

*Date de dépôt : 30 mai 2022*

## Rapport

**de la commission de la santé chargée d'étudier la proposition de motion de M<sup>mes</sup> et MM. Jennifer Conti, Thomas Wenger, Badia Luthi, Youniss Mussa, Amanda Gavilanes, Alberto Velasco, Emmanuel Deonna, Sylvain Thévoz, Jocelyne Haller, Pierre Bayenet, Bertrand Buchs, Glenna Baillon-Lopez, Marc Falquet, Jean-Luc Forni, Charles Selleger : Organiser la surveillance des prestations facturées à la charge des assurances complémentaires**

### Rapport de M. Bertrand Buchs

Mesdames et  
Messieurs les députés,

La commission de la santé a abordé et traité la proposition de motion 2764 « Organiser la surveillance des prestations facturées à la charge des assurances complémentaires » lors de ses séances du 3 décembre 2021, ainsi que des 14 et 21 janvier, 4 et 11 février, 11 et 25 mars et 1<sup>er</sup> avril 2022.

La présidence a été assumée par M<sup>me</sup> Jennifer Conti.

Les personnes suivantes ont assisté aux travaux de la commission :

- M. Mauro Poggia, conseiller d'Etat (DSPS) ;
- M. Adrien Bron, directeur général de la direction générale de la santé (DSPS) ;
- M<sup>me</sup> Marie Leocadie, cheffe de secteur promotion de la santé et prévention (DGS) ;
- M. Nicolas Dobelin, juriste DGS (DSPS) ;
- M<sup>me</sup> Nathalie Vernaz, pharmacienne cantonale (DSPS) ;
- M. Nicolas Müller, directeur du service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (DSPS) ;

- M<sup>me</sup> Anne Etienne, directrice du service juridique DGS (DSPS) ;
- M. Patrick Edder, chimiste cantonal et directeur du service de la consommation et des affaires vétérinaires (DSPS) ;
- M<sup>me</sup> Angela Carvalho, secrétaire scientifique (SGGC).

La commission a auditionné les personnes suivantes :

- M. Rodolphe Eurin et M. Vincent Michellod, représentants de l'association des cliniques privées de Genève ;
- M. Marc Weber, expert en politique de santé et délégué aux affaires fédérales et intercantionales auprès du département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud ;
- M. Ueli Kieser, professeur au département de droit privé à l'Université de Berne ;
- M. Stefan Meierhans, surveillant des prix (DEFR) ;
- D<sup>r</sup> Michel Matter, président de l'AMGe, et M. Antonio Pizzoferrato, secrétaire général de l'AMGe ;
- M<sup>me</sup> Brigitte Kohler, membre de la Fédération suisse des patients ;
- M<sup>me</sup> Marija Sommer et M. Mikaël Briguet, membres de l'Association suisse des assurances (ASA) ;
- M. Dominik Gresch, représentant de santésuisse.

Les procès-verbaux ont été tenus avec exactitude par M<sup>mes</sup> Carla Hunyadi et Mariama Laura Diallo.

Nous remercions ces personnes pour leur contribution aux bons déroulements des travaux de la commission.

### **Audition de M<sup>me</sup> Conti, première auteure de la motion**

M<sup>me</sup> Conti explique que la thématique de cette motion est relativement particulière. Elle commence par aborder la problématique que pose cette motion. En décembre 2020, la FINMA a publié un rapport issu de contrôles aléatoires auprès d'assureurs couvrant plus de 50% de l'ensemble des volumes des primes des assurances d'hospitalisation en division privée et semi-privée. Les résultats montrent que de nombreux contrats qui lient les assureurs et les hôpitaux ou les médecins ne comportent que très peu d'exigences quant aux libellés et aux détails des factures. Dans ces conditions, les assureurs peinent à contrôler efficacement dans quelle mesure

les coûts facturés correspondent à des prestations supplémentaires réellement fournies. Elle donne deux exemples concrets issus de ce rapport : la FINMA a trouvé des exemples dans lesquels près de 40 médecins avaient fait valoir des honoraires via l'assurance complémentaire uniquement pour un patient, sans fournir aucune justification. Autre illustration : pour des traitements identiques, ils ont constaté des variations de coûts, avec des charges supplémentaires facturées allant de 1500 à 25 000 francs en plus de la prestation de base couverte déjà par l'assurance obligatoire. Même si la FINMA ne fournit pas d'ordre de grandeur des montants indûment supportés par les assurés, la FINMA considère que ces montants sont suffisamment importants pour avoir un impact sur le montant des primes des assurés. Ces montants ne sont pas communiqués, car la FINMA n'est pas soumise à la loi sur la transparence. Il existe des indices qui suggèrent que les tarifs de l'assurance complémentaire dépassent clairement les coûts effectivement supportés par les hôpitaux pour les patients dotés d'une couverture supplémentaire. Cette situation est extrêmement problématique parce qu'elle peut inciter les prestataires à effectuer des traitements même en l'absence d'une indication médicale contraignante. Ces traitements non indispensables vont également être facturés, par le biais des forfaits par cas de l'assurance obligatoire, cela induit une mauvaise incitation qui renforce la pression exercée sur l'assurance obligatoire et contribue à pousser les primes à la hausse. Preuve qu'il y a une véritable problématique en la matière, suite à la publication du rapport en juin 2021, l'Association suisse d'assurances (ASA) a publié des lignes directrices comprenant des exigences minimales contraignantes et s'appliquant à chaque nouvelle convention d'assurance complémentaire d'hospitalisation passée entre les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations. Dans une interview, le directeur de l'ASA dit clairement que ces mesures n'entreront pas en vigueur avant janvier 2022. Une première piste d'action est esquissée, mais elle n'est clairement pas suffisante. Preuve en est qu'il y a un réel besoin d'encadrer et de contrôler plus strictement cette pratique des fournisseurs. Monsieur Prix a publié en octobre dernier une newsletter où il consacrait justement un article à ce propos : « Tarif à la charge de l'assurance complémentaire : excessif tant en privé qu'en semi-privé ». Le surveillant des prix a également constaté l'absence d'une délimitation très claire et détaillée en termes de coûts, notamment entre les prestations hospitalières relevant des assurances complémentaires et celles couvertes par l'assurance de base. Ils disent clairement qu'une telle délimitation est pourtant indispensable si l'on souhaite éviter une double facturation des prestations déjà couvertes par l'assurance de base. Ils confirment le rapport de la FINMA et les rejoignent dans leurs recommandations, à savoir qu'il s'agit de renforcer le cadre

réglementaire en la matière. La deuxième problématique soulevée par cette motion est la dimension de la compétence. En novembre 2016, dans un avis de droit sur les questions de compétence dans le domaine de l'assurance-maladie et de l'assurance complémentaire, la question était de savoir si les cantons disposent des compétences pour procéder à la vérification de la double facturation éventuelle à une assurance complémentaire. La réponse de cet avis de droit dit très bien que, si une direction cantonale de la santé est confrontée à un cas éventuel de double facturation illicite, il est clair que le canton est habilité à examiner le décompte de l'assurance-maladie et le décompte à la charge de l'assurance complémentaire. Un autre élément qui nous conduit à dire que les cantons sont compétents en la matière est la réponse du Conseil fédéral. Suite à la publication du rapport de la FINMA, deux élus fédéraux ont demandé en substance au Conseil fédéral ce qu'ils comptaient faire. Le Conseil fédéral a répondu que, si la surveillance des assureurs-maladie est du ressort de la FINMA et de l'OFSP, en revanche la surveillance des fournisseurs de prestations, et donc de toute la dimension facturation, est de la compétence des cantons. Pour conclure, M<sup>me</sup> Conti affirme qu'à ce stade d'analyse, n'étant pas juriste, l'articulation des éléments de cette problématique est complexe. Elle n'est pas en mesure de proposer un modèle précis, c'est un point qu'il faut investiguer. Les signataires de la motion constatent qu'il y a une véritable problématique sur les primes-maladie. Au niveau cantonal, ils ont enfin une marge de manœuvre pour pouvoir apporter plus de transparence dans le financement de notre système de santé, donc elle incite vraiment les députés à voter des auditions pour approfondir la thématique et voir ce qu'ils peuvent faire au niveau cantonal. Comme évoqué précédemment, les données sont confidentielles, elle n'est donc pas en mesure de dire quelle est l'ampleur de ce phénomène de surfacturation dans notre canton. Toutefois, les chiffres globaux sont suffisamment conséquents pour qu'aussi bien la FINMA et Monsieur Prix que des élus fédéraux se saisissent de la problématique.

### **Prise de position du département**

M. Muller explique que le cadre juridique autour de cette affaire est relativement complexe. Il y a eu deux avis de droit qui n'aboutissent pas exactement aux mêmes conclusions. Il y a aussi un avis de l'OFSP qui a été émis ainsi qu'une décision de la Cour des assurances sociales du canton de Vaud. Selon l'analyse de la Direction générale de la santé, il y a effectivement un problème dans ce système-là. Il y a des mesures qui sont prises pour essayer de réduire ces mauvais incitatifs, elles marchent en partie et sont limitées à certains traitements. Pour ce qui est des traitements

stationnaires, il y a beaucoup d'opacité dans la facturation faite aux assurances complémentaires. On entend quand même qu'il y a un durcissement de la part des assurances LCA sur la manière dont ces conventions sont formées, notamment en adoptant un fonctionnement par forfait, qui jouerait vraiment le rôle de complément au DRG qui lui serait la base avec les prestations médicales. Ces différents avis ne sont pas très limpides en matière de pouvoir qui est donné au canton. Dans l'avis de droit du P<sup>r</sup> Kieser, il a admis qu'un contrôle pourrait être exercé par l'autorité sanitaire, mais il limite cela au cadre d'un examen relatif aux conditions de pratiquer. Le département pourrait s'intéresser aux cas d'un établissement, en vue d'une sanction éventuelle, et à ce titre-là examiner la facturation, mais dans le cadre d'un dossier précis qui aurait l'objet d'une dénonciation nominative. En tout cas, le principe d'un contrôle systématique de la manière dont les prestations sont facturées à la LCA n'est ni possible d'un point de vue juridique ni d'un point de vue opérationnel, sachant que dans ces facturations une grande partie de la facturation est une facturation d'actes et de prestations. Cela comporte un niveau de secret qui équivaut à un secret médical. On ne pourrait pas simplement mettre du personnel administratif en masse pour vérifier que ces prestations n'ont pas été facturées à double. La conclusion qu'ils ont tirée pour l'instant, c'est qu'ils n'ont pas la possibilité de faire un contrôle systématique. En revanche, un contrôle ciblé pour un cas précis et pas dans le cadre du contrôle de la relation entre l'établissement et l'assureur complémentaire est possible. Toutefois, la vraie autorité de surveillance de ces assurances complémentaires reste la FINMA. Il a quand même bon espoir que les dernières actions de la FINMA envers les assureurs complémentaires vont les pousser à nettoyer leur convention. Mais c'est une question juridique relativement complexe.

### **Audition de M. Rodolphe Eurin, président, et M. Vincent Michellod, vice-président de Genève cliniques – Association des cliniques privées de Genève**

M. Eurin souhaite rappeler deux éléments de réflexion essentiels. L'assurance complémentaire concerne un Genevois sur trois. Il est essentiel de comprendre la nuance entre la LAMal et la complémentaire d'abord par rapport au positionnement de ce qui est financé et facturé, et aussi en ce qui concerne la répartition des rôles dans les contrôles des produits et des prestataires dont les coûts sont couverts par ces produits d'assurance. Ce contrôle est essentiel pour que l'assurance complémentaire soit pérenne. Il est essentiel de renforcer la perception de valeur de ces produits. Il rappelle deux éléments essentiels : d'une part, le choix du médecin et l'assurance

complémentaire sont un incitatif pour les médecins à être choisis et donc à être au meilleur d'eux-mêmes et, d'autre part, les prestations hospitalières. L'enjeu pour les hôpitaux et les cliniques privées est d'offrir des prestations qui vont au-delà simplement de l'hôtellerie. Plusieurs contrôles se sont mis en place avec une action de la FINMA qui a pour objectif de renfoncer ces contrôles des assurances complémentaires.

M. Michellod revient sur les arguments donnés par les motionnaires qui parlent d'opacité de la facturation et de non-transparence. C'est une préoccupation qui est partagée par la branche et les fournisseurs de prestations. Il ne s'agit pas de nier le problème ou de nier son existence. C'est un problème marginal, mais c'est quelque chose sur quoi la branche doit travailler. Depuis quelques années, la FINMA a mené des audits auprès des principaux assureurs-maladie du pays et il en a découlé des critiques très fortes de la branche et une intervention musclée. L'intervention de la FINMA a donné lieu à des actions chaotiques de la part des assureurs privés, mais depuis une année un lead a été pris par l'Association suisse des assureurs sur ce projet et un processus structuré a été mis en place au niveau national qui implique les faîtières des cliniques privées et des hôpitaux, les associations de médecins et les fournisseurs de prestations. Un travail est en cours au niveau national. Des workshops du métier ont eu lieu pendant tout l'été et ont donné lieu à des résultats qui sont très concluants. Onze principes ont été fixés par l'Association suisse des assurances et ils sont publiés comme des lignes sectorielles pour la conclusion de nouveaux contrats.

En parallèle, un autre groupe de travail planche sur la question des honoraires médicaux. Ces mesures sont donc en cours d'élaboration avec une roadmap concrète. D'ici fin 2023, la partie clinique doit avoir été réglée et, à l'horizon 2024, la question de l'honoraire aura aussi été traitée. Ces enjeux sont donc adressés, les autorités de surveillance font leur travail et ajouter une couche de régulation au niveau cantonal n'est pas nécessaire, ce n'est pas le bon moment en termes de timing. Un travail important est en train d'être fait. Par exemple, la FINMA a déjà annoncé des sanctions musclées envers les assurances-maladie si le travail n'était pas fait, en menaçant de ne pas approuver la mise sur le marché de nouveaux produits d'assurance complémentaire. L'épée de Damoclès est aujourd'hui très concrète. Pour la deuxième accusation portée au travers de cette motion que sont les incitations perverses qui conduisent à des volumes de prestations injustifiés, la motion fait référence à une étude de l'OFSP qui date de 2016. Entre-temps, il y a eu une prise de position plus modérée de la surveillance des prix qui, sans attester de l'existence de ces incitations, a dit que potentiellement il pouvait y avoir des biais. Cette année, une étude de l'OBSAN conclut au fait qu'il n'y a

pas de taux d'hospitalisations supplémentaires pour les patients en complémentaire, au contraire. On n'hospitalise donc pas plus et on ne garde plus les patients qui ont une complémentaire à l'hôpital. Deux motions au contenu similaire ont été déposées à Fribourg et dans le canton de Vaud. A Fribourg, le Conseil d'Etat a rappelé que les cantons n'ont pas de compétences de surveillance systémique dans le domaine des assurances complémentaires, que c'est régi par la LCA et que ça relève du droit privé. Le Conseil d'Etat fribourgeois ne juge pas opportun de donner suite. Dans le canton de Vaud, la motion sera transformée en postulat.

En résumé, la faïtière des cliniques privées reconnaît que le problème existe. Elle y travaille ardemment en partenariat avec les assurances-maladie qui ont un intérêt clair à régler l'objet. Ajouter à ces mesures correctrices une surcouche de réglementation cantonale sera difficile à gérer puisque les associations sont nationales. Ça risque aussi de compliquer le processus et de ralentir l'adoption des mesures nationales. Leur position est de dire qu'il faut laisser les acteurs nationaux faire leur travail. La FINMA veille au grain et les députés auront tout le loisir de compléter ou de revenir avec une motion plus ciblée si les démarches ne portent pas leurs fruits.

### **Audition de M<sup>me</sup> Marija Sommer et M. Mikaël Briguet, représentants de l'Association suisse d'assurances, et M. Dominik Gresch, représentant de santésuisse**

M<sup>me</sup> Sommer remercie la commission de son accueil. Elle déclare que M. Briguet est représentant du Groupe Mutuel. Il est exposé au quotidien aux situations relatives à l'assurance complémentaire. Groupe Mutuel est un acteur majeur du domaine des assurances-maladie et c'est un membre de santésuisse et de l'ASA. M. Gresch est responsable des assurances complémentaires au sein de santésuisse. M<sup>me</sup> Sommer est représentante de l'ASA.

Elle propose de commencer par un bref rappel des caractéristiques essentielles des assurances-maladie en Suisse. L'AOS est une assurance sociale obligatoire dont la surveillance est placée sous la responsabilité de l'OFSP. Les assurances complémentaires sont régies par la LCA. Elles sont privées, facultatives et leur surveillance est régie par la FINMA. Les autorités de la concurrence ont un œil aiguisé sur les activités dans ce domaine. La FINMA a effectué des contrôles et, à la fin de l'année 2020, elle a exprimé des attentes par rapport au secteur des assurances privées. Elle a notamment constaté une opacité dans la facturation et a exigé que les assureurs mettent en place un mécanisme qui permette davantage de transparence sur les coûts,

la facturation et les décomptes, notamment une séparation claire de ce qui relève des complémentaires de l'assurance de base. La FINMA a exigé que les assurances mettent en place un contrôle plus strict de l'activité des fournisseurs de prestations. C'est un besoin que les assureurs reconnaissent. Ils ont mis en place un processus qui a abouti en juin dernier à l'élaboration et à la publication de lignes directrices sectorielles. Celles-ci jettent les bases pour avoir plus de clarté et de transparence dans le domaine des assurances et des prestations complémentaires. Elles répondent aux exigences de la FINMA et des assurés qui veulent légitimement savoir ce qu'il en est de leurs assurances et des soins dont ils font l'objet. Par ailleurs, ces lignes directrices répondent à un besoin de concurrence, ce qui veut aussi dire de l'innovation.

Les acteurs du domaine des cliniques privées sont des vecteurs d'innovation. Les nouveaux traitements apportent aussi des bénéfices au niveau de l'ensemble des assurés puisqu'ils permettent de mettre en place des innovations qui leur profitent. Il y a eu des cas extrêmes qui ont été médiatisés et elle rappelle que ce sont des exceptions. Il y a un besoin réel d'agir et donc, loin de rester lettre morte, les lignes directrices sont dotées d'un échéancier et les assureurs travaillent avec empressement à leur mise en place. Elle indique qu'il y a onze principes à la base de ces lignes directrices qui consistent à exiger une définition claire des prestations complémentaires, des manières claires de les évaluer et de les décompter, et le principe de l'avenir est pris en compte pour permettre l'innovation. En conclusion, la pression qui a été mise par la FINMA et d'autres acteurs politiques est réelle et forte. Les acteurs du domaine des complémentaires sont actuellement en train de déployer ces mesures qui vont servir à appliquer une transparence et un contrôle accru.

En ce qui concerne la motion 2764, elle relève des abus manifestes en relation avec des montants variables. Ceux-ci découlent naturellement d'un marché concurrentiel. Quand les problèmes susmentionnés auront été réglés, il y aura encore des variations dans les coûts facturés pour des prestations similaires, car cela fait partie de la concurrence. Leur préoccupation première est d'éviter les abus et ils pourront être limités grâce à l'implémentation des lignes directrices. Les lignes directrices définissent les prestations complémentaires ; elles les évaluent et les contrôlent sous la surveillance nationale notamment de la FINMA. Sur la base de ces considérations, il lui semble inopportun de légiférer au niveau cantonal, car les objectifs de la motion sont déjà mis en œuvre et contrôlés de près et à l'échelle nationale. Elle remercie la commission de son attention et se tient à disposition des députés.



## **Audition du Dr. Michel Matter, président, et de M. Antonio Pizzoferrato, secrétaire général de l'Association des médecins du canton de Genève (AMGe)**

M. Matter pense que c'est la place des médecins et de leurs associations cantonales d'être présents dans ce dossier. Ils rejoignent pleinement l'avis des dépositaires de la motion quant à la transparence. Ils y sont extrêmement attachés. Leur association fait tout pour plus de transparence. Dans le cas présent, ils vont beaucoup s'exprimer sur le libre choix, le libre choix d'un contrat privé, entre un assuré et une assurance complémentaire. Dans ce dossier, il a l'habitude de dire que c'est « win-win-win-win » : il y a le patient, la clinique, le médecin et l'assurance. Les rapports sont moins tendus que dans l'assurance de base. Quant à la question du libre choix, le patient veut choisir librement le médecin qui va pratiquer l'intervention ou les actes effectués. Une autre question importante est celle de la liberté du lieu où on peut pratiquer, c'est-à-dire que la clinique est une chose importante pour eux. La dernière liberté, c'est le choix thérapeutique du médecin. On n'impose pas au médecin une certaine prothèse de hanche ou un matériel qui doit obligatoirement être utilisé, par exemple. Leur association est proactive, c'est un dossier dans lequel Genève est en avance, Genève fait des propositions, qui sont observées au niveau romand, mais aussi au niveau national. Ils ont des rendez-vous fréquents avec différents assureurs et, historiquement, les médecins à Genève ont une convention signée avec un assureur : ils ont eu à un moment donné une convention avec le Groupe Mutuel, puis la CSS et actuellement avec Assura. Ils ont une convention signée avec Assura où chaque position (médicale ou chirurgicale) a été discutée, négociée quant au prix et leurs membres sont liés pour l'assurance Assura à pratiquer les prix indiqués. Il pense que l'action de la FINMA est juste lorsqu'elle demande plus de transparence. Ils ont aussi les questions du nombre de visites : qu'est-ce qu'une visite ? qu'est-ce qu'un chirurgien ? qui doit assister le chirurgien ? Ils ont des exigences de plus en plus importantes pour que la personne qui assiste le chirurgien soit quelqu'un qui puisse terminer l'intervention. Encore une fois, la transparence oui, mais il se demande s'il faut faire une loi. Il croit que les acteurs sont actifs et qu'il y a un rapport de confiance qui s'établit. C'est un dossier important. Il doit y avoir aussi une réflexion par rapport à EFAS (c'est le financement uniforme de l'assurance ambulatoire et complémentaire). Il y a des discussions en cours au niveau national. Pour Genève, ce serait possiblement une facture de 40 à 100 millions selon la façon dont on prend ce transfert, entre la totalité à la charge de l'assurance et uniquement le 45% à sa charge lorsque c'est du stationnaire. On voit qu'il y a bien des discussions. Les primes ont été

évoquées également. Il ne faut pas oublier que, depuis 2017, on n'a que 1,5% d'augmentation des primes. La transparence oui, mais pour un cadre et un contrôle ils sont face à un point d'interrogation.

M. Pizzoferrato aimerait revenir sur quatre points importants qui permettent de définir le cadre de leurs discussions : il aimerait tout d'abord rappeler que l'analyse de la FINMA à laquelle il est fait référence dans la motion portait sur le rapport entre les assureurs et les cliniques. Cela ne signifie pas qu'il n'y a pas d'abus chez les médecins, mais ce qui a suscité ce rapport relevait principalement de la relation entre cliniques et assureurs. Un deuxième point important à rappeler est qu'en matière LCA (factures privées), en stationnaire à Genève, ils ont parmi les tarifs les plus bas de Suisse, c'est le cas pour 60 à 70% positions tarifaires appliquées au quotidien. C'est parfois très sensiblement plus bas que ce qui peut se faire ne serait-ce que dans le canton de Vaud. Le troisième aspect porte sur la compétence du canton à intervenir sur des tarifs doublement privés. Tout d'abord pour des hospitalisations privées/semi-privées, mais également pour une relation de privé à privé (de médecin-clinique à patient-assureur). Il est dit dans la motion que la FINMA et la Confédération ont souligné que ces questions relevaient des compétences du canton. A son sens, la Confédération faisait référence aux compétences en matière de planification et il est évident que, dans ce cadre-là, le canton a plus que son mot à dire sur ce qui peut être facturé. Le dernier aspect porte sur les prestations supplémentaires, puisque dans les recommandations de la FINMA il est demandé que l'on détaille davantage ce qui se trouve dans les honoraires des médecins et des cliniques pour justifier ces facturations majorées. Les assureurs le demandent aussi, mais il est pour le moins cocasse que ce soit ceux qui vendent le produit qui demandent à ceux qui le mettent en œuvre ce qu'il y a dedans. Mais ils veulent bien se prêter à cet exercice. Cette prestation supplémentaire se résume au libre choix du médecin à l'heure actuelle. Aujourd'hui, si on prend notre contrat LCA, on verra que l'assureur (celui qui nous vend la prestation) ne vise que le libre choix du médecin (pour la prestation médicale). C'est davantage sur ce que vaut ce libre choix du médecin qu'il conviendra à l'avenir de se pencher pour éviter les dérapages. Cela étant, deux projets sont en cours : l'un a pour but d'aller vers cette transparence à laquelle aspire la FINMA et un autre a pour objectif de définir avec les assureurs ce qui se trouve dans ce libre choix du médecin, donc dans la prestation supplémentaire offerte en LCA.

Sur le premier projet, quasiment tout est prêt. Le COVID les a un peu ralentis. Ce projet met en œuvre trois parties distinctes : les médecins via l'AMGe, les cliniques via le groupe Hirslanden, et les assureurs à travers

Assura. Le but de ce projet pilote est de « splitter » la facture du médecin et de la clinique en deux factures distinctes : celle qui concerne l'assurance de base et celle qui concerne l'assurance complémentaire. Concrètement, à l'arrivée, ils auront quatre factures pour une intervention chirurgicale : deux factures émises par la clinique et deux factures émises par le médecin. C'est le point de départ de ce projet pilote. Pour mettre en œuvre ce projet, il y a eu beaucoup de questions auxquelles il a fallu apporter une réponse. Parmi les questions principales auxquelles nous devons répondre figure une question essentielle : quelle est la part qui doit être facturée à l'AOS et la part à la LCA ? Pour ce projet, c'est la clinique qui va informer le médecin qui est intervenu sur cette part que la clinique va facturer à l'AOS. Et le médecin reprendra ce même pourcentage pour splitter sa facture à l'AOS et à l'assurance complémentaire. Deux autres éléments qui sont importants vont être mis en place : le premier consiste à envoyer systématiquement et simultanément la facture adressée au patient à l'assurance complémentaire pour lui permettre de faire valoir quelques contestations si elle estime que cette facture n'est pas conforme. Tout cela dans le but de permettre à l'assurance complémentaire d'intervenir suffisamment en amont. Dans le même ordre d'idée, avec l'accord du patient, ils adresseront à l'assurance complémentaire une copie de la facture adressée à l'assurance de base pour permettre à l'assurance complémentaire de s'assurer que, dans sa facture à elle, il n'y a pas des éléments qui devraient figurer dans la facture AOS ou, pire encore, qui auraient déjà été facturés via la facture AOS. D'autres engagements sont pris par l'AMGe, comme réduire le temps d'envoi des factures. Il est arrivé qu'un laps de temps trop important séparait l'envoi de la première facture de la dernière. En réduisant à quelques semaines l'envoi de toutes ces factures, on permet à l'assureur d'avoir une vision globale assez rapidement. Il y a plein d'autres petits éléments qui viendront s'ajouter à ce projet pilote. Il aimerait ajouter que l'AMGe va mettre à disposition de tous les assureurs sa base de données de facturation, ce qui signifie que l'assureur qui reçoit une facture qui lui semble trop élevée (dans sa quotité ou dans la structure) pourra s'adresser à l'AMGe pour effectuer une sorte de « benchmark ». A Genève, seule l'AMGe dispose d'une base de données qui permet à l'assureur non seulement de voir ce qui est facturé pour ses propres assurés, mais également ce qui est facturé à un patient, dans le même cas de figure, auprès d'un autre assureur. Si pour une intervention X on facture 1000 à l'assureur A et 2000 à l'assureur B il est difficile pour l'assureur B de proposer les mêmes prestations à ses assurés à des primes identiques que celles proposées par l'assureur A. Tout cela va être mis en place prochainement. Ils démarrent avec le groupe Hirslanden sur deux cliniques : La Colline et Les Grangettes, avec un assureur, qui est Assura. Ils ont déjà

une convention tarifaire avec Assura, donc il n'y a pas de problème s'agissant du montant à facturer. Ils ont identifié, avec Hirslanden, Assura et les médecins, une vingtaine d'interventions chirurgicales types pour éviter que le projet ne se disperse. L'autre projet porte sur la définition de la prestation complémentaire qui pour l'instant, pour l'AMGe, se résume à la définition du libre choix du médecin. Il insiste sur le fait qu'aujourd'hui les assureurs vendent leurs produits complémentaires uniquement en offrant le libre choix. L'AMGe, pour compléter le premier projet, avec Assura et Concordia, va essayer de définir ce qu'il y a dans le libre choix du médecin. Bien entendu, le premier aspect, c'est comment se matérialise ce choix. Ensuite, il y a des questions purement pratiques, mais évidentes : est-ce que l'anesthésiste qui est choisi par le médecin qu'on a choisi est considéré comme choisi par le patient ? Idem, celui qui arrive inanimé aux urgences, peut-on considérer qu'il a choisi le médecin qui va intervenir ? Ils sont aussi en train de réfléchir avec des assureurs sur des éléments qualitatifs (est-ce qu'on peut considérer en moyenne que, dans une clinique privée, le médecin est « meilleur » ?), mais aussi sur des éléments davantage de nature quantitative (est-ce que par exemple dans une clinique privée les visites du médecin qui est intervenu sont en moyenne plus nombreuses que ce qu'on peut décemment attendre aux HUG ?). Ces deux projets avancent parallèlement. La FINMA a connaissance du premier projet. Le deuxième concerne moins la FINMA. Ce sont deux projets concrets qui pourraient répondre en partie, sinon en totalité, à la motion.

### **Audition de M. Stefan Meierhans, surveillant des prix (en visioconférence)**

M. Meierhans fait savoir que c'est un honneur et un plaisir pour lui de pouvoir partager ses réflexions sur ces questions. Il aimerait commencer par une question aux députés : il leur demande s'ils savent que, si on est assuré en privé ou en semi-privé, on a 2,2 fois plus de chances d'être opéré au genou et 1,3 plus de chances de se faire opérer à la hanche. Et cela uniquement parce qu'on est assuré en privé ou en semi-privé. Une étude menée par l'OFSP en 2016 a comparé les 15 opérations les plus « utilisées » dans les hôpitaux et a conclu qu'à peu près 8% des opérations effectuées auprès des assurés privés ou semi-privés ne sont médicalement pas explicables. Cela signifie qu'il y a une surthérapie non explicable pour cette tranche de la population qui a une assurance semi-privée ou privée. Cela ne concerne pas uniquement cette population : il y a une sorte d'effet par ricochet sur nous tous, car, à chaque fois qu'un patient est à l'hôpital, la contribution de base est due. L'intervention est partiellement payée par l'assurance obligatoire des

soins, donc celle que l'on doit tous conclure, même si on a une assurance complémentaire. Donc l'assurance de base doit verser une partie. Mais c'est aussi le canton qui doit verser pour alléger la facture de celles et ceux qui n'arrivent pas eux-mêmes à payer la prime. Cela touche donc aussi l'assurance de base que nous payons tous. Comme la motion l'évoque, il y a déjà eu des enquêtes et des groupes de travail qui se sont occupés de l'évolution des coûts de la santé. Après, c'est la FINMA, qui est chargée de faire la surveillance des assurances, qui s'est penchée sur le thème. En 2021, lui-même a publié une étude qui comparait la tarification en assurance de base et en semi-privée et privée. Ils ont constaté des écarts considérables. Cela dit, il faut savoir qu'avec l'assurance de base, en principe les coûts nécessaires d'une intervention sont déjà couverts, comme le travail des médecins et des infirmiers, l'utilisation des salles d'opération. Donc, seulement ce qui excède ces coûts devrait être pris en charge par l'assurance complémentaire. C'est le point de départ de cette question. La motion qui est sur la table est très intéressante. Il a quelques remarques à faire par rapport au contenu : sur le fond, la motion reprend un thème qui est un problème existant, mais elle touche une partie de notre cadre juridique, qui est aussi réglé par les lois au niveau fédéral et aussi par la liberté de contracter dans le domaine du privé. Cela concerne surtout les hôpitaux privés qui ne sont pas soumis à une approbation obligatoire. Notamment sur le territoire du canton de Genève, il y a passablement de cliniques privées qui ne sont pas donc réglées directement par le droit public ou par une approbation préalable de la tarification. Quand on se penche sur ce thème, il faut différencier entre les hôpitaux publics (par exemple les HUG qui appartiennent au canton et où le canton pourrait devenir actif en tant que propriétaire) et les hôpitaux privés. En ce qui concerne les hôpitaux privés, il croit qu'une intervention en tant que propriétaire n'est pas possible, mais il serait possible d'approfondir cette question avec un avis de droit d'un spécialiste du droit genevois pour mettre un peu plus de lumière sur la question. Sur le plan fédéral, il y a des travaux qui sont en cours (la FINMA s'est penchée sur ce thème), mais là on se focalise sur le défi genevois. Il n'est pas un spécialiste du droit genevois, mais il peut imaginer de voir ce qu'il est possible en tant que propriétaire vis-à-vis des HUG et vis-à-vis des cliniques privées.

Une ou un commissaire PLR demande, par rapport à l'étude de l'OFSP qu'il a mentionnée, si on a éliminé les biais de sélection des deux populations différentes pour être sûr que les populations étaient bien comparables en termes d'âge, de sexe, de morbidité, etc. Il demande aussi si les assureurs complémentaires, pour le paiement des prestations, sont également soumis aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (EAE). Enfin, si on

part du principe qu'il n'y a pas de biais de sélection des populations, cela veut dire que ce phénomène entraîne une surmédication globale à la charge de tous les assurés avec une augmentation des coûts pour tous les assurés. C'est sa première remarque. Il se demande si, au fond, cette augmentation des coûts n'est pas marginale par rapport aux autres raisons d'augmentation des coûts, ou alors si c'est une augmentation significative et qu'il y a peut-être quelque chose à rechercher pour pallier cette forme de dérive. Il y a quelques années, une initiative fédérale avait été lancée par l'Association des médecins du canton de Genève qui proposait de séparer les rôles des assureurs (assureurs de base et assureurs complémentaires). Dans cette idée-là, si on imaginait demain laisser le choix aux assurés de s'assurer uniquement à la LAMal ou alors à des assurances privées (qui ne seraient pas des assurances complémentaires), il demande si à ce moment-là on romprait le principe de solidarité entre les assurés et de mutualisation des coûts. A titre personnel, ce n'est pas une voie qu'il recommanderait. Il demande son avis à M. Meierhans.

M. Meierhans, concernant la première question, explique qu'il n'est pas l'auteur de cette étude, c'est M. Olivier Peters qui l'a menée en 2016. Les conclusions sont relativement solides et stables. D'après ce qu'il a compris en la lisant, il avait l'impression qu'ils avaient inclus certaines marges de tolérance par rapport aux chiffres. C'est son impression. Par rapport à la condition EAE et à l'assurance complémentaire, a priori non, les assurances complémentaires ne sont pas soumises à cette condition. C'est justement une question totalement privée gouvernée par le droit privé. Dans cette loi sur la surveillance des assurances privées, il n'y a pas ces critères. Mais c'est peut-être le lien avec ce critère, puisque cette cotisation de base est toujours due. Il pense qu'on peut appliquer cette condition en tout cas à la partie couverte par l'assurance de base. En d'autres termes, il s'attend à ce qu'il y ait plus de transparence, parce qu'aujourd'hui il y a une opacité sur ce qui est mis à charge de l'assurance complémentaire. Il y a en effet un manque de transparence dans ce domaine. Pour ce qui est de la cotisation de base, à son avis ces critères sont applicables, mais pas pour le reste. Concernant la question sur l'effet par ricochet, il croit que, vu l'état et l'augmentation des coûts cette année, les premières estimations montrent une augmentation à la charge de l'AOS entre 5 et 6% pour cette année, ce qui est considérable. Même si ça ne devait pas être beaucoup, il serait quand même nécessaire de regarder à fond cette problématique. La question de savoir si c'est significatif ou non, il ne peut pas répondre, car justement il y a une opacité. On ne peut pas vraiment dire aujourd'hui si c'est hautement significatif. Sur la question de séparer ou non les rôles des assureurs, il y a en Suisse quelques

discussions par rapport au système tel qu'il est conçu aux Etats-Unis. Un tel système s'avérerait difficile à mettre en œuvre en Suisse et serait un changement fondamental.

### **Audition du P<sup>r</sup> Ueli Kieser (en visioconférence)**

La présidente rappelle qu'ils auditionnent le P<sup>r</sup> Kieser dans le cadre de la M 2764, en raison de l'avis de droit qu'il avait rendu en 2016 à la demande du département de la santé du canton de Vaud.

Il explique que la motion concerne la question de savoir comment il est possible d'organiser la surveillance des prestations facturées à la charge des assurances complémentaires. Il y a quelques années, il a écrit un avis de droit qui concernait les questions abordées aujourd'hui. Il existe différentes prestations. Il y a des prestations selon la LAMal et des prestations des assurances complémentaires. Ce sont des prestations différentes et peut-être aussi des questions différentes. C'est l'art. 44 LAMal qui est important, qui concerne la protection tarifaire. A l'alinéa 1 de cet article, il est dit que 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).

M. Kieser explique que la protection tarifaire est le point le plus important. Si on a un fournisseur de prestations, celui-ci ne peut exiger une seconde rémunération s'il a travaillé pour l'assurance-maladie. Il a quelques remarques concernant les prestations des assurances complémentaires: les assurances complémentaires ne peuvent pas compenser les prestations pour lesquelles l'assurance obligatoire a déjà pris en charge les coûts. Cela veut dire qu'il faut faire une comparaison entre d'un côté les prestations de l'assurance de base et de l'autre côté les prestations de l'assurance complémentaire. Les assurances complémentaires ne peuvent que compenser des prestations qui sont un « Plus » (echte Mehrleistung»). Il donne des exemples pour ces prestations: le confort à l'hôpital ou le choix d'un médecin en milieu hospitalier. Il est difficile de voir des prestations avec un « Plus » sous forme ambulatoire. Les questions importantes concernent donc surtout les hôpitaux. Concernant le problème de la compétence, la question est de savoir qui est compétent pour contrôler la facturation des prestations. L'art. 59 al. 1 LAMal prévoit que les fournisseurs de prestations qui ne respectent pas les exigences relatives au caractère économique et à la garantie de la qualité des prestations qui sont prévues dans la loi (art. 56, 58a et 58h) ou dans une convention ou qui ne respectent pas les dispositions relatives à la

facturation (art. 42) font l'objet de sanctions. A l'art. 59 al. 3 lettre d, il est prévu que, si un fournisseur de prestations ne respecte pas cette protection tarifaire, il manque aux exigences et le tribunal arbitral prononce une sanction (art. 89). Il y a déjà une possibilité d'agir si un fournisseur de prestations ne respecte pas les exigences. On voit déjà que le canton n'est pas marqué dans cet art. 59. Il est écrit que c'est le tribunal arbitral qui prononce une sanction. Quant à l'art. 38 LAMal, c'est un nouvel article qui est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022. A l'alinéa 1, il est prévu que chaque canton désigne une autorité chargée de surveiller les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35 al. 2 lettres a à g, m et n.

Ces fournisseurs de prestations de l'art. 35 lettres a à g sont les médecins, les pharmaciens, etc., et à l'art. 35 al. 2 lettres m et n, ce sont les entreprises de transport, sauvetage et des institutions de soins ambulatoires. Les hôpitaux (art. 35 al. 2 lettre h) ne sont pas dans la liste de l'art. 38 al. 1. Donc, cet article ne répond pas à la question de savoir qui doit surveiller les hôpitaux. La surveillance des hôpitaux est une question de droit cantonal de la santé. La LAMal ne nous aide pas. Si on veut surveiller les hôpitaux, il doit y avoir une base dans la législation cantonale.

Mais les cantons, s'ils le veulent, peuvent exiger des documents des hôpitaux pour contrôler si les conditions d'admission sont encore remplies et, si un hôpital fait des doubles facturations, cela peut poser des questions. Du point de vue du droit cantonal, il y a dans le canton de Genève la loi sur les établissements publics médicaux (LEPM), et il serait possible d'introduire une réglementation qui permette aux cantons de contrôler si un établissement public médical a respecté les règles concernant la possibilité de disposer d'une facture pour l'assurance complémentaire. Il a terminé et espère que c'était clair. Il est à disposition pour des questions des députés.

### **Audition de M. Marc Weber, expert en politique de santé et délégué aux affaires fédérales et intercantionales, département de la santé et de l'action sociale (VD)**

M. Weber remercie les députés. Il explique que c'est un dossier sur lequel le canton de Vaud a été actif. Il souhaite faire un petit rappel historique sur la manière dont les choses se sont passées : il y a eu en 2016 un courrier de l'OFSP à la CDS qui a mis les choses sur la table et qui expliquait qu'il y avait potentiellement un problème de facturation et de violation de la protection tarifaire posée par la LAMal. Des échanges ont montré que, du côté de la CDS, il n'y avait pas de volonté très forte de réagir ou d'agir. C'est ce qui a conduit le canton de Vaud à demander un avis de droit au P<sup>r</sup> Kieser.



L'avis de l'OFSP disait que les cantons étaient compétents pour faire quelque chose, mais ils se sont dit qu'il valait mieux demander un avis de droit à un professeur pour savoir si les cantons ont une compétence pour intervenir dans ce domaine. La réponse du P<sup>r</sup> Kieser allait dans le sens d'une compétence des cantons pour intervenir et pour contrôler la facturation à la charge des assurances complémentaires. Le point de départ de l'avis du P<sup>r</sup> Kieser est de dire que la protection tarifaire est inscrite dans la LAMal, donc on ne peut pas facturer à la charge du patient ou de son assurance une prestation qui a déjà été payée par l'assurance de base. Pour vérifier qu'il n'y a pas de double facturation, les cantons doivent aussi pouvoir regarder la facturation faite par les assurances privées. En 2017, l'ancien chef de département, M. Naya, a réuni les fédérations des hôpitaux vaudois, le CHUV et les cliniques privées pour discuter de ce sujet. Le succès de cette séance et des réactions suscitées a été très mitigé. L'ancien chef du département a donc écrit directement à tous les hôpitaux en leur expliquant les règles qui s'appliquaient concernant la double facturation. Cela a fait l'objet d'un courrier envoyé en mai 2017. M. Naya a aussi écrit à la FINMA et à l'OFSP, avec copie aux Chambres (la commission du Conseil des Etats et la commission du Conseil national) pour leur exposer le problème. Les réponses qu'ils ont obtenues, que ce soit l'OFSP ou la FINMA, étaient un peu timorées. En 2019, l'OFSP a dit qu'il discutait avec les parties prenantes. De son côté, la FINMA a dit que ce sont les assureurs qui doivent apporter la preuve que ces dispositions sont respectées. En décembre 2020, il y a eu un communiqué de la FINMA qui posait le constat que les factures dans le domaine des assurances-maladie complémentaires étaient opaques et parfois trop élevées ou injustifiées. Donc, elle demandait aux assureurs de mettre en place un système de contrôle plus efficace.

Suite à cela, les assureurs ont édicté en juin 2021 les grandes lignes sectorielles sur les prestations supplémentaires selon la LCA, qui étaient un concept de mesures communes que les assureurs veulent mettre en place. Le dernier élément intervenu au niveau national, c'est le surveillant des prix en octobre 2021, qui fait une analyse des tarifs facturés par les hôpitaux à la charge des assurances complémentaires et qui arrive à la conclusion que les prestations supplémentaires fournies par les hôpitaux sont dédommagées par des montants très élevés et qui varient très fortement. Du côté vaudois, la motion qui avait été déposée dans le canton de Vaud en mai 2021 demandait au Conseil d'Etat d'avoir une base légale qui permettait à l'Etat de contrôler cette facturation et d'intervenir. Il leur a transmis le rapport de la commission qui a abordé cette notion et qui a recommandé à l'unanimité au Grand Conseil vaudois de la transformer en postulat, un peu moins contraignant.

C'est ce qu'a fait le Grand Conseil. Le Conseil d'Etat a reçu ce postulat. La position du département est de dire qu'il était favorable à une intervention dans ce domaine. Mais il y a d'autres avis de droit qui disent l'inverse de M. Chyzer. Ils savent aussi qu'au niveau pratique et concret, ce ne sera pas facile d'arriver à faire ce type de contrôles, ne serait-ce que parce que les médecins ont aussi de leur côté une facturation. Il faudrait pouvoir démontrer que les factures que font les médecins ne correspondent pas à des prestations supplémentaires. La délimitation entre l'un et l'autre n'est pas forcément chose facile. Il est à disposition pour des questions.

Une ou un commissaire PLR demande s'il est même possible de contrôler, parce que cela signifie que ce sont les assurances qui devront envoyer les factures. Si c'est possible, il demande comment il faut le faire.

M. Weber répond que, si l'on suit l'avis du P<sup>r</sup> Kieser, l'Etat donne des autorisations aux professionnels et aux cliniques. Ces autorisations de pratiquer soumettent les médecins à un certain nombre de règles. Juridiquement, selon le P<sup>r</sup> Kieser, les cantons ont la compétence pour aller chez les médecins et regarder leur facturation. Concrètement, on peut imaginer la difficulté que cela peut présenter d'aller dans des cabinets médicaux et de leur demander de sortir le dossier de facturation. Il faut identifier les bonnes factures, ce qui est un immense travail. Il y a toute une série de difficultés qu'il faudrait affronter.

Une ou un commissaire PDC demande si le département a fait une étude pilote avec le CHUV entre sa division privée et sa division non privée.

M. Weber répond que oui. De manière générale, le taux de patients privés au CHUV est très faible (environ 5%). Il y a une espèce d'accord qui s'est fait dans la région lausannoise, donc si possible ces patients sont renvoyés vers des cliniques privées. Le CHUV est vraisemblablement peu concerné. Il est également important de dire que, au CHUV, toutes les factures des médecins sont faites par le CHUV. Il n'y a aucune facture qui est faite par un médecin. Cela réduit les risques d'une facturation complémentaire qui pourrait excéder le tarif LAMal. Après vérification, ils sont arrivés à la conclusion qu'il n'y avait pas, chez eux, de violation tarifaire.

Cette ou ce commissaire ajoute que pourtant la FINMA est sévère dans ses conclusions et suggère que les cantons interviennent. Il parle surtout de la double facturation. Il demande à M. Weber si le fait d'affirmer que c'est trop compliqué pour les cantons est une bonne réponse.

M. Weber rappelle que les premiers échanges avec l'OFSP datent de 2017. Il s'est écoulé 6 ans entre-temps. Il veut montrer les difficultés qu'il peut y avoir, mais cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas le faire. Le

département est prêt à aller dans ce sens. Mais il y a des difficultés concrètes qu'il ne faut pas négliger.

### **Questions au conseiller d'Etat, M. Mauro Poggia**

Une ou un commissaire PLR a une interrogation concernant le type des prestations qui étaient irrégulières. Il demande « à qui profite le crime ? ». Il demande si la question posée dans la motion répond vraiment à cette question. Si on veut avoir un contrôle général, cela signifie qu'il faudrait avoir un endroit où on récolte toutes les prestations de tous les prestataires et assurés, et il n'y croit pas. Pour la partie qui concerne purement les assurances privées, il y a une certaine liberté pour l'assuré d'y souscrire ou non. Il demande quelles sont les prestations pour lesquelles il y a vraiment un problème et si l'on arriverait à les voir sans avoir besoin de faire un énorme travail, en reprenant toutes les prestations de tout le monde. C'est quelque chose qui lui semble inimaginable. Il demande où on identifie les problèmes et quand l'Etat a un moyen d'identifier la situation.

M. Poggia répond que, si on lit l'invite, il est clair que cela voudrait dire qu'on devrait protéger les assurances complémentaires contre des facturations injustifiées. On peut se demander si c'est le rôle de l'Etat de se substituer à l'assurance complémentaire, qui est privée, pour la protéger. En réalité, on veut protéger le patient assuré. Mais là aussi, si on veut protéger le patient assuré, il y aurait d'autres protections qui lui semblent évidentes. Ou alors on décide de protéger le patient en disant que l'on facture trop à son assurance complémentaire, ce qui l'empêche de bénéficier de réduction de primes de la part de son assurance complémentaire. Mais là, le lien entre diminution des charges des assurances complémentaires et réduction des primes est très aléatoire. Ou alors par l'intervention, plus importante que par le passé, des cantons pour leur part de 55% des tarifs suisses DRG pour des patients complémentaires. On voit que globalement la charge des assureurs privée a diminué. Le seul angle qui lui semblerait être soutenable aux yeux de l'Etat dans cette motion, c'est d'avoir un regard sur la facturation des prestations aux assurances complémentaires pour s'assurer que l'on ne facture pas à des assurances complémentaires ce qu'on a aussi facturé à l'Etat. Quand il y a une opération orthopédique, cette même opération a un tarif suisse DRG avec un nombre de points, qui est le pendant du Tarmed, qui varie en fonction d'une valeur du point négociée par la clinique comme par les HUG. Par rapport à cette opération, qui théoriquement coûte moins cher en clinique privée qu'aux HUG, sur ce montant, il y a 55% à la charge du canton et 45% à la charge de la LAMal. C'est ce que va recevoir la clinique qui reçoit un patient, quelle que soit la couverture, le cas échéant privée, de

ce patient. En plus, la clinique peut facturer quelque chose de plus, parce que le service est meilleur (la liberté de choix du chirurgien est prise en considération, par exemple). Il y a un intérêt à ce que l'on sache ce que l'assurance privée de ce patient a payé puisqu'on y verra tous les intervenants. On pourra regarder si ce qui a été facturé en plus du tarif LAMal fait double emploi avec ce qui a été payé au titre de la LAMal. C'est un énorme travail, mais qui ne fait sens que pour autant que l'Etat y ait intérêt. Si on a trop payé, ils vont devoir rembourser à l'assurance privée. Il pense que l'on va donner un argument à l'assureur privé pour dire que le canton a trop facturé. Tout le résultat de cette opération ne va pas ajouter de l'argent à l'Etat.

## **Discussion de la commission et prises de position**

### ***Proposition d'amendement du PDC :***

#### *Remplace l'unique invite de la motion :*

*« à s'assurer que les factures émises par les entités privées, listées dans le cadre de la planification hospitalière, ne fassent pas l'objet d'une double facturation. »*

Une ou un commissaire PDC explique que but de l'amendement était de préciser ce que l'on pouvait faire. Il a entendu que la FINMA a fait des remarques pertinentes. Il lui semble que l'invite qui avait été faite dans la motion impose une base légale et ce qui ne convient pas au Conseil d'Etat. Il a essayé de tourner l'invite vers quelque chose de moins contraignant pour le Conseil d'Etat. Il y a un contrat entre les instances privées et l'Etat. Le terme « s'assurer » dans la motion, cela peut être par un courrier aux entités privées, une discussion avec les entités privées sans qu'il y ait une nécessité de faire une base légale.

#### *Proposition d'amendements du PLR :*

*« – à évaluer le nombre de cas de double facturation LAMal/LCA dans le canton de Genève ainsi que le dommage y afférent pour le canton ;*

*– le cas échéant, à s'assurer que les factures émises par les entités privées, listées dans le cadre de la planification hospitalière, ne fassent pas l'objet d'une double facturation. »*

Une ou un commissaire PLR explique que sa proposition d'amendement est cumulative avec celle du PDC et ajoute la notion de dol pour le canton. Cela signifie que, s'il n'y a pas de dommage pour le canton, sa compréhension des auditions était que cela revenait à un contrôle un peu

compliqué. L'idée était de comprendre s'il y a une perte économique pour le canton et, si c'est le cas, de s'assurer qu'il n'y a pas de double facturation.

Une ou un commissaire PDC se dit un peu étonné de la proposition du PLR, car, dans la motion, il n'y a pas de dol pour le canton puisqu'il doit prendre en charge un pourcentage de la base LAMal. Donc ce n'est pas lui qui va être préterité. Celui qui sera préterité, c'est l'assuré. Il a du mal à comprendre la position du PLR à ce niveau-là.

Une ou un commissaire PLR donne raison au PDC et, en fait, ils n'ont pas de base légale, et le canton ne subit aucune perte. Cela rend les choses un peu compliquées dans cette motion.

La ou le commissaire PDC poursuit en expliquant que, la base légale, c'est que le canton doit surveiller les prestataires sur la base LAMal. Ils peuvent déjà contrôler les factures de l'assurance base, mais il reste le problème de savoir si oui ou non ils ont besoin de la facture d'assureur pour faire ce contrôle. Mais le canton en lui-même ne subit pas de préjudice à ce qu'il y ait une double facturation par la LCA.

M. Bron pense que ce sujet est un peu compliqué. Ils ne pourront jamais refuser une part cantonale de ces prestations, car elle est due selon un certain nombre de règles et, si les conditions sont remplies, ils ne peuvent pas les refuser. Ils doivent payer ces contributions à un certain nombre de conditions. A la fin, ils doivent cette part cantonale, ils n'ont pas le choix. Donc les assurances qui peuvent être lésées en cas de double facturation, ce sont les assurances privées. Elles ont déjà une instance de contrôle, la FINMA, qui pourrait aller plus loin. Ils ne sont pas désintéressés de la question, mais ils imaginent mal comment ils pourraient mettre en place un système parallèle de contrôle systématique pour des problèmes qui concernent essentiellement des assurés complémentaires avec des institutions LCA. Une fois que cela est dit, la seule arme qu'ils pourraient avoir ce serait de rendre obligatoire une transparence comptable totale pour recevoir les parts cantonales. Or, ce ne serait pas une condition éligible par la LAMal. Au demeurant, ils avaient proposé de mettre cela dans la LAMal il y a quelques années, mais la commission de la santé avait refusé. Après, il est clair qu'ils préfèrent clairement la motion amendée plutôt que la motion initiale. Faire l'examen au-delà des partenaires avec lesquels ils ont des relations, c'est un peu vain. Ils n'ont pas de légitimité. Il ne faut pas se faire trop d'illusions.

Une ou un commissaire PDC rappelle que la FINMA vient de dire qu'il y a un problème, et ce n'est pas tous les jours qu'elle le fait. Ils ont essayé de rendre le travail plus facile en n'imposant pas une base légale, mais ils pourraient par exemple imaginer que, pour le cas correspondant au cas AOS

pris en charge par une clinique privée, le canton donne 55% sur la base et, sur la facture que reçoit la personne hospitalisée, elle paie aussi. Donc, il est possible que l'on touche deux fois la même somme. Sur la prime payée, il faudrait que la personne qui reçoit la facture sache qu'on pourra lui demander deux fois la même prestation. C'est cela, la double facturation. Puisque par contrat ils sont engagés à payer cette part, il faudrait être sûr qu'ils ne paient pas deux fois cette prestation. Tout le monde dit qu'il y a un problème. Il faut essayer de discuter, d'avertir, pour être sûr qu'on ne facture pas deux fois.

M. Bron pense que tout le monde voit bien le problème. Mais il est paradoxal de la part de la FINMA de dire qu'il y a un problème, alors que ce sont eux les surveillants et qu'ils ont tous les moyens de contrôle, et de dire aux cantons de se débrouiller. Par rapport aux avis de droit, on peut regarder la protection tarifaire, mais la protection tarifaire c'est simplement le fait, pour des prestations de base, de ne pas avoir le droit de demander un tarif supplémentaire. Dans ces cas-là, on peut toujours justifier qu'il y a d'autres prestations à côté. On revient quand même à cette situation de départ. Celui qui paie en trop ce n'est pas le canton, mais la LCA. Après, eux, ils peuvent recevoir cette motion et réfléchir à comment améliorer les mandats. Ils peuvent réfléchir, mais c'est une manière très indirecte d'attaquer ce problème alors qu'il y a des institutions qui ont des moyens très directs de le résoudre.

M. Bron répond que, sur le canton de Vaud, il croit qu'il est prudent d'attendre le résultat. Pour l'instant, il n'y a rien. Il y a des attentions qui sont revues à la baisse. Il faut rappeler que le canton de Vaud cofinance très peu de cas. Ensuite, le PDC a raison, ils ont de relativement bonnes relations avec ces entités et ils peuvent avoir un dialogue, mais ce sera un dialogue sur la base d'un intérêt bien compris contractuel et sur aucune base légale contraignante. Ils peuvent essayer de voir jusqu'où ils peuvent aller.

Une ou un commissaire PDC souhaite apporter une suggestion, car, quand on est en assurance privée, on reçoit une facture, donc il serait possible que ce soit marqué dans la facture que telle partie est prise en charge par l'AOS et telle partie par l'assurance privée. Pour l'instant, il n'y a pas cette notion sur la facture. On pourrait leur demander d'avoir une facture beaucoup plus claire avec ce qui est pris en charge par la base et ce qui est pris en charge par le privé. Pendant longtemps, il n'y a pas eu de prise en charge par la base. Il a fallu une décision du tribunal cantonal et du Tribunal fédéral pour exiger que l'assurance de base prenne en charge une partie de la facture privée.

M. Bron confirme cette information. C'est seulement à partir du moment où ils ont un cofinancement LCA que le problème se pose. Il y a quelques

éléments à apporter, notamment d'exiger de voir les factures LCA des cas qu'ils cofinancent, quitte à faire des contrôles par sondage.

M. Müller estime que le PDC a raison sur le côté un peu obscur des factures actuelles. C'est un des objectifs de ces nouvelles conventions bottom up, c'est-à-dire de séparer ce qui est payé par la base de ce qui est payé par la complémentaire, avec à chaque fois le complément hospitalier, hôtelier, et les honoraires supplémentaires au libre choix du médecin. Mais cela n'apporte pas forcément plus de transparence, car ce que le médecin facture comme honoraires n'apparaît pas directement sur la facture, mais est compris dans la partie qui est à la charge de la complémentaire. Les conventions LCA ne sont pas approuvées par le canton, donc ils ne savent pas exactement quelles conventions sont appliquées.

Le PDC votera l'amendement qu'il a déposé, mais pas celui du PLR, car il n'est pas clair. Ils viennent d'avoir une réponse très claire du département. Il y a une possibilité de faire des contrôles aléatoires en discutant avec les concernés, ce qui correspond à l'amendement qu'ils ont déposé. Une base légale, cela leur semblait impossible à faire, d'où son amendement.

Les socialistes font savoir qu'ils vont soutenir l'amendement du PDC pour les mêmes raisons. Ils vont refuser l'amendement du PLR.

EAG annonce avec un certain regret qu'ils ne pourront pas voter la motion dans sa forme d'origine, car ils ont bien compris la complexité de la base légale. Ils voteront l'amendement du PDC. Ils ne suivront pas les amendements du PLR qui leur semblent à la fois redondants et peu clairs.

Les Vertes et les Verts voteront l'amendement du PDC et pas celui du PLR pour les mêmes raisons qui ont été évoquées.

Le MCG encourage les groupes présents ici à déposer des textes et des propositions pour modifier la législation fédérale dans le sens d'une meilleure coordination et possibilité de contrôle. Ils suivront l'amendement du PDC qui va tout à fait dans la bonne direction. Ils ne pourront pas suivre l'amendement du PLR.

Le PLR retire sa proposition d'amendement. Il croit que cela a été expliqué par le département qu'il n'était de toute façon pas possible. Ils n'auraient pas soutenu la motion originale. Ils soutiendront l'amendement du PDC.

La présidente met aux voix la proposition d'amendement du PDC qui remplace l'unique invite de la motion, à savoir « à s'assurer que les factures émises par les entités privées, listées dans le cadre de la planification hospitalière, ne fassent pas l'objet d'une double facturation ».

Oui : 15 (unanimité)

Non : –

Abstentions : –

**L'amendement est accepté.**

La présidente met aux voix de la M 2764, telle qu'amendée :

Oui : 15 (unanimité)

Non : –

Abstentions : –

**La M 2764 telle qu'amendée est acceptée.**

## **Conclusion**

Cette proposition de motion ainsi amendée a été votée à l'unanimité de la commission.

Je vous propose de suivre cet avis en renvoyant cette proposition de motion amendée au Conseil d'Etat.



## Proposition de motion (2764-A)

### Organiser la surveillance des prestations facturées à la charge des assurances complémentaires

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève considérant :

- les principaux résultats d’une analyse de la FINMA, menée auprès d’assureurs couvrant plus de 50% de l’ensemble du volume des primes des assurances d’hospitalisation en division privée et semi-privée :
  - de nombreux cas de double facturation à l’assurance obligatoire (AOS) et complémentaire constatés ;
  - des factures dans le domaine de l’assurance-maladie complémentaire souvent opaques et parfois trop élevées ou injustifiées<sup>1</sup> ;
  - une configuration qui 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 assurés »<sup>2</sup> ;
- la compétence des cantons en matière de surveillance des fournisseurs de prestations<sup>3</sup> ;
- la nécessité d’apporter de la transparence à notre système de santé,

invite le Conseil d’Etat

à s’assurer que les factures émises par les entités privées, listées dans le cadre de la planification hospitalière, ne fassent pas l’objet d’une double facturation.

---

<sup>1</sup> FINMA, 2020, décembre, *Assureurs-maladie complémentaire : La FINMA considère que les décomptes de prestations doivent être profondément remaniés*. Repéré à <https://www.finma.ch/fr/news/2020/12/20201217-mm-leistungsabrechnung-krankenzusatzversicherer/>

<sup>2</sup> FINMA, *op. cit.*

<sup>3</sup> Voir notamment la réponse du Conseil fédéral à la question du conseiller national Baptiste Hurni : *Les surfacturations à l’assurance complémentaire sont-elles légales ?* Repéré à <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20217234>