services à leurs clients.

#### **4.4 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.

#### **4.5 Que peuvent attendre les assurés de l'Office de médiation ?**

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 ou par courriel. 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.

#### **4.6 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.

Le règlement régissant l'activité de l'Office de médiation autorise certes ce dernier à alerter les associations faïtières des assureurs-maladie, 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 Extraits issus de la pratique de l'Office de la médiation

Dans le chapitre suivant, nous vous présentons, comme chaque année, une sélection de cas qui nous ont occupés au cours de l'année 2020. Cette fois-ci, nous nous sommes concentrés sur les états de fait ayant un lien avec l'étranger, en particulier avec l'UE.

Pour des raisons de protection de la personnalité, les noms et les données ne sont pas mentionnés ou ont été modifiés. Les faits, les clarifications et le règlement du cas sont présentés sous une forme simplifiée.

### 5.1 Qui est soumis à l'assurance-maladie obligatoire en Suisse ?

#### Cas n° 1

Une assurée a la double nationalité suédoise et équatorienne. Elle a expliqué à l'Office de médiation qu'elle passe l'été dans sa maison en Suède et l'hiver auprès de son mari et de ses enfants en Équateur. Elle a habité en Suisse pendant environ deux ans et a été soumise à l'assurance-maladie obligatoire. Elle perçoit en outre une petite rente AVS de la Suisse. Bien qu'elle soit retournée vivre en Suède, l'assureur suisse n'a pas voulu résilier le contrat d'assurance selon la LAMal au motif que l'assurée percevait une rente de la Suisse (sur la base de l'accord bilatéral). Elle a contesté ce point de vue et a demandé à l'Office de médiation comment elle pourrait s'affranchir de l'assurance obligatoire en Suisse ; plus particulièrement elle souhaitait savoir s'il suffisait pour cela de déclarer l'Équateur comme résidence permanente ou renoncer à sa rente AVS.

Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer en Suisse pour les soins en cas de maladie. Le Conseil fédéral peut prévoir des exceptions à l'obligation d'assurance. Il peut étendre l'obligation de s'assurer aux personnes qui n'ont pas leur domicile en Suisse, notamment à celles qui travaillent en Suisse ou y ont leur résidence habituelle (art. 13 al. 2 LPGA), ou à celles qui sont employées à l'étranger par un employeur ayant son siège en Suisse.

La notion de domicile, qui s'applique dans le domaine de l'assurance-maladie obligatoire, est déterminée aux art. 23 ss du Code civil suisse (CC) (cf. art. 13 al. 1 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA] et art. 3 al. 1 LAMal en lien avec l'art. 1 al. 1 OAMal). Selon cette définition, le domicile de toute personne est au lieu où elle réside avec l'intention de s'y établir (art. 23 al. 1 CC). Nul ne peut avoir en même temps plusieurs domiciles (art. 23 al. 2 CC).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, deux caractéristiques doivent être réunies pour établir le domicile : une caractéristique externe objective, la résidence, et une caractéristique interne subjective, l'intention de rester de manière permanente (voir l'arrêt du Tribunal fédéral du 30 avril 2018, 9C\_546/2017 c. 3.2). Selon cette jurisprudence, ce n'est pas l'intention subjective qui importe, mais l'intention que les circonstances objectives reconnaissables laissent supposer. Le facteur décisif est donc le lieu où se trouve le centre des relations personnelles. C'est normalement le lieu de résidence, c'est-à-dire l'endroit où l'intéressé dort, passe son temps libre, conserve ses effets personnels et dispose généralement d'un raccordement téléphonique et d'une adresse postale. L'intention extérieurement reconnaissable doit viser un séjour permanent - c'est-à-dire dans le sens de "jusqu'à nouvel ordre". Toutefois, l'intention de quitter un lieu à une date ultérieure n'exclut pas la prise

de domicile. Le domicile reste dans ce lieu tant qu'un nouveau domicile n'est pas établi ailleurs (art. 24 al. 1 CC). N'est pas déterminant à cet égard la question de savoir si la personne possède un permis de séjour ou d'établissement délivré par la police des étrangers.

Nous avons donc informé la personne assurée que si son centre d'intérêts vitaux au sens de la jurisprudence précitée se trouvait en Équateur, elle devait le signaler à l'assureur suisse afin d'être exemptée de l'assurance-maladie obligatoire en Suisse. Pour ce faire, elle devrait cependant présenter des preuves permettant de conclure que le centre de ses intérêts vitaux ne se trouve pas en Suède mais en Équateur.

Toutefois, si le centre de vie de l'assurée ne se trouvait pas en Équateur mais en Suède, se poserait alors la question de savoir si l'assurée est soumise à l'assurance obligatoire en Suisse ou en Suède.

Les différents systèmes juridiques dans les États de l'UE/AELE sont coordonnés, en ce sens qu'il est défini pour chaque personne concernée à quel droit national elle est soumise. Selon l'article 11 du règlement (CE) n° 883/2004, une personne est toujours soumise à l'obligation d'assurance d'un seul État.

Les titulaires de pension sont assurés contre la maladie dans l'État dont ils perçoivent une pension (art. 24 al. 2 let. a du règlement [CE] n° 883/2004). Le facteur décisif pour déclencher l'obligation d'assurance est donc la perception effective d'une pension. Il ne suffit pas que la personne ait simplement droit à une pension. Cela a un effet en particulier sur les titulaires de pension qui ajournent leur rente AVS et ont donc un droit à la rente, mais dont la perception effective survient ultérieurement. Enfin, il convient de noter qu'une rente AVS entraîne également une obligation d'assurance si elle a été uniquement financée par des cotisations versées par une personne sans activité lucrative ou si la personne perçoit une rente dans le cadre du splitting des prestations entre conjoints. Ne sont pas considérées comme des pensions les prestations des régimes de retraite privés, telle une assurance-vie.

Lorsqu'un titulaire de pension perçoit, en plus de sa rente suisse, une pension de son pays de résidence dans l'UE, en Islande ou en Norvège, il est alors soumis à l'assurance obligatoire dans le pays de résidence (art. 23 du règlement [CE] n° 883/2004). Le montant de la pension et la durée du versement des cotisations ne sont pas déterminants. Ainsi, même les petites pensions entraînent une assurance obligatoire dans le pays de résidence.

Si une personne perçoit plusieurs pensions de différents États de l'UE/AELE, mais aucune de l'État de résidence, l'État compétent en matière d'assurance-maladie est celui dans lequel la personne a payé le plus longtemps des cotisations pour sa pension (art. 24 al. 2 let. b du règlement [CE] n° 883/2004).

Nous avons donc informé l'assurée que si elle ne recevait qu'une rente de la Suisse et qu'elle résidait en Suède, elle continuait d'être assurée obligatoirement en Suisse. Dans ce cas, l'assureur suisse pouvait lui réclamer le paiement d'une prime UE à partir du moment de sa prise de domicile en Suède. Elle pouvait toutefois changer d'assurance-maladie obligatoire à la fin de l'année si elle jugeait la prime UE auprès de son assureur actuel trop élevée. La liste des assureurs proposant une assurance-maladie obligatoire en Suède est disponible sur le site [https://www.priminfo.admin.ch/fr/eu\\_efta](https://www.priminfo.admin.ch/fr/eu_efta) ("Primes UE/AELE"). Toutefois, si elle percevait une pension de la Suède en plus de sa rente suisse, elle serait soumise à l'assurance obligatoire dans son pays de résidence, à savoir la Suède et ce, quel que soit le montant de sa pension suédoise. Dans ce cas, elle devrait soumettre à l'assureur suisse une décision attestant la perception d'une pension suédoise. L'assureur devrait alors résilier l'assurance-maladie obligatoire à la date de son départ de la Suisse et lui rembourser les



primes déjà versées.

Si l'assurée percevait en plus de sa rente suisse une pension d'un État de l'UE/AELE autre que la Suède, il y aurait lieu d'examiner dans quel pays l'assurée a versé des cotisations pendant la période la plus longue. Elle serait alors soumise à l'assurance obligatoire dans cet État. Dans ce cas, l'assurée devrait fournir à l'assureur suisse un extrait des cotisations versées dans cet État, afin que l'assureur puisse vérifier dans quel État la période de cotisation de l'assuré a été la plus longue. Si ce n'est pas le cas pour la Suisse, l'assurée devrait être libérée de l'assurance-maladie obligatoire à partir de la date de son départ de la Suisse et les primes déjà payées devraient lui être remboursées.

En ce qui concerne la renonciation à la rente AVS, nous avons fait remarquer à la personne assurée que notre Office de médiation n'était pas compétent pour traiter de telles demandes ; elle devrait s'adresser à la Caisse suisse de compensation à Genève.

Nous avons néanmoins pu lui fournir les informations générales suivantes sur la possibilité de renoncer aux prestations dans le domaine des assurances sociales :

D'après l'art. 23 al. 1 LPGa, l'ayant droit peut renoncer à des prestations qui lui sont dues. La renonciation peut être en tout temps révoquée pour l'avenir. La renonciation et la révocation font l'objet d'une décision écrite. La renonciation et la révocation sont nulles lorsqu'elles sont préjudiciables aux intérêts d'autres personnes, d'institutions d'assurance ou d'assistance ou lorsqu'elles tendent à éluder des dispositions légales (art. 23 al. 2 LPGa).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, il ne peut être renoncé à des prestations qu'exceptionnellement, à condition que le bénéficiaire des prestations y ait un intérêt digne de protection (ATF 129 V 1 consid. 4.3 p. 8). Bien que le libellé de l'art. 23 LPGa ne prévoit pas explicitement la condition d'un intérêt digne de protection, le Tribunal fédéral estime que cette condition reste pertinente même après l'entrée en vigueur de la LPGa (arrêt du Tribunal fédéral du 26 avril 2011, 9C\_576/2010 c. 4.3).

L'assureur social doit examiner la situation personnelle du demandeur et les motifs de sa requête, afin de déterminer s'il existe un intérêt digne de protection à renoncer à une prestation d'assurance sociale. Dans la pratique, cette exigence est rarement satisfaite. En particulier, dans le domaine des rentes, il n'y a généralement aucun intérêt digne de protection à renoncer aux prestations d'assurance sociale (Ghislaine FRÉSARD, in : Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, n° 19 s. ad art. 23 LPGa).

Nous avons donc informé la personne assurée que si elle devait pouvoir renoncer à sa rente AVS, nous étions de l'avis qu'en raison de son domicile en Suède, elle ne serait plus soumise à l'assurance obligatoire en Suisse, car ce ne serait pas le droit à la rente AVS qui serait déterminant, mais la perception effective de cette rente.

## Cas n° 2

Un ressortissant espagnol de 63 ans avait transféré son domicile de la Suisse vers l'Espagne. Il souhaitait s'affranchir de l'assurance-maladie obligatoire en Suisse et exercer ainsi son droit d'option. Il avait déjà introduit une demande dans ce sens auprès de l'Institution commune LAMal à Olten. Cependant, l'autorité espagnole compétente a estimé qu'il ne pouvait pas prétendre à la "Convenio especial de asistencia sanitaria" car il ne percevait qu'une rente transitoire. Dès lors, elle a refusé de l'autoriser à s'affilier au régime d'assurance-maladie sociale en Espagne. L'assuré voulait savoir comment s'affranchir de l'assurance-maladie

obligatoire en Suisse. Il pensait qu'une intervention de notre part auprès de l'assureur suisse pourrait résoudre son problème.

Tel n'est pas le cas, car l'assureur suisse n'a pas le droit de mettre fin à la relation d'assurance de sa propre initiative. Dans le cas des titulaires de pension qui perçoivent uniquement une rente de la Suisse et qui transfèrent leur domicile dans un État de l'UE prévoyant la possibilité d'être exempté de l'assurance obligatoire en Suisse (droit d'option), l'assureur-maladie peut mettre fin à la relation d'assurance seulement après que le titulaire de pension a déposé une demande d'exemption auprès de l'Institution commune LAMal et que celle-ci a approuvé la demande.

Nos recherches nous ont amené à la conclusion que la "Convenio especial" est un accord entre la Suisse et l'Espagne (accord de sécurité sociale). Elle n'est applicable qu'aux citoyens suisses et espagnols. Pour les ressortissants de ces deux pays qui transfèrent leur domicile en Espagne et ne perçoivent qu'une rente de la Suisse, la convention de sécurité sociale prévoit la possibilité d'être exempté de l'assurance-maladie obligatoire en Suisse.

Dans le cas d'espèce, le problème se posait du fait que la rente transitoire de l'assuré n'était pas reconnue comme une rente.

Sous le terme „pension“, le règlement (CE) n° 883/2004 comprend également les rentes, les prestations en capital qui peuvent y être substituées et les versements effectués à titre de remboursements de cotisations ainsi que les majorations de revalorisation ou allocations supplémentaires (cf. art. 1 let. w du règlement [CE] n° 883/2004).

Ce règlement définit également les "prestations de préretraite". Il s'agit de toutes les prestations en espèces autres qu'une prestation de chômage ou une prestation anticipée de vieillesse, servies à partir d'un âge déterminé au travailleur qui a réduit, cessé ou suspendu ses activités professionnelles jusqu'à l'âge auquel il peut être admis à la pension de retraite ou à la pension de retraite anticipée et dont le bénéfice n'est pas subordonné à la condition de se mettre à la disposition des services de l'emploi de l'État compétent. Par conséquent, une "prestation anticipée de vieillesse" désigne une prestation servie avant que l'intéressé ait atteint l'âge normal pour accéder au droit à la pension et qui, soit continue à être servie une fois que cet âge est atteint, soit est remplacée par une autre prestation de vieillesse (cf. art. 1 let. x du règlement [CE] n° 883/2004).

Il ressortait des pièces dont nous disposons que l'assuré avait droit à la fois à une rente transitoire et à une prestation en capital de la prévoyance professionnelle. Les deux prestations lui ont été versées par sa caisse de pension. En ce qui concerne la rente transitoire, nos recherches ont montré que les accords sur de telles prestations ne tombent dans le champ d'application du règlement (CE) n° 883/2004 que s'ils ont été déclarés d'application générale et que la Suisse l'a formellement notifié au législateur de l'UE. Ce n'était pas le cas de la rente transitoire perçue par l'assuré. La rente transitoire ne relève pas non plus du champ d'application de l'art. 1 let. x du règlement (CE) n° 883/2004, car la législation suisse en matière de sécurité sociale ne prévoit pas de telles prestations. La décision des autorités espagnoles en ce qui concerne la rente transitoire était donc correcte.

Il ressort en outre des pièces transmises par l'assuré qu'il avait également retiré une prestation en capital de sa caisse de pension. Si une personne assurée perçoit la prestation en capital lorsqu'elle a atteint l'âge de la retraite prévu dans le règlement de prévoyance (selon l'art. 1i OPP2, cela est possible au plus tôt à partir de 58 ans), cette prestation est assimilée à une rente LPP et est donc considérée comme une prestation de pension au sens de l'art. 1 lit. w du règlement (CE) n° 883/2004. En raison du retrait en capital de

la caisse de pension, la personne assurée peut donc prétendre à la "convenio especial de asistencia sanitaria". Nous l'avons informée qu'elle pouvait dès lors prendre les dispositions nécessaires avec les autorités espagnoles.

### Cas n° 3

L'assurée a un partenaire qui vit en Allemagne et y travaille également en tant que cadre salarié. Il est assuré à titre privé contre la maladie en Allemagne. Au départ, l'assurée vivait et travaillait en Suisse. Après la naissance de leur premier enfant, elle a déplacé son domicile en Allemagne pour vivre avec le père de l'enfant. Elle y a donné naissance à un deuxième enfant. Cependant, elle n'a pas renoncé à son emploi rémunéré en Suisse, de sorte que pour la Suisse, elle est considérée comme une frontalière. Elle était et est toujours assujettie à l'assurance en Suisse selon le principe dit de la „soumission à la législation du lieu de travail“, car elle n'a pas exercé son droit d'option lorsqu'elle était encore en mesure de le faire. Elle souhaitait également assurer ses deux enfants auprès de l'assurance-maladie obligatoire en Suisse. Toutefois, l'assureur a rejeté sa demande. L'assurée voulait savoir de notre part si cela était conforme au droit.

Conformément à l'art. 32 al. 2 du règlement (CE) n° 883/2004, les prestations en nature en faveur des membres de la famille sont servies pour le compte de l'institution compétente de l'Etat membre où ils résident, pour autant que le conjoint ou la personne qui a la garde des enfants de la personne assurée exerce une activité salariée ou non salariée dans ledit Etat membre. D'un point de vue de la technique d'assurance, les membres de la famille suivent la personne qui exerce une activité dans l'Etat où elle réside. Dans le cas d'espèce, les deux parents exercent une activité professionnelle, mais seul le père des enfants exerce une activité professionnelle dans le pays de résidence des enfants, soit en Allemagne. Les enfants sont donc soumis à l'assurance obligatoire en Allemagne.

## 5.2 Changement de caisse d'assurance-maladie avec élément d'extranéité.

### Cas n° 4

Une retraitée AVS avait déplacé son domicile de la Suisse vers l'Angleterre au cours de l'année 2020. Elle en a informé son assureur suisse avant de partir. Elle l'a également informé qu'elle ne souhaitait plus être assurée auprès de celui-ci à l'avenir, mais auprès d'un autre assureur suisse. Son précédent assureur n'a pas accepté, au motif que le changement de domicile n'était pas un motif de résiliation.

En raison du Brexit, nous avons en premier lieu dû examiner quel était le droit applicable à l'assurée après son changement de domicile.

Le Royaume-Uni est sorti de l'UE au 31 janvier 2020. L'accord de retrait prévoyait une période transitoire jusqu'au 31 décembre 2020, durant laquelle le Royaume-Uni était traité comme un État de l'UE et la législation de l'UE sur la coordination des systèmes de sécurité sociale continuait de s'appliquer dans les relations avec les États de l'UE et la Suisse. Par conséquent, durant cette période, le règlement (CE) n° 883/2004 et le règlement (CE) n° 987/2009 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ont continué à s'appliquer sans changement dans les relations entre la Suisse et le Royaume-Uni.

Le règlement (CE) n° 883/2004 et le règlement (CE) n° 987/2009 s'appliquent aux citoyens

suisses et aux citoyens de l'UE/AELE (art. 1, al. 2 de l'annexe II de l'accord sur la libre circulation des personnes [ALCP] en liaison avec l'art. 2 du règlement [CE] n° 883/2004). En vertu de l'art. 24, al. 2, let. a du règlement (CE) n° 883/2004, les titulaires de pension sont en principe assurés contre la maladie dans l'État dont ils perçoivent une pension.

Dans le cas d'espèce, la personne assurée ne percevait une rente que de la Suisse au moment où elle a déplacé son domicile, de sorte qu'elle devait rester assurée en Suisse.

En ce qui concerne le changement de caisse-maladie à partir du moment de la prise de domicile en Angleterre, la question se pose de savoir si le contrat d'assurance précédent a automatiquement pris fin avec le déménagement en Angleterre ou si une résiliation aurait été nécessaire. Nos recherches ont mené aux résultats suivants :

La loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) ne prévoit pas un droit de résiliation extraordinaire en cas de déménagement en Suisse ou hors de Suisse. Elle ne prévoit la fin d'une relation d'assurance au moment du changement de résidence que si l'assureur n'opère que sur un territoire limité et que la nouvelle résidence de l'assuré se trouve en dehors de ce territoire. Dans ce cas, le contrat d'assurance précédent prend fin automatiquement au moment du changement de résidence et sans formalité de résiliation (art. 7 al. 3 LAMal ; cf. cas n° 5).

L'Office fédéral de la santé publique considère que le changement de résidence de la Suisse vers l'UE ou de l'UE vers la Suisse déclenche un droit de résiliation extraordinaire. Il se fonde pour cela sur un arrêt du Tribunal administratif du canton de Thurgovie du 14 novembre 2012 (VV.2012.185/E), dans lequel le tribunal s'est prononcé en faveur de la fin de l'obligation d'assurance sur la base de l'art. 7 al. 8 OAMal dans le cas d'un frontalier qui avait transféré son domicile en Suisse. Dans les considérants de l'arrêt, il est dit :

*"3.2 Le recourant invoque l'art. 7 al. 4 OAMal. Cette disposition n'est toutefois pas applicable en l'espèce, car elle vise les frontaliers au sens de l'art. 3 OAMal, c'est-à-dire les frontaliers qui ne sont pas soumis à l'assurance obligatoire en vertu de l'art. 1 al. 2 let. d OAMal mais qui se sont assurés facultativement en Suisse. Ceci ne s'applique pas au recourant qui, comme déjà mentionné, est soumis à l'assurance obligatoire en vertu de l'art. 1 al. 2 let. d OAMal. C'est l'art. 7 al. 8 OAMal qui est dès lors applicable. Selon cette disposition, les personnes tenues de s'assurer en vertu de l'art. 1 al. 2 let. d et e OAMal doivent s'assurer dans les trois mois suivant la naissance de l'obligation d'assurance en Suisse (...). L'assurance prend fin lorsque ces personnes ne remplissent plus les conditions de soumission à l'assurance suisse en vertu de l'Accord sur la libre circulation des personnes (ALCP) et de son annexe II ou de l'Accord AELE, de son annexe K et de l'appendice 2 de l'annexe K. En ce qui concerne la fin de l'obligation d'assurance, l'art. 5 al. 3 LAMal stipule que la couverture d'assurance "prend fin" lorsque l'assuré cesse d'être soumis à l'obligation de s'assurer. En cas de survenance d'une circonstance mettant fin à l'obligation d'assurance, l'assurance prend fin automatiquement et sans formalité de résiliation (Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, Zurich/Bâle/Genève 2010, art. 5 n° 7)".*

*"3.3 La soumission d'un frontalier à l'assurance suisse sur la base de l'ALCP présuppose que la personne travaillant en Suisse n'ait pas son domicile en Suisse. Dès qu'il prend domicile en Suisse, il n'est plus soumis à la LAMal en vertu de l'ALCP mais uniquement en vertu de la LAMal (art. 3 al. 1 LAMal). En*

*transférant son domicile en Suisse, le recourant ne remplit plus les conditions pour être assujéti à la LAMal sur la base de l'ALCP".*

*"Même si le recourant continue d'être soumis à l'assurance obligatoire du fait de sa prise de domicile en Suisse - désormais non plus sur la base de l'ALCP mais en vertu de l'art. 3 al. 1 LAMal - il est en droit d'affirmer que son contrat avec l'intimée a pris fin sans aucune formalité de résiliation. En effet, son obligation d'assurance antérieure en vertu de l'art. 1 al. 2 let. d OAMal a pris fin en raison de la cessation de l'obligation d'assurance sur la base de l'ALCP et, comme déjà mentionné (c. 3.2), une telle cessation d'assurance ne nécessite pas de résiliation".*

L'interprétation de l'art. 7 al. 8 OAMal faite par le tribunal cantonal s'appliquerait également par analogie aux titulaires de pension qui sont également soumis à l'assurance obligatoire en Suisse sur la base de l'Accord sur la libre circulation des personnes ou de l'Accord AELE.

Nous en avons informé l'assurée. Comme elle avait une assurance de protection juridique, nous n'étions pas autorisés à intervenir auprès de l'assureur et ce, conformément au règlement de notre fondation. Cela n'aurait probablement pas été utile non plus, car l'arrêt cantonal précité - contrairement à un arrêt du Tribunal fédéral - n'est pas valable dans toute la Suisse. L'assurée devra engager une action en justice pour obtenir des éclaircissements.

Dans un souci d'exhaustivité, nous avons informé la personne assurée qu'à l'expiration de la période transitoire au 31 décembre 2020, l'Accord sur la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'UE (ALCP) ne s'appliquerait plus aux relations entre la Suisse et le Royaume-Uni. Afin de régler le Brexit et de garantir les droits acquis par les assurés dans le cadre de l'ALCP, la Suisse a conclu un accord avec le Royaume-Uni sur les droits des citoyens. Cet accord est applicable à partir du 1er janvier 2021. Il garantit les droits prévus à l'annexe II de l'ALCP (coordination des régimes de sécurité sociale) aux personnes qui étaient soumises à l'ALCP avant le 1er janvier 2021.

Pour l'assurée qui percevait une rente de la Suisse à la date spécifiée, résidait en Angleterre et avait droit au remboursement par la Suisse des soins en cas de maladie, cela signifie qu'elle continuera à avoir droit à ce remboursement. Rien ne change pour elle à partir du 1er janvier 2021.

## Cas n° 5

Un assuré domicilié et travaillant en Suisse a transféré son domicile en France en février 2019. Vu qu'il avait un compte numérique auprès de son assureur-maladie, il n'a pas informé ce dernier de son changement de domicile. Cependant, il a continué à payer ses primes. Fin 2019, il a résilié sa police d'assurance et s'est affilié auprès d'un nouvel assureur suisse à partir du 1er janvier 2020. Ce dernier a notifié à l'assureur précédent – comme le prévoit la loi – l'affiliation de l'assuré. C'est seulement à cette occasion que l'assureur précédent a appris le changement de domicile de son ancien assuré en France. Comme il avait limité son domaine d'activité à la Suisse, l'assureur précédent devait exclure rétroactivement l'assuré à partir de février 2019 et lui rembourser les primes. Cela a créé une lacune d'assurance et l'affiliation auprès du nouvel assureur a été considérée comme tardive. L'assuré a dû payer un supplément de prime, ce qu'il a contesté.

L'art. 28 al. 1 LPGA règle l'obligation générale de collaborer de l'assuré. En vertu de cette disposition, tout assuré doit collaborer gratuitement à l'exécution des différentes lois sur les assurances sociales (cela inclut également l'assurance-maladie obligatoire). Plus précisément, cela inclut le devoir d'information. Dans les conditions générales d'assurance des assureurs-maladie, les assurés sont expressément priés d'aviser immédiatement et de leur propre initiative l'assureur de tout changement dans leur situation personnelle. Si l'assuré avait respecté son devoir d'information, l'assureur aurait pu l'informer de la prolongation de l'obligation de s'assurer (cf. art. 7b OAMal). Il aurait alors appris que les assureurs-maladie suisses n'offrent pas tous la possibilité de s'assurer obligatoirement contre la maladie à l'étranger. En effet, dans des cas particuliers, l'autorité de surveillance peut exempter l'assureur qui en fait la demande de l'obligation d'offrir aux personnes tenues de s'assurer qui résident dans un État membre de l'UE, en Islande ou en Norvège la possibilité de s'affilier à l'assurance-maladie sociale (cf. art. 5 let. g LSAMal en liaison avec l'art. 4 OSAMal). Dans ce cas précis, l'assureur précédent a été exempté de cette obligation.

En vertu de l'article 7 al. 3 LAMal, l'assuré devait changer d'assureur au moment où il déplaçait sa résidence en France. Comme il ne l'avait pas fait, le contrat a dû être annulé rétroactivement au mois de février 2019. Comme il n'a annoncé son affiliation auprès du nouvel assureur que le 1er janvier 2020, une lacune en matière d'assurance s'est créée. En application de l'art. 5 al. 2 LAMal en lien avec l'art. 8 al. 1 OAMal, le nouvel assureur a réclamé un supplément de prime de 50% équivalant au double de la durée du retard d'affiliation. L'action de l'assureur était justifiée parce que le retard de l'assuré n'était pas excusable. En réalité, il n'avait pas informé son ancien assureur de son changement de domicile, de sorte que ce dernier ne pouvait pas remplir son devoir d'information.

Cette obligation d'information de l'assureur consistait non seulement à informer l'assuré de l'exemption de l'obligation d'assurance visée à l'art. 5 let. g LSAMal et des conséquences pour l'assuré, mais aussi à lui fournir des informations sur son droit d'option et le fait qu'il n'aurait pu exercer ce dernier que pendant une période de trois mois.

Nous en avons informé l'assuré et lui avons fait savoir que la manière de faire de l'assureur précédent avait été correcte. L'assuré n'a fort heureusement pas été amené à bénéficier de prestations entre février et fin décembre 2019 (telle une hospitalisation p. ex.), faute de quoi les frais en question auraient été à sa charge en raison d'un déficit de couverture pendant cette période.

### 5.3 Primes impayées avec élément d'extranéité.

#### Cas n° 6

La fille d'une titulaire de pension nous a raconté que sa mère avait vécu en France pendant près de dix ans et qu'elle était assurée auprès d'un assureur-maladie en Suisse. Apparemment, la vieille dame souffrait et souffre encore d'une maladie psychique, raison pour laquelle ses primes d'assurance sont restées impayées pendant des années. L'assureur-maladie a envoyé plusieurs rappels à l'assurée sans succès et a donc cessé de verser ses prestations à partir de 2012. En 2019, l'assurée est retournée vivre en Suisse dans un établissement médico-social (EMS). Depuis son changement de domicile, les primes sont couvertes par les subsides dont tiennent compte les prestations complémentaires et l'assureur-maladie fournit à nouveau ses prestations. Au cours de l'été 2020, l'assureur a mis l'assurée aux poursuites pour des primes impayées de 2012 à 2018. Sa fille voulait savoir si ces primes étaient toutes dues.



Nous avons estimé que les primes étaient en grande partie dues ; celles relatives à la période comprise entre 2012 et 2014 étaient périmées selon l'art. 24 al. 1 LPGA. Nous avons expliqué à l'assureur qu'il n'aurait pu sauvegarder le délai de prescription de cinq ans qu'en rendant une décision de cotisation, ce qu'il n'avait pas fait en l'espèce, de sorte que sa créance devait être réduite en conséquence. L'assureur-maladie a contesté ce point de vue et a fait valoir que la notification d'une décision à l'étranger n'était pas autorisée en tant qu'acte souverain et violait le principe de territorialité. Il a également fait valoir que le recouvrement de créances à l'étranger n'était pas possible en raison de l'absence d'un lieu de recouvrement de créances. Pour ces cas particuliers, la loi prévoit que l'assureur-maladie peut suspendre la prise en charge des coûts des prestations sans avoir à rendre une décision (cf. art. 105m al. 2 OAMal). Pour les raisons susmentionnées, il a exigé le paiement de toutes les créances pour lesquelles il avait engagé une poursuite.

Selon l'art. 64a al. 2 LAMal, l'assureur doit engager des poursuites si, malgré une sommation précédée d'un rappel écrit, les assurés ne remplissent pas leurs obligations de paiement. Pour les assurés résidant dans un État membre de l'UE, en Islande ou en Norvège, l'art. 105m al. 1 OAMal est applicable si l'État concerné a conclu une convention de recouvrement de créances avec la Suisse (actuellement, un tel accord n'existe qu'avec l'Allemagne et l'Autriche). Cette disposition, en liaison avec l'art. 64a al. 2 LAMal, prévoit que l'assureur doit engager des poursuites, qui, selon l'art. 78 al. 1 du règlement (CE) n° 987/2009, nécessite un titre d'exécution et suppose donc une décision (cf. n° 4.5.1.2 du guide de l'Institution commune LAMal). Toutefois, l'art. 105m al. 2 OAMal ne prévoit que la possibilité d'une suspension de la prise en charge des coûts des prestations. Cette disposition s'applique si la personne assurée réside dans un État membre de l'UE, en Islande ou en Norvège avec lequel la Suisse n'a pas conclu une convention de recouvrement de créances.

Vu que dans notre cas, l'assurée résidait en France et qu'il n'existe pas de convention de recouvrement de créances avec cet État, l'art. 105m al. 2 OAMal est applicable.

Le fait qu'il faille rendre une décision pour engager la poursuite dans l'État de résidence conformément à l'art. 105m al. 1 OAMal en liaison avec l'art. 64a al. 2 LAMal et l'art. 78 du règlement (CE) n° 987/2009 ne signifie pas qu'une décision ne pourrait pas être rendue en dehors d'une telle procédure de poursuite (ce qui serait le cas de l'art. 105m al. 2 OAMal). Ces dispositions régissent l'exécution et non la prescription ou la péremption et par conséquent pas non plus la question de savoir comment sauvegarder le délai de péremption prévu à l'art. 24 al. 1 LPGA.

Dès lors que selon Silvia Bucher, docteure en droit à qui nous avons demandé conseil, une décision est nécessaire pour sauvegarder un délai de péremption, on ne saurait faire exception à cette exigence en ce qui concerne les personnes vivant à l'étranger que lorsque le fait de rendre une décision, respectivement la notification d'une décision est prohibé en vertu du droit international. Or l'assureur est parti du principe que tel était le cas.

Madame Bucher a souligné que des décisions pouvaient également être rendues à l'égard de personnes vivant à l'étranger, ce qui ressort non seulement des art. 77 et 78 al. 1 du règlement (CE) n° 987/2009 - ici dans le cadre d'une procédure de recouvrement de créances - mais aussi, par exemple, de l'art. 3 al. 4 deuxième paragraphe dudit règlement. L'article 84 al. 2 du règlement (CE) n° 883/2004 ne limite pas la reconnaissance des décisions à celles qui ont déjà été rendues lorsque la personne concernée résidait encore dans le pays.

Elle arrive à la conclusion que l'affirmation selon laquelle des décisions concernant les primes d'assurance ne pourraient pas être notifiées à l'étranger est erronée. Même si une

disposition prévue dans une convention étatique de sécurité sociale/de droit administratif ne permettait pas une telle notification, l'envoi par voie diplomatique ou consulaire était toujours possible (voir p. ex. l'ATF 136 V 295 c. 5.1. p.305).

La question de savoir si le délai de péremption pour la perception des primes d'assurance-maladie ne peut être sauvegardé que par la notification d'une décision devra être tranchée par un tribunal, dès lors que l'office de médiation et l'assureur-maladie concerné n'ont pas pu parvenir à un accord. Cette question a également besoin d'être clarifiée en ce qui concerne les cas qui ne contiennent pas d'élément d'extranéité.

## 5.4 Perception de prestations à l'étranger

### Cas n° 7

Une assurée était en vacances en Espagne du 1er janvier 2020 jusqu'à fin février 2020. Le 17 février 2020, elle a dû se rendre à l'hôpital. Le séjour en clinique privée a duré jusqu'au 24 février 2020. Elle avait été hospitalisée en raison d'un état fébrile et de problèmes respiratoires. Lorsqu'elle a présenté toutes les factures à son assureur-maladie en Suisse, celui-ci a refusé de prendre en charge les coûts, au motif que les traitements avaient été dispensés par un prestataire de soins privé. L'assurée nous a demandé si le refus de rembourser était légal.

Selon la lettre d'information de l'Office fédéral de la santé publique du 21 janvier 2015, l'entraide en matière de prestations ne s'applique pas aux prestataires privés (comme p. ex. une clinique privée) qui ne travaillent pas pour le compte de l'assurance-maladie sociale. Si la personne assurée, qui séjourne temporairement dans un État de l'UE, a consulté un prestataire privé à cause d'une urgence ou par ignorance, il y a lieu d'appliquer le droit suisse. L'assureur-maladie doit donc examiner le cas sous l'angle de l'art. 36 al. 2 OAMal.

En l'espèce, il était question de savoir si la notion d'urgence au sens de l'article 36 al. 2 OAMal était remplie. Selon cette disposition, il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Il n'y a pas d'urgence et donc pas d'obligation de remboursement lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement.

Il ressort des pièces qui nous ont été transmises que l'assurée avait été transportée à l'hôpital en ambulance. Lors de son admission, elle avait de la fièvre et souffrait de détresse respiratoire. Le séjour à l'hôpital avait duré huit jours. Nous en avons déduit que l'état de santé de l'assurée à l'époque devait être considéré comme critique et qu'un retour en Suisse n'était pas exigible d'un point de vue médical.

Pour les raisons susmentionnées, nous avons considéré que la notion d'urgence était remplie en l'espèce et nous avons demandé à l'assureur de réexaminer le droit de l'assurée aux prestations sous l'angle de l'art. 32 al. 2 et 4 OAMal. L'assureur a alors réexaminé le sinistre et a reconnu l'existence d'un cas d'urgence et donc son obligation de verser des prestations conformément à l'art. 36 OAMal.



## 5.5 Prestations en cas d'assurance-maladie obligatoire selon la LAMal conformément aux accords bilatéraux entre la Suisse et les États membres de l'UE, ainsi que certaines assurances complémentaires de droit suisse : cas particulier de l'Allemagne

### Cas n° 8

Un retraité AVS domicilié en Allemagne avait renoncé à exercer son droit d'option et avait donc choisi de se soumettre à l'assurance-maladie obligatoire en Suisse. En outre, il avait conservé les assurances complémentaires souscrites plusieurs années auparavant auprès de son assureur suisse, notamment l'assurance complémentaire hospitalière semi-privée. Il voulait savoir si l'information que lui avait fournie son assureur - à savoir qu'il n'avait droit qu'aux prestations de l'assurance-maladie sociale en Allemagne - était correcte. Pour lui, cela avait pour conséquence que s'il consultait un médecin reconnu qui ne prenait que des patients privés selon le droit allemand, son assureur suisse ne devrait pas prendre en charge les coûts des traitements prodigués en Allemagne. Étant donné qu'il avait une assurance semi-privée et qu'il payait un supplément de prime parce qu'il vivait en Allemagne, il n'arrivait pas à croire que cette information de l'assureur était correcte.

En Allemagne, deux systèmes d'assurance-maladie coexistent. L'assurance-maladie privée permet des délais d'attente plus courts pour un rendez-vous avec un spécialiste ainsi que le choix du chirurgien en cas d'hospitalisation. Le catalogue des prestations varie d'un assureur à l'autre et dépend de la prime que l'assuré est prêt à payer. Les assureurs-maladie sociaux doivent couvrir les mêmes prestations pour tous les assurés, indépendamment du montant de la prime payée (le montant de la prime dépend du revenu). Les personnes assurées auprès d'un assureur-maladie social (= assurés sociaux) qui souhaitent recevoir davantage de prestations peuvent souscrire une assurance complémentaire privée.

En Allemagne, seuls les fonctionnaires, les indépendants ou les étudiants (par l'intermédiaire de leurs parents) ainsi que les salariés sont autorisés à être assurés auprès d'une assurance-maladie privée, pour autant que leurs revenus annuels soient supérieurs à 62'550 euros (limite valable pour l'année 2020). Les catégories de personnes susmentionnées peuvent soit opter pour une assurance privée, soit s'assurer volontairement auprès d'une caisse d'assurance maladie sociale (= assurés sociaux volontaires).

En ce qui concerne les prestations, seules les personnes qui sont assurées auprès d'une compagnie d'assurance privée peuvent être traitées par un médecin privé aux frais de leur compagnie d'assurance. Dans le cas des assurés sociaux (volontaires), la compagnie d'assurance-maladie ne rembourse aucune prestation. Les médecins privés et les médecins contractuels (= les médecins qui facturent aux frais de l'assurance-maladie légale) appliquent des tarifs différents.

Si une personne assurée en Suisse doit être traitée en Allemagne, l'assurance-maladie obligatoire ne prend en charge que les prestations fournies par les médecins contractuels allemands. Il importe peu que l'assuré réside en Allemagne ou qu'il n'y séjourne que temporairement.

Après avoir expliqué le système allemand à l'assuré, nous l'avons informé de ce qui suit :

Selon l'art. 17 du règlement (CE) n° 883/2004, la personne assurée et les membres de sa famille dans l'Etat membre de résidence bénéficient des prestations en nature servies par l'institution du lieu de résidence, selon les dispositions de la législation qu'elle applique,

comme s'ils étaient assurés en vertu de cette législation.

Le droit aux prestations comprend donc toutes les prestations auxquelles un assuré peut également prétendre dans son pays de résidence, tels que les examens médicaux préventifs, les soins préventifs ambulatoires, les prestations en cas de nécessité de soins de longue durée, les traitements dentaires, etc. Pour que l'assureur suisse couvre les frais de traitement engagés dans le pays de résidence, l'assuré doit consulter un prestataire de soins qui est autorisé à facturer à l'assurance-maladie sociale du pays de résidence. En outre, la prestation doit se trouver sur la liste du catalogue de prestations de l'assurance-maladie obligatoire du pays de résidence.

Si la personne assurée consulte un prestataire de services privé ou si elle bénéficie d'une prestation qui ne se trouve pas dans le catalogue des prestations de l'assurance-maladie obligatoire du pays de résidence, elle doit en assumer elle-même les coûts. Le cas échéant, ces frais peuvent être remboursés par une assurance complémentaire. La question de savoir si l'assureur suisse est tenu de rembourser les prestations fournies par des prestataires privés à l'étranger sur la base des assurances complémentaires souscrites par l'assuré, doit être examinée au cas par cas sur la base des conditions générales et particulières d'assurance.

En résumé, il faut rappeler que l'assurance hospitalière complémentaire semi-privée ou privée suisse, qui en Suisse est un complément à l'assurance-maladie sociale, n'a rien à voir avec l'assurance-maladie privée en Allemagne. C'est la raison pour laquelle une personne étant affiliée à l'assurance-maladie obligatoire en Suisse s'abstiendra, afin d'éviter tout malentendu, de dire à un prestataire de soins allemand qu'elle a une "assurance privée", sans quoi elle risque de ne pas se faire rembourser ses frais de traitement par l'assureur suisse. Elle doit indiquer au prestataire de services qu'elle est assurée par l'assurance-maladie sociale en Suisse et qu'elle a, p. ex., souscrit une assurance complémentaire privée d'hospitalisation.

## Cas n° 9

Nous avons reçu à plusieurs reprises des demandes de renseignements de femmes enceintes qui sont assurées obligatoirement en Suisse et qui souhaitent accoucher dans un État membre de l'UE. La raison invoquée par ces femmes est qu'elles souhaitent accoucher de leur enfant auprès de leur partenaire ou de leur famille afin de pouvoir bénéficier de leur aide après la naissance.

Dans le cas d'espèce, l'assureur refusait de couvrir les coûts de la naissance en Allemagne, arguant que la naissance d'un enfant n'était pas un événement imprévu et que l'art. 19 du règlement (CE) n° 883/2004 ne s'appliquait pas. L'Office fédéral de la santé publique, que nous avons contacté, ne partage pas l'avis de l'assureur. Au contraire, il part du principe que l'art. 19 al. 1 du règlement (CE) n° 883/2004, en liaison avec l'art. 25 al. 3 du règlement (CE) n° 987/2009, doit être interprété de telle sorte que les prestations en nature servies à l'occasion de la grossesse et de l'accouchement sont couvertes par ces dispositions, à condition que le but du séjour soit, p. ex., d'obtenir une aide familiale. Sont exceptés les cas où l'objet du séjour temporaire à l'étranger était la naissance. C'est le cas, p. ex., si la femme qui accouche s'est rendue à l'étranger uniquement pour consulter un grand spécialiste dans le domaine de l'obstétrique.

Après avoir transmis l'avis de l'Office fédéral de la santé publique à l'assureur, ce dernier a accepté de couvrir les frais de l'accouchement prévu en Allemagne, dès lors que dans ce cas, tant la famille de l'assurée que celle de son mari ne vivaient pas en Suisse et que

l'assurée souhaitait simplement demander l'aide de sa famille après la naissance de son enfant.

## 6 Autres cas issus de la pratique de l'Office de médiation avec référence à l'UE/AELE au cours des dernières années.

Rapport annuel	cas	Thème
2015	14	Ticket modérateur (quote-part de 20% selon le droit français).
2015	16	Naissance planifiée en Allemagne.
2015	17	Naissance durant un tour du monde en bateau.
2016	12	Séjour à l'hôpital en Italie – Envoi de la facture dix ans plus tard.
2017	12	Italienne avec lieu de résidence au Tessin et travaillant en Italie : applicabilité du principe du lieu de travail ou du principe du lieu de résidence.
2017	13	Assurée avec domicile en Suisse et bénéficiant d'une rente provenant d'Allemagne qui veut exercer une activité à temps partiel et craint d'être assurée à double.
2017	14	Perception de prestations dans un pays de l'UE : rentier AVS avec domicile en Espagne.
2018	9	Assurée avec domicile en France, affiliée à l'assurance-maladie obligatoire en Suisse et au bénéfice d'une réduction de primes qui ne déclare pas une activité lucrative mineure : conséquences.
2018	10	Droit d'option d'un assuré qui a déménagé en France.
2019	11	Assurée avec domicile dans le canton de Saint-Gall et lieu de travail dans la principauté du Lichtenstein qui perçoit des prestations dans le pays où elle travaille.
2019	12	Travailleuse frontalière enceinte mariée à un frontalier obligatoirement assuré en Italie et qui désire assurer son futur enfant, comme elle, en Suisse.

## FONDATION OFFICE DE MÉDIATION DE L'ASSURANCE-MALADIE

### Conseil de fondation (état au 31.12.2020):

MOSER Markus	<b>Président, docteur en droit</b> ; 3172 Niederwangen
BRÄNDLI Christoffel	Vice-président, mag. oec. HSG, anc. conseiller aux États ; 7302 Landquart
CHIESA TANNER Gabriella	Dipl. Pharm.; 8806 Bäch SZ
DITTLI Nikolai	CEO de la CONCORDIA; 6020 Emmenbrücke
MONIGATTI Fabiola	Lic. en droit. LL.M; 7742 Poschiavo
STEIERT Jean-François	Lic. phil. I, Conseil d'État; 1700 Fribourg

### Bureau de l'Office de médiation (état au 31.12.2020):

HOSTETTLER SOCHA Morena	<b>Médiatrice</b> , lic. en droit, avocate
BRECHBÜHL Eliane	Expert dipl. en assurance-maladie
LORÉTAN Charles	Expert dipl. en assurance-maladie
MAETZLER Caroline	MLaw, juriste
MÜLLER INEICHEN Susanne	Lic. en droit, avocate
STOCKER Caroline	MLaw, juriste
TRONTO Lorena	MLaw, juriste
WÖRSCHING-Würmli Barbara	MLaw, juriste

## Contact

*Par écrit:*

**Office de médiation de l'assurance-maladie  
Morgartenstrasse 9, CP 3565  
6002 Lucerne**

*Internet:*

**<https://www.om-kv.ch/fr>** (avec formulaire de contact)

*De vive voix:*

**Permanence téléphonique du lundi au vendredi, entre 09.00 et 11.30 heures:**

**En allemand:                   041 226 10 10**

**En français:                   041 226 10 11**

**En italien:                      041 226 10 12**