



Examen professionnel fédéral pour le/la spécialiste en assurance-maladie, du 4 au 7 mai 2021

Avec réponses

Candidat/e: _____ **N°** _____

1^{er} examen **Modules A, B, C et D**

Durée: 90 minutes

Moyens auxiliaires: Annuaire de l'assurance-maladie suisse 2020
Calculatrice de poche simple
Obligation d'assurance et droit d'option dans l'assurance-maladie
Extrait de Priminfo

Evaluation:

	Points max.	Points obtenus	Note
Note du 1^{er} examen	73		

Signature des experts:

Observations:

Sauf si cela est expressément demandé, les réponses se limitant à la mention d'une disposition légale (article) seront considérées comme insuffisantes.

Lorsque des articles de loi sont demandés, il faut citer l'article, l'alinéa et éventuellement d'autres précisions complémentaires (chiffres, lettres, etc.)

Les candidat(e)s devront obligatoirement se munir d'un stylo à bille ou à encre (non effaçable) de couleur bleue ou noire pour les épreuves de l'examen.

Question 1 (4 points)

Madame M. a 23 ans et fait des études de médecine en Allemagne. Elle vit chez ses parents à Stuttgart. Elle envisage de faire son stage pratique de 6 mois à l'hôpital universitaire de Zurich. Son indemnité de stage soumise à l'AVS s'élève à CHF 3 100 par mois.

L'office de la population lui délivre un permis L pour un séjour de courte durée. Pendant son stage, elle vit avec d'autres étudiantes en colocation à Zurich. Elle prévoit de retourner à Stuttgart après son stage pour terminer ses études. Jusqu'à présent, elle était assurée auprès de l'AOK en Allemagne par l'intermédiaire de l'assurance familiale de ses parents. L'AOK confirme qu'elle peut rester assurée puisqu'elle ne séjournera que provisoirement en Suisse.

Une de ses colocataires affirme au contraire qu'elle doit s'assurer en Suisse selon la LAMal puisqu'elle y séjourne et travaille plus de 3 mois.

- a) Expliquez en 1 à 2 phrases le principe du lieu de résidence et indiquez les bases légales correspondantes.
- b) Évaluez la situation de cette étudiante au regard du droit des assurances : doit-elle s'assurer en Suisse comme le prétend sa colocataire ? Justifiez votre réponse et citez le principe applicable.

Proposition de solution

- a) Le principe du lieu de résidence signifie qu'une personne doit s'assurer là où elle a son lieu de résidence principale **(1)**. Art. 3 LAMal **(0,5)** Art. 1 OAMal **(0,5)**

Accepter aussi : lieu de vie principal d'une personne, le lieu où elle réside avec l'intention d'y rester de façon permanente

Art. 13 LPGA et art. 23 – 26 CC également correct

1 point maximum pour la citation des articles de loi

- b) Comme l'étudiante travaille en Suisse **(1)**, elle doit être assurée en Suisse **(0.5)**. Le principe du lieu de travail s'applique **(0.5)**.

Question 2 (2 points)

En ce qui concerne l'obligation d'assurance dans le cadre de l'accord sur la libre circulation des personnes (UE), il existe un «droit d'option».

Expliquez en 1 à 2 phrases ce que l'on entend en général par «droit d'option» dans l'assurance-maladie eu égard à la Suisse.

Proposition de solution

Le droit d'option signifie qu'une personne est en principe tenue de s'assurer en Suisse **(1)**, mais qu'elle peut aussi s'assurer dans son pays de résidence en exerçant son droit d'option **(1)**.

Egalement accepter : exonération de l'obligation de s'assurer en Suisse au lieu de droit d'option.

Question 3 (4 points)

Indiquez si les affirmations suivantes concernant «l'obligation de s'assurer selon la LAMal» sont vraies ou fausses en cochant la case correspondante

Toute mauvaise réponse donnera lieu à une déduction de points. La note minimale est de 0 point.

Affirmation	vrai	faux
Quiconque habite en Suisse ne doit s'assurer qu'après 3 mois.		X
L'obligation de s'assurer en Suisse prend fin automatiquement lors d'un déménagement à l'étranger.		X
Les personnes qui sont tenues de s'assurer en Suisse peuvent choisir librement parmi les assureurs opérant sur leur lieu de résidence.	X	
L'offre signée par l'agent d'assurance est une preuve suffisante de l'assurance selon la LAMal.		X
L'assurance d'un nouveau-né commence dans tous les cas dès la naissance, même si l'affiliation a lieu après 3 mois seulement.		X
L'affiliation d'office à un assureur-maladie se fait au moyen d'une décision.	X	
Au sein de l'UE/AELE, une personne peut être assurée dans plusieurs pays.		X
Au sein de l'UE/AELE, les périodes d'emploi, de résidence, d'assurance, etc. accomplies à l'étranger sont considérées comme si elles avaient été accomplies en Suisse (principe d'addition).	X	

0,5 point par réponse correcte

Question 4 (1 point)

En Suisse, l'assurance-maladie est un domaine fortement réglementé par l'Etat.

Citez toutes les formes juridiques que peuvent prendre les assureurs-maladie autorisés à pratiquer l'assurance-maladie sociale.

Proposition de solution

- société anonyme
- coopérative
- association
- fondation

1 point pour les quatre citations, pas de points partiels

Question 5 (3 points)

Indiquez si les affirmations suivantes concernant la surveillance par les autorités du secteur de l'assurance-maladie sont vraies ou fausses en cochant la case correspondante.

Toute mauvaise réponse donnera lieu à une déduction de points. La note minimale est de 0 point.

Affirmation	vrai	faux
L'OFSP peut prononcer certaines sanctions à l'encontre des assureurs-maladie.	X	
Le DFI surveille la pratique des assurances complémentaires conformément à la LSA. L'OFSP et le DFI coordonnent leurs activités de surveillance.		X
Outre la solvabilité de l'assureur-maladie, l'OFSP vérifie aussi les frais administratifs, notamment les dépenses publicitaires et les commissions versées aux intermédiaires.	X	
Hormis les informations prévues à l'art. 71 OSAMal, l'autorité de surveillance est tenue au secret vis-à-vis du public selon l'art. 33 LPGa.		X
Le DFI publie la rémunération des organes dirigeants de chaque assureur-maladie de manière globale et non-nominative.		X
L'OFSP est compétente pour approuver les tarifs de primes de l'AOS et de l'assurance individuelle facultative d'indemnités journalières, mais pas ceux de l'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie selon la LAMal.	X	

Question 6 (6 points)

Vous travaillez comme intermédiaire en assurances indépendant et recevez pour un conseil Monsieur C., 22 ans, qui déménagera le 1^{er} juillet 2021 dans le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures (AI) pour y travailler à temps complet comme menuisier. Il est actuellement assuré auprès de la caisse-maladie S., qui ne pratique pas dans le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures. Monsieur C. a été informé qu'il devait trouver un nouvel assureur-maladie. Actuellement, il a l'AOS avec une franchise annuelle de CHF 2500 et voudrait bien conserver cette franchise vu sa parfaite santé et son souhait d'une assurance avantageuse.

Vous disposez du tableau des primes 2021 publié par la Confédération sur www.priminfo.ch (voir extrait en annexe) pour la région et le groupe d'âge correspondant.

- a) Quelle sera la prime mensuelle de Monsieur C. s'il choisit l'assureur et le modèle AOS le moins cher ?
- b) Combien devrait-il payer en plus par mois (par rapport à la question a) chez l'assureur le plus avantageux s'il souhaite avoir le libre choix du médecin (avec la franchise annuelle maximale)?
- c) Vous constatez que dans les formes particulières d'assurance, plusieurs assureurs proposent la même prime que l'on choisisse une franchise annuelle de CHF 2000 ou de CHF 2500. Expliquez en 3 à 4 phrases pourquoi cela est possible et mentionnez la base légale correspondante.
- d) Indiquez quelle solution (assureur, modèle et franchise ainsi que prime mensuelle) vous proposez à Monsieur C. sur la base du tableau de primes et justifiez votre choix en 1 à 2 phrases. Ne tenez pas compte dans votre réponse de préférences personnelles (taille de l'assureur, marque, réputation, etc.).

Proposition de solution

- a) CHF 125.20 (1)
- b) CHF 0.10 (1)
- c) Le rabais maximal (0,5) qu'un assureur peut accorder pour une franchise à option est en principe lié au risque supplémentaire assumé par l'assuré (0,5). Cependant, l'art. 90c OAMal (0,5) impose une prime minimale de sorte que la prime la plus basse pour les formes particulières d'assurance ne peut être inférieure à 50% de la prime de l'assurance ordinaire, couverture des accidents incluse (0,5). C'est pourquoi le rabais lié à la franchise ne peut pas toujours être accordé en totalité (0,5)
Maximum 2 pts
- d) A choix
 - Sanitas, AOS avec libre choix (0,5), franchise annuelle de CHF 2500 (0,5) à CHF 125.30/mois (0,5) parce que le rabais pour modèles alternatifs n'en vaut pas la peine (0,5).
 - Sanitas, modèle HMO Medbase MultiAccess ou modèle CallMed (0,5), franchise annuelle de CHF 2500 (0,5) à CHF 125.20/mois (0,5) parce que c'est la prime la moins chère possible (0,5).

Si la réponse donnée est : «Swica, modèle HMO Favorit santé, franchise CHF 2000 à CHF 126 parce que le rabais pour une franchise de 2500 n'en vaut pas la peine », n'accorder qu'un seul point au maximum (diminution de franchise de CHF 2500 à CHF 2000 en cours d'année non autorisée).

Question 7 (2 points)

Dans le domaine de la LAMal, le législateur a délégué diverses tâches à une autorité ou une institution.

Pour les questions suivantes, veuillez cocher l'autorité ou l'institution compétente concernée. Selon la question, plusieurs autorités/institutions compétentes sont également possibles.

Question	Conseil fédéral	DFI	OFSP	Canton	Assureur	Inst. commune LAMal
Qui règle le calcul du niveau minimal des réserves ou de la solvabilité ?	X					
Qui prend en charge les prestations légales d'un assureur insolvable ?						X
Qui supporte les coûts liés à l'exécution de la réduction des primes				X	X	
Auprès de qui une société d'assurance privée agréée selon la LSA doit-elle demander une autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale ?			X			

0,5 point par ligne correcte

Question 8 (4 points)

Selon la LAMal, certaines personnes doivent obligatoirement s'assurer contre la maladie, d'autres peuvent être exemptées de l'obligation de s'assurer, d'autres encore peuvent demander à s'affilier à l'assurance suisse tandis que certaines personnes ne peuvent adhérer à l'assurance obligatoire des soins (AOS) pour diverses raisons.

Dans quelle mesure les catégories de personnes suivantes sont-elles soumises à la LAMal ? Veuillez cocher la bonne réponse.

	Obliga- toire	Ass. sur demande	Exemption sur demande	Impos- sible
Le nouveau-né de Madame V. qui travaille à Genève dans l'horlogerie et habite à Annecy en France. Mme V. n'est pas assurée en France mais est soumise à l'AOS.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Citoyenne japonaise qui étudie pendant 2 ans à l'EPFL.	(X)	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Ressortissant suisse de 66 ans, qui ne touche qu'une rente de la Suisse. Il habite depuis avril 2021 au Royaume-Uni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Première consul de la mission permanente du Mexique auprès de l'ONU à Genève.	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monsieur R., 25 ans, qui travaille depuis 2 ans en tant qu'ingénieur pour Nestlé à Vevey (Vaud). Il est envoyé pour 22 mois dans une filiale de Nestlé à Wellington (Nouvelle Zélande) afin de participer à la mise en place d'une nouvelle unité de production.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La mère de Monsieur R. ci-dessus, 50 ans, qui l'accompagne durant tout son séjour en Nouvelle Zélande afin de s'occuper du domicile. Elle ne travaille pas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Ressortissant italien, qui habite dans le canton de Schaffhouse depuis 6 ans et travaille en Allemagne depuis 2 mois à plein temps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Ressortissant Iranien, qui habite en Italie et travaille comme frontalier à Lugano (Tessin).	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

0,5 point par ligne correcte

Question 9 (2 points)

Nouvellement installée en Suisse pour y travailler à plein temps en tant que médecin-assistante dans un hôpital, Madame B. s'étonne du montant de la prime mensuelle d'assurance-maladie qu'elle devra payer selon l'offre que vous lui avez soumise. Elle a pourtant constaté que vous êtes l'assureur le plus avantageux de la région et qu'il ne lui sert à rien de s'adresser à un autre assureur. En outre, vous lui avez proposé la moins chère des variantes disponibles (franchise maximale, choix limité du fournisseur de prestations).

Elle vous demande ce qui se passera si elle décide de ne pas s'assurer dans l'AOS, ni chez vous ni auprès d'un autre assureur. Citez 4 conséquences auxquelles elle s'expose si elle ne satisfait pas à ses obligations.

Proposition de solution

- Pas de couverture en cas de traitements avant l'affiliation **(0,5)**
- Affiliation d'office par l'autorité cantonale compétente **(0,5)**
- Perte de la liberté de choisir son assureur **(0,5)**
- L'assureur qui lui aura été imposé ne sera pas forcément celui qui offre les primes les plus attractives **(0,5)**
- Supplément de prime **(0,5)** pour affiliation tardive

Maximum 2 points

Question 10 (4 points)

En raison de la brusque dégradation de la situation financière de l'assureur-maladie Q., l'autorité de surveillance exige qu'il augmente au plus vite, en cours d'année, les primes de l'AOS dans tous les cantons où il est actif, de manière à assurer sa solvabilité.

Le 20 avril 2021, l'assureur communique cette décision et la nouvelle prime qui en découle à ses assurés. Monsieur W. a conclu auprès de l'assureur-maladie Q. une assurance avec une franchise annuelle de CHF 2500 et se trouve concerné par cette situation. Il veut dès lors changer d'assureur AOS au plus vite.

Indiquez quelle est la prochaine date possible pour changer d'assureur et expliquez, étape par étape, la procédure de changement d'assureur AOS en indiquant tous les délais à respecter (dates butoirs) et toutes les conditions à remplir pour que Monsieur W. change effectivement d'assureur AOS.

Proposition de solution

La nouvelle prime entrant en vigueur le 1^{er} juillet 2021 (en tant compte du délai de deux mois au moins prévu à l'art. 7. al. 2 LAMal), Monsieur W. doit signifier sa résiliation **(0,5)** pour le 1^{er} juillet 2021 **(0,5)** en respectant un préavis d'un mois. L'assureur-maladie Q. doit être en possession de la résiliation au plus tard le 31 mai 2021 **(0,5)**.

Monsieur W. doit, jusqu'au 30 juin 2021 **(0,5)**, conclure l'AOS auprès d'un nouvel assureur-maladie **(0,5)** et celui-ci doit communiquer **(0,5)** à l'assureur-maladie Q qu'il assure désormais Monsieur W. sans interruption; cette communication doit aussi être faite jusqu'au 30 juin 2021 **(0,5)**.

Pour que le changement d'assureur soit possible, Monsieur W. ne doit pas avoir d'arriérés **(0,5)** chez l'assureur-maladie Q.

Question 11 (3 points)

Mme L., 40 ans, dispose de trois assurances complémentaires auprès de votre compagnie :

- Assurance pour médecines douces
- Assurance d'hospitalisation couvrant les traitements stationnaires (en division commune) dans toute la Suisse
- Assurance ambulatoire couvrant des frais de transport, les médicaments hors liste, certaines mesures de prévention et une contribution aux frais de lunettes.

Comédienne indépendante (rémunérée au cachet), elle n'a pratiquement pas travaillé ces derniers temps, ce qui lui occasionne d'importantes difficultés financières. De plus, elle souffre d'insomnies et de stress liés à cette situation.

Compte tenu de ses moyens actuels, elle redoute de ne plus pouvoir payer ces couvertures complémentaires et vient se renseigner sur les possibilités de s'en défaire. Elle touche déjà une réduction de primes pour l'AOS.

A quoi devriez-vous rendre Mme L. attentive, avant qu'elle ne décide de résilier ces couvertures complémentaires ? Indiquez 3 points en quelques mots-clés.

Proposition de solution

- Examiner si elle a réellement besoin des prestations de ces assurances complémentaires **(1)**. Vu son état de santé, elle est susceptible de bénéficier de prestations de ces assurances et une résiliation devrait se faire uniquement en connaissance de cause.
- Respecter le délai de résiliation prévu dans les CGA **(1)** ou geste «à bien plaisir» de l'assureur.
- Caractère irrévocable de la résiliation **(1)**. Même si son état de santé et sa solvabilité devaient s'améliorer, elle n'a aucune garantie que l'assureur acceptera à nouveau de lui accorder des couvertures complémentaires.

D'autres réponses pertinentes pourront également être acceptées.

Question 12 (5 points)

Monsieur D. est en traitement chez plusieurs médecins et bénéficie de prestations relevant de l'AOS. Il ne comprend pas le processus d'envoi des factures médicales. Parfois il reçoit la facture du médecin directement chez lui et doit la payer. Une autre fois, c'est l'assureur qui lui adresse un décompte de prestation et finalement, en milieu d'année, l'un des médecins lui demande de signer une cession de créance envers l'assureur-maladie.

Expliquez à Monsieur D les différents systèmes existants en indiquant pour chacun un avantage et un inconvénient concernant le contrôle et une éventuelle contestation des factures.

Proposition de solution

- **TG (tiers garant):** l'assuré est le débiteur de la rémunération et peut demander à l'assureur le remboursement de la part prise en charge par l'AOS **(0,5)**

Avantage (0,5)

L'assuré peut contrôler avant le paiement de la facture si les prestations facturées correspondent effectivement au traitement qu'il a reçu.

Il est plus sensible aux coûts occasionnés (responsabilité individuelle).

Inconvénient (0,5)

L'assuré est responsable du paiement et doit le cas échéant avancer les frais avant que l'assureur ait pu procéder au contrôle.

L'assuré n'est généralement pas un spécialiste des tarifs et n'est donc pas en mesure de détecter d'éventuelles erreurs.

- **TP (tiers payant):** par convention ou pour les traitements hospitaliers, la facture est adressée à l'assureur par le fournisseur de prestations **(0,5)**

Avantage (0,5)

L'assuré n'est pas pris «en otage » en cas de litige entre l'assureur et le fournisseur de prestations sur la question de savoir si la facture est calculée correctement **(0,5)**

L'assureur peut plus facilement contester la facture sans impliquer le client dans la contestation.

Inconvénient (0,5)

L'assuré ne peut pas contrôler avant le paiement de la facture si les prestations facturées correspondent effectivement au traitement qu'il a reçu.

Si, l'assuré ne voit pas la facture, il n'a pas de notion exacte des coûts de son traitement (risque de déresponsabilisation).

- **Cession de créance (tiers soldant) (0,5):** le droit d'être remboursé peut être cédé aux fournisseurs de prestations selon l'art. 42, al 1 LAMal **(0,5)**

Avantage (0,5)

L'assuré n'est pas pris «en otage » en cas de litige entre l'assureur et le fournisseur de prestations sur la question de savoir si la facture est calculée correctement.

Inconvénient (0,5)

L'assuré ne peut pas contrôler avant le paiement de la facture si les prestations facturées correspondent effectivement au traitement qu'il a reçu.

D'autres réponses pertinentes pourront également être acceptées.

Question 13 (3 points)

Lorsqu'ils agissent dans le cadre de l'AOS, les fournisseurs de prestations ne sont en principe pas libres de fixer à leur guise le prix de leurs services. La LAMal fixe les compétences.

La rémunération d'un séjour hospitalier stationnaire en établissement psychiatrique fait l'objet en général d'une convention et repose sur une structure tarifaire uniforme pour l'ensemble de la Suisse.

Veillez cocher les compétences dans le tableau ci-après. Plusieurs réponses par ligne sont possibles.

Prestation	Conseil fédéral	DFI	Assureurs (ou fédérations d'assureurs)	Hôpital (ou fédérations d'hôpitaux)	Canton
Qui est partie à une convention tarifaire ?			X	X	
Qui règlemente le calcul des coûts et la saisie des prestations par les hôpitaux ?	X				
Qui institue une organisation compétente pour l'élaboration et le développement de la structure tarifaire ?			X	X	X
Qui fixe le tarif si aucune convention ne peut être conclue ?					X
Qui doit livrer des documents pour permettre des comparaisons entre hôpitaux à l'échelle nationale ?				X	X
Qui doit veiller à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau tout en étant le plus avantageux possible.	(X)		X	X	X

0,5 point par ligne correcte

Question 14 (3 points)

Lorsqu'il reçoit une facture pour des prestations relevant de l'AOS, l'assureur-maladie doit pouvoir vérifier si elle a été établie correctement ainsi que le caractère économique de la prestation fournie. Or pour un contrôle efficace, il peut être nécessaire de disposer d'informations médicales, comme par exemple des diagnostics, dont la communication à l'assureur n'est pas forcément compatible avec les exigences de la protection des données.

Expliquez en 3 ou 4 phrases comment le législateur a prévu de surmonter cette difficulté dans le cas d'une facturation de type DRG (Diagnosis Related Groups).

Proposition de solution

L'assureur doit disposer d'un service de réception des données **(0,5)** dûment certifié selon la loi sur la protection des données **(0,5)**.

Seul ce service **(0,5)** peut recevoir les informations médicales, c'est-à-dire les diagnostics et procédures codés, que le fournisseur de prestations doit transmettre systématiquement **(0,5)**.

Sur la base de ces informations, le service de réception des données identifie quelles factures nécessitent un contrôle approfondi **(0,5)** et transmet à l'assureur les indications nécessaires **(0,5)**.

Question 15 (3 points)

Monsieur X., domicilié à Zurich, est assuré pour l'AOS. Il est à jour dans le paiement de ses primes, participations aux coûts, etc. Il va en consultation chez le D^r V. pour discuter d'une éventuelle opération des varices. Le D^r V. dispose d'une autorisation de pratiquer dans le canton de Zurich.

Indiquez 3 motifs possibles pour lesquels l'assureur-maladie de Monsieur X. pourrait malgré tout refuser la prise en charge des prestations au titre de l'AOS.

Proposition de solution

- Violation de la règle relative au choix du médecin dans un modèle AOS avec choix limité du fournisseur de prestations
- Médecin en récusation
- Limitation du nombre des médecins selon l'art. 36 LAMal
- Exclusion temporaire ou définitive de toute activité à la charge de l'AOS suite à des sanctions au sens de l'art. 59, al. 1, let. d LAMal
- Prestation médicale non nécessaire/indiquée (esthétique)

1 point par réponse correcte, 3 points max.

Question 16 (5 points)

Madame Y. vit et travaille comme salariée dans le canton de Vaud.

En sortant du travail le 25 mars 2020, elle chute dans les escaliers et doit être transportée aux urgences du CHUV où elle est opérée immédiatement. A la veille de son retour à domicile, Mme Y. se sent très mal et ressent des douleurs pulmonaires importantes qui l'empêchent de respirer normalement. Le service des soins intensifs du CHUV étant totalement saturé, elle est transférée à l'Inselspital à Bern. Elle y décède le 21 avril 2020.

Couverture d'assurance de Mme Y.:

AOS avec réseau de soins et franchise annuelle à option de CHF 500

Durée du séjour au CHUV : 25 mars au 2 avril 2020

Données de facturation :

DRG I28 A Intervention complexe sur les os

Costweight 3.182

Prix de base 10 650

Durée du séjour à l'Inselspital : 3 avril au 21 avril 2020

Données de facturation :

DRG E90C Maladies et troubles des organes respiratoires avec traitement complexe

Costweight 2.261

Prix de base 10 800

Calculez la répartition des coûts de ces deux hospitalisations entre les différents répondants des coûts (part cantonale VD/BE 55 %) tout en sachant que Mme Y. n'a pas eu recours à d'autres prestations de l'AOS en 2020.

Proposition de solution

Répondant des coûts	Calcul	Montant net
Canton de Berne	---	0 (0,5)
Canton de Vaud	55% séjour Inselspital 2.261 x 10 800 = 24 418.80 dont 55% à charge = 13 430.35	13 430.35 (1)
Assureur AOS	45% séjour Inselspital moins la participation aux coûts 10 988.45 - 1485 = 8792.25	9503.45 (1)
Assureur LAA	Le premier séjour au CHUV est à la charge de la LAA (3.182 X 10 650)	33 888.30 (0,5)
Héritiers de Madame Y.	Contribution hosp. 19 jours X 15.- = 285.- (0,5) + Franchise 500.- (0,5) + quote-part 700.- (0,5)	1485.- (0,5)

Question 17 (2 points)

Lors d'un séjour de réadaptation à l'Hôpital de Lavaux, M. X et Mme A. comparent les décomptes de prestations qu'ils viennent de recevoir. Ils ont tous les deux été opérés à l'Hôpital de Morges pour la pose d'une prothèse de hanche. Ils constatent que les coûts facturés par l'Hôpital de Morges sont totalement différents.

Citez 3 raisons possibles pour expliquer ces différences.

Proposition de solution

- Le DRG peut être différent **(1)**, il peut dépendre de comorbidités, complications, âge, etc.
- La durée du séjour peut être différente **(0,5)**, avec un éventuel impact sur le costweight (outlier)
- Les assureurs AOS respectifs n'ont pas forcément le même prix de base (baserate) **(0,5)**

Séjour en division général / demi-privé / privé : accepter pour (0.5) point

Question 18 (2 points)

Indiquez si les affirmations suivantes concernant les modalités de facturation des fournisseurs de prestations sont vraies ou fausses en cochant la case correspondante.

Toute mauvaise réponse donnera lieu à une déduction de points. La note minimale est de 0 point.

Affirmation	vrai	faux
Les fournisseurs de prestations ne sont pas tenus d'inscrire le numéro d'identification de la carte d'assuré sur leurs factures.		X
En cas de traitement hospitalier, assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assuré est le débiteur de la rémunération.		X
Pour la rémunération des traitements médicaux ambulatoires, seul un tarif «à la prestation» est admis.		X
Un médecin a le droit de facturer les médicaments de la liste des spécialités (LS) qu'il utilise pour soigner un patient à un prix inférieur à celui fixé par le DFI dans la LS.	X	

0,5 point par réponse correcte.

Question 19 (3 points)

Indiquez si les affirmations suivantes concernant l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie sont vraies ou fausses en cochant la case correspondante.

Toute mauvaise réponse donnera lieu à une déduction de points. La note minimale est de 0 point.

Affirmation	vrai	faux
Un assureur-maladie qui propose des assurances d'indemnités journalières aussi bien selon la LAMal que selon la LCA peut refuser à un employeur de conclure un contrat LCA pour ses salariés	X	
Les salariés sont obligatoirement couverts par l'intermédiaire de leur employeur en cas d'incapacité de travail due à une maladie professionnelle reconnue	X	
Un employé peut être admis avec une réserve dans l'assurance collective d'indemnités journalières selon la LAMal en raison d'une maladie préexistante	X	
Un employeur n'est jamais obligé d'assurer ses employés contre une incapacité de travail due à une maladie		X
Le code des obligations (CO), respectivement les échelles bernoise, bâloise ou zurichoise, précisent la durée d'indemnisation d'un indépendant en fonction de son ancienneté dans l'exercice de son activité lucrative		X
Si un employeur assure ses employés pour une incapacité de travail due à une maladie par un contrat selon la LCA, il est tenu de faire payer une partie de la prime à ses employés (déduction sur le salaire), au maximum 50% de la prime		X

0,5 point par réponse correcte.

Question 20 (6 points)

En Suisse, la perte de gain peut être assurée de diverses manières.

Après une longue période d'incapacité de travail et de traitements lourds pour soigner un cancer du sein, Madame W. a dû cesser de travailler. Les traitements terminés et enfin délivrée de tout symptôme, elle est considérée comme guérie depuis cinq ans maintenant. A 44 ans, elle vient de reprendre une activité lucrative le 1^{er} mai 2021 en tant que designer de mode indépendante.

Elle n'a pas d'employé et veut savoir comment elle peut assurer son propre revenu en cas d'incapacité de travail suite à une maladie ou un accident. Elle table sur un chiffre d'affaires d'env. CHF 25 000 par an et n'a que peu de frais fixes.

Dans le cadre d'un entretien-conseil avec Madame W.,

- a) vous lui indiquez 3 lois sur la base desquelles une assurance facultative peut être conclue pour répondre à sa demande de couverture d'assurance.
- b) pour chacune d'entre elles, vous mentionnez 2 caractéristiques à prendre en compte lors de la conclusion de l'assurance
- c) et finalement, vous formulez la meilleure solution d'assurance que vous pouvez lui proposer en expliquant en 1 à 2 phrases pourquoi vous estimez qu'elle est adaptée dans le cas de Madame W., respectivement en quoi elle pourrait être insuffisante.

Proposition de solution

a) lois	b) caractéristiques
LAMal (0,5)	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité de réserves durant au max. 5 ans • Pas de possibilité de refus de couverture par l'assureur • Possibilité d'inclure le risque accident • Choix du délai d'attente • Montant maximal assurable pas forcément suffisant <p>(0,5 pt par caractéristique, au max. 1 pt)</p>
LCA (0,5)	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité d'une assurance de somme • Refus de couverture possible • Réserves à vie possible • Possibilité d'inclure le risque accident • Choix du délai d'attente <p>(0,5 pt par caractéristique, au max. 1 pt)</p>
LAA (0,5)	<ul style="list-style-type: none"> • Ne couvre que l'accident (et la maladie professionnelle) • Refus possible par l'assureur • Montant du gain assuré à convenir <p>(0,5 pt par caractéristique, au max. 1 pt)</p>

c)

- assurance LAMal à CHF 70 max. (voire moins selon le montant maximal du gain assuré), parce qu'elle se verra opposer un refus dans la LCA vu son état de santé et, selon les CGA, couverture insuffisante vu le gain assuré, ou éventuelle réserve de 5 ans.
- assurance LAMal à CHF X parce qu'elle se verra opposer un refus dans la LCA vu son état de santé, évent. avec assurance facultative LAA pour qu'au moins en cas d'accident son revenu soit suffisamment couvert.
- ou assurance de sommes selon la LCA, en acceptant qu'une réserve à vie l'empêche de toucher des prestations en cas de récurrence du cancer du sein, si toutefois l'assureur veut bien l'assurer

Toute solution pertinente et correctement argumentée donne droit à 1 point, plus 0,5 point pour la citation de la couverture insuffisante correspondante.

La question du délai d'attente n'est pas centrale dans ce contexte et n'apporte aucun point si elle est mentionnée.

Egalement accepter, assurance de somme selon la LAMal avec une justification correspondante.

Question 21 (2 points)

Un physiothérapeute du canton de Vaud veut facturer des frais de déplacement à un patient âgé qui réside dans un établissement médico-social et qui n'est pas en mesure de se déplacer jusqu'à son cabinet de physiothérapie. L'assureur-maladie, dont le siège se trouve dans le canton de Lucerne, refuse de prendre en charge ces frais supplémentaires et entend ne verser que l'indemnisation prévue par convention pour les traitements proprement dits, en argumentant que le tarif ne prévoit pas la possibilité de facturer de tels frais de déplacement. L'assureur soutient qu'en raison de la protection tarifaire, le physiothérapeute n'a pas le droit de facturer ses déplacements au patient. Les deux parties campent sur leurs positions.

Par quelles instances ce genre de litiges peut-il être réglé ?

Réponse

Instance de conciliation **(0,5)**, tribunal arbitral **(0,5)** du canton de Vaud **(0,5)**.
Tribunal fédéral **(0,5)**

Question 22 (4 points)

L'assureur-maladie est-il tenu de rendre une décision motivée dans les cas suivants ?

Citez les bases légales correspondantes en plus de vos réponses.

- a) Demande de restitution de CHF 65 versés à tort à Monsieur J. (remboursement à double, par erreur, d'une facture de médicaments).
- b) Demande de restitution d'honoraires auprès d'un médecin, après échec d'une tentative de conciliation, parce que sa pratique n'est pas économique au vu des statistiques (évaluation de l'économicité) en comparaison avec un groupe de médecins comparables
- c) Madame R. indique à son assurance qu'elle conteste le refus de cette dernière de prendre en charge une opération d'abdominoplastie.
- d) Décompte d'indemnités journalières collectives selon la LAMal, adressé à l'entreprise N. SA pour l'incapacité de travail de plusieurs de ses employés, pour un montant de CHF 222 500.

Réponse

- a) Oui **(0,5)**, art. 3 OPGA **(0,5)**.
- b) Non **(0,5)**, art. 89 LAMal, art. 1 LAMal **(0,5)**.
- c) Oui **(0,5)**, art. 49, al 1 LPGA **(0,5)**.
- d) Non **(0,5)**, art. 80 LAMal **(0,5)**.