



Réponse du Conseil d'Etat à un instrument parlementaire

Motion Flechtner Olivier / Kolly Nicolas

2021-GC-73

Double facturation aux assurances maladies : contrôler dans l'intérêt des assuré-e-s

I. Résumé de la motion

Par motion déposée et développée le 21 mai 2021, les motionnaires demandent au Conseil d'Etat de présenter un projet de loi permettant aux autorités compétentes de contrôler, au niveau cantonal, les prestations facturées à charge de l'assurance privée.

Les motionnaires relèvent, en s'appuyant sur le communiqué de presse de la FINMA du 17 décembre 2020¹, que le système de santé, en particulier dans le domaine de l'assurance complémentaire, souffre d'un manque de transparence et de contrôles. Ils prennent comme exemple notamment les doubles facturations (à l'assurance de base et à l'assurance complémentaire), le manque d'information de l'assuré-e-s sur sa facture et les coûts plus élevés lorsque le patient ou la patiente est assuré-e en privé liés tant aux honoraires médicaux qu'aux prestations hôtelières. Ces coûts supplémentaires à charge des assurances complémentaires auraient également un impact financier sur l'assurance obligatoire.

Il ressort également de diverses interventions du Conseil fédéral que la compétence de surveiller les fournisseurs et fournisseuses de prestations appartient aux cantons. Les motionnaires estiment toutefois qu'une base légale en la matière serait indispensable pour effectuer, concrètement, des contrôles. Ils souhaitent également connaître les actions qui auraient été prises par la FINMA et l'OFSP à la suite du communiqué de presse précité.

II. Réponse du Conseil d'Etat

Le Conseil d'Etat partage l'inquiétude des motionnaires sur le manque de transparence et de contrôles en matière de facturation des prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et de l'assurance complémentaire. Un rapport publié récemment par le département fédéral de la surveillance des prix² montre, non seulement, que les prestations supplémentaires facturées à l'assurance complémentaire sont liées à des coûts particulièrement élevés, souvent même supérieurs aux forfaits facturés à l'AOS, mais également que la variation entre les coûts facturés à l'assurance complémentaire est particulièrement importante. Ainsi, en comparaison avec les systèmes forfaitaires unifiés appliqués dans le domaine AOS (SwissDRG, Tarpsy), le paysage tarifaire de l'assurance complémentaire est très complexe et hétérogène.

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

² Akutstationäre Spitaltarife im Zusatzversicherungsbereich, Ein nationaler Tarif- und Kostenvergleich, Kaspar Engelberger, Preisüberwachung, Oktober 2021.

Le Conseil d'Etat indique, en premier lieu, que les domaines de l'AOS et de l'assurance complémentaire sont régis par des bases légales distinctes, gérés de manière indépendante par les assureurs et liés à des compétences différentes de la part des cantons. Malgré cette indépendance, il est vrai que les surcoûts potentiellement présents dans le domaine de l'assurance complémentaire peuvent impacter l'AOS et les primes. Ainsi, selon le rapport du département fédéral de la surveillance des prix², le fait que le traitement de patients et patientes dans le cadre de l'assurance complémentaire soit souvent plus intéressant financièrement pour les fournisseuses et fournisseurs de prestations qu'un traitement uniquement couvert par l'AOS crée une incitation à offrir des soins non nécessaires, ce qui se répercute sur les coûts de l'AOS. Dans ce sens, le Conseil d'Etat partage le souci des motionnaires sur les répercussions d'un recours injustifié et non transparent aux prestations complémentaires sur les coûts pour les assuré-e-s.

En deuxième lieu, le Conseil d'Etat précise que, selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), les cantons approuvent les conventions tarifaires négociées entre les assureurs-maladie et les fournisseurs et fournisseuses de prestations pour ce qui concerne les prestations à charge de l'AOS. Pour ces prestations, les cantons établissent une planification hospitalière visant à couvrir les besoins de la population. Cette planification doit notamment tenir compte de critères économique et de qualité (art. 58b OAMal) et doit être réexaminée périodiquement. C'est dans ce cadre que le canton de Fribourg vérifie annuellement, pour chaque hôpital répertorié sur la liste hospitalière, si les critères de qualité et d'économicité sont respectés. De surcroît, le canton a mis en place un monitoring des prestations concernant la période 2017-2020. Ce monitoring est effectué annuellement et permet de vérifier si les prestations des hôpitaux et des maisons de naissance sont conformes aux mandats octroyés. En revanche, les cantons n'ont pas de compétence de surveillance systémique dans le domaine des assurances complémentaires, qui sont régies par la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) et relèvent du droit privé. Le canton ne peut ainsi pas intervenir directement sur des cas de factures potentiellement injustifiées et liées au système des tarifs et de conventions dans le domaine de l'assurance complémentaire, dont la surveillance incombe à la FINMA.

Cependant, malgré son champ d'action limité dans ce domaine, le canton peut prendre, au sens des articles 125ss de la loi cantonale sur la santé (LSan), des mesures disciplinaires lors de facturations abusives, en particulier si elles sont liées à une prestation inutile. De telles mesures peuvent être, non seulement, prises à l'encontre d'un ou d'une professionnel-le de santé, mais également à l'encontre d'une institution de santé en tant que telle. Pour rappel, cette précision de l'article 125 al. 5 LSan a été introduite à la suite de l'engagement pris par le Conseil d'Etat dans sa réponse à la question 2015-CE-181 Bernadette Hänni-Fischer. Au surplus, l'article 127 al. 1 let. d LSan précise qu'une interdiction d'exploiter une institution de santé peut être prononcée en cas d'abus financier grave au détriment des patients et patientes ou malgré des avertissements répétés. De façon générale, ce type de mesures disciplinaires n'entrent en ligne de compte que dans le cas d'abus épisodiques, après dépôt de plainte (par exemple lors de factures frauduleuses ou lors d'interventions manifestement inutiles).

Finalement, il est important de souligner que passablement d'actions ont été entreprises par la FINMA, les assureurs, ainsi que les fournisseurs et fournisseuses de prestations depuis la publication du communiqué de presse de la FINMA en décembre 2020. La FINMA a intégré, dans sa circulaire révisée en juin 2021, sa pratique de surveillance visant à prévenir les abus dans le

domaine de l'assurance-maladie complémentaire³. Cette pratique a été révisée et contient actuellement davantage de mesures, notamment le fait que les assureurs assument mieux leur rôle en matière de contrôle des factures. L'Association suisse d'assurance (ASA) a, par ailleurs, défini onze principes concernant la définition, l'évaluation, le décompte et l'avenir des prestations supplémentaires. Ces principes s'inscrivent dans une démarche de promotion de la transparence et de la traçabilité au niveau de la facturation des prestations. Les assureurs ainsi que les fournisseurs et fournisseuses de prestations négocient et travaillent actuellement à l'élaboration et à la mise en œuvre de nouvelles conventions répondant à ces principes, notamment sur les conditions cadres en lien avec la fourniture de prestations et leur facturation. Le département fédéral de la surveillance des prix⁴ souligne ici l'importance que les coûts à charge de l'assurance complémentaire soient liés à des prestations supplémentaires justifiées et clairement délimitées de l'AOS. Il indique également que les fournisseurs et fournisseuses de prestations doivent standardiser les critères d'octroi de prestations supplémentaires mais également développer des méthodes vérifiables pour le calcul des coûts de ces prestations.

En résumé, les cantons n'ont pas de compétence directe en matière de contrôle de facturation dans le domaine de l'assurance complémentaire. Comme expliqué ci-dessus, différents leviers indirects sont cependant actionnés au niveau national afin de renforcer la transparence, la qualité et l'économicité dans la fourniture de prestations de soins. Sur le plan cantonal, les compétences en matière d'assurance complémentaire appartiennent aux assureurs et aux fournisseurs et fournisseuses de prestations qui travaillent actuellement à l'adaptation de leurs contrats afin de répondre aux exigences de la FINMA. Enfin, en ce qui concerne la surveillance disciplinaire des fournisseurs et fournisseuses de soins, les compétences et procédures cantonales sont d'ores et déjà réglées dans la loi sur la santé (LSan).

En conclusion, le Conseil d'Etat invite le Grand Conseil à refuser la présente motion.

21 décembre 2021

³ <https://www.finma.ch/fr/news/2021/05/20210512-mm-rs-10-03-krankenzusatzversicherung/>

⁴ Akutstationäre Spitaltarife im Zusatzversicherungsbereich, Ein nationaler Tarif- und Kostenvergleich, Kaspar Engelberger, Preisüberwachung, Oktober 2021.