



**Flechtner Olivier, Kolly Nicolas**

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

Cosignataires : 11

Réception au SGC : 21.05.21

Transmission au CE : \*25.05.21

**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 2020 de la FINMA, autorité de surveillance pour les assurances privées, est révélateur. Revenant sur le marché des assureurs maladies complémentaires, il 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 :

- > Les doubles facturations : des prestations déjà couvertes par l'assurance obligatoire des soins (ci-après : AOS) sont à nouveau décomptées dans l'assurance privée, du moins en partie.
- > En cas d'assurance en division privée ou semi-privée, les honoraires de médecins peuvent être automatiquement plus élevés. 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, ici une prothèse de hanche, des coûts de 1500 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 assuré-e-s ne reçoivent « en règle générale aucune copie de la facture ». 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 de francs –, ces révélations sont éloquentes et mettent en lumière un secteur trop peu contrôlé. Finalement, ce sont les assuré-e-s, de l'assurance obligatoire ou de l'assurance privée, qui en payent le prix. Selon une étude de l'Office fédérale de la santé publique (ci-après : OFSP), la surmédicalisation des assuré-e-s bénéficiant d'une assurance LCA conduit à des coûts supplémentaires – complètement inutiles – à hauteur de 400 millions de francs 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. Dans ses réponses, le Conseil fédéral mentionne que la surveillance des fournisseurs de prestations ressort de la compétence des cantons.

---

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

Il est urgent de renforcer le contrôle de la facturation par les fournisseurs de prestations. Si la FINMA est l'autorité de surveillance de l'activité de contrôle par les assureurs, la réponse du Conseil fédéral aux différentes questions orales en la matière souligne que les cantons sont compétents pour assurer la surveillance des fournisseurs de prestations. Une base légale en la matière serait néanmoins indispensable pour effectuer, concrètement, des contrôles. Il serait également souhaitable de connaître les actions qui auraient été prises par le FINMA et l'OFSP à la suite de son communiqué de presse afin de pouvoir, cas échéant, coordonner les différentes actions.

Par voie de motion, nous demandons donc 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. 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 de la patiente ou du patient sur sa facture. L'objectif doit être plus de transparence, dans l'intérêt des assuré-e-s.

---