Réponse du Conseil d'Etat à un instrument parlementaire
—
Postulat Kolly Nicolas / Zurich Simon 2022-GC-118
Double facturation aux assurances-maladie : prévoir des outils de contrôle dans l'intérêt des assurés

I. Résumé du postulat

Par postulat déposé et développé le 27 juin 2022, les députés se réfèrent au communiqué de presse de la FINMA de décembre 2020 et relèvent le manque de transparence dans le domaine des prestations remboursées par les assurances-maladie, plus précisément dans le domaine de l'assurance complémentaire. Dans son communiqué, la FINMA faisait état de plusieurs problèmes, notamment la double facturation à l'assurance de base et à l'assurance complémentaire ou la variation dans les coûts facturés pour des prestations identiques.

Les députés relèvent que si la FINMA est l'autorité de surveillance de l'activité de contrôle des assureurs, la surveillance des fournisseurs et fournisseuses de prestations ressort de la compétence des cantons. En attendant la mise en place de mesures, ils estiment nécessaire de réfléchir aux mesures de contrôle que les cantons pourraient adopter pour renforcer la surveillance. Par ce postulat, ils demandent au Conseil d'Etat de présenter les mesures qu'il pourrait adopter si les mesures prises par la FINMA et les assureurs s'avéraient insuffisantes. Ces mesures devraient permettre aux autorités compétentes de contrôler, au niveau cantonal, les prestations facturées à charge de l'assurance privée.

II. Réponse du Conseil d'Etat

Le Conseil d'Etat a déjà fait part de son analyse de la problématique dans le cadre de sa réponse à la motion 2021-GC-73[1]. De cette analyse ressortent notamment deux éléments, soit, premièrement, l'absence de compétence du canton pour ce qui relève de la surveillance systémique dans le domaine de l'assurance complémentaire et, deuxièmement, le fait qu'un certain nombre d'actions ont été entreprises par les assureurs et les fournisseurs/euses de prestations à la suite du communiqué de l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA).

Pour ce qui relève du deuxième point, l'Association Suisse d'Assurance (ASA) a édicté des lignes directrices sectorielles[2] contenant des principes et exigences pour la conclusion de nouvelles conventions entre assureurs et fournisseurs/euses de prestations pour ce qui concerne l'assurance complémentaire. Ces exigences concernent par exemple la définition et l'identification des prestations supplémentaires (principes 1 à 5) mais également le décompte lié à la facturation de ces prestations, décompte qui devra inclure les coûts relevant de l'AOS (principe 10). Elles s'appliquent à chaque nouvelle convention conclue à partir du 1er janvier 2022. Les anciennes conventions

[1] Motion 2021-GC-73 Kolly Nicolas Double facturation aux assurances maladies : contrôler dans l'intérêt des assuré-e-s
[2] Grandes lignes sectorielles sur les « Prestations supplémentaires selon la LCA » | ASA (svv.ch)

devront être adaptées d'ici à fin 2024. En l'état actuel, différents assureurs ont déjà résilié leurs conventions avec les fournisseurs/euses de prestations fribourgeois (dont l'hôpital fribourgeois et l'hôpital Daler). Les négociations sont en cours afin d'établir de nouvelles conventions répondant aux critères de l'ASA. L'ASA et la FINMA effectuent un monitoring régulier de l'implémentation de ces directives sectorielles.

En conclusion, le Conseil d'Etat estime prématuré d'établir un rapport sur d'éventuelles mesures qu'il pourrait prendre dans le cadre d'une problématique ne relevant pas de sa compétence et qui est déjà traitée par les entités responsables (FINMA, ASA, assureurs, fournisseurs/euses de prestations). Il convient ici de laisser agir ces entités dans les délais mentionnés plus haut. En fonction de l'effet de ces mesures, le canton évaluera si des actions supplémentaires devront être mises en place, ceci dans les limites de ses compétences.

Au vu de ce qui précède, le Conseil d'Etat propose de refuser le postulat.

29 novembre 2022