

Communiqué de presse

Date :
16 janvier 2025

Assureurs-maladie complémentaire : progrès et défis des décomptes des prestations

Contact :
Serkan Isik,
porte-parole
Tél. +41 (0)31 327 95 59
serkan.isik@finma.ch

En 2020, l’Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers FINMA avait constaté que les factures dans le domaine de l’assurance-maladie complémentaire manquaient souvent de transparence et semblaient parfois injustement élevées. La FINMA avait saisi cette occasion pour effectuer davantage de contrôles sur place spécifiques auprès de certains assureurs-maladie complémentaire. Grâce à l’initiative de la FINMA, des baisses de prix et de primes ont pu être obtenues depuis 2020. Cependant, malgré les progrès réalisés, les assureurs-maladie complémentaire sont toujours confrontés à des lacunes de mise en œuvre dans le domaine de la fourniture des prestations. La FINMA estime qu’il reste nécessaire d’agir pour garantir la protection des assurés et examine de nouvelles mesures pour 2025.

Après que la FINMA a indiqué, dans son [communiqué de presse](#) de décembre 2020, la nécessité d’agir en raison d’irrégularités dans le domaine des prestations supplémentaires, l’Association Suisse d’Assurances (ASA) a élaboré un cadre sectoriel « Prestations supplémentaires selon la LCA » qui sert de guide aux assureurs, notamment pour la définition et l’évaluation des prestations supplémentaires dans l’assurance-maladie complémentaire. Le délai de mise en œuvre a expiré fin 2024. La FINMA estime que des progrès substantiels ont depuis été réalisés.

Transparence et évaluation des prestations supplémentaires : les assureurs-maladie complémentaire mettent en œuvre les prescriptions de la FINMA

Les dernières enquêtes de la FINMA ont mis en évidence des progrès significatifs dans la mise en œuvre de directives importantes chez les assureurs-maladie complémentaire. Ainsi, de nombreux assureurs ont désormais largement mis en œuvre la définition et la délimitation des prestations supplémentaires dans le cadre des contrats et la transparence dans les factures des fournisseurs de prestations.

En outre, de nombreux assureurs-maladie complémentaire ont développé leurs propres modèles d’évaluation afin d’identifier et d’évaluer les prestations supplémentaires par rapport à l’AOS. Ces modèles sont aujourd’hui largement au point. Sur la base de ces évaluations, les assureurs ont pu, dans le cadre de leurs négociations, réduire dans plusieurs cas les prix convenus contractuellement pour

les prestations supplémentaires dans les cas où les indemnités antérieures étaient disproportionnées par rapport aux prestations supplémentaires fournies.

Des primes stables depuis l'intervention de la FINMA

Dans l'ensemble, les efforts consentis jusqu'à présent ont permis de faire en sorte que les prix des séjours hospitaliers stationnaires en division semi-privée et privée restent pour la plupart stables depuis 2020, malgré la hausse simultanée des coûts de la santé et du renchérissement général – voire qu'ils aient pu être réduits quand ils étaient auparavant exagérés. Cela a contribué à ce que les primes des produits d'assurance complémentaire d'hospitalisation restent stables voire baissent.

Les lacunes existantes en ligne de mire

Malgré des progrès réalisés dans la mise en œuvre de directives importantes, les dernières conclusions de la FINMA mettent au jour des lacunes persistantes chez les assureurs-maladie complémentaire. Alors que plusieurs assureurs ont désormais largement mis en œuvre la différenciation des prestations supplémentaires et la transparence dans les factures, des lacunes importantes subsistent dans l'application de ces normes à certains fournisseurs de prestations.

La FINMA critique le fait que de nombreux contrats avec des fournisseurs de prestations ne répondent toujours pas aux exigences du droit de la surveillance – notamment en ce qui concerne la délimitation correcte des prestations supplémentaires par rapport à l'assurance obligatoire des soins (AOS) et le respect des prix de référence déterminés par les assureurs. En outre, certains assureurs ont conclu des contrats avec des prestataires dont la durée s'étend au-delà de 2024, et ce, bien que ces contrats ne sont toujours pas conformes aux exigences réglementaires.

Des prix encore trop élevés pour les prestations supplémentaires

Même si des progrès ont pu être réalisés au regard des prix, les conclusions actuelles, par exemple celles des contrôles sur place, montrent que de nombreux prix du marché sont encore nettement supérieurs aux prix de référence internes des assureurs. Est particulièrement notable le niveau parfois durablement élevé des honoraires des médecins, qui ont souvent été calculés dans un premier temps, lors des négociations, de manière neutre en termes de coûts par rapport aux modèles précédents. Un autre problème est que des prestations médicales sont parfois encore décomptées deux fois – dans l'assurance de base et dans l'assurance complémentaire. Il convient de noter à cet égard que les exigences relatives à la transparence de la fourniture des prestations et à l'adéquation des prix doivent être appliquées également aux médecins salariés et aux médecins accrédités.

En outre, la FINMA a constaté d'importantes différences entre les coûts facturés par différents fournisseurs de prestations, qui ne s'expliquent pas toujours par des prestations supplémentaires définies ou des différences de prix régionales. Dans certains cas, les assureurs concluent des contrats avec les hôpitaux à des prix largement supérieurs aux valeurs de référence compréhensibles. Ainsi, un

contrôle sur place a montré qu'un assureur-maladie complémentaire avait déterminé un prix de référence de 191 CHF par nuit en division semi-privée d'un hôpital sur la base de son propre modèle d'évaluation des prestations hôtelières. Mais l'assureur-maladie complémentaire s'est ensuite mis d'accord avec l'hôpital sur un prix de 855 CHF.

La FINMA exige que les assureurs fixent par contrat avec les fournisseurs de prestations les prix des prestations supplémentaires convenues et fournies sur la base de leurs modèles et qu'ils documentent de manière transparente tous les écarts de prix. Les prix qui s'écartent considérablement des prix de référence internes doivent être réduits.

La protection des assurés au premier plan

Il est de la responsabilité des assureurs-maladie complémentaire de garantir les prestations définies par contrat conformément aux conditions d'assurance. Dans ce contexte, toutes les exigences prudentielles doivent être respectées. Celles-ci impliquent notamment que les indemnités versées par le biais des décomptes des fournisseurs de prestations et par les assureurs-maladie complémentaire avec l'argent des primes des assurés pour toutes les prestations supplémentaires se situent dans un cadre approprié et compréhensible. Dans le cas contraire, une absence temporaire ou, dans certains cas, permanente de contrat avec les fournisseurs de prestations peut constituer une alternative nécessaire dans l'intérêt des assurés. Cette mesure vise à moyen et long terme à protéger les assurés contre les abus.

Il est important pour les assurés de savoir que leur couverture est maintenue, indépendamment du fait qu'il y ait un contrat entre l'assurance-maladie complémentaire et les fournisseurs de prestations. Les assurés ont droit dans tous les cas aux prestations convenues pour eux dans les conditions contractuelles en vigueur (CGA) de leur assurance complémentaire.

Les contrôles sur place de la FINMA se poursuivent

Le délai de mise en œuvre du cadre sectoriel de l'ASA a expiré fin 2024, mais des problèmes essentiels ne sont toujours pas résolus – et le besoin d'agir reste aigu au-delà de 2024. La FINMA précise que les exigences prudentielles ne sont pas encore totalement remplies pour éliminer efficacement les abus. Les assureurs-maladie complémentaires doivent continuer d'être mis à contribution.

La FINMA continuera donc à ne pas autoriser de nouveaux produits d'assurance complémentaire hospitalière s'il n'est pas garanti que les exigences de la FINMA peuvent être respectées durablement. La FINMA attend des assureurs-maladie complémentaires qu'il n'existe plus de déficiences graves au regard des exigences prudentielles. En cas de manquements graves persistants – que ce soit par exemple en ce qui concerne la mise en œuvre dans les délais ou en raison d'une disproportion durable entre le prix de référence et le prix convenu par contrat pour les prestations supplémentaires –, la FINMA devra ordonner des mesures plus sévères et plus étendues à l'encontre des assureurs concernés. En outre, la FINMA continuera à effectuer des contrôles sur place auprès de certains assureurs-maladie complémentaire en 2025.