

Communiqué de presse

Date :
17. décembre 2020

Embargo :
17. décembre 2020

Contact :
Tobias Lux, porte-parole
Tél. +41 (0)31 327 91 71
tobias.lux@finma.ch

et

Vinzenz Mathys, porte-parole
Tél. +41 (0)31 327 19 77
vinzenz.mathys@finma.ch

Assureurs-maladie complémentaire : la FINMA considère que les dé- comptes de prestations doivent être profondément remaniés

L'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers FINMA constate, suite à ses dernières analyses, que les factures dans le domaine de l'assurance-maladie complémentaire sont souvent opaques et semblent parfois trop élevées ou injustifiées. La FINMA attend des assureurs un *controlling* plus efficace pour remédier à ce genre de dysfonctionnements. Elle exige aussi d'eux qu'ils vérifient les contrats avec les fournisseurs de prestations et les adaptent si nécessaire. C'est à ces conditions uniquement que la FINMA approuvera de nouveaux produits d'assurance complémentaire d'hospitalisation.

Les autorités fédérales et la branche de l'assurance se penchent depuis plusieurs années sur le thème des décomptes de prestations dans le domaine des assurances-maladie. Elles y avaient été poussées par des indices externes laissant penser que des prestations médicales n'étaient parfois pas été décomptées correctement aux assureurs-maladie complémentaire. La FINMA s'y est intéressée de plus en plus dans le cadre de sa surveillance.

En 2020, elle a mené des contrôles sur place auprès de certains assureurs couvrant ensemble plus de 50 % de l'ensemble du volume des primes des assurances d'hospitalisation en division privée et semi-privée. Les analyses de la FINMA montrent que de nombreux contrats entre assureurs-maladie complémentaire et fournisseurs de prestations (médecins et hôpitaux) ne favorisent pas la transparence nécessaire des coûts. Les décomptes de prestations sont souvent, pour cette raison, peu transparents. Cette configuration peut, dans l'ensemble, conduire à de mauvaises incitations et permet d'imputer des coûts excessifs aux assureurs-maladie complémentaire, lesquels intègrent ensuite ces coûts au calcul de leurs primes et les répercutent ainsi sur les clients. La FINMA considère donc qu'il est nécessaire de prendre des mesures.

Qu'a constaté concrètement la FINMA ?

Les résultats des contrôles sur place montrent que les factures de médecins et d'hôpitaux dans l'assurance-maladie complémentaire semblent parfois excessivement élevées ou injustifiées. Beaucoup de décomptes de prestations ne précisent pas quelles prestations supplémentaires, entrant dans le cadre de l'assurance complémentaire et dépassant le forfait par cas défini par l'assurance obligatoire des soins (AOS), sont facturées. En conséquence, les assureurs ne peuvent pas contrôler efficacement dans quelle mesure les coûts qu'ils prennent en charge correspondent à des prestations supplémentaires effectivement fournies.

- Il en résulte des doubles facturations, ce qui signifie que des prestations spécifiques au cas déjà couvertes par l'AOS sont à nouveau décomptées, au moins en partie.
- En cas d'assurance en division privée ou semi-privée, cela entraîne automatiquement, pour de nombreux contrats, des honoraires de médecins plus élevés, quel que soit le médecin traitant et indépendamment du fait que le patient ait fait valoir son droit au libre choix du praticien ou non.
- De plus, par exemple pour des produits permettant le libre choix du médecin, non seulement les médecins traitants expressément choisis facturent leurs honoraires, mais aussi d'autres médecins impliqués. La FINMA, dans ses contrôles aléatoires, a trouvé des exemples de cas dans lesquels près de 40 médecins faisaient valoir des honoraires via l'assurance complémentaire pour un seul patient, sans fournir aucune justification.
- Pour des traitements identiques, les coûts supplémentaires varient beaucoup d'un hôpital ou d'un médecin à l'autre. Dans le cas d'opérations simples pour des prothèses de la hanche, par exemple, de 1 500 à 25 000 francs supplémentaires ont été facturés à l'assurance complémentaire, en plus des 16 000 francs environ couverts de manière forfaitaire par l'AOS.
- Pour les prestations d'hôtellerie également, on trouve de grandes variations dans les coûts supplémentaires facturés. Souvent, le décompte n'indique pas quelle prestation supplémentaire justifie la différence de prix. Ainsi, certains hôpitaux ne proposent que des chambres à deux lits, mais un supplément de prix par rapport à l'AOS est quand même exigé des patients assurés en division semi-privée pour le service « chambre à deux lits ».
- Par ailleurs, il y a des indices laissant penser que dans certains cas, les coûts d'hôtellerie facturés dans les hôpitaux dépassent systématiquement les coûts réels. Un hôpital estime par exemple les coûts supplémentaires pour les prestations d'hôtellerie d'un patient assuré en division semi-privée, par cas, à 200 francs au total. Il facture cependant plus de 350 francs par jour à l'assurance complémentaire. Étant donné que chaque cas dure en moyenne environ cinq jours, les factures représentent en fin de compte un multiple des coûts estimés.

- Les assurés ne reçoivent en règle générale aucune copie de la facture du prestataire pour les prestations fournies. Et même lorsqu'ils en reçoivent une, celle-ci est difficile à comprendre. Les assurés ne peuvent donc pas vérifier les prestations facturées. La transparence n'est pas suffisamment garantie.

Il n'est pour l'instant pas possible d'estimer l'ordre de grandeur des prestations facturées en trop dans le domaine des assurances complémentaires d'hospitalisation. Sur la base de ses analyses la FINMA considère cependant que, sur l'ensemble du marché, le montant qui ne devrait pas être assumé par les payeurs de primes est significatif.

Le rôle des assureurs

« Avec un volume de primes de plus de 3,7 milliards de francs, le marché de l'assurance complémentaire d'hospitalisation revêt une grande importance dans le système de santé et pour les patients. Il est donc important que les primes des assurés soient utilisées de manière transparente et compréhensible. Les clients doivent payer un prix approprié pour des prestations qui constituent réellement un supplément à l'assurance de base », selon Mark Branson, directeur de la FINMA.

La FINMA attend notamment des fournisseurs d'assurance-maladie complémentaire qu'ils n'acceptent que des factures correspondant à des prestations supplémentaires, non comprises dans l'assurance-maladie obligatoire. Les assureurs doivent aussi garantir que les coûts facturés soient appropriés au regard des prestations supplémentaires effectivement fournies.

Les assureurs-maladie complémentaire doivent pouvoir démontrer à la FINMA que les principes susmentionnés sont respectés et que des contrôles efficaces sont effectués afin d'éviter des facturations excessives ou illicites.

La situation, telle qu'elle ressort des analyses et contrôles sur place de la FINMA, appelle une correction aussi rapide et complète que possible. La FINMA souligne donc les attentes suivantes envers les assureurs :

- Les assureurs doivent s'assurer que les fournisseurs de prestations établissent des factures transparentes et compréhensibles.
- Les assureurs doivent assumer uniquement le coût des prestations constituant réellement des prestations supplémentaires, donc des prestations allant au-delà de celles couvertes par l'AOS et dont le prix se justifie. Ils doivent pour cela par exemple effectuer des comparaisons croisées avec d'autres fournisseurs pour des prestations comparables.
- Les assureurs doivent, si nécessaire, adapter les contrats avec les fournisseurs de prestations ou conclure de nouveaux contrats afin de pouvoir tenir compte de ces critères.

- Si cela n'est pas encore le cas, ils doivent mettre en place un *controlling* efficace, garantissant que les exigences mentionnées ci-avant sont mises en œuvre et respectées en permanence.

Des décomptes de prestations transparents et corrects restent une priorité pour la surveillance

La surveillance des décomptes des prestations, de leur *controlling* et de leur transparence demeurera ces prochaines années une priorité pour la FINMA. Bien entendu, la FINMA n'approuvera de nouveaux produits que si les critères susmentionnés sont respectés. Elle se penchera aussi sur l'ordre de grandeur des montants facturés de manière excessive et sur l'effet de ces montants sur les tarifs.

Des primes correctes pour les assurés

La prime d'une assurance résulte, à long terme, des prestations fournies, auxquelles s'ajoutent des frais administratifs et des marges bénéficiaires. Si des modalités de facturation plus strictes sont désormais appliquées, cela exercera une pression sur les coûts de prestations facturés et donc aussi sur le niveau des primes. Il est toutefois difficile, à ce stade, d'estimer dans quelle mesure et à quelle vitesse ces effets se feront sentir.

Les assurés restent couverts

Si les assureurs négocient de nouveaux contrats avec les fournisseurs de prestations (en général des hôpitaux et des cliniques), des situations peuvent se présenter, lors de phases de transition ou en cas de désaccord, où il n'y aurait plus de contrats en vigueur. Il ne devrait cependant s'agir que d'exceptions. Il est important pour les assurés de savoir que leur couverture est maintenue, indépendamment du fait qu'il y ait un contrat entre l'assurance-maladie complémentaire et les fournisseurs de prestations. Les assurés ont droit en tous les cas aux prestations convenues pour eux dans les conditions contractuelles en vigueur (CGA) de leur assurance complémentaire.

Coordination et contacts avec d'autres acteurs

En 2018, le Conseil fédéral a initié un programme de limitation des coûts contraignant pour tous les acteurs du système de santé et censé, entre autres, empêcher les pratiques commerciales abusives dans l'assurance complémentaire.

Par ses activités, la FINMA assume son mandat de protection contre les abus pour les personnes assurées auprès d'une assurance privée. Elle contribue à plus d'équité au niveau des prix et à une transparence accrue des prestations supplémentaires réellement fournies. Si les corrections nécessaires du point de vue du droit de la surveillance sont apportées, cela devrait, à long terme, renforcer la concurrence dans le domaine de l'assurance

complémentaire d'hospitalisation et conduire à un marché qui offre aux clients une réelle plus-value, à un prix approprié. Cela peut aussi contribuer au développement de nouveaux produits innovants.

Dans l'ensemble, ce processus peut avoir des répercussions sur tout le système de santé, c'est pourquoi il requiert une coordination étroite tout au long de son développement. La FINMA est en contact régulier à ce propos avec l'Office fédéral de la santé publique et le Département fédéral des finances (DFF). Elle est également en contact avec le secteur de l'assurance, avec des associations de fournisseurs de soins et de protection des consommateurs ainsi qu'avec le surveillant des prix.