

# place au dialogue

2/2021 – [dialogue.css.ch](http://dialogue.css.ch)

## **Pérennité**

Assurance complémentaire d'hospitalisation: l'innovation est nécessaire.

## **Transparence accrue**

La pression exercée par la FINMA fait évoluer le marché.

## **Droit**

Une expertise montre quelles prestations supplémentaires sont licites.



## **L'avenir de l'assurance complémentaire**

Tentation du profit ou véritable besoin du marché?  
La branche cherche des alternatives pertinentes sur  
le plan économique.

**«C'est un fait: les assurés dans la base ne permettent guère aux hôpitaux de couvrir leurs frais courants.»**

Daniel Liedtke, CEO du Groupe Hirslanden, page 14.

**«Les personnes âgées et les malades chroniques pouvant rarement modifier leur couverture d'assurance, la concurrence est limitée pour ce segment. Une protection contre les abus est donc particulièrement importante.»**

Flavia Wasserfallen,  
conseillère nationale PS, page 21.

**«Une assurance complémentaire d'hospitalisation moderne doit tenir compte des évolutions du domaine de la santé.»**

Urs Baumberger, directeur de l'Hôpital cantonal de Nidwald, page 12.

# De l'utilité des assurances complémentaires



**Patrick Raaflaub,**  
membre du conseil  
d'administration CSS

«Une assurance complémentaire? Mais pour quoi faire?» Nombreux sont les assurés qui pensent ainsi lorsqu'il s'agit d'assurer leur risque de maladie au-delà de ce qui est indispensable. En effet, l'assurance obligatoire des soins couvre de plus en plus de prestations qui étaient autrefois prises en charge exclusivement par une assurance séparée. Mais il serait trop simpliste d'en conclure que le marché des assurances complémentaires est devenu

superflu. Le fait est qu'elles continuent de représenter une valeur ajoutée. Pour ne citer que quelques exemples, je pense notamment aux traitements dentaires, au libre choix du médecin, au second avis médical ou à certains avantages indéniables qu'une assurance complémentaire peut présenter en cas de maladie à l'étranger.

Il faut cependant ajouter à cela que les caisses-maladie doivent de plus en plus réfléchir à l'orientation qu'elles souhaitent donner à leurs produits d'assurance complémentaire afin que leur coexistence avec l'assurance obligatoire des soins reste justifiée à l'avenir. Pour ce faire, la clarté et la transparence relatives à la couverture d'assurance, de même que la confiance des assurés, sont des facteurs essentiels. En tout cas, le monde de l'assurance de demain sera bien différent de celui que nous avons connu jusqu'à présent.

Ce nouveau numéro de «place au dialogue» dresse un portrait potentiel de l'assurance complémentaire de demain. Il explique aussi dans quelle mesure les assurés et fournisseurs de prestations pourraient bénéficier de nouveaux produits d'assurance et de quel cadre légal les caisses-maladies ont besoin pour proposer de nouvelles solutions d'assurance.

 [twitter.com/CSSAssurance](https://twitter.com/CSSAssurance)

## Mentions légales

Paraît trois fois par an en allemand et en français.

**Editeur:** CSS Assurance, Tribtschenstrasse 21, CH-6002

Lucerne; **e-mail:** [dialog@css.ch](mailto:dialog@css.ch) **Internet:** [dialogue.css.ch](http://dialogue.css.ch)

**Rédactrice en chef:** Bettina Vogel

**Production et graphisme:** tnt-graphics

**Photos:** Fabian Hugo, Herbert Zimmermann, Daniel Brühlmann, Erwin Auf der Maur (couverture)

**Illustrations:** tnt-graphics

**Impression:** Engelberger Druck AG, 6370 Stans

Cette publication est entièrement financée avec des fonds provenant des affaires d'assurance complémentaire (LCA).



## 04 / Où va-t-on?

L'évolution de l'assurance complémentaire.

## 06 / Le client doit avoir le choix

Les défis de l'assurance complémentaire d'hospitalisation.

## 09 / Point de vue

Il faut des produits avec une vraie plus-value.



## 10 / Personnel

Dr Hanswerner Iff.

## 12 / Régions hospitalières

Offrir ensemble des prestations supplémentaires attrayantes.



## 14 / Débat

Entre Daniel Liedtke, CEO du Groupe Hirslanden, et Sanjay Singh, de la CSS.

## 19 / Ambulatoire et stationnaire

Le rôle clé des médecins agréés.

## 20 / Pour ou contre

L'assurance complémentaire a-t-elle encore un avenir?

## 22 / Expertise

Quelles prestations supplémentaires sont licites?

## 23 / Chronique

Roman Seiler sur les victimes des jeux de pouvoir.

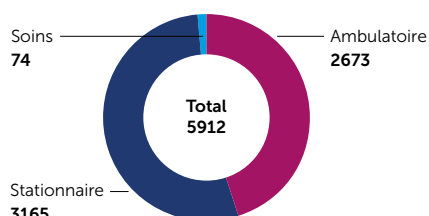
imprimé en  
**suisse**

# Où va-t-on?

L'assurance-maladie complémentaire s'inscrit dans un contexte en pleine mutation. Quels changements ont déjà eu lieu, et dans quelle direction les offres pourraient-elles évoluer?

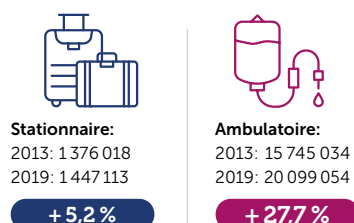
## Prestations assurées

Primes brutes comptabilisées pour les assurances complémentaires, 2019, en mio. CHF <sup>1</sup>



## Montée de l'ambulatoire

Les traitements ambulatoires à l'hôpital augmentent <sup>3</sup>



## Un net recul

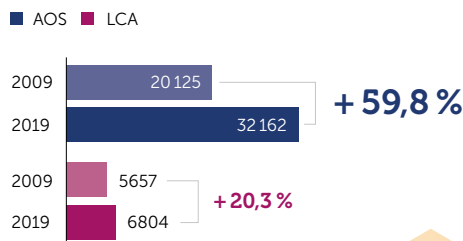
La popularité des assurances complémentaires d'hospitalisation a diminué ces dernières années <sup>2</sup>

● <b>Division commune Suisse entière</b>	2002: 41,6 %	2019: 31,1 %*	-25,2 %	↘
● <b>Division privée</b>	1996: 10,1 %	2019: 3 %*	-70,3 %	↘
● <b>Division demi-privée</b>	1996: 18,8 %	2019: 7,4 %*	-60,6 %	↘
● <b>Offres particulières (p.ex. produits flexibles)</b>	2006: 1,2 %*	2019: 9,3 %*	+675 %	↗

\* y c. assurés qui possèdent une assurance de base auprès d'un autre assureur LAMal

## Plus de croissance dans l'AOS

Augmentation du volume de primes dans l'AOS et la LCA, en mio. CHF <sup>4</sup>



**Besoin accru:**  
près de 80% de la population possède une assurance complémentaire <sup>5</sup>



## Hier

Nettes différences entre les prestations: chambres à plusieurs lits, choix limité de l'hôpital et confort sommaire.

**Durée de séjour en baisse:** durée moyenne des séjours hospitaliers (nombre de jours total, y c. cliniques spécialisées) <sup>6</sup>

2001	12,7
2019	8,0



## Demain

Des idées de produits novatrices rendent le domaine des assurances complémentaires plus diversifié et plus flexible.



### Hospital at home

Prestations supplémentaires en ambulatoire, p. ex. service de repas, hébergement du patient à l'hôtel, suivi et prise en charge médicale en ligne.



### Financement LCA au-delà de l'obligation de prestation de l'AOS

Financement d'innovations qui ne sont pas encore prises en charge par l'assurance de base.



### Soulagement de l'AOS

Transfert de la prise en charge de certaines prestations de confort de l'AOS à des produits LCA.



### Médecine personnalisée

Prestations supplémentaires non couvertes par l'AOS.



### Age avancé

Reprise de produits et innovations issus du domaine de l'Active Assisted Living afin de rester autonome à domicile.



### Thérapies et outils numériques

Innovations technologiques, p. ex. thérapies en ligne, autotests, applications, appareils de monitoring.



### Prestations spécifiques

Prestations aujourd'hui exclues de l'AOS telles que médecine de la reproduction ou interventions de chirurgie esthétique.



## Prestations toujours populaires

- **Commodité**: libre choix du médecin et de l'hôpital, hôtellerie, rooming-in, etc.
- **Valeur ajoutée**: second avis médical, lunettes, assurance pour soins dentaires, assurance internationale, accès rapide, paquet de prestations de maternité, etc.
- **Prévention et mode de vie**: abonnement de fitness, nutrition, lentilles de contact, santé mentale, médecines alternatives, etc.

## Aujourd'hui

Toujours plus de prestations de confort, aussi dans l'assurance de base; généralisation du libre choix de l'hôpital; nombreux «biens de consommation» tels que le fitness, la médecine alternative, les aides visuelles. Pression de la FINMA sur les primes et les tarifs.

### Sources

1. FINMA, Rapport sur les assureurs.
2. OFSP, Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2019 (données disponibles).
3. OFS, Statistique des hôpitaux et Statistique médicale des hôpitaux. Total des hôpitaux, y c. psychiatrie, etc.
4. FINMA, assureurs, primes brutes comptabilisées.
5. Comparis, 2020.
6. OFS, Statistique des hôpitaux, 2020.



AVENIR DE L'ASSURANCE  
COMPLÉMENTAIRE D'HOSPITALISATION

# Le client doit avoir le choix

Certes l'assurance complémentaire d'hospitalisation fait face à de grands défis, mais elle répond aux besoins d'une part substantielle de la population en matière de confort additionnel, de flexibilité et de choix.

Auteur: **Philip Sommer**



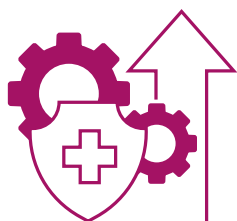
**S**elon diverses études, les principales motivations pour conclure une assurance complémentaire d'hospitalisation sont le libre choix du médecin et de l'hôpital ainsi que la chambre à un ou deux lits, pour plus de confort. Cela s'explique par le fait que des prestations supplémentaires (salle de bain personnelle, plus d'espace et de sièges pour les visiteurs) y sont souvent rattachées. En outre, la chambre à un ou deux lits constitue un argument très concret dont la valeur ajoutée, notamment un meilleur respect de la sphère privée, est évidente. La pertinence se reflète aussi dans la demande croissante en modèles flexibles, qui permettent au patient d'opter pour une chambre à un ou deux lits le jour même de son hospitalisation.

Une étude de la Haute école des sciences appliquées de Zurich (ZHAW) montre que la qualité du service joue un rôle toujours plus important.<sup>1</sup> Certains assureurs tentent déjà de répondre à cette tendance par des produits numériques.

Pour les assureurs et les hôpitaux, les assurances complémentaires sont à la fois des piliers centraux de leur portefeuille de produits, une occasion de se distinguer et une source de revenus importante. Les caisses-maladie peuvent réaliser des bénéfices uniquement sur le marché des assurances complémentaires, réglementé par la FINMA. Du côté des fournisseurs de prestations, les recettes issues des assurances complémentaires servent en outre à développer les prestations médicales, à promouvoir l'innovation et à financer de meilleures infrastructures.

### Besoins et prestations

Alors que les besoins fondamentaux en assurances complémentaires sont en grande partie connus des assureurs et des fournisseurs de prestations, les produits d'assurance actuels ne parviennent à les couvrir que partiellement.



**«Les recettes issues des assurances complémentaires servent entre autres à développer les prestations médicales.»**



**«Une tendance à choisir une classe d'assurance «inférieure» se dessine.»**

Le manque de flexibilité, voire de modularité, et d'innovation est un handicap pour les assurances complémentaires d'hospitalisation classiques (divisions privée et demi-privée). Actuellement, peu de produits sont axés sur les envies diverses des groupes de clients, toujours plus hétérogènes. En outre, il est difficile de développer les produits pour des raisons de protection du portefeuille.

En Suisse, les prestations de l'assurance de base sont plutôt complètes. A cela s'ajoute que, pour les assurés en division commune, les standards en matière de confort ont clairement augmenté ces dernières années. On peut s'attendre à ce qu'à l'avenir, il ne reste plus que des chambres à un ou deux lits voire, dans certains cas, que des chambres individuelles. Cette tendance est illustrée par les nouveaux bâtiments prévus pour l'Hôpital universitaire de Zurich et l'Hôpital cantonal d'Aarau, qui ne compteront que des chambres à un lit.

Par conséquent, le potentiel de différenciation pour les prestations supplémentaires pertinentes diminue. Les assurances complémentaires sont de moins en moins intéressantes pour les jeunes en particulier. En revanche, elles couvrent généralement mieux les besoins de la clientèle plus âgée. D'ailleurs, ces personnes gardent souvent leur assurance complémentaire, étant donnée la difficulté, voire l'impossibilité, d'en souscrire une ultérieurement.

Une tendance à choisir une classe d'assurance «inférieure» se dessine, ce qui se reflète aussi dans le nombre croissant de produits flexibles souscrits.

### Le rôle plus actif du régulateur

Outre l'écart entre les offres et les besoins des clients, la FINMA, régulatrice de l'assurance complémentaire, a exigé en décembre 2020 de la part des assureurs et des hôpitaux qu'ils justifient plus précisément les prix des assurances complémentaires. Concrètement, elle a réclamé, entre autres, une formation des prix transparente et compréhensible sur le plan économique. Dans le cadre d'une assurance complémentaire, peuvent être facturées uniquement les prestations qui dépassent celles prises en charge par l'assurance de base et qui sont justifiées de façon transparente.<sup>2</sup> Cela devrait en- ➤



**Philip Sommer**

Associé et consultant responsable de la santé, PwC Suisse. Il conseille les hôpitaux et caisses-maladie pour les questions de stratégie, d'innovation et de transformation.

### Sources

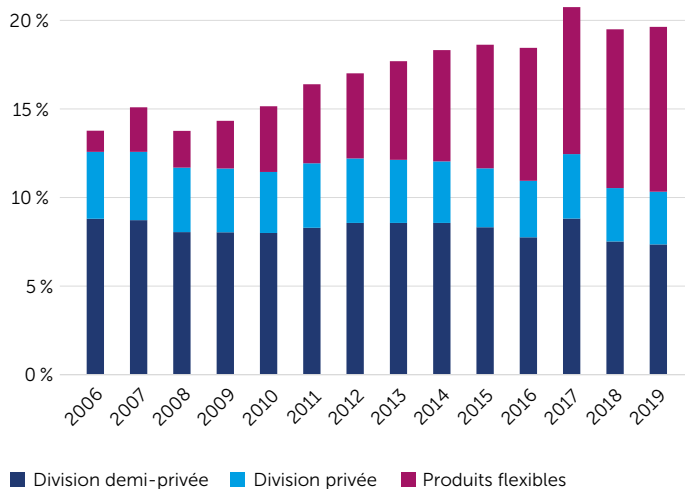
<sup>1</sup> ZHAW, Krankenversicherung goes digital – Prêt pour le changement?, 2020.

<sup>2</sup> FINMA, communiqué de presse: Assureurs-maladie complémentaire: la FINMA considère que les décomptes de prestations doivent être profondément remaniés, 17 décembre 2020.

## Plus flexible, moins privé

Personnes possédant une assurance complémentaire en Suisse, part en %

Source: Office fédéral de la santé publique



gendrer une pression considérable sur les prix et les marges des hôpitaux et des caisses-maladie.

### Pistes pour l'avenir

Les exigences de la FINMA concernent les produits d'assurance existants et futurs, l'essentiel étant aussi le développement par les hôpitaux de concepts de prestations supplémentaires ainsi que leur évaluation par l'assureur. Ainsi, les hôpitaux et caisses-maladie devraient créer, après discussion avec la FINMA, des produits d'assurance complémentaire porteurs d'avenir et rentables pour tous les groupes d'intérêt.

- **Les clients recherchent la flexibilité et la modularité:** la manière actuelle de concevoir les produits devrait être complètement remise en ques-

tion et adaptée aux besoins divers des clients. Le succès des produits «Flex» montre clairement une forte demande en produits flexibles, individualisés et modulaires. La flexibilité est toujours plus populaire aussi en ce qui concerne le degré de liberté lors du choix de rendez-vous ou l'accès plus rapide à un rendez-vous pour un traitement électif non urgent. Par la suite, la différenciation effective entre prestations selon l'AOS ou la LCA pourrait gagner en importance afin de mieux tenir compte des besoins futurs.

- **Des produits d'innovation révolutionnaires:** en pleine croissance, le marché de l'ambulatoire et de la télémédecine devrait connaître des innovations révolutionnaires. Les hôpitaux privilégient l'ambulatoire et, parallèlement, les solutions numériques et de télémédecine, non prises en charge par l'AOS, prennent de l'ampleur. Ces domaines ont un potentiel en matière de prestations supplémentaires. Dans ce contexte, non seulement les produits d'assurance existants seront perfectionnés, mais de tout nouveaux produits comprenant ce type de prestations supplémentaires seront aussi créés.

### L'effort en vaut la peine

Les hôpitaux et caisses-maladie doivent consentir à des efforts pour affiner leurs prestations supplémentaires et parfaire leurs produits d'assurance. Cet effort en vaut la peine: il permettra à l'assurance complémentaire d'hospitalisation de se préparer pour l'avenir, de couvrir les besoins d'une multitude de personnes et de continuer de jouer un rôle essentiel au sein du système de santé suisse. ●

[dialogue.css.ch/dossiers](https://dialogue.css.ch/dossiers)

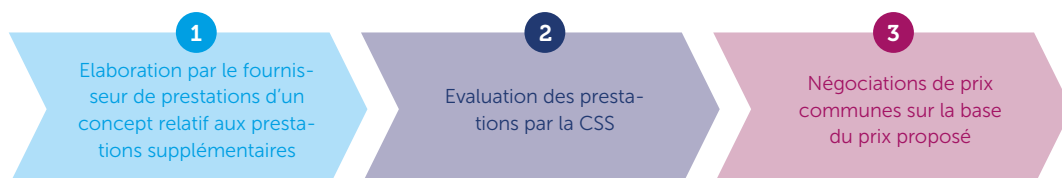
Plus d'articles sur des thèmes de politique de la santé sur notre site internet.

## Modèle d'appréciation et d'évaluation des prestations supplémentaires

Dans le domaine LCA, la FINMA exige des prix justifiés sur le plan économique ainsi qu'une différenciation claire entre les prestations de l'assurance complémentaire et les prestations de base pour chaque fournisseur de prestations. La CSS donne suite à ces exigences en adoptant un modèle d'appréciation

et d'évaluation des prestations supplémentaires. Ce modèle permet d'apprécier les prestations de chaque fournisseur ainsi que leurs modalités, et ce pour chaque classe d'assurance (AOS, demi-privée ou privée), et de leur attribuer un nombre de points en fonction de leur plus-value pour le patient. Les

différences de points entre classes d'assurance sont ensuite converties en une proposition de prix fondée sur une base économique. Le processus d'appréciation et d'évaluation est mis en œuvre en étroite collaboration avec les fournisseurs de prestations et peut être représenté comme suit:





## POINT DE VUE

# Des produits avec une réelle plus-value

Les offres d'assurances complémentaires n'évoluent plus depuis plusieurs années. Pour créer des produits innovants, adaptés aux besoins et ayant une vraie plus-value, il faut faire volte-face à tous égards.

Autrice: **Karolin Leukert, cheffe Développement des offres Frais de guérison à la CSS Assurance;**  
photo: **Herbert Zimmermann**



**M**algré le développement de la prise en charge médicale, la palette de produits des assurances complémentaires a peu évolué depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996. Il y a plusieurs raisons à cela: de nombreuses prestations ont été directement incluses dans le catalogue de l'assurance de base. Ainsi, une couverture LCA complémentaire n'est pas indispensable. Par ailleurs, les dispositions réglementaires empêchent l'innovation. Il est très difficile d'adapter les assurances existantes et d'y intégrer des prestations modernes du point de vue du client. En revanche, les assurances complémentaires ambulatoires, qui contribuent à financer des prestations tangibles, telles que les urgences médicales en voyage, les aides visuelles, les abonnements de fitness ou la médecine alternative, restent très appréciées.

Pour pouvoir continuer de proposer aux clientes et clients des produits flexibles et adaptés à leurs besoins, les conditions suivantes doivent être remplies:

- 1 La couverture d'assurance des produits futurs doit tenir la cadence de l'évolution constante des offres et des souhaits des clients ou patients. Le montant de la couverture doit être garanti, mais les prestations doivent pouvoir être adaptées aux évolutions du marché. Enfin, la confiance envers l'assureur est essentielle.
- 2 Il faut promouvoir la prise en charge d'innovations, comme les thérapies en ligne, dans l'assurance complémentaire. On peut envisager une couverture provisoire jusqu'à ce que ces prestations soient remboursées par l'assurance de base.
- 3 Nous dépendons aussi largement de la collaboration avec les fournisseurs de prestations, qui doivent créer d'éventuelles offres de prestations supplémentaires.
- 4 Les prestations supplémentaires doivent être justifiées de façon claire et transparente, délimitées par rapport à celles de l'assurance de base,

évaluées selon des critères économiques et pouvoir être facilement décomptées et vérifiées.

- 5 En permettant des changements relatifs aux prestations ou aux primes, les autorités de surveillance et de régulation réduisent les risques liés au développement des produits et favorisent l'innovation.
- 6 Enfin, un dialogue relatif aux prestations que l'assurance de base doit vraiment couvrir est indispensable du point de vue politique et social. Un catalogue de prestations exhaustif dans l'assurance de base est inconcevable à long terme et impossible à financer pour la collectivité.

Ainsi, il est possible de donner durablement à l'assurance complémentaire une vraie plus-value. ●



Suivez-nous sur Twitter:  
[twitter.com/CSSAssurance](https://twitter.com/CSSAssurance)

**PERSONNEL**

# «Un modèle dépassé»

La structure d'assurance en divisions commune, demi-privée et privée est un reliquat du passé. Elle augmente le risque d'une médecine à deux vitesses et ouvre la porte aux manigances.

Auteur: **Hanswerner Iff**; photo: **Fabian Hugo**

## **Dr Hanswerner Iff**

Médecin-assistant puis chef de clinique, il travaille plusieurs années dans divers instituts scientifiques et cliniques de l'Hôpital de l'île à Berne. Il devient médecin-chef de l'ancien sanatorium de Soleure en 1974. Il siège au sein de différents comités ayant trait à la politique de la santé avant et après son départ à la retraite en 1997. Son vécu en tant que patient ainsi que son expérience de plus de 40 ans en qualité de médecin lui permettent de revenir sur 60 ans d'évolution du système de santé.



**L**es offres des caisses-maladie de mes premières années de jeune médecin me donnaient déjà à réfléchir. A l'hôpital, ces offres étaient marquées par la distinction entre «commune», «demi-privée» et «privée». Créées dans le cadre de la médecine thermale du XIX<sup>e</sup> siècle, ces classes existent encore sous forme de reliquat du passé. Je ne sais pas si elles doivent faire partie de l'assurance complémentaire. Considérant la loi sur le contrat d'assurance (LCA, 1905), datant presque de la même époque, cette offre peut sembler légitime aujourd'hui. Ces classes ne tiennent pourtant pas compte du contexte hospitalier actuel et ouvrent la porte à toutes sortes de manigances.

Il y a trois ans, j'ai discuté de l'une de mes propres factures – d'un montant élevé – avec les administrations de l'hôpital et de l'assureur concernés. Les deux ont attesté sa validité. En tant qu'assuré en division demi-privée, j'aurais séjourné dans une chambre à deux lits, profité d'une cuisine excellente et reçu des soins médicaux de premier choix. Mon séjour avait duré à peine plus de 24 heures. En dehors de l'intervention médicale, je n'avais pas vraiment eu le temps de bénéficier des bons repas. Et pourtant, ma facture était au moins deux fois plus élevée que l'aurait été celle d'un patient assuré en division commune. Était-ce justifié?

#### **Nouveaux traitements et facturations**

Voilà 50 ans, je trouvais déjà surprenant qu'aux soins intensifs, les patients, qu'ils soient assurés en division commune ou privée, soient alités dans la même pièce en bénéficiant de la même prise en charge médicale et paramédicale ainsi que des mêmes connaissances thérapeutiques alors qu'ils payaient des coûts différents. Ces derniers étaient déterminés par le statut d'assurance du malade et non par la charge de travail liée à son suivi. En sus des unités de soins intensifs, on a créé d'autres locaux spécifiques à certaines prises en charge. Je pense notamment aux salles de réveil après une opération chirurgicale, comme les interventions par cathéter ou la chirurgie mini-invasive, ou encore aux unités dédiées aux examens médicaux interdisciplinaires, à celles pour les patients ayant eu un infarctus ou un traitement oncologique ainsi qu'aux unités de dialyse. Généralement, les patients de ces unités peuvent être renvoyés chez eux directement. Concernant les problèmes médicaux de longue durée, on a développé les médecines de réadaptation, gériatrique et palliative. L'expansion des soins à domicile a aussi modifié les hospitalisations en établissement de soins aigus.

Par conséquent, ces nouveaux types de prise en charge ont entraîné une nouvelle manière de facturer les coûts hospitaliers. Le calcul repose désor-

## **«Le travail médical nécessaire doit être rémunéré de manière juste et correcte dans toute la Suisse.»**

**Hanswerner Iff**

mais sur un forfait par cas établi individuellement à partir d'un diagnostic de base assorti d'informations complémentaires aussi précises que possible. Depuis 2012, une assurance obligatoire des soins (AOS) est responsable de la rémunération adéquate et conforme à la loi du financement équitable des prestations hospitalières stationnaires. SwissDRG gère ces rémunérations. Il s'agit d'une institution commune qui regroupe les fournisseurs de prestations, les assureurs et les cantons.

#### **Peu de place pour les assurances complémentaires**

Personnellement, je pense que ce type de rémunération pour les prestations hospitalières stationnaires laisse très peu de place aux assurances complémentaires. Les assurances complémentaires d'hospitalisation ne devraient surtout pas être associées à la promesse d'une prise en charge médicale meilleure (ce qui est discutable) et, du coup, nettement plus coûteuse. Bien entendu, pareilles offres peuvent être proposées dans le domaine du confort non médical (meilleure hôtellerie, chambre à un lit, visites libres, régimes spéciaux) et être pertinentes selon le mode de vie (séjours à l'étranger). Il est essentiel d'éviter de créer une médecine à deux vitesses et de faire ainsi obstacle à l'équité de notre assurance de base. Le travail médical nécessaire doit être rémunéré de manière juste et correcte dans toute la Suisse. Il doit si possible être basé sur des faits, piloté par des directives, consolidé par la formation de base et continue et, enfin, contrôlé au sein de cercles de qualité. Les efforts en ce sens sont nombreux.

En raison de ma facture d'hôpital mentionnée plus haut, j'ai moi-même décidé de conclure une assurance de base AOS sans aucune assurance complémentaire! ●

**[dialogue.css.ch/personnel](https://dialogue.css.ch/personnel)**

Plus d'articles de la rubrique «Personnel» sont disponibles sur notre site Internet.

# Les solutions de demain pour le bien commun

Les régions hospitalières sont l'avenir des assurances complémentaires. Ensemble, les hôpitaux peuvent proposer des prestations supplémentaires plus attrayantes, notamment dans le domaine médical.

Auteur: **Urs Baumberger**



**Urs Baumberger**

est CEO suppléant de l'Hôpital cantonal de Lucerne et directeur de l'Hôpital de Nidwald depuis 2009. Il a travaillé pendant 13 ans au sein d'un groupe suisse d'hôpitaux privés.

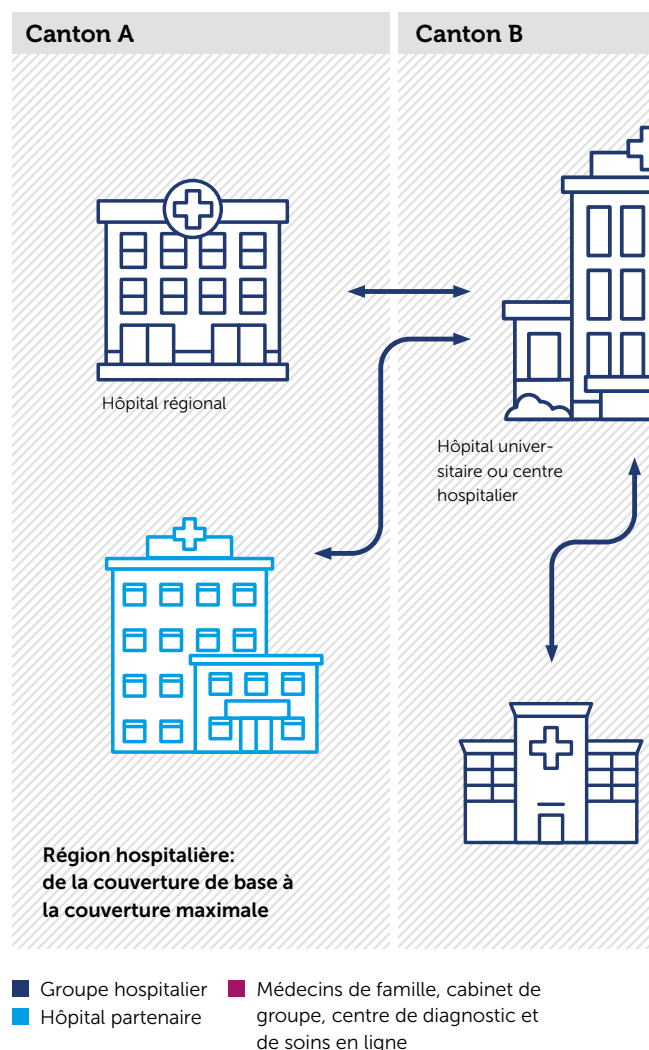
**L**es assurances complémentaires d'hospitalisation manquent d'une vraie valeur ajoutée, et la FINMA fait pression en ce sens. Sans adaptations substantielles, les besoins des clients ne pourront plus être satisfaits à l'avenir, privant les fournisseurs de prestations de cette part importante de leurs revenus. Cela entraînera aussi de lourdes baisses de rendement pour les assureurs. Ainsi, ce seront finalement les assurés dans la base, donc la collectivité, qui paieront les pots cassés en compensant les recettes manquantes. Tous les groupes d'intérêts bénéficient d'un nombre suffisant d'assurés disposant de complémentaires.

## L'orientation sur les clients est la base

Les nouveaux produits doivent systématiquement être orientés sur les besoins des clients, qui peuvent être répartis dans les groupes cibles suivants:

### EXCELLENCE «P»: personnes très fortunées

Ces clients veulent que tout soit inclus, aucun effort d'organisation, un paquet «sans souci» et une performance de pointe. Ils sont prêts à dépenser énormément d'argent.



### EXCELLENCE «DP»: personnes fortunées

Ces clients veulent des prestations supérieures à la moyenne, un paquet global et sont prêts à dépenser beaucoup d'argent.

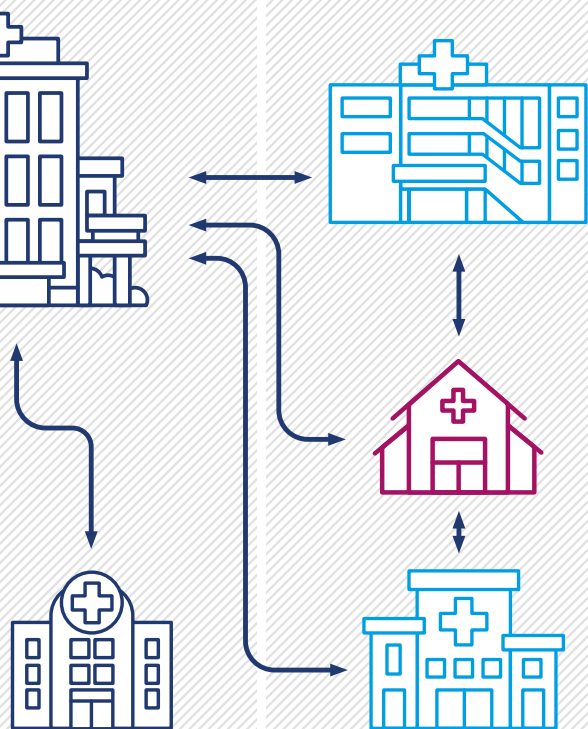
### EXCELLENCE «FLEXIBLE» (groupe cible croissant): personnes exigeantes mais sensibles au prix

Ces clients veulent des prestations supérieures à la moyenne choisies à la carte.

## Éléments fondamentaux

Une assurance complémentaire d'hospitalisation moderne doit tenir compte des évolutions du domaine de la santé. En font partie le transfert vers l'ambulatoire, les nombres minimaux de cas, la spécialisation, les soins intégrés, le passage au numérique, la pression des coûts, le manque de personnel qualifié, etc. Certaines prestations médicales supplémentaires peuvent être proposées uniquement dans le cadre d'un grand réseau hospitalier. En Suisse, il faudrait pour cela six ou sept régions hospitalières. Au sein de ces régions, tous les fournisseurs de prestations, de même que les médecins traitants et les patients, doivent être connectés par un réseau informatique commun.





↔ Parfaitement coordonnés et accordés (soins intégrés), mise en réseau numérique

Les plus-values des régions hospitalières listées dans la colonne de droite peuvent être proposées de façon spécifique et modulaire par les assurances complémentaires (Excellence «P», «DP», «flexible»).

#### Cadre nécessaire

Un groupe de travail composé de fournisseurs de prestations, de caisses-maladie, etc., doit concevoir un produit d'assurance pilote. En Suisse, la région hospitalière de Suisse centrale, avec le Groupe de l'Hôpital cantonal de Lucerne et ses hôpitaux partenaires, est particulièrement adaptée, car très avancée dans les soins intégrés, la transition numérique et les produits d'excellence. L'implication de la FINMA est fondamentale. Sont également importants les modèles de financement novateurs, les possibilités d'adhésion et de transfert ultérieures, les produits clairs et évolutifs ainsi que les factures transparentes. ●

[dialogue.css.ch/assurancecomplementaire](https://dialogue.css.ch/assurancecomplementaire)

Vous trouverez les liens vers d'autres articles d'Urs Baumberger sur notre site Internet.

## Plus-values des régions hospitalières

L'étendue des prestations dépend de la classe d'assurance: Excellence «P», «DP» ou «flexible».

### Prestations stationnaires et en partie ambulatoires

- Choix du médecin
- Hôtellerie, infrastructure (p. ex. chambre, salle d'attente). Chambre à un lit pour «P»; suite pour «P»
- Délais de rendez-vous courts, aucune attente, accès rapide au sein de la région hospitalière (urgence médicale toujours prioritaire)

### Prestations ambulatoires supplémentaires à l'hôpital

- Choix du médecin, temps d'attente, salle d'attente, infrastructure, év. hôtellerie, etc.

### Prestations numériques

- Connexion électronique du patient. Prestations supplémentaires (p. ex. diverses applis pour «P», «DP», «flexible»)
- Connexion électronique des médecins de famille et spécialistes
- Accès gratuit à la télémédecine via des lignes d'appel médicales (y c. urgences)

### Soins intégrés

- Prestations médicales supplémentaires (p. ex. discussions entre le patient et l'équipe médicale)
- Examen préliminaire, suivi possible dans différents établissements (excellente coordination et mise en réseau numérique)
- Choix d'un médecin qui se rend dans l'hôpital choisi au sein de la région hospitalière
- Disponibilité du médecin le plus compétent au sein de la région hospitalière
- Pas de surmédicalisation car, en principe, pas d'honoraire de médecin incitatif dans la région hospitalière (positif pour le patient, empêche la hausse des primes, rendant l'assurance complémentaire plus attrayante)
- Médecine personnalisée
- Garanties de qualité



# «Nous devons être plus transparents!»

Mauvaise nouvelle de la FINMA: les factures d'hôpital et de médecin aux assurés en complémentaire sont trop élevées. Des prestations sont facturées à double ou sans motif. Daniel Liedtke, Hirslanden, et Sanjay Singh, CSS, prennent position.

Interview: Sonja Hasler

**Sonja Hasler:** Comme 30% des Suisses, vous possédez tous les deux une assurance complémentaire d'hospitalisation. Pouvez-vous énumérer les prestations dont vous bénéficiez en plus de la couverture de base?

**Daniel Liedtke:** En fait, je n'ai pas besoin de le savoir en détail, car j'ai choisi un paquet «sans souci». Je me rends compte de sa valeur ajoutée lorsque je suis concerné. S'il m'arrive quelque chose, je veux que mon médecin du sport, la Hirslanden Healthline ou mon spécialiste me conseillent et me traitent de façon optimale, sans restriction. Je souhaite pouvoir prendre des décisions tout au long du parcours thérapeutique ambulatoire ou stationnaire et que toutes les prestations supplémentaires soient coordonnées. Pour moi, c'est cela la liberté que j'appelle paquet «sans souci».

**Qu'en est-il pour vous, Monsieur Singh?**

**Sanjay Singh:** Je vais vous donner un exemple. Lorsqu'un membre de ma famille est tombé malade, j'ai compris ce qu'était la valeur ajoutée: un accès rapide aux soins, des médecins chevronnés, un grand confort et un bon suivi.

C'est là qu'intervient l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA). Elle a contrôlé des factures d'hôpital d'assurés en complémentaire et tiré la sonnette d'alarme: les factures seraient opaques, certaines prestations facturées à double, certains honoraires de médecin injustifiés, etc. En bref, les factures seraient gonflées à la limite de la légalité.

**Parmi ces reproches, lesquels concerneraient les hôpitaux du Groupe Hirslanden, Monsieur Liedtke?**

**Daniel Liedtke:** Il faut distinguer les faits de ce qui est écrit dans les journaux ...

**... Permettez-moi, mais ce n'est pas une lubie des médias. Ces faits figurent dans le rapport de la FINMA.**

**Daniel Liedtke:** Les abus doivent être sanctionnés. Nos établissements ont déjà connu cela. Certains cas ont été médiatisés. Cependant, aucun indice ne nous permet de nous identifier avec les lourds reproches faits à l'ensemble de la branche. Nous avons donc cherché le dialogue avec la FINMA. Et une chose me paraît importante: la distinction >







Débat animé dans  
la piscine vide de  
Neubad à Lucerne:  
(de g. à dr.) Daniel  
Liedtke, Sonja Hasler  
et Sanjay Singh.



# «Nous ne pouvons et ne devons pas effectuer nos négociations aux dépens des patientes et des patients.»

Daniel Liedtke

## Daniel Liedtke

est CEO du Groupe Hirslanden depuis 2019. Electricien automobile, physiothérapeute, ostéopathe et titulaire d'un Doctorate of Business Administration, il a exercé diverses fonctions auprès du Groupe Hirslanden.

entre assurance de base et assurance complémentaire n'est définie nulle part avec précision dans le domaine stationnaire. Nous devons y remédier. Nous deux, toi, Sanjay, en tant qu'assureur, et moi, en tant que fournisseur de prestations, avons une responsabilité à cet égard.

## Sanjay Singh, les critiques de la FINMA vous concernent aussi. Pourquoi n'avez-vous pas mieux contrôlé les factures d'hôpital et de médecin?

**Sanjay Singh:** Pendant plusieurs années, nous avons travaillé intensivement sur les conventions tout en renforçant le contrôle des factures. Quand une fraude était constatée, nous sommes intervenus. Nous avons également étoffé l'équipe chargée de la lutte contre la fraude à l'assurance. Le nouveau financement hospitalier, introduit en 2012, a engendré une certaine opacité, précisément parce que la distinction entre assurance de base et assurance complémentaire dans le domaine stationnaire n'est réglementée nulle part avec précision. Il en a résulté une fourchette de coûts relativement large. Nous devons intervenir à cet endroit. Il est aussi important de préciser que les assurés en division privée et demi-privée sont très satisfaits des prestations qu'ils perçoivent. Nous le constatons dans tous les sondages effectués auprès de nos clients.

**Daniel Liedtke:** Cela constitue le point positif des critiques de la FINMA: nous réfléchissons ensemble et nous nous différencions encore plus en ce qui concerne la plus-value pour les assurés complémentaires et les limites de l'assurance de base. En revanche, nous ne sommes pas les seuls concernés par ce problème. C'est également une question de société: que pouvons-nous et voulons-nous nous permettre dans l'assurance de base, et la collectivité est-elle disposée à payer pour les prestations qu'elle commande actuellement? Si l'assurance obligatoire doit s'éloigner de l'idée de base d'une médecine de bonne qualité à un prix abordable vers celle d'un paquet «sans souci», il faut s'assurer de pouvoir financer tout cela. A l'heure actuelle, nous exigeons toujours plus de prestations dans le domaine de l'assurance de base, mais ne sommes pas prêts à augmenter les prix en conséquence. Ainsi, les hôpitaux et le système de santé se dirigent irrémédiablement vers un gouffre financier, voire une faillite totale.



**Sanjay Singh:** Mais alors pourquoi presque tous les hôpitaux y participent-ils? Il y a une véritable «course à l'armement», avec notamment des chambres à un lit pour les assurés de base. Plusieurs projets de construction de nouveaux hôpitaux le montrent. Il est donc toujours plus difficile de voir la plus-value.

## La FINMA exige plus de transparence rapide. La CSS a résilié plus de 100 conventions avec des fournisseurs de prestations. Monsieur Singh, où en sont les négociations, par exemple avec le Groupe Hirslanden?

**Sanjay Singh:** C'est encore en cours, nous sommes en pleine négociation. Nous avons notamment résilié les conventions pour donner un signal fort. Il faut faire bouger le marché. Nous devons améliorer la transparence, garantir des prestations supplémentaires attrayantes et vérifier les tarifs comme les prix. Cela prend du temps. Nous ne pouvons pas régler cela en une nuit pour plus de 200 hôpitaux et 4000 médecins agréés indépendants. Par conséquent, il est vrai que ça et là nous avançons à petits pas.

**Daniel Liedtke, vous disposez d'un grand pouvoir. Hirslanden est le plus important fournisseur de prestations dans le domaine des assurances complémentaires d'hospitalisation. Près d'un franc sur cinq va à l'un de vos 17 hôpitaux ou à l'un de vos 2500 médecins partenaires. Que signifient pour vous ces négociations?**



**Daniel Liedtke:** Tu l'as bien précisé, Sanjay: vos clients sont nos patients potentiels. Il s'agit de cela. Nous ne pouvons et ne devons pas effectuer nos négociations à leurs dépens. Il s'agit non seulement de tarifs, mais aussi de définitions et de logique contractuelle: par exemple, comment facture-t-on les prestations supplémentaires de spécialistes indépendants? Il n'est pas possible d'avoir des aspects contractuels par hôpital et par médecin complètement différents pour chacun des quelque 50 assureurs. Cela entraîne une surcharge considérable de l'administration ainsi que des frais administratifs élevés inutiles pour le client. Outre la FINMA, nous avons d'autres contraintes, comme la Commission de la concurrence, les listes cantonales d'hôpitaux et les dispositions édictées par la médecine hautement spécialisée. Nous devons donc trouver une solution standardisée quant à la structure contractuelle, mais laissant à chaque hôpital et médecin une certaine liberté dans l'offre de prestations supplémentaires attrayantes à un prix approprié. En fin de compte, les assurances complémentaires évoluent dans le marché libre.

**La difficulté réside dans le fait de définir la plus-value pour l'assuré en complémentaire par rapport à l'assuré dans la base. Le problème est que les tarifs ne s'accompagnent pas d'une véritable prestation supplémentaire. Un exemple: une femme assurée en division**

**privée se fait opérer du genou. Qu'obtient-elle de plus qu'une patiente sans assurance complémentaire?**

**Daniel Liedtke:** C'est un bon exemple. Les différences commencent tôt. Si j'ai un problème au genou, je consulte directement mon médecin du sport ...

**Sanjay Singh:** ... (rires) pareil pour moi. J'ai aussi mes spécialistes ...

**Daniel Liedtke:** ... et cette liberté de choix constitue déjà une valeur ajoutée qui a un prix. Mon médecin m'envoie chez un orthopédiste. Comme j'apprécie l'innovation, je souhaite par exemple que l'intervention soit robot-assistée. Même si le médecin peut tout aussi bien l'effectuer sans technologie mo- >

**Sanjay Singh**

est chef Prestations & Produits à la CSS Assurance depuis 2017. Economiste d'entreprise titulaire d'un MBA de l'Université du Maryland, il a d'abord travaillé chez Sanitas et Hirslanden.

**«Nous devons améliorer la transparence et définir les prestations supplémentaires.»**

Sanjay Singh



### Sonja Hasler

est journaliste à la radio SRF et présente notamment l'émission de discussion «Persönlich». Elle a présenté les émissions «Rundschau» et «Arena» à la télévision suisse alémanique jusqu'en 2015.

derne. C'est une plus-value qui n'est pas essentielle en soi, donc qui ne doit pas être prise en charge par l'assurance de base.

**Sanjay Singh:** Grâce à mon assurance complémentaire, je dois aussi pouvoir choisir mon type de prothèse ainsi que le fabricant. Ce n'est pas possible avec l'assurance de base.

**Pourquoi n'avez-vous jamais mis si nettement en évidence cette valeur ajoutée plutôt que vous exposer aux accusations d'opacité et de magouilles?**

**Daniel Liedtke:** C'est une question compréhensible, qu'il faut préciser. A l'avenir, nous devons mettre davantage l'accent sur la désignation explicite de la valeur ajoutée. Toutes les parties doivent maintenant agir.

**Sanjay Singh:** J'attends des hôpitaux une plus grande précision quant à leur offre de produits, mais aussi quant à leurs prix. En fait, je devrais pouvoir consulter les tarifs sur ton site Internet. Si nous ne parvenons pas à être plus transparents, que tu définis ton offre, que nous l'intégrons dans notre catalogue, de nombreux clients diront: peu importe, je paie de ma poche. Les autres caisses-maladie ne sont pas nos seuls concurrents; les personnes qui paient elles-mêmes le sont aussi.

**Les critiques de la FINMA exercent une pression sur les tarifs et sur les primes. Les assurances complémentaires sont lucratives pour vous**

**deux. Que se passerait-il si l'assurance complémentaire «vache à lait» avait moins d'argent à disposition?**

**Daniel Liedtke:** C'est un fait: les assurés dans la base ne permettent guère aux hôpitaux de couvrir leurs frais courants. C'est aussi l'innovation qui est financée par l'assurance complémentaire. Tout le monde en profite, même les personnes n'en ont pas. Une baisse des tarifs se répercuterait sur l'ensemble du système de santé. L'innovation en serait victime à court terme, la qualité à moyen terme. Si la pression étatique d'économies et d'uniformisation est excessive, elle ne permettra pas d'augmenter l'efficacité, mais elle grignotera les prestations.

**Sanjay Singh:** Je pense vraiment qu'il y a matière à faire des économies et qu'il faut une certaine optimisation de l'offre actuelle. Toutefois, la qualité et l'innovation ne doivent absolument pas en pâtir.

**Comment voyez-vous l'avenir de l'assurance complémentaire? Quelles nouvelles prestations préparez-vous?**

**Sanjay Singh:** Nous devons augmenter la flexibilité des produits d'assurance. Il faut trouver des modèles de base évolutifs. Un trentenaire n'a pas les mêmes besoins qu'une personne de 60 ans. Le client ne doit plus être prisonnier de son contrat d'assurance et de ses prestations comme il l'est aujourd'hui.

**Daniel Liedtke:** Oui, nous devons réfléchir ensemble à des solutions. Les clients doivent pouvoir changer plus librement de produit d'assurance, mais aussi de caisse-maladie. Il est également important de penser de façon plus interconnectée: nous plaçons non plus l'intervention au premier rang, mais le parcours du patient, de la prévention à la guérison ou la fin de vie. Chez Hirslanden, nous proposons par exemple les offres Prostate-Care ou Mamma-Care. Pour chaque offre, la différenciation des prestations médicales, paramédicales, thérapeutiques, organisationnelles et numériques est comparable à un vol en avion de A à B pour lequel on choisirait entre les classes économique, business et first. Tout au long du parcours thérapeutique, le produit d'assurance complémentaire doit donner aux patients accès à des avantages, mais également être facilement compréhensible.

**Sanjay Singh:** Exactement, et il faut ensuite regarder les coûts (rires) ... Nous devons tous deux résoudre les problèmes actuels et façonner l'avenir. Votre modèle commercial doit être moderne et transparent, et nos produits doivent être plus flexibles.

**Daniel Liedtke:** Et nous devons surtout cesser de nous diviser et de lutter l'un contre l'autre en public. En fin de compte, notre clientèle est la même. ●

[dialogue.css.ch/debat](https://dialogue.css.ch/debat)

Plus d'articles de la rubrique «Débat» sont disponibles sur notre site Internet.



# Les médecins agréés endossent un rôle clé

L'extension des prestations de l'AOS et les mesures de la FINMA mettent à mal les assurances complémentaires. La résolution du problème pourrait passer par des règles claires et des produits d'assurance novateurs.

Auteurs: **Dr Christoph Weber**, président de l'Association Suisse des Médecins indépendants travaillant en Cliniques privées et Hôpitaux, chargé de cours, **Florian Wanner**, avocat, secrétaire de l'Association Suisse des Médecins indépendants travaillant en Cliniques privées et Hôpitaux

**L**es médecins agréés jouent un rôle clé à l'interface entre l'ambulatorio et le stationnaire. La prise en charge peut être considérée comme une valeur ajoutée en soi si les soins stationnaires et ambulatoires sont fournis par le même médecin spécialiste. Cette possibilité n'est pas prévue dans la LAMal.

Les analyses de l'Association Suisse des Médecins indépendants travaillant en Cliniques privées et Hôpitaux (ASMI) montrent qu'en termes de disponibilité, de temps d'attente et d'arrêts de travail, la prise en charge par un médecin agréé surpasse celle prévue dans un système basé sur les médecins-chefs. Mais comment peut-on développer les offres existantes afin de répondre aux besoins des patientes et des patients?

L'ASMI a élaboré un «Complément médical en 10 points» visant à régler le rapport entre les patients et les médecins agréés dans le domaine des assurances complémentaires.<sup>1</sup> Les patients sont la principale préoccupation des médecins agréés. Seules les prestations utiles constituent une plus-value; le surtraitement n'en fait pas partie.

### Développer les offres

Les prestations supplémentaires permettent aussi au patient de gagner du temps: un examen préventif ou un check-up effectué à l'occasion d'un séjour hospitalier pour une opération de routine sur un autre système d'organes. Les médecins agréés pourraient fournir ces prestations à la fois pour l'ambulatorio et le stationnaire.

Concernant les tableaux cliniques complexes, une prestation supplémen-

## Complément médical en 10 points de l'ASMI

Réglemente les rapports entre patients et médecins agréés



taire pourrait prendre la forme d'une équipe de spécialistes parfaitement coordonnés, le choix des médecins étant confié à un médecin agréé. Pour les prestations de confort, comme une nuitée après une intervention en ambulatorio, le suivi hospitalier serait garanti par le médecin agréé. L'assurance com-

plémentaire peut être préservée et devenir plus attrayante pour les patients grâce à ce type d'offres ainsi qu'aux prestations supplémentaires telles que les médicaments et méthodes opératoires modernes. ●

<sup>1</sup> Disponible sur <https://sbv-asmi.ch/association-suisse-des-medecins-independants/qualitaet/?lang=fr>

# Opinion: l'assurance complémentaire a-t-elle encore un avenir?



**Beat Walti**

est conseiller national (PLR) et membre de la Commission de l'économie et des redevances (CER-N). Depuis 2017, il préside l'association Cliniques privées suisses (CPS).

L'idée de base du législateur était claire: l'AOS doit garantir à toute la population l'accès à une prise en charge médicale et la qualité des soins. Le progrès médical doit lui aussi être financé ainsi. Tout ce qui dépasse ce cadre doit être payé par le patient lui-même ou par son assurance complémentaire.

Ce qui semble parfait sur le papier connaît un déséquilibre croissant au fil des années. L'extension du catalogue de prestations de l'AOS laisse de moins en moins de place aux prestations «classiques» des assurances complémentaires. L'argent des impôts a permis de créer de nouveaux standards de confort dans les hôpitaux. Pourtant, la différenciation entre patients concerne encore principalement le libre choix d'un personnel médical particulièrement réputé ainsi que quelques autres domaines.

Pour la plupart des gens, la santé est tout ce qu'il y a de plus précieux. La perception de notre propre état de santé et de nos besoins en la matière diverge toutefois autant que l'idée qu'on se fait des prestations nécessaires et appro-

priées en cas de maladie. Quels efforts les fournisseurs de prestations doivent-ils consentir, et à quel prix? Et qui doit payer? Cette particularité très humaine exige des approches différenciées. Qui-conque a des exigences qui dépassent le cadre d'une prise en charge de haute qualité selon l'AOS doit pouvoir les faire respecter, mais aussi en payer le prix.

A l'heure actuelle, cette différenciation saine a pris la tendance inverse: l'AOS permet à tout le monde de bénéficier de la même prise en charge de haute qualité indépendamment des souhaits individuels. Cependant, la solvabilité ou la volonté de payer n'est de loin pas garantie pour toutes et tous. C'est de là que découle chaque année la discorde autour de la hausse des primes dans l'AOS. Il s'agit d'une assurance obligatoire. Les primes doivent aussi être payées par les personnes qui n'ont pas du tout choisi le niveau actuel des prestations.

**«Les milieux politiques doivent reconnaître la plus-value d'un accès aux soins individualisé.»**

**Beat Walti**

Alors, que faire? Voici trois motifs pour raviver le domaine non obligatoire du système de santé: la transparence concernant les prestations supplémentaires, les produits innovants et un cadre plus favorable. Si les prestations supplémentaires sont claires pour les assurés et que la formation des prix est comprise, la pression pour plus de qualité et de différenciation augmente entre les assurances complémentaires. Afin de développer ces offres et ces profils autonomes, les fournisseurs de prestations ainsi que les caisses-maladie doivent employer des personnes aux idées novatrices et disposées à prendre des risques: en clair, des personnes ayant des qualités entrepreneuriales. Il faut également que les milieux politiques soient à nouveau disposés à reconnaître la plus-value d'un accès aux soins individualisé et à créer les conditions-cadres appropriées. ●

# pour

**Beat Walti**, conseiller national (PLR, ZH),  
président de l'association CPS



# contre

**Flavia Wasserfallen**, conseillère nationale  
(PS, BE), présidente de la DVSP

**I**l m'est impossible de parler d'assurances complémentaires sans commencer par l'assurance de base. Je suis convaincue que l'excellente qualité du système de santé suisse s'explique notamment par le vaste catalogue de prestations de l'AOS, accessible sous la même forme pour tous les assurés. Malgré tout, je connais les lacunes du système, comme pour les soins dentaires ou l'accès à certains médicaments. En 2020, l'OFSP a publié un rapport révélant des inégalités de traitement en matière de garanties de paiement entre les différentes caisses-maladie. D'ailleurs, les associations de patients sont de plus en plus souvent confrontées à ce genre de problème. Il faut agir dans ce domaine, et ma priorité politique est de garantir

**«Les caisses-maladies décident librement de l'organisation des assurances complémentaires, ce qui mène inexorablement à une inégalité de traitement.»**

**Flavia Wasserfallen**

un accès aux soins équitable pour toute la population. De plus, cela fait des années que les primes augmentent davantage que les salaires. La charge pèse surtout sur la classe moyenne, qui ne bénéficie pas des réductions de primes. Selon moi, on peut suivre deux pistes: celle de mesures visant à freiner la hausse des coûts et celle d'une participation accrue des pouvoirs publics permettant de limiter la charge finan-

cière des primes. Heureusement, la CEO de la CSS, Philomena Colatrella, s'est elle aussi exprimée en ce sens dans une interview récente.

Les caisses-maladies décident librement de l'organisation des assurances complémentaires, ce qui mène inexorablement à une inégalité de traitement, selon moi particulièrement périlleuse dans le domaine de la santé. Les personnes âgées et les malades chroniques pouvant rarement modifier leur couverture d'assurance, la concurrence est limitée pour ce segment. Une protection contre les abus est donc particulièrement importante. Une étude de l'OFSP, menée en 2016, a montré les conséquences du fait que les patients possédant une assurance complémentaire d'hospitalisation sont plus intéressants économiquement pour les hôpitaux. Concernant certaines interventions électives ou les césariennes, près de 8% des séjours hospitaliers ainsi qu'un jour d'hospitalisation sur treize pourraient être évités. Cette surmédicalisation est d'autant plus préoccupante qu'elle pèse sur l'AOS. Un contrôle récemment effectué par la FINMA a aussi révélé qu'une partie des factures de médecin et d'hôpital relevant de l'assurance complémentaire étaient illégitimes ou concernaient des montants parfois injustifiés. La FINMA exige donc, à raison, un contrôle renforcé par les caisses-maladie ainsi qu'une adaptation éventuelle des conventions avec les fournisseurs de prestations.

La question de départ était «l'assurance complémentaire a-t-elle encore un avenir?» L'importance des assurances complémentaires va certainement diminuer, mais elles devront de toute manière être plus transparentes et faire l'objet d'un contrôle plus approfondi. ●



**Flavia Wasserfallen**

est conseillère nationale (PS) et membre de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique. Depuis cette année, elle préside la Fédération suisse des patients en Suisse alémanique (DVSP).

# Quelles prestations supplémentaires sont licites?

Un avis de droit fixe les possibilités et les limites des prestations médicales supplémentaires pouvant être facturées à la charge des assurances complémentaires.

Auteur: **Prof. Bernhard Rütsche, Université de Lucerne**

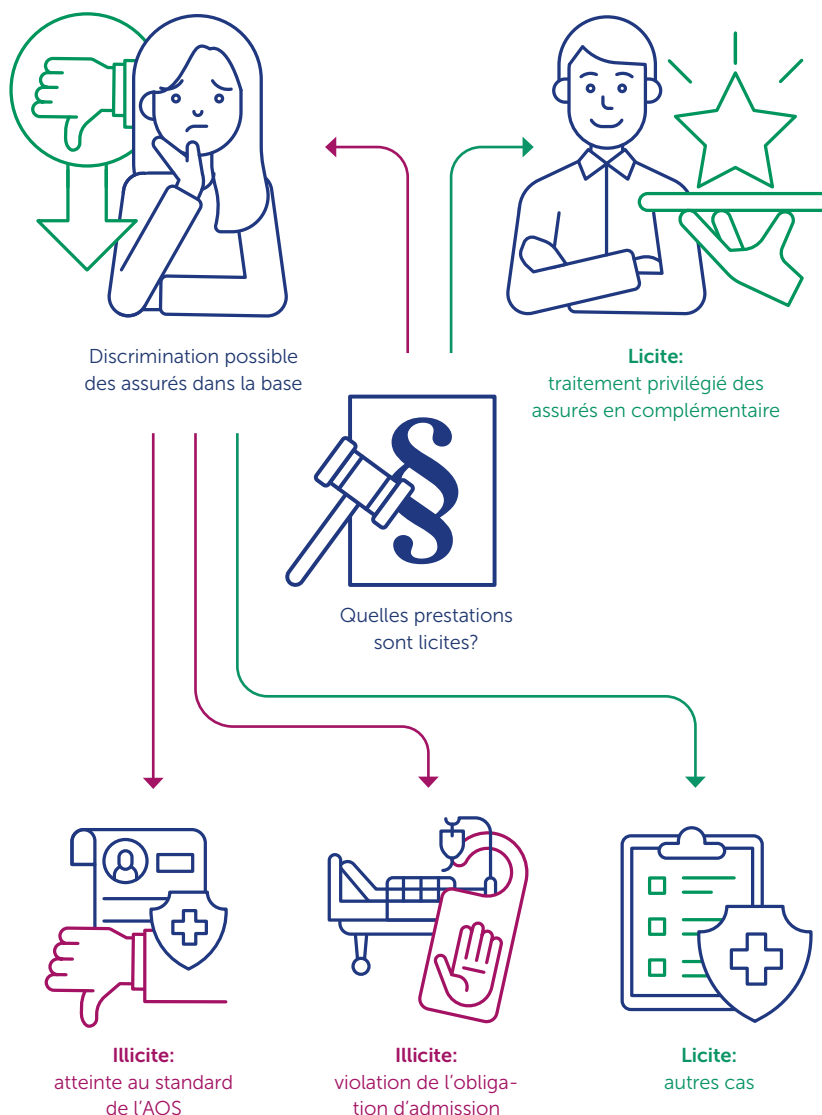
## Prestations supplémentaires licites

Les assurances complémentaires permettent de couvrir des prestations supplémentaires dépassant le standard médical et l'étendue des prestations de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Outre le libre choix du médecin dans le domaine stationnaire, en font également partie la durée des consultations et leur nombre, les visites, certains examens et soins, le libre choix des dates d'hospitalisation ou d'opération, celui de médicaments, technologies médicales (p. ex. robots chirurgicaux) ou dispositifs médicaux (p. ex. implants) onéreux et innovants – non remboursés par l'AOS –, ou encore le choix d'un traitement stationnaire au lieu d'ambulatorio qui n'est pas pris en charge par l'AOS, car il ne respecte pas le critère de l'économicité.

## Cadre contraignant

Pareilles prestations supplémentaires sont autorisées à condition que les priorités accordées aux assurés en complémentaire ne portent pas atteinte au standard de prestations de l'AOS dont bénéficient les patients ne possédant que l'assurance de base ou que l'obligation d'admission d'un hôpital répertorié ne soit pas violée. Dans le domaine ambulatorio, le fournisseur de prestations doit également pouvoir justifier en détail l'existence d'une prestation supplémentaire. ●

## Prestations supplémentaires dépassant le cadre de l'AOS pour les assurés en complémentaire



[dialogue.css.ch/etude](https://dialogue.css.ch/etude)

Plus de dossiers sur le thème de la branche de la santé sur notre site Internet.

## Références de l'avis de droit:

Rütsche Bernhard, Prestations des hôpitaux couvertes par les assurances complémentaires. Licéité et limites des différenciations médicales des prestations, éditions Schulthess, Zurich, 2017.

# Possibles perdants des jeux de pouvoir?

L'idée est simple: en concluant une assurance avec prestations hôpitaïères, le patient obtient le droit de séjourner dans une chambre à un ou deux lits en cas d'hospitalisation. L'assurance complémentaire est peu onéreuse, car le libre choix du médecin n'est pas compris.

C'est pourquoi ce produit, lancé à la fin des années 1990, n'a jamais eu de succès. Les exploitants de cliniques ne souhaitent pas admettre dans leurs chambres à un ou deux lits des assurés avec des complémentaires qui se font traiter selon les tarifs de l'assurance de base. Ils préfèrent les assurés qui, pour une opération, paient le forfait par cas prévu par l'assurance de base ainsi que, souvent, un supplément accordé par leur assurance complémentaire.

La double facturation est un sujet qui préoccupe depuis longtemps. En principe, seules les prestations supplémentaires – non couvertes par le forfait par cas de l'assurance de base – peuvent être financées par l'assurance complémentaire. Cela concerne notamment le libre choix du médecin. L'Autorité de surveillance des marchés financiers exige désormais des caisses-maladie qu'elles remboursent uniquement ces prestations. Le Surveillant des prix fait pression sur tous les hôpitaux et négocie avec eux à l'amiable des tarifs plus bas pour l'assurance complémentaire.

Si ces efforts sont couronnés de succès, les assurés en complémentaire bénéficieront de primes moins chères. Une rémunération plus faible réduit la tentation pour les médecins d'effectuer des opérations inutiles, ce qui soulage l'assurance de base. De surcroît, le lancement de nouvelles offres d'assurance novatrices devient plus intéressant financièrement.

Un certain temps devrait cependant encore s'écouler avant que les caisses-maladie s'accordent avec les hôpitaux et leurs spécialistes sur des indemnités moins élevées. En conséquence, les assureurs se retrouvent dans une situation de vide contractuel avec les cliniques. Il s'agit pourtant d'éviter que les personnes possédant une assurance complémentaire soient les grands perdants de ce jeu de pouvoir. Pour une fois, les caisses-maladie devraient faire la transparence sur le fait que le libre choix du médecin et de l'hôpital peut être restreint malgré tout. Et qu'il faut s'en accommoder dans certains cas.

En fin de compte, les assurés en complémentaire d'un certain âge ont dépensé des milliers de francs pendant des dizaines d'années pour être traités en cas de besoin dans la clinique de leur choix, hébergés dans une chambre à un ou deux lits. Telle est la promesse faite par les caisses-maladie à leurs futurs clients. ●

## Roman Seiler

est journaliste économique retraité. Depuis 1995, il publie régulièrement des articles et commentaires au sujet du système de santé. Il a notamment écrit pour le journal «cash», le groupe Blick et CH Media.

**«Il faut faire la transparence sur les restrictions en matière de libre choix du médecin et de l'hôpital.»**



# L'union fait la force

Les régions hospitalières parfaitement organisées et inter-connectées sont l'avenir des assurances complémentaires. Clients, caisses-maladie et fournisseurs de prestations: tous sont gagnants.

[Plus d'informations aux pages 12 et 13.](#)

