



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Position de H+

## **Prestations supplémentaires en faveur des patients assurés en complémentaire sous le régime de la LCA**

### **1. Introduction**

À fin 2020, une [analyse de l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers \(FINMA\)](#) a montré que de nombreux contrats entre assurances maladie complémentaires et fournisseurs de prestations – médecins et hôpitaux – ne présentent pas la transparence nécessaire. Selon la FINMA, la situation peut conduire à de mauvaises incitations et permet d'imputer des coûts excessifs à ces assureurs, lesquels intègrent ensuite ces coûts au calcul de leurs primes et les répercutent ainsi sur les clients. Les contrôles ont révélé en outre que des prestations sont facturées à double, soit à l'assurance de base (AOS) et à l'assurance complémentaire (LCA). La FINMA demande aux assureurs et aux fournisseurs de prestations d'agir.

Les assureurs ont été invités par la FINMA à mieux assumer leur rôle en matière de contrôle des factures. En conséquence, nombre d'entre eux ont dénoncé les contrats qui les liaient avec les hôpitaux et les cliniques en matière d'assurance complémentaire d'hospitalisation, afin de pouvoir les adapter aux exigences de la FINMA. De son côté, l'Association suisse d'assurance a élaboré des [Grandes lignes sectorielles sur les «Prestations supplémentaires selon la LCA»](#). Elle entend ainsi créer davantage de transparence et de traçabilité.

Depuis le début de l'année 2021, H+ est en contact avec la FINMA, la COMCO et le Surveillant des prix. En outre, l'association s'est efforcée de prendre langue avec l'ASA afin de discuter de solutions aux dysfonctionnements de ce marché.

En tant qu'association faîtière des hôpitaux, H+, respectivement ses membres, est directement concernée par le thème des prestations supplémentaires en faveur des patients assurés en complémentaire. Pour cette raison, elle a élaboré la position suivante, qui a été adoptée par son Comité

### **2. Position**

#### **2.1 Principe**

- H+ est consciente des dysfonctionnements dans le domaine de l'assurance complémentaire: certaines personnes, en particulier les aînés et les malades, sont exclus du marché. Aucune offre concurrentielle ne leur est proposée. Ces derniers n'ont accès qu'à l'assurance de base, avec pour conséquence que le champ des prestations AOS est sans cesse élargi.

- La double facturation de prestations à l'AOS et à l'assurance complémentaire n'est pas tolérable. H+ condamne en règle générale tous les types de facturation abusifs tant dans l'assurance de base que dans l'assurance complémentaire. En revanche, l'association est opposée à ce que l'ensemble de la branche hospitalière paie pour les défaillances de quelques-uns.
- La FINMA exerce une surveillance sur les assurances complémentaires afin de protéger les assurés contre les risques d'insolvabilité de ces sociétés et les abus. Le contrôle des factures est donc du ressort des assurances et des organes de surveillance.
- La protection tarifaire dans l'AOS, prévue à l'[art. 44 al. 1 LAMal](#) doit être respectée dans tous les cas:

*Les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente; ils ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la présente loi (protection tarifaire).*

## 2.2 **Transparence des prestations et adéquation des tarifs**

- Les assurances maladie complémentaires et les fournisseurs de prestations peuvent convenir de prix LCA pour des prestations supplémentaires hors AOS (transparence des prestations).
- Les prix LCA doivent être vérifiables. Des prix excessifs ne sont pas admis dans le domaine LCA (adéquation des primes et des prix LCA).

## 2.3 **Des innovations dans les domaines LCA et AOS sont nécessaires**

- L'augmentation des attentes de la société envers les prestations AOS, le nouveau financement hospitalier (forfaits par cas et concurrence entre les hôpitaux) et la lutte pour les patients qui en découle aboutissent à:
  - un élargissement constant de la palette de prestations AOS – toujours davantage de prestations sont couvertes par l'assurance de base, ce qui rend les offres des assurances complémentaires moins attractives pour les patients;
  - une sous-couverture des coûts dans le domaine AOS, en raison de tarifs insuffisants (ambulatoire) et de la stagnation des prix (stationnaire);
  - une érosion du domaine de l'assurance complémentaire – l'AOS offre toujours davantage de prestations et les offres classiques des complémentaires, par exemple les chambres à deux lits en semi-privé sont devenues aujourd'hui la norme dans de nombreux hôpitaux (adaptation aux attentes croissantes de la société).
- Le marché des assurances complémentaires doit se réinventer. Il convient en particulier de le remanier dans le domaine des prestations médicales ambulatoires qui est en plein essor actuellement.
- Le secteur de l'assurance de base doit également fonctionner sur de nouvelles bases. Les approches suivantes sont possibles:
  - L'AOS ne correspond pas à un maximum ou à un optimum de prestations possibles, mais reflète un niveau moyen. Le standard AOS correspond au traitement que peut/doit fournir un médecin de qualification moyenne selon l'état de la science et de la pratique médicales.

- Correction immédiate des tarifs AOS trop bas actuellement afin qu'ils soient équitables et rétribuent les traitements efficaces aux patients. Les forfaits dans le domaine ambulatoire sont une solution en ce sens.
- Examiner la sortie de certaines prestations obligatoires de l'AOS, afin de ménager un potentiel pour le secteur de l'assurance complémentaire.

#### 2.4 Il faut faire barrage à de nouvelles mesures régulatrices

- Il faut faire barrage aux mesures régulatrices possibles pour renforcer les instruments à la disposition de la FINMA dans les assurances maladie complémentaires qui sont mentionnées dans un [rapport du Secrétariat d'État aux questions financières internationales \(Renforcement des instruments à la disposition de la FINMA dans les assurances maladie complémentaires. Possibilités régulatrices, en allemand\)](#).

### 3. Sources

- [Analyse de l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers \(FINMA\)](#) du 17 décembre 2020
- [Grandes lignes sectorielles sur les «Prestations supplémentaires selon la LCA».](#)
- [Loi sur l'assurance-maladie \(LAMal\)](#)
- Renforcement des instruments à la disposition de la FINMA dans les assurances maladie complémentaires. Possibilités régulatrices, ([Stärkung der Instrumentarien der FINMA in der Krankenzusatzversicherung Regulatorische Möglichkeiten, en allemand](#)): rapport du Secrétariat d'État aux questions financières internationales du 2 septembre 2020

---

**H+ Les Hôpitaux** de Suisse est l'association nationale des hôpitaux, cliniques et institutions de soins publics et privés. Elle regroupe 207 hôpitaux, cliniques et établissements médico-sociaux en tant que membres actifs avec 368 sites et de 150 associations, administrations, institutions, entreprises et particuliers comme membres partenaires. A travers ses institutions membres, H+ représente quelque 200'000 personnes actives.

---

Septembre 2021