

Permanence
de l'ASSUAS

Du lundi au mercredi
19-21 av. Vibert
Carouge

sur rendez-vous

ASSUAS
LE DROIT DE L'ASSURÉ

Avril 2005 • N° 27 • Journal de l'ASSUAS (Association Suisse des Assurés)

Post tenebras lux ?

Le 1^{er} février 2005, le Tribunal fédéral des assurances a rendu un arrêt remarquable et courageux (cause K 45/03). Près de deux ans de réflexion ont été nécessaires pour annuler finalement le jugement du Tribunal administratif de Genève du 11 mars 2003, lequel, pour la seconde fois, déclarait irrecevable le recours dirigé contre la décision d'un assureur maladie d'augmenter, sans aucune justification, la prime de l'assurance obligatoire pour l'année 2001.

Pourtant, le 31 mai 2002, dans la même procédure, le Tribunal fédéral des assurances, annulant un précédent jugement de l'Autorité cantonale, l'avait invitée à entrer à nouveau en matière, sans toutefois délimiter clairement sa compétence.

Lorsque, suite à cette première décision, l'ASSUAS (Association suisse des assurés) encouragea en automne 2002 les assurés à contester leurs primes, Santésuisse et l'OFAS (Office fédéral des assurances sociales) firent alliance pour menacer de frais et d'amendes les assurés qui suivraient cette invitation. Jusqu'ici, Santésuisse s'abritait impunément derrière une opacité comptable tolérée par un pouvoir politique au mieux démissionnaire, au pire complice, alors que l'OFAS souhaitait surtout ne pas voir exposer au grand jour l'inefficacité de ses prétendus contrôles précédant l'approbation rituelle des primes soumises par les assureurs maladie. C'est dire que les chances de succès du recours qui a abouti à l'arrêt du 1^{er} février 2005 étaient équivalentes à l'espoir pour un zèbre d'arriver en tête du tiercé.

Pourtant, l'argumentation était empreinte de bon sens: pourquoi, dans un même canton, alors que les prestations sont identiques pour tous, certains assurés devraient-ils payer des primes supérieures à d'autres, sans aucune justification? La situation est comparable à celle de deux contribuables d'un même canton qui, sur un revenu identique, devraient payer des impôts différents sans même savoir pourquoi. Invoqué dans le recours, l'art. 6 § 1 de la Convention européenne des droits de l'Homme, qui garantit le droit à un procès équitable ainsi que l'accès à un juge impartial et indépendant, a été admis par le Tribunal fédéral des assurances. En conséquence, le principe d'un contrôle judiciaire sur le niveau des primes a été clairement reconnu. Concédant que l'application de ce principe serait «susceptible d'entraîner une augmentation importante du nombre des recours», le Tribunal fédéral a néanmoins considéré que cet inconvénient était inévitable. S'agissant de la détermination des primes, le Tribunal fédéral des assurances a estimé, contrairement à l'avis de l'OFAS, que le juge ne doit pas «se limiter à examiner si l'assuré a été classé correctement dans la région de primes déterminante et dans la classe d'âge correspondante, ou encore si le tarif approuvé par l'OFAS, la franchise et les rabais ont été appliqués correctement à l'intéressé»; il lui appartiendra donc d'examiner si la prime a été fixée en conformité avec le système de répartition des dépenses (art. 60 al. 1 LAMal) et avec le principe du financement autonome de l'assu-

rance obligatoire des soins (art. 60 al. 2 et 3 LAMal).

Afin de permettre ce contrôle, le juge devra vérifier qu'il existe bien «une comptabilité distincte pour l'assurance maladie sociale et, dans ce cadre, une comptabilité séparée pour l'assurance obligatoire ordinaire des soins, pour les formes particulières d'assurance au sens de l'art. 62 LAMal et pour l'assurance d'indemnités journalières», et cela «également en ce qui concerne les frais d'administration».

Grâce à cet arrêt, nous allons enfin savoir comment sont tenus les comptes de nos assurances maladie, et en particulier comment certaines charges (loyer, salaires, coûts financiers) sont réparties entre l'assurance de base et les assurances complémentaires. Nos assureurs ne cessent de nous rappeler chaque année que leurs coûts de fonctionnement ont baissé depuis l'introduction de LAMal, passant en moyenne de 8% à 6% environ. Ils omettent cependant de préciser sur quelle base ils ont calculé ces pourcentages: entre 1996 et aujourd'hui les cotisations ont augmenté de 100%, passant de 9 à 18 milliards – ce qui signifie que les coûts de fonctionnement ont en réalité augmenté de 50%...

Le Tribunal fédéral des assurances ne cache pas son inquiétude quant à la difficulté pour le juge de se forger une opinion, prenant même en considération l'existence d'un droit au secret des affaires, avec le risque que la comptabilité d'un assureur devienne accessible à la concurrence. Ce souci

honore certes notre Haute Cour, même si l'on doit rappeler que c'est un assureur social qui gère l'argent des assurés, et que la concurrence ne porte évidemment pas sur les prestations, puisque celles-ci sont définies par la Loi de manière identique pour tous les assureurs. Son scrupule amène néanmoins le Tribunal fédéral à suggérer au juge de s'appuyer sur le témoignage écrit ou oral de l'organe de révision «dont l'indépendance est présumée de par la Loi»; mais fort heureusement, il ne le limite pas à cela, car on peut douter de l'indépendance des organes de révision, et de leur disposition à avouer des violations de la Loi par les sociétés dont ils sont censés surveiller la gestion, et qui les rémunèrent... Nul doute, dès lors, que le juge devra chercher l'information par-delà lesdits organes de révision, et le cas échéant mandater des experts.

Après cette décision, il est permis de s'interroger sur le fonctionnement de notre démocratie, car finalement, si l'exigence de transparence dans les comptes des assureurs maladie semble aller de soi pour la très grande majorité des citoyens, nos élus ne semblent pas la partager. Si le Tribunal fédéral des assurances n'avait pas eu le courage de rendre cette décision à la suite d'un recours que combien de juristes auraient qualifié de téméraire avant d'en connaître le résultat, nos assureurs, dispensés de devoir répondre à nos questions légitimes, auraient continué, année après année, de nous expliquer que les primes qu'ils nous réclament correspondent bien aux coûts qu'ils doivent assumer. Faut-il vraiment submerger de recours les tribunaux pour faire comprendre que la population de notre pays ne tolère plus cet état de fait? C'est sans doute regrettable, mais puisque notre culture helvétique ne nous incite pas à descendre dans la rue, ce sera notre façon à nous de manifester cet automne. Peut-être comprendra-t-on enfin à Berne que le vent a tourné.

Mauro POGGIA
avocat et Président
de l'ASSUAS Genève

Modifications dans la loi sur la prévoyance professionnelle

Un certain nombre de changements sont intervenus dans la LPP: l'âge de la retraite des femmes doit être modifié dans les caisses de pension où il était maintenu à 62 ans et reporté à 64 ans.

Les salaires annuels soumis à la LPP sont désormais fixés à 19'350.— au lieu de Fr. 25'320.—, cette mesure bénéficiant particulièrement aux femmes occupées à temps partiel. La déduction de coordination (auparavant équivalant à la rente AVS maximum) passe de Fr. 25'320.— à Fr. 22'575.—, augmentant ainsi le salaire assuré. Introduction de la rente de veuf, d'où prestations identiques à celles accordées aux veuves. Possibilité de toucher le quart du capital vieillesse, au lieu de l'intégralité sous forme de rente. En revanche, le taux de conversion de 7,2% (à l'âge AVS, le capital accumulé est converti en rente) risque de tomber progressivement à 6,8%, d'où diminution de la rente annuelle. Enfin, le taux d'intérêt sur l'avoir de vieillesse est pour l'heure revu à la baisse (2002: 4%, 2003: 3,25%, 2004: 2,25%, 2005: 2,5%) mais doit être revu par le Conseil fédéral tous les 2 ans.

Economie, Assainissement ou moins hypocritement baisse des prestations sociales?

L'Office fédéral de la santé publique annonce une diminution des demandes de rente à l'assurance-invalidité: ce serait une bonne nouvelle en soi si cela signifiait qu'il y a effectivement une baisse des personnes souffrant de maladies invalidantes. Mais, est-ce bien le cas? C'est bien plutôt que les critères d'octroi des rentes sont devenus plus stricts, puisque le nombre des refus est passé de 32 à 38%. En effet, les motifs invoqués dans la plupart des cas

consistent à dire que les requérants disposent d'une capacité de travail dans une activité adaptée et allégée. Or, dans le contexte économique actuel et en particulier à Genève, s'il peut être vrai qu'une activité pourrait être exercée, quel employeur va engager un(e) ex-malade ou accidenté(e) à temps éventuellement partiel dans une profession dans laquelle aucune connaissance n'a été acquise? Par ailleurs, même dans cette hypothèse, il n'y a plus de travail à Genève et les quelques emplois vacants deviennent presque systématiquement attribués aux frontaliers/étrangers. Raison pour laquelle d'ailleurs le nombre des chômeurs explose. Mais, là aussi, de mesures sont envisagées pour restreindre leurs prestations.

Les prestations complémentaires à l'AI risquent également de subir des coupes, mais à notre avis pas là où ce serait nécessaire. La condition sine qua non pour l'obtention des prestations cantonales est le domicile à Genève au moins 9 mois par année. Or, il faut bien admettre que nombre de bénéficiaires ne remplissent pas cette condition, disposant à Genève d'une adresse fictive uniquement. Il serait plus judicieux d'opérer des contrôles stricts de l'établissement réel dans le canton des bénéficiaires. En outre, les propriétaires de biens immobiliers à l'étranger non déclarés devraient aussi être l'objet de contrôles plus sévères. De substantielles économies pourraient ainsi être réalisées, qui permettraient aux vrais bénéficiaires de ne pas être pénalisés.

Nouvelle mesure envisagée par P. Couchepin

C'est maintenant aux médecines douces que s'attaque P. Couchepin. Au motif que la suppression de ces prestations économiserait 30 millions aux caisses-maladie (encore à leur avantage!) – ce qui ne ferait pas baisser les primes pour autant, la couverture à titre d'essai de ces traitements

pourrait être supprimée dès juillet prochain. Mais ce qu'on ne révèle pas, c'est l'économie réalisée par ces traitements. Aucune statistique ne l'établit. Or, il est de notoriété publique que les maladies traitées génèrent des frais modérés et que la responsabilité du patient est totalement engagée puisqu'il est le premier agent observateur de son état de santé. Le médecin et la médecine n'interviennent qu'ensuite. Le rôle d'observateur qui lui est conféré permet également à l'individu de prévenir une détérioration de sa santé. Les Chinois, qui ne paient le médecin que lorsqu'ils sont en bonne santé, l'ont expérimenté avant nous! Mais la LAMal ne prévoit pas la prévention. A croire qu'une population saine serait plus difficilement manipulable!

Les décisions des assurances sociales sont contestables, mais par quels moyens?

Souvent complexes les procédures judiciaires méritent une vulgarisation afin de permettre au justiciable de s'y retrouver. Je vais donc tenter de vous expliquer le déroulement d'une procédure en cas de litiges entre assureurs et assurés dans l'assurance sociale (assurance de base).

Habituellement, l'assureur informe son assuré par écrit de son refus, partiel ou total, de prendre en charge une prestation. A la suite de ce refus, l'assuré doit demander à l'assurance de lui fournir une décision en bonne et due forme. L'assureur dispose alors de 30 jours pour rendre cette décision. Dès réception de cette décision, l'assuré peut y faire opposition dans un délai de 30 jours. L'assureur a alors à

son tour 30 jours pour rendre une «décision sur opposition». Si l'assureur ne donne pas de nouvelles dans ce délai, un recours de l'assuré est ouvert au Tribunal cantonal des Assurances sociales pour «dénier de justice formel». Si l'assureur rend une «décision sur opposition» confirmant son refus de prestation, l'assuré peut l'attaquer devant le Tribunal cantonal des Assurances sociales (TCAS).

La décision du Tribunal cantonal des Assurances sociales est susceptible à son tour d'un recours au Tribunal fédéral des Assurances (TFA).

En conclusion, vu la complexité des démarches, nous ne pouvons que vous encourager à venir consulter l'ASSUAS pour tous vos problèmes avec vos assurances. Nos juristes se feront un plaisir de vous aider et de vous conseiller dans vos démarches.

Alexandre

P.S.: Vu la complexité des procédures, nous encourageons vivement nos sociétaires à contracter une assurance protection juridique.

La toute récente révision de la LAMal confirme l'adage:

«Mieux vaut être riche et bien portant que pauvre et malade»

Le 18 mars 2005, le Conseil national et le Conseil des Etats ont voté à d'écrasantes majorités une modification importante de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et ce, dans une quasi-indifférence médiatique. Le but de la révision selon le Message du Conseil fédéral accompagnant le projet soumis aux chambres, est d'uniformiser les solutions adoptées par les cantons pour parvenir au but que leur avait confié le législateur, à savoir: la réduction des primes individuelles.

Il faut bien constater que ce but est

loin d'avoir été atteint!

Le financement du système actuel repose sur trois piliers:

- Les primes des assurés;
- La participation aux coûts (franchise et pourcentage des frais médicaux laissés à la charge des assurés);
- Les subsides fédéraux et cantonaux destinés à réduire les primes des assurés les plus démunis.

La révision de la loi ne modifie pas ces principes de financement mais introduit l'obligation faite aux cantons de transmettre des données anonymes relatives aux assurés bénéficiaires «afin de s'assurer que celle-ci (la Confédération) puisse examiner si les buts de politique sociale et familiale ont été atteints» (article 65, alinéa 6 nouveau). Cela est fort bien, mais ce qui est plus inquiétant réside dans l'introduction d'un article 64a nouveau sur les conséquences du non-paiement des primes et des participations aux coûts. Sous l'empire de la loi actuelle, les caisses-maladie sont tenues de prendre en charge les frais médicaux des assurés même en cas de retard ou de non-paiement des primes et des participations et elles ne peuvent obtenir de l'autorité cantonale le paiement de ce qui leur est dû par un assuré qu'après délivrance d'un acte de défaut de biens, ce qui – nous voulons bien l'admettre – peut être fort long en raison du déroulement de la procédure de poursuite telle qu'elle est fixée par la loi et, particulièrement, dans des cantons comme Genève, où les offices de poursuites sont surchargés.

Dans son Message du 26 mai 2004 accompagnant le projet de révision de la loi, le Conseil fédéral dit vouloir «faire pression sur les mauvais payeurs solvables», mais a-t-on pensé aux malades indigents qui ont besoin de soins urgents et qui ne peuvent attendre «un retour à meilleure fortune», pour reprendre une expression du droit des poursuites, ou l'intervention des pouvoirs publics cantonaux pour que la caisse-maladie encaisse ce qui lui est dû? La loi révisée limite également le droit de l'assuré au libre passage d'une caisse-maladie à une autre s'il

Cotisation

Pour nous aider dans nos actions, nous avons besoin de votre soutien. Merci de vous acquitter de la cotisation (Fr. 30.— par an).

n'est pas à jour dans le paiement de ses primes ou de ses participations aux coûts. De notre point de vue, ce n'est pas un mal dans la mesure où cela réduit le «tourisme» des assurés d'une caisse à l'autre, dont l'expérience a montré qu'il n'était pas un facteur de baisse des primes, bien au contraire. Le droit au libre passage, loin de créer une «saine concurrence», comme l'espérait benoîtement Madame Dreifuss, a provoqué des migrations des mauvais risques vers les caisses-maladie pratiquant les primes les plus avantageuses avec l'effet pervers que ces mêmes caisses devaient ensuite rehausser fortement leurs tarifs. A moins d'un référendum, qui devrait aboutir d'ici au 7 juillet 2005, il est à craindre que les assurés les plus défavorisés n'aient à pâtir de la révision de la LAMal.

Les cantons devront modifier leur loi d'application de manière que les pouvoirs publics prennent le relais des assureurs pour la prise en charge des frais médicaux prodigués aux plus défavorisés. Dans son Message, le Conseil fédéral préconise que l'on prenne en compte la taxation à l'impôt fédéral direct pour déterminer les bénéficiaires des subsides fédéraux et cantonaux, avec un correctif cantonal pour que la fortune de l'assuré, qui n'est pas taxée au plan fédéral, soit prise en considération. Tout cela est bien compliqué et, surtout, risque d'entraîner des délais considérables dans le traitement des dossiers de ceux qui doivent bénéficier des subsides destinés à réduire leur prime d'assurance. Quoi qu'en dise le Conseil fédéral, cette révision aura comme conséquence un transfert de charges des assureurs vers les pouvoirs publics, tout au moins temporairement, pendant que les caisses-maladie s'assoupissent sur les réserves accumulées.

Il ne faut pas perdre de vue que l'assurance-maladie de soins est une assurance obligatoire, comme l'a rappelé le Tribunal fédéral dans un arrêt du 16 février 2005. Il s'agissait du cas d'un recourant qui voulait ne plus y être soumis pour ne pas cautionner un système qui «pousse à la consommation médicale plutôt qu'à une saine gestion de la santé» et qui était prêt à signer une décharge à qui de droit. Son recours a bien entendu été rejeté.

Le corollaire de l'assurance obligatoire est le droit absolu de toute personne – garanti par l'article 41 de la Constitution fédérale – de l'accès aux soins nécessaires à la santé, même et surtout pour les plus défavorisés. L'accès aux soins revêt souvent un caractère d'urgence. Ce droit ne saurait donc dépendre de la solvabilité de celui qui en a besoin ni être différé pour des considérations d'équilibre des comptes des caisses-maladie ou en raison de lourdeurs administratives. L'arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 1^{er} février 2005 dans la cause de M^e Mauro POGGIA contre la Mutuelle valaisanne ouvre la voie au contrôle juridictionnel des comptes des caisses-maladie.

On devrait savoir si les arriérés de paiement des primes et des participations sont réellement «problématiques» en regard des réserves accumulées, au point de justifier la suspension des prestations. Rien dans la LAMal dans sa teneur actuelle n'interdit aux caisses-maladie de constituer des provisions pour débiteurs douteux. Il est même fort probable qu'elles observent cette règle de saine gestion financière. Ces provisions s'ajouteraient donc à la réserve de sécurité que prescrit l'article 78 de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie.

Nous resterons sceptiques – jusqu'à preuve du contraire – quant aux «pro-

portions jugées problématiques» qu'auraient prises les retards dans le paiement des primes. Le Conseil fédéral se garde bien de prendre ces affirmations à son compte, puisqu'il parle «des chiffres des assureurs» sans mise en perspective. Le Tribunal fédéral des assurances a statué que les caisses-maladie devaient soumettre leur comptes au pouvoir judiciaire.

Il appartiendra aux tribunaux cantonaux des assurances sociales de se montrer curieux et vigilants.

Convocation

Mesdames, Messieurs,

Nous vous prions de prendre bonne note que l'Assemblée Générale de l'ASSUAS se déroulera

Le jeudi 21 avril 2005 à 19 h 30

A l'Aula de l'école des Promenades, Carouge

Ordre du jour :

1. Lecture du PV de l'assemblée générale du 3 juin 2004
2. Rapport d'activité du président
3. Présentation des comptes
4. Rapport du réviseur
5. Election du comité
6. Election du président
7. Référendum contre la modification de la LAMal
8. Divers

L'assemblée sera suivie de la présentation du TARMED par le Dr Pierre BECK, membre du bureau de l'Association des médecins de Genève – Groupe médical du Petit-Lancy.

Nous comptons sur votre présence.

Vaud PERMANENCE DE L'ASSUAS
15, rue du Simplon, 1006 Lausanne
Consultations tous les mercredis de 18h à 20h
(sauf pendant les vacances)
Rendez-vous le lundi matin avec
M^{me} Madeleine Schilt, au 021 653 35 94

Valais 7, rue des Tonneliers, 1950 Sion
Tél. 027 322 07 41

Neuchâtel M. Marceau Kaub, 17, rue des
Planches, 2016 Cortaillod, tél. 032 842 25 53

Genève PERMANENCE DE L'ASSUAS
19, av. Vibert, 1227 Carouge (GE)
Renseignements tél. N° payant 0900 277 827
et rendez-vous au 022 301 00 31
de 9h à 12h et de 14h à 17h, les jours ouvrables
Courrier: case postale 1911, 1227 Carouge,
Fax 022 343 85 16 - E-mail info@assuas.ch