

RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE

chargée d'examiner l'objet suivant :

Motion Jessica Jaccoud et consorts au nom du groupe socialiste - Double facturation aux assurances maladie : contrôler dans l'intérêt des personnes assurées

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le 22 novembre 2021.

Présent-e-s : Mmes Claire Attinger Doepper, Josephine Byrne Garelli, Jessica Jaccoud, Sylvie Podio (présidence), Marion Wahlen (en remplacement de Chantal Weidmann Yenny). MM. François Cardinaux, Julien Cuérel (en remplacement de Jean-Luc Chollet), Fabien Deillon, Stéphane Montangero, Olivier Petermann, Vassilis Venizelos, Blaise Vionnet, Philippe Vuillemin, Marc Vuilleumier, Andreas Wüthrich. Excusé-e-s : Mme Chantal Weidmann Yenny, M. Jean-Luc Chollet.

Représentant-e-s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : Mmes Rebecca Ruiz, Conseillère d'Etat, Pauline Duboux, Responsable juridique départementale et documentation. M. Marc Weber, Expert en politique de santé et Délégué aux affaires intercantionales et fédérales.

2. POSITION DE LA MOTIONNAIRE

Le dépôt de la motion s'inscrit dans le cadre de la communication du 17 décembre 2020 de l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) relative à la facturation à l'assurance complémentaire. Cette communication mettait en relief :

- un manque crucial de transparence (opacité) de la facturation à l'assurance maladie ;
- des cas de double facturation, à savoir la facturation d'une même prestation à l'assurance obligatoire des soins (AOS) et à l'assurance complémentaire, entraînant des frais supplémentaires pour les assuré-e-s, les assureurs complémentaires étant en droit de répercuter l'ensemble des coûts sur les primes de l'assurance maladie complémentaire ;
- des différences de coût gigantesques entre une même opération réalisée dans des établissements hospitaliers différents. La pose d'une prothèse de la hanche peut ainsi passer de 1'500.- francs à 25'000.- ;
- la difficulté pour les assuré-e-s d'obtenir une copie des factures des différents prestataires de soins ;
- le manque de bases légales nécessaires au contrôle accru des prestataires de soins en cas d'hospitalisation semi-privée et privée.

Depuis le dépôt de la motion, une lettre d'information de la Surveillance des prix est parue le 19 octobre 2021. Cette lettre d'information, dont une copie est à disposition des député-e-s qui la demandent, confirme les constats de la FINMA :

- Les coûts facturés au titre des prestations supplémentaires fournies par les hôpitaux aux patient-e-s assuré-e-s en complémentaire se montent très élevés : 6'745.- francs en moyenne en division semi-

privée, 8'960.- francs en moyenne en division privée. Comme les montants remboursés au titre de l'AOS sont censés couvrir la majeure partie des prestations hospitalières, il existe des indices clairs et irrécusables que les tarifs des assurances complémentaires s'avèrent excessifs sur une large palette de prestations dans toute la Suisse. Cela se traduit par des primes de l'assurance complémentaire exagérément élevées et difficilement justifiables dans notre pays.

- Les coûts facturés au titre de l'assurance complémentaire pour une même prestation varient fortement entre établissements hospitaliers (factures jusqu'à 9 fois plus élevées).

La lettre d'information va même plus loin que la FINMA puisque Monsieur Prix évoque la forte nécessité d'agir sur le plan réglementaire.

Dans un contexte où les assureurs complémentaires se montrent très peu motivés à effectuer une surveillance par eux-mêmes puisqu'il y a possibilité pour eux de répercuter la totalité des augmentations de coûts sur les primes, et dans un contexte où l'assuré-e s'avère captif-ve (difficulté de changer d'assureur complémentaire sans voir son contrat d'assurance présenter des réserves importantes), la motion demande la création d'une base légale cantonale permettant de contrôler la facturation des prestations à charge de l'assurance privée, afin d'éviter la double facturation et de garantir le droit à l'information aux patient-e-s.

3. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Mme Ruiz précise que le problème de la double facturation occupait le département bien avant la communication de la FINMA et de la Surveillance des prix.

Formellement, la question de la double facturation dans le domaine stationnaire a été soulevée en mai 2016 par un courrier de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) adressé à la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). En septembre 2016, l'OFSP demandait à la CDS les actions qu'elle comptait entreprendre en la matière. La CDS a répondu en octobre 2016 qu'il s'avérait compliqué pour les cantons d'agir dans la mesure où la problématique touchait aux assurances complémentaires. Pour trouver une solution, il importait dès lors d'intégrer la FINMA et l'Association faîtière des hôpitaux suisses H+ aux discussions. Les cantons se sont mis à disposition pour la tenue de telles discussions.

À la suite de cet échange, le DSAS a sollicité à l'époque un avis de droit auprès du Professeur Ulrich Kieser, afin de comprendre quelle était l'instance compétente pour contrôler la facturation des cliniques privées d'un part et, d'autre part, pour approuver les conventions tarifaires LAMal des hôpitaux dits conventionnés. Cet avis de droit indique en particulier que : « La direction cantonale de la santé est principalement compétente pour les autorisations ressortissant à la législation sur la santé délivrées aux fournisseurs de prestations. À ce titre, elle est aussi compétente pour examiner d'éventuels manquements du point de vue de la législation sur l'assurance maladie [dans le contexte qui intéresse ici : double facturation illicite], s'ils sont susceptibles d'avoir des conséquences pour l'admission LAMal et pour l'autorisation ressortissant à la législation sur la santé. Pour procéder au contrôle, le décompte à la charge de l'assurance maladie mais aussi celui à la charge de l'assurance complémentaire doivent pouvoir être vérifiés ». Aussi, en mars 2017, une réunion a été organisée avec la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV), Vaud Cliniques, le CHUV et la Société vaudoise de médecine (SVM). Il n'a toutefois pas été donné suite aux propositions concrètes faites par le DSAS lors de cette séance. A la fin mai 2017, le DSAS a écrit aux hôpitaux et aux cliniques de la liste LAMal du canton de Vaud afin d'attirer leur attention sur la problématique et pour leur demander si leur pratique de facturation se trouvait en conformité avec la loi.

Dans le prolongement, en avril 2019, le DSAS a écrit simultanément à la FINMA et à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), avec copie à la CDS et à la présidence des commissions de la santé du Conseil national et du Conseil d'Etat. Au mois de mai 2019, la FINMA a répondu qu'il n'était pas dans son mandat légal de contrôler les tarifs des prestataires mais que les assureurs devraient lui apporter la preuve que les principes de gouvernance d'entreprise sont respectés et qu'il existe des contrôles efficaces qui permettent d'éviter des décomptes excessifs. De son côté, l'OFSP a indiqué être en échange avec les parties prenantes (FINMA, CDS, H+, Cliniques privées suisses, Surveillance des prix, Association des assureurs maladie, etc.) dans le but d'élaborer une compréhension commune de la problématique et les éventuelles mesures à prendre pour éviter la double facturation.

En décembre 2020, tombe le communiqué de presse de la FINMA qui constate que les factures dans le domaine de l'assurance maladie complémentaire sont souvent opaques, semblent parfois trop élevées ou injustifiées. La FINMA attend donc des assureurs un contrôle plus efficace pour remédier aux dysfonctionnements. Elle exige de même que les assureurs vérifient les contrats avec les fournisseurs de prestations et que lesdits contrats soient adaptés si nécessaire. Face à la pression de la FINMA, l'Association suisse d'assurance (ASA) a édicté les « Grandes lignes sectorielles sur les prestations supplémentaires selon la LCA » (validité dès juin 2021). Ces grandes lignes, très générales, visent à renforcer la transparence dans les contrats tarifaires conclus avec les cliniques privées et à instaurer des principes communs relatifs à la facturation des prestations supplémentaires.

Le dernier épisode du dossier consiste en la lettre d'information de la Surveillance des prix évoquée par la motionnaire. La Surveillance des prix explique avoir procédé à une analyse attentive de certaines prestations facturées par les hôpitaux et à charge de l'assurance complémentaire. Chiffres à l'appui, les montants se montrent trop élevés et varient très fortement d'un établissement hospitalier à l'autre. De même, il est constaté une absence de délimitation précise entre ce qui relève de l'assurance sociale (LAMal) et ce qui relève de l'assurance complémentaire.

En résumé, le dossier est connu du DSAS qui s'y est beaucoup engagé, notamment suite à l'accès à des factures montrant clairement des abus pratiqués sur sol vaudois. Dans ce contexte, et en particulier sur la base de l'avis de droit du Professeur Kieser, il est prévu de créer une base légale formelle, dans le cadre de la révision en cours de la loi sur la santé publique (LSP), afin de donner la possibilité au Canton d'effectuer des contrôles de la facturation et éviter la double facturation. En ce sens, la motion arrive à point nommé.

4. DISCUSSION GENERALE

La création d'une base légale cantonale permettant le contrôle des factures à charge de l'assurance privée pourrait-elle se trouver en contradiction avec une quelconque disposition légale fédérale ?

La base légale cantonale se trouve en lien avec les autorisations de pratiquer, délivrées de même à titre privé en s'appuyant sur la LSP. Dans ce sens, il existe une possibilité d'exercer un contrôle sur une activité certes privée mais soumise à la surveillance de l'État par le biais des autorisations de pratiquer. A priori, rien dans le droit privé fédéral ne s'oppose à ce contrôle.

Un-e commissaire évoque une piste supplémentaire pour la création d'une base légale cantonale, celle d'une adaptation de la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires reconnus d'intérêt public (LPFES) qui soumet les établissements sanitaires concernés à une autorisation d'exploitation.

La cheffe du DSAS insiste sur la nécessité d'une base légale pour exercer un contrôle. Cela ne signifie en aucun cas que la surveillance doit être généralisée et systématique. Compte tenu des ressources à disposition, il s'agit avant tout de pouvoir procéder à des vérifications en cas de soupçons.

D'autres cantons sont-ils plus avancés que le canton de Vaud dans la création d'une base légale permettant le contrôle des factures à charge de l'assurance privée ?

A la connaissance des représentant-e-s du DSAS, il n'y a pas, dans d'autres cantons, de contrôle des factures à charge de l'assurance complémentaire, même si les bases légales cantonales nécessaires peuvent exister. Il n'est par ailleurs pas exclu que, au niveau des parlements cantonaux, se déroulent des débats comme celui engagé par la présente motion.

La discussion met en évidence deux camps distincts, les partisan-e-s de la motion et les opposant-e-s à la motion. Les premier-ère-s avancent les arguments suivants :

- Les différences de facturation très importantes entre établissements hospitaliers frappent les particuliers. Il convient dès lors de se préoccuper de la problématique. Dans le cadre de la réponse à des interventions parlementaires, le Conseil fédéral a indiqué que c'était aux cantons d'assurer la surveillance en la matière. La législation fédérale applicable donne en effet aux cantons la mission et la compétence d'exercer le contrôle requis. Vis-à-vis d'une population lassée de voir ses primes augmenter, le Canton de Vaud a le devoir d'agir.
- Il importe d'empêcher que les assuré-e-s soient lésé-e-s en permettant à l'État de lutter contre ces pratiques illégales.

Les opposant-e-s à la motion mettent en avant les éléments suivants :

- Il importe de ne pas confondre l'assurance obligatoire des soins (AOS) relevant de la loi sur l'assurance maladie (LAMal) et l'assurance complémentaire relevant de la loi sur le contrat d'assurance (LCA). Si les actes délictueux doivent certes être poursuivis, il s'avère inopportun de légiférer sur ce qui tient du secteur privé et de prévoir un regard étatique sur des activités proprement privées.
- Les assureurs ont pris la mesure du problème et ont répondu avec sérieux à la prise de position de la FINMA. Ainsi, l'ASA a adopté ses « Grandes lignes sectorielles » pour lesquelles un rythme de mise en œuvre accéléré est prévu. Les assureurs doivent ainsi développer une logique d'évaluation de la conformité des prestations supplémentaires d'ici à fin 2021. A partir de janvier 2022, les assureurs ne disposeront du droit de signer des conventions de prestations supplémentaires que si lesdites prestations répondent aux principes établis par les Grandes lignes sectorielles. Jusqu'en décembre 2024 au plus tard, toutes les conventions existantes devront être dénoncées et remplacées par des conventions qui appliquent les principes des Grandes lignes sectorielles. La feuille de route établie est contraignante ; les compagnies d'assurance sont tenues de respecter les étapes définies.

Face à cette argumentation, les partisan-e-s de la motion rétorquent en soulignant que :

- La motion cible le contrôle des prestations facturées à charge de l'assurance privée. Ainsi, 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 du/de la patient-e concernant la facturation. Aujourd'hui, la personne assurée n'a aucune possibilité de vérifier si une prestation a été facturée à double ou pas.
- Les prestations supplémentaires socio-hôtelières ne sont pas concernées par la double facturation illicite. La surveillance envisagée entend porter sur des activités certes privées mais d'un type particulier : des prestations médicales (conséquences sur la santé des patient-e-s) et soumises à ce titre à autorisation de pratique. Dès lors que des cas de double facturation illicite sont avérés, le devoir est de donner à l'Etat la possibilité d'intervenir afin de protéger les assuré-e-s. La double facturation impacte en effet tout le collectif d'assuré-e-s, l'augmentation des coûts se répercutant sur les primes de tout le collectif.
- Les Grandes lignes sectorielles de l'ASA consistent en des recommandations non contraignantes. Aucune autorité n'est chargée de veiller au respect de ces lignes directrices.
- Le contrôle en matière de double facturation n'est pas voué à toucher uniquement les cliniques privées mais aussi le CHUV et les hôpitaux reconnus d'intérêt public. Il n'y a aucune attaque en règle contre les cliniques privées.

Transformation de la motion en postulat

Au-delà des divergences, toute la commission reconnaît l'existence des problèmes à résoudre (double facturation, variations importantes du coût pour une même prestation, opacité de la facturation). Les opposant-e-s contestent avant tout le moyen utilisé pour faire avancer le dossier, à savoir la motion, et proposent dès lors une transformation de la motion en postulat. A l'appui de cette position, elles/ils évoquent le fait que :

- Dans le cadre de la LCA, ce n'est pas à l'Etat d'exercer un rôle de contrôle de la facturation. Ce sont la FINMA, les assureurs et les patient-e-s qui sont compétent-e-s en la matière. La FINMA a bien fait son travail en jetant la lumière sur la problématique et les assureurs sont manifestement prêts à faire un effort de clarification et de transparence.
- Introduire une base légale cantonale pour le contrôle de la facturation privée semble en l'état prématuré. Un postulat permettrait de dresser un état des lieux et d'évaluer le résultat des efforts d'amélioration en cours des assureurs et des cliniques privées. Il est en effet inutile de prévoir une base légale si, dans l'intervalle, les assureurs respectent les engagements forts qu'ils ont pris. Le postulat permet de laisser le dossier sur la table du Conseil d'Etat et d'envisager une législation pour le cas où l'action des assureurs complémentaires ne devait pas donner satisfaction.
- Le postulat présente le mérite de permettre la poursuite d'un débat important et d'encourager le Conseil d'Etat tout en laissant une plus grande latitude à ce dernier qui pourra accompagner sa réponse d'un projet de loi ou non.

De leur côté, les commissaires favorables à la motion soulignent que :

- L'ampleur du problème mis à jour et l'urgence de trouver une solution, en l'absence d'une réponse légale adaptée au niveau fédéral, impliquent un signal fort du Grand Conseil au Conseil d'État et aux prestataires de soins ainsi que l'instauration d'une base légale cantonale.
- La création d'une base légale cantonale ne devrait pas effrayer des acteurs qui estiment n'avoir rien à se reprocher et qui respectent les règles. Après 5 ans, le dispositif mis en place pourrait faire l'objet d'une évaluation. S'il devait s'avérer que tout est en ordre et que la base légale est désormais inutile, cette dernière pourrait éventuellement être supprimée. Le maintien d'une base légale constitue toutefois un bon garde-fou pour éviter la survenue de possibles dysfonctionnements.

Compte tenu de la promesse des opposant·e·s à la motion de soutenir un postulat, la motionnaire accepte de transformer sa motion en postulat.

5. VOTE DE LA COMMISSION

La commission recommande au Grand Conseil de renvoyer au Conseil d'Etat la motion transformée en postulat à l'unanimité des membres présents.

Morges, le 26 décembre 2021.

*La présidente :
(Signé) Sylvie Podio*