



Date de dépôt : 7 décembre 2022

Rapport du Conseil d'Etat

au Grand Conseil sur la motion de 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

En date du 24 juin 2022, le Grand Conseil a renvoyé au Conseil d'Etat une motion qui a la teneur suivante :

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 injustifiées¹ ;*

¹ 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/>

- *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 »² ;*
- *la compétence des cantons en matière de surveillance des fournisseurs de prestations³ ;*
- *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.

² FINMA, *op. cit.*

³ 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/geschaecht?AffairId=20217234>

RÉPONSE DU CONSEIL D'ÉTAT

Lors d'une hospitalisation dans un établissement inscrit sur une liste hospitalière cantonale, les prestations hospitalières de base sont facturées selon la structure tarifaire établie par SwissDRG SA. Le séjour est à la charge de l'assurance de base du patient pour 45% du montant, les 55% restants étant à la charge de son canton de résidence. Si ce patient est au bénéfice d'une assurance complémentaire d'hospitalisation, l'établissement ainsi que le médecin peuvent facturer des prestations complémentaires à l'assurance complémentaire, selon des règles qui varient en fonction des conventions conclues entre les établissements.

L'autorité de surveillance des assureurs proposant des assurances complémentaires d'hospitalisation dans le cadre de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (LCA; RS 221.229.1), est l'autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA). Cette dernière a publié un rapport en décembre 2020 soulevant des problèmes de transparence dans la facturation des prestations effectuées par les médecins et les établissements hospitaliers lors de séjours stationnaires de patients assujettis à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10), avec une assurance complémentaire d'hospitalisation. Les problèmes identifiés concernent tant les montants facturés que la délimitation entre les prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et les prestations complémentaires à la charge des assureurs complémentaires.

Début 2022, l'Association suisse d'assurances (ASA) a publié des lignes directrices visant à mieux réguler le contenu des conventions entre les assureurs privés et les établissements hospitaliers, et notamment de mieux définir ce que représentent les prestations complémentaires couvertes par les assurances complémentaires.

Lors des auditions de la commission de la santé, il est apparu, d'une part, que des travaux importants étaient en cours tant du côté des assureurs que des prestataires de soins pour apporter plus de transparence dans la facturation des prestations complémentaires, et, d'autre part, que les compétences du canton en matière de contrôle de la facturation de ces prestations complémentaires étaient limitées.

Les relations contractuelles entre les prestataires de soins et les assureurs complémentaires ne relèvent pas du champ de compétence de l'Etat. Toutefois, dans la mesure où le canton cofinance le montant de base des hospitalisations de patients au bénéfice d'assurances complémentaires dans le cadre des mandats de prestations octroyés aux établissements de la liste hospitalière, il aurait la légitimité de demander la garantie qu'il n'y a pas de

double facturation des prestations prévues dans le forfait de base. A ce titre, notre Conseil demandera que soit ajoutée dans les mandats de prestations 2023 l'obligation pour les établissements hospitaliers de transmettre au département de la sécurité, de la population et de la santé, pour vérification, les factures à l'attention des assureurs complémentaires pour les cas cofinancés. Il faut noter toutefois que ces contrôles ne seront complets que si les honoraires des médecins, souvent facturés à part, sont connus de l'établissement, ce qui n'est pas systématiquement le cas.

Au bénéfice de ces explications, le Conseil d'Etat vous invite, Mesdames et Messieurs les Députés, à prendre acte du présent rapport.

AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

La chancelière :
Michèle RIGHETTI

Le président :
Mauro POGGIA