



Kolly Nicolas, Zurich Simon

Double facturation aux assurances-maladie : prévoir des outils de contrôle dans l'intérêt des assurés

Cosignataires : 0

Réception au SGC : 24.06.22

Transmission au CE : *27.06.22

Dépôt et développement

Ce n'est un secret pour personne, notre système de santé souffre d'un problème de transparence. A ce propos, le communiqué de presse du 17 décembre 2020¹ de la FINMA, autorité de surveillance pour les assurances privées, est révélateur. Revenant sur le marché des assureurs-maladie complémentaire, cette dernière mentionne que « les factures dans le domaine de l'assurance-maladie complémentaire sont souvent opaques et semblent parfois trop élevées ou injustifiées ». Concrètement, la FINMA fait état entre autres des problèmes suivants :

- > Doubles facturations : des prestations déjà couvertes par l'assurance obligatoire des soins (ci-après : AOS) sont à nouveau décomptées dans l'assurance privée, au moins en partie.
- > En cas d'assurance en division privée ou semi-privée, les honoraires de médecins peuvent être automatiquement plus élevées. La FINMA a même identifié des cas où près de 40 médecins (!) ont fait valoir des honoraires pour un seul patient, sans justification.
- > Pour une même opération, dans le cas présent une prothèse de hanche, des coûts de 1500 francs à 25 000 francs supplémentaires sont facturés à l'assurance complémentaire, en plus du montant de 16 000 francs déjà couvert par l'AOS. De grandes différences de coûts sont aussi identifiées pour les prestations hôtelières.
- > Enfin, les assurés ne reçoivent « en règle générale aucune copie de la facture » concernée. De l'aveu même de la FINMA, « la transparence n'est pas garantie ». S'agissant des conséquences financières, la conclusion de cette dernière est sans appel : « le montant qui ne devrait pas être assumé par les payeurs de primes est significatif ».

Au vu de la grandeur du marché concerné – d'un volume de primes de plus de 3.7 milliards –, ces révélations sont significatives et mettent en lumière un secteur trop peu contrôlé. Finalement, ce sont les assurés, de l'assurance obligatoire ou de l'assurance privée, qui en payent le prix. Selon une étude de l'Office fédéral de la santé publique, la surmédicalisation des assurés bénéficiant d'une assurance LCA conduit à des coûts supplémentaires – complètement inutiles – à hauteur de 400 millions par année pour l'assurance-maladie obligatoire.

Au niveau du Parlement fédéral, le problème a été soulevé par plusieurs parlementaires. Une dénonciation pénale a même été déposée par la Fédération suisse des patients et la Fédération romande des consommateurs. Si la FINMA est l'autorité de surveillance de l'activité de contrôle par les assureurs, le Conseil fédéral souligne, dans ses réponses, que la surveillance des fournisseurs de prestations ressort de la compétence des cantons. Depuis, la FINMA a annoncé différentes mesures de contrôle et l'Association suisse des assureurs a également émis des recommandations à ses membres.

*date à partir de laquelle court le délai de réponse du Conseil d'Etat (5 mois).

¹ <https://www.finma.ch/fr/news/2020/12/20201217-mm-leistungsabrechnung-krankenzusatzversicherer/>

Dans l'intervalle, il est nécessaire de réfléchir aux mesures de contrôle que les cantons pourraient adopter pour renforcer la surveillance. Par ce postulat, le Conseil d'Etat est chargé de présenter les mesures qu'il pourrait adopter si les mesures prises par la FINMA et les assureurs s'avéraient insuffisantes. Ces mesures doivent permettre aux autorités compétentes de contrôler, au niveau cantonal, les prestations facturées à charge de l'assurance privée. Le cas de la double facturation, à l'assurance de base et à l'assurance complémentaire, doit être investigué de manière prioritaire, tout comme la violation du droit à l'information du patient sur sa facture. L'objectif doit être plus de transparence, dans l'intérêt des assurés ainsi que des contribuables.
