

Réponses aux questions des participant(e)s à la séance d'échange d'expériences du 16.11.2011

Obligation d'assurance

- 1) Où est assujettie une ressortissante allemande pendant son congé maternité sachant qu'elle habitait et travaillait en Suisse et qui immédiatement après son accouchement, retourne vivre en Allemagne ? Dans la mesure où durant ce congé, elle touche encore un salaire de l'employeur suisse, nous avons considéré qu'il y avait lieu de maintenir son assurance obligatoire des soins durant cette période. Toutefois, l'Allemagne lui aurait indiqué qu'elle devait s'assurer immédiatement auprès de leur sécurité sociale, dès son arrivée en Allemagne. Qu'en est-il ?

Réponse : Votre façon de voir est correcte. Aussi longtemps que cette personne exercera son activité rémunérée auprès d'un employeur suisse, elle sera soumise à l'obligation de s'assurer pour les soins en Suisse. L'indemnité pour perte de gain provenant de l'assurance-maternité est considérée comme un salaire. Il se pose toutefois la question de savoir si ce n'est pas plutôt le fait de la prise de domicile en Allemagne qui déclenche le droit d'option. Elle se retrouve ainsi dans une situation comparable à celle d'un travailleur frontalier en raison de sa prise de domicile en Allemagne et de par sa soumission aux prescriptions juridiques suisses, en sa qualité de personne presque active. Il existe cependant un problème au niveau du contrôle exercé par le canton. Dans un tel cas, ce dernier ne recevra aucune autorisation de travail en qualité de travailleur frontalier et de ce fait il ne se considérera peut-être pas comme étant l'organe compétent pour l'octroi d'une exemption.

Si cette personne souhaite malgré tout s'assurer en Allemagne et qu'elle vous présente une attestation d'admission de l'assurance allemande, vous devrez alors probablement la laisser partir. Dans un tel cas, il vaut la peine de discuter cette situation avec la personne assurée et le nouvel assureur afin d'éviter qu'il ne résulte des lacunes au niveau de l'assurance de même qu'il ne résulte inutilement des changements d'assureurs. Il serait également important de savoir si cette personne reprend son activité professionnelle après son congé de maternité ou si elle reste à domicile tout en étant incluse dans le contrat d'assurance de son époux.

Primes

- 2) Nous rencontrons actuellement des difficultés avec des personnes au bénéfice d'une couverture au sens des accords bilatéraux (aussi bien des frontaliers que des rentiers et leurs membres de famille à charge) inscrits comme ayant droit dans leur pays de domicile suite aux formulaires E106 ou E121 que nous avons délivrés mais qui ne paient plus leurs primes d'assurance-maladie. Dans la mesure où un droit aux prestations a été ouvert par la Suisse, ils continuent d'avoir accès aux soins qui seront ensuite à notre charge par le biais de votre E125 alors que nous n'encaissons plus de cotisations. Si l'on prend l'exemple de la France, bien que la note conjointe du 10 janvier 2008 entre les autorités compétentes françaises et suisses stipule au point 3 (page 4) que "les personnes assurées en Suisse qui cessent, pour une quelconque raison, de payer leurs primes, ne peuvent plus bénéficier de la prise en charge des prestations par la CPAM de leur lieu de résidence", cette directive n'est pas applicable dans la pratique. En effet, selon les indications d'une CPAM, ils n'ont pas la possibilité de bloquer l'accès aux soins de ces personnes car ils ne disposeraient pas des moyens informatiques/techniques pour bloquer la carte vital de l'assuré si nous leur adressons

un formulaire E108 pour suspendre les prestations. Aussi, tous nos formulaires E108 nous reviennent avec la mention qu'ils n'ont pas été acceptés.

Il n'est plus envisageable pour notre caisse de poursuivre ainsi le paiement des factures de soins (E125) sans encaisser les primes servant à ces prises en charge. Après analyse, ces primes en souffrances représentent actuellement pour notre caisse, des montants très importants. Quelles solutions préconisez-vous dans de tels cas sachant qu'une procédure de poursuite à l'étranger par des organismes spécialisés revête un coût relativement élevé par rapport au résultat obtenu (assez faible). Aurions-nous d'autres possibilités d'exclusion ou de suspension ?

Réponse : Le problème qui se pose lorsqu'il s'agit d'appliquer la suspension des prestations, tout particulièrement en France, est connu. Nous savons que les CPAM ne bloquent pas la Carte Vitale ou ne sont pas en mesure de la retirer ce qui laisse à de telles personnes la possibilité de recourir aux prestations de façon injustifiée. L'organisme de liaison français CLEISS a cependant signé la Note conjointe sur laquelle nous nous appuyons. Si vous pouvez prouver avoir fait parvenir un E108 à l'institution d'entraide (par courrier recommandé), nous déduirons les montants figurant sur les formulaires E125 concernés du total de la créance.

Il va de soi que cette façon d'agir ne satisfait pas la France. Aussi longtemps que la France ne disposera d'aucune possibilité permettant de mener à bien cette exécution, ces personnes pourront malheureusement toujours se soustraire à leur obligation de paiement.

Droit de coordination révisé

- 3) Est-ce que l'Institution commune LAMal envisage de donner une formation aux assureurs-maladie en raison des nouveaux règlements de la CE (dès l'instant où l'accord sur la libre circulation des personnes aura été adapté) pour permettre aux assureurs-maladie de mettre ces nouveautés/modifications en pratique ? Une telle formation serait la bienvenue étant donné la difficulté à comprendre avec exactitude le sens ou le contenu des textes de l'UE.

Réponse : Dès que la date d'application des nouveaux règlements de la CE en Suisse sera connue, l'OFSP informera les assureurs-maladie, les cantons et les fournisseurs de prestations au moyen d'un courrier les informant de la révision du droit de coordination. Une nouvelle brochure de l'Institution commune LAMal informant des conséquences du droit de coordination sur l'assurance-maladie sera également disponible à ce moment-là. De plus, l'Institution commune LAMal prévoit des cours de formation qui consistent à expliquer les nouvelles dispositions et leur mise en application. Vous trouverez un aperçu détaillé des principales nouveautés dans le domaine de l'assurance-maladie sur notre site internet www.kvg.org sous la rubrique coordination / révision.

- 4) Est-il correct qu'en raison des nouveaux règlements de la CE, il devra nouvellement être délivré une carte européenne d'assurance-maladie aux rentiers domiciliés au sein de l'UE et également où il a été convenu de payer les coûts par le versement de montants forfaitaires ? Cette carte devra être présentée par l'assuré dans tous les Etats de l'UE/AELE, excepté celui au sein duquel il réside. Malgré cela, les coûts au sein de l'Etat de résidence seront facturés sous forme de montants forfaitaires. Ceci aura également des conséquences au moment de la fixation du montant des primes. Ces rentiers auront-ils également la possibilité de faire valoir un droit d'option en matière de traitement ?

Quels sont les assurés pour lesquels aucune carte européenne d'assurance-maladie ne doit être délivrée ?

Réponse : Il est vrai qu'à partir de l'application des nouveaux règlements de la CE en Suisse, les rentiers et leurs membres de famille domiciliés dans un Etat de l'UE devront également

recevoir une carte européenne d'assurance-maladie. L'unique exception concerne les rentiers ressortissant de pays tiers étant donné que le domaine d'application de l'accord sur la libre circulation des personnes ne s'applique pas aux ressortissants de pays tiers. Il n'existe aucun rapport au niveau du remboursement des coûts entre une institution d'entraide et une institution compétente. La Finlande, la Grande-Bretagne, l'Irlande, l'Italie, Malte, les Pays-Bas, le Portugal, la Suède et l'Espagne appliquent des forfaits mensuels tandis que les autres Etats facturent les coûts effectifs.

En ce qui concerne le droit d'option en matière de traitement, voir question suivante.

- 5) Pour quels assurés s'applique le droit d'option en matière de traitement selon les nouveaux règlements de la CE ? Est-ce qu'il s'applique également aux membres de famille des assurés conformément à l'art. 4a LAMal ? Les créances sont-elles remboursées pour tous les membres de famille sur la base des coûts effectifs ?

Réponse : Dès l'application des nouveaux règlements de la CE en Suisse, toutes les personnes assurées en Suisse et qui résident au sein d'un Etat de l'UE ont un droit d'option en matière de traitement. Elles ont le choix de se faire soigner au sein de leur Etat de résidence ou en Suisse. Le droit d'option en matière de traitement s'applique p. ex. également aux rentiers et leurs membres de famille, aux membres de famille de travailleurs frontaliers de même qu'aux membres de famille de personnes résidant et travaillant en Suisse.

En ce qui concerne le remboursement des coûts, voir question précédente.

Divers

- 6) Lors de la séance d'information EESSI de l'OFSP en date du 30.06.2011, M. Faller a affirmé qu'en raison des nouvelles directives de l'UE, le droit d'option dont disposent les patients en matière de traitements au sein de l'UE devra être étendu resp. que le principe de territorialité au sein de la LAMal deviendra caduc. Cette affirmation est-elle exacte ? Si oui, qu'est-ce que cela signifie ?

Réponse : Dans ce cas, il s'agit de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

Contenu de la directive :

- Les assurés ont le droit de recourir aux prestations de soins de santé à l'étranger s'ils figurent sur le catalogue des prestations au sein du pays résidentiel. Les coûts seront remboursés au même montant que ceux au sein du pays de résidence. Il existe la possibilité que l'Etat compétent donne une autorisation préalable lorsqu'il s'agit du secteur hospitalier et de prestations ambulatoires hautement spécialisées.
- Promouvoir la coopération entre les Etats membres en matière de soins de santé : faciliter la collaboration sur le plan régional et local, c.-à-d. dans les régions frontalières, soutenir la mise sur pied de réseaux de référence européens pour les prestations de soins de santé hautement spécialisées, services de santé en ligne (eHealth), évaluer les technologies de la santé.
- Créer des centres de contact sur le plan national pour informer les patients et patientes.
- Reconnaissance des prescriptions de médicaments d'autres Etats et de dispositifs médicaux.

Conséquences pour la Suisse :

- 30 mois de délai de transition pour les Etats de l'UE.
- En Suisse s'applique le principe de territorialité, la LAMal prévoit des cas d'exception : cas d'urgence, prestations qui ne peuvent être octroyées en Suisse, droits qui découlent de la carte européenne d'assurance-maladie, cas d'approbation au moyen du formulaire E112, projets pilotes avec d'autres Etats
- Nécessité de procéder à l'adaptation du principe de territorialité au sein de la LAMal.
- La Suisse n'a pas encore négocié la reprise des directives avec l'UE. L'administration examine les options possibles en matière d'action.

- Négociations entre la Suisse et l'UE au sujet d'un accord dans les domaines de l'agriculture, la sécurité des denrées alimentaires, la sécurité du produit et la santé (ALEA/Accord sur la santé publique). Reprise de l'Acquis communautaire dans le domaine de la santé.

- 7) Nous avons environ 20 travailleurs frontaliers et rentiers dont les adresses sont incorrectes. Les courriers que nous leur adressons nous parviennent toujours en retour. Est-ce qu'il existe un office qui peut être consulté en matière de recherche d'adresses en Europe ? Comment devons-nous procéder en ce qui concerne ces assurés ?

Réponse : Il n'existe aucune institution européenne centrale qui dispose des données actuelles des assurés (dans ce cas : adresse) et qui puisse être contactée en cas de question. S'il devait résulter des interruptions au niveau de la correspondance dues à de fausses indications d'adresses ou à des indications manquantes ou si les courriers ne parviennent pas aux destinataires, les solutions suivantes peuvent être envisagées :

- a) Lorsqu'il s'agit de travailleurs frontaliers, il est recommandé de s'adresser à l'employeur pour autant que son nom soit connu.
 - b) Lorsqu'il s'agit d'obtenir des renseignements au sujet de rentiers, il est possible de contacter la caisse suisse de compensation.
 - c) En règle générale, une information peut être demandée à l'institution d'entraide au lieu de résidence dans le cadre de l'entraide administrative conformément à l'art. 84 du règlement (CEE) no 1408/71 resp. (sous réserve du début de l'application par la Suisse) l'art. 76 du règlement (CE) no 883/2004 en comparaison avec l'art. 20 du règlement (CE) no 987/2009. Dans le cas présent, il est de condition que l'assuré soit bel et bien inscrit auprès de l'institution d'entraide dans le cadre de l'entraide en prestations.
 - d) Une demande peut être adressée au contrôle des habitants de la dernière commune compétente sous réserve des directives en matière de protection des données qui s'y appliquent.
- 8) Comment devons-nous procéder lorsqu'un assuré se rend dans un Etat de l'UE/AELE dans le but d'y recevoir des soins ? Sommes-nous tenus de délivrer un formulaire E112 ?

Réponse : Sur la base du principe de territorialité, l'assurance obligatoire des soins assume uniquement les prestations servies en Suisse. Cependant, l'assuré peut, à certaines conditions, se rendre dans un Etat de l'UE/AELE pour y recevoir des soins médicaux nécessitant l'autorisation préalable de son assureur-maladie.

L'autorisation ne peut être refusée lorsque les soins dont il s'agit figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'Etat membre sur le territoire duquel réside l'intéressé (en l'occurrence la Suisse) et si ces soins ne peuvent, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie, lui être dispensés dans le délai normalement nécessaire pour obtenir le traitement dans l'Etat membre de résidence (art. 22 al. 1 let. b) en comparaison avec l'art. 22 al. 2 phrase 2 règlement (CEE) no 1408/71 resp. (sous réserve du début de l'application par la Suisse) art. 20 al. 1 et 2 règlement (CE) no 883/2004).

Certes, l'assureur-maladie est tenu de délivrer le formulaire E112 lorsque les conditions contenues dans le règlement sont remplies de façon cumulative. Ceci ne devrait que rarement être le cas.

De plus, nous vous renvoyons au courrier d'information resp. à la circulaire de l'Office fédéral de la santé publique :

Courrier d'information du 8 avril 2008 sur les soins médicaux à l'étranger

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00316/03846/index.html?lang=de>

Circulaire UE 04/1 : prise en charge des coûts de soins médicaux à l'étranger resp. en Suisse dans le cadre de l'accord sur la libre circulation et de l'accord conclu avec l'AELE

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00316/03842/index.html?lang=de>