

Primes impayées : quelles conséquences ?

Par Jean-François Steiert, vice-président de la Fédération suisse des patients

«Après la perte de mon emploi, j'ai connu une longue période difficile, aussi sur le plan financier, de sorte que j'ai régulièrement pris du retard dans le paiement de mes primes pour l'assurance-maladie. Un ancien collègue de travail m'a fait savoir que cela pouvait entraîner la suppression de toute couverture par mon assureur. Qu'en est-il ?»

Pour faire pression sur les « mauvais payeurs », le Parlement fédéral a adopté au 1^{er} janvier 2006 une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Lamal) permettant aux assureurs de surseoir rapidement à la prise en charge des prestations couvertes par la Lamal. Cette modification a eu comme effet pervers une augmentation massive du nombre de personnes, souvent dans des situations sociales difficiles, qui ne sont pas à même de payer leurs primes et auxquelles les assureurs sursoient à tout remboursement de prestation jusqu'au moment où tous les arriérés de primes, intérêts moratoires et participations aux coûts compris, auront été réglés. Près de 200'000 personnes ont été touchées par cette décision depuis son entrée en vigueur. Les prestataires (médecins, hôpitaux, infirmières, pharmaciens, etc.) ne sont plus tenus de les traiter, sauf en cas d'urgence.

Cessation de la couverture d'assurance

Concrètement, lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie, après un premier rappel, une sommation écrite au plus tard après trois mois d'impayés et lui impartit un délai de 30 jours pour liquider ses arriérés, en l'informant sur les conséquences d'un non-paiement. Dès réception de la sommation, l'assuré ne peut plus changer d'assureur. Si l'assuré ne donne pas suite à la sommation dans les trente jours, l'assureur doit mettre la créance en poursuite dans les quatre mois qui suivent. L'assuré dispose alors de 20 jours dès réception pour régler la dette y compris les frais de procédure ou pour faire opposition. Dans ce dernier cas, l'assureur requiert immédiatement la continuation de la poursuite et suspend tout remboursement des coûts à l'assuré et tout paiement de factures émises par des prestataires. La couverture, y compris celle des factures intervenues pendant la période de suspension, reprend soit au moment où l'assuré paie l'ensemble des arriérés, des frais et des intérêts, soit si un acte de défaut de biens résulte de la poursuite et démontre ainsi l'incapacité de payer de l'assuré, ce qui entraîne la prise en charge des arriérés par la collectivité publique (canton et/ou commune, selon les réglementations cantonales). Comme la constitution d'un acte de défaut de biens peut prendre jusqu'à deux ans, ce mécanisme entraîne pour de nombreux assurés de longues périodes sans couverture d'assurance et sans droit à des prestations médicales en dehors des urgences, avec les conséquences parfois graves qui s'ensuivent pour la santé des personnes concernées. Dans certains cantons romands et dans quelques communes fribourgeoises, des contrats ont été conclus entre assureurs et collectivités publiques pour assurer la prise en charge des prestations médicales pendant la période de suspension, mais ils ne couvrent qu'une petite minorité des assurés.

Solution en vue

Le Parlement fédéral a adopté en mars de cette année une modification de la Lamal qui devrait entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2012 : le canton de domicile prendra alors en charge 85 pour cent du découvert, le solde étant du ressort de l'assureur, dès le lancement de la procédure de poursuite, ce qui permettra d'éviter les périodes parfois très longues sans couverture d'assurance qui posent problème aujourd'hui. Les cantons pourront émettre à l'intention des assureurs des listes d'assurés qui ne paient pas leurs primes, notamment pour les assurés qui en auraient la possibilité financière ; pour ces assurés, la suspension du droit au remboursement pourra ainsi être maintenue.