

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

Loïc Dobler (PS)

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 maladie 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 1'500 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 assuré-e-s 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 milliard, ces révélations sont significatives, 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'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. Dans ses réponses, le Conseil fédéral mentionne que la surveillance des fournisseurs de prestations revient aux 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 du communiqué de presse, afin de pouvoir cas échéant coordonner les différentes actions.

Nous demandons donc au Gouvernement de présenter un projet de loi permettant 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 des patient-e-s sur leur facture. L'objectif doit être plus de transparence, dans l'intérêt des assuré-e-s.

Loïc Dobler (PS)

Co-signataires

- Jude Schindelholz (PS)
- Jelica Aubry-Janketic (PS)
- Lisa Raval (PS)
- Patrick Cerf (PS)
- Joël Burkhalter (PS)
- Gaëlle Frossard (PS)
- Claude Schlüchter (PS)
- Nicolas Maître (PS)
- Nicolas Girard (PS)
- Pierre-André Comte (PS)
- Leïla Hanini (PS)
- Florence Chaignat (PS)
- Fabrice Macquat (PS)
- Pauline Christ Hostettler (PS)

Intervention déposée officiellement le 26 mai 2021

Documents annexés

- m1374.pdf



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

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 maladie 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 1'500 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 assuré-e-s 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 milliard, ces révélations sont significatives, 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'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. Dans ses réponses, le Conseil fédéral mentionne que la surveillance des fournisseurs de prestations revient aux 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 du communiqué de presse, afin de pouvoir cas échéant coordonner les différentes actions.

Nous demandons donc au Gouvernement de présenter un projet de loi permettant 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 des patient-e-s sur leur facture. L'objectif doit être plus de transparence, dans l'intérêt des assuré-e-s.

Delémont, le 10.5.2021

Jelica Aubry
Rly


Patrick Cef

Le responsable

Eric Dobler

Fabrice Macquet
fmr

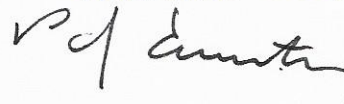

Livia Raval

L. Heuin
Leila Hanini

Nicolas Girard




Pierre-André Comte



Grossad
Gaëlle Tissard

Thiêrê Kieles

Joël Burkhalter



Jude Schindler

Schwabert Louise



Christ Hostette
Pauline Christ Hostette

Flurinet
Florence Chaignot