

Motion

(formulaire de dépôt)

A remplir par le Secrétariat du Grand Conseil

N° de tiré à part : _____

Déposé le : _____

Scanné le : _____

Art. 120 à 126a LGC La motion est une proposition soumise au GC et impliquant pour le CE (ou exceptionnellement une commission parlementaire) d'élaborer et de présenter un projet de loi ou de décret. Elle touche à une compétence propre du GC. Le motionnaire motive sa demande et expose le sens de la législation souhaitée.

La motion peut suivre deux procédures différentes : **(a) le renvoi à l'examen d'une commission.**

- Soit le motionnaire demande expressément, dans son développement écrit, le renvoi direct de la motion à une commission du GC moyennant les signatures d'au moins 20 députés ; dans ce cas, il n'y a pas de débat.

- Soit, lors du développement en plénum et de la discussion, un député ou le CE demande le renvoi à une commission et le GC vote dans ce sens.

(b) la prise en considération immédiate.

- Soit un député ou le CE demande la prise en considération immédiate de la motion et son renvoi au CE.

- Soit l'auteur de la motion demande sa prise en considération immédiate et son renvoi à une commission parlementaire chargée de présenter un projet de loi ou de décret.

Suite au vote du GC, la motion est soit renvoyée au CE, soit à une commission parlementaire, soit classée.

Important : sur proposition d'un député, d'une commission ou du CE, le GC peut, jusqu'à sa prise en considération, transformer la motion en postulat, auquel cas la procédure du postulat s'applique.

Délai de réponse dès le renvoi au CE : une année

Titre de la motion

Double facturation aux assurances maladie: contrôler dans l'intérêt des assurés

Texte déposé

Ce n'est un secret pour personne : notre système de santé souffre d'un problème de transparence. A cet égard, le communiqué de presse du 17 décembre 2020¹ de la FINMA, autorité de surveillance pour les assurances privées, est révélateur. Revenant sur le marché des assureurs maladies complémentaires, l'autorité précitée mentionne que « les factures dans le domaine de l'assurance-maladie complémentaire sont souvent opaques et semblent parfois trop élevées ou injustifiées ».

Concrètement, la FINMA fait état entre autres des problèmes suivants :

- Doubles facturations : des prestations déjà couvertes par l'assurance obligatoire des soins (ci-après : AOS) sont à nouveau décomptées dans l'assurance privée, au moins en partie.
- En cas d'assurance en division privée ou semi-privée, les honoraires de médecins peuvent être automatiquement plus élevés. La FINMA a même identifié des cas où près de 40 médecins (!) ont fait valoir des honoraires pour un seul patient, sans justification.
- Pour une même opération, comme une prothèse de hanche, des coûts de 1500 francs à

¹ <https://www.finma.ch/fr/news/2020/12/20201217-mm-leistungsabrechnung-krankenzusatzversicherer/>

25'000 francs supplémentaires ont été facturés à l'assurance complémentaire, en plus du montant de 16'000 francs déjà couvert par l'AOS. De grandes différences de coûts sont aussi identifiées pour les prestations hôtelières.

- Enfin, les assurés ne reçoivent « en règle générale aucune copie de la facture » du prestataire pour les prestations fournies. De l'aveu même de la FINMA, « la transparence n'est pas garantie ».

Sur la base de ses analyses, la FINMA considère que, sur l'ensemble du marché, « le montant qui ne devrait pas être assumé par les payeurs de primes est significatif ».

Au vu de la grandeur du marché concerné - d'un volume de primes de plus de 3,7 milliards de francs -, ces révélations sont significatives, et mettent en lumière un secteur trop peu contrôlé. Au final, ce sont les personnes assurées, de l'assurance obligatoire ou de l'assurance privée, qui subissent de plein fouet cette surfacturation.

Selon une étude de l'OFSP², la surmédicalisation des personnes assurées bénéficiant d'une assurance complémentaire conduit à des coûts supplémentaires – complètement inutiles – à hauteur de 400 millions par année pour l'AOS.

Au niveau du Parlement fédéral, le problème a été soulevé par plusieurs parlementaires³. Une dénonciation pénale est même envisagée⁴. Dans ses réponses, le Conseil fédéral mentionne que la surveillance des fournisseurs de prestations ressort de la compétence des cantons. On se rappelle à ce propos que l'Etat de Vaud avait déjà soulevé ce problème il y a plusieurs années déjà, en lien avec des facturations de cliniques genevoises. Cependant, la procédure avait été stoppée à la suite d'un arrêt du Tribunal cantonal⁵.

Selon les soussigné.e.s, il est urgent de renforcer le contrôle de la facturation par les fournisseurs de prestations. Si la FINMA est l'autorité de surveillance de l'activité de contrôle par les assureurs, la réponse du Conseil fédéral aux différentes questions orales en la matière souligne que les cantons sont compétents pour assurer la surveillance des fournisseurs de prestations.

Une base légale formelle en la matière serait néanmoins indispensable pour effectuer concrètement, des contrôles. Il serait également souhaitable de connaître les actions qui ont/auraient été prises par le FINMA et l'OFSP à la suite du communiqué de presse précités, afin de pouvoir cas échéant coordonner les différentes réponses.

Au vu de ce qui précède, les soussignés ont l'honneur de demander à ce que Conseil d'Etat présente au Grand conseil un projet de loi permettant de contrôler, au niveau cantonal, les prestations facturées à charge de l'assurance privée. 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 patient sur sa facture. L'objectif doit être double, pour plus de transparence et d'économie dans l'intérêt des personnes assurées.

Commentaire(s)

² OFSP, Überhang in der stationären Leistungserbringung zu Gunsten der Zusatzversicherten, Bern 2016.

³ Notamment question orale Baptiste Hürni (21.7234) : <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20217234>

⁴ <https://www.24heures.ch/la-surfacturation-va-etre-denoncee-devant-la-justice-953693930190>

⁵ Arrêt de la Cour des assurance sociales du 10 octobre 2018, no AM 15/17, 65/17, 66/17, 67/17 et 68/17 - 43/2018, consultable sous ce lien : https://www.findinfo-tc.vd.ch/justice/findinfo-pub/internet/search/result.jsp?path=CASSO/Arrêt/20181017173054947_e.html&title=Arrêt%20/%202018%20/%2020902&dossier.id=6847078&lines=4

Conclusions

Développement oral obligatoire (selon art. 120a LGC)

- (a) renvoi à une commission avec au moins 20 signatures
- (b) renvoi à une commission sans 20 signatures
- (c) prise en considération immédiate
- (d) prise en considération immédiate et renvoi à une commission parlementaire

Nom et prénom de l'auteur :

Jaccoud Jessica, pour le groupe PS

Signature :

Nom(s) et prénom(s) du (des) consort(s) :

Signature(s) :

Merci d'envoyer une copie à la boîte mail du Bulletin : bulletin.grandconseil@vd.ch