



## POSTULAT

**Auteur** Clément Borgeaud, PS/GC, Arnaud Schaller, PLR/FDP, Jean-Daniel Melly, Les Vert.e.s et Chantal Voeffray Barras, PDCVr

**Objet** Double facturation aux assurances maladies : contrôler les prestataires de soins

**Date** 11/06/2021

**Numéro** 2021.06.237

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 (

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

tzversicherer/) de la FINMA, autorité de surveillance pour les assurances privées, est révélateur. Revenant sur le marché des assureurs maladies complémentaires, elle 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'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 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 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 ».

A vue 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'OFSP (OFSP, Überhang in der stationären Leistungserbringung zu Gunsten der Zusatzversicherten, Bern 2016.), 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 (Notamment question orale Baptiste Hurni (21.7234) -

<https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaef?AffairId=20217234>).

Une dénonciation pénale a même été déposée (<https://www.24heures.ch/la-surfacturation-va-etre-denoncee-devant-la-justice-953693930190>). Dans ses réponses, le Conseil fédéral mentionne que la surveillance des fournisseurs de prestati

ons ressort de la compétence des cantons.

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.

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.

## **Conclusion**

Compte tenu de ce qui précède, nous demandons au Conseil d'État :

- \* D'évaluer, en collaboration avec les partenaires compétents (notamment la FINMA), les coûts supplémentaires liés aux problématiques sus-évoquées à charge des assuré-e-s dans le canton du Valais ;
- \* D'effectuer un monitoring des prestations facturées à charge de l'assurance privée, dans son domaine de compétence, et d'en publier les résultats ;
- \* D'étudier les différentes pistes possibles pour le contrôle de la facturation des prestataires de soins ;
- \* D'étudier dans quelles mesures des dispositions cantonales permettant le contrôle, au niveau cantonal, des prestations facturées à charge de l'assurance de base et de l'assurance complémentaire peuvent être créées.