



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung
WBF

Surveillance des prix PUE

Tarifs hospitaliers en soins aigus dans le secteur de l'assurance complémentaire

Un comparatif des coûts et des tarifs à l'échelle nationale

Berne, octobre 2021



Impressum

Tarifs hospitaliers en soins aigus dans le secteur de l'assurance complémentaire

Un comparatif des tarifs et des coûts à l'échelle nationale

Auteur : Kaspar Engelberger

Surveillance des prix

Einsteinstrasse 2

3003 Berne

<https://www.preisueberwacher.admin.ch>

Berne, octobre 2021



Sommaire

1	Introduction	4
2	Contexte	5
2.1	La notion de concurrence dans le domaine de l'assurance complémentaire	5
2.2	Soins hospitaliers à charge de l'assurance complémentaire	6
2.3	Rémunération des soins hospitaliers aigus à la charge de l'AOS	7
2.4	Rémunération des prestations hospitalières à la charge de l'assurance complémentaire	8
3	Approche et méthodologie	9
4	Analyse	9
4.1	Structures tarifaires	9
4.2	Comparatif des tarifs	11
4.3	Coûts par cas effectivement acquittés par les assureurs	13
5	Conclusions et recommandations du Surveillant des prix	16



1 Introduction

En octobre 2017, le Conseil fédéral a pris connaissance du rapport d'un groupe d'experts, rédigé avec le concours de la Surveillance des prix, et qui propose 38 mesures visant à réduire les coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). La mesure n° 28 concerne l'assurance-maladie complémentaire et recommande d'empêcher les hôpitaux d'appliquer des tarifs abusifs à la charge de l'assurance complémentaire. Ces tarifs n'étant pour l'heure pas réglementés par la loi en Suisse, les hôpitaux ont une grande latitude pour les fixer. Toutefois, les remboursements effectués par les assureurs aux hôpitaux au titre de l'assurance complémentaire pour les patients hospitalisés seraient souvent plusieurs fois supérieurs au coût des prestations déjà couvertes par l'AOS. Il serait donc plus intéressant, sur le plan financier, de prendre en charge les patients au bénéfice d'une assurance complémentaire que les patients pourvus uniquement de l'assurance de base, si bien que l'hôpital ou les médecins traitants seraient incités à prévoir davantage de prestations, soit à prescrire des traitements inutiles. Or cette incitation à accroître le volume des prestations a également des répercussions sur les coûts à la charge de l'AOS. En effet, tous les patients bénéficiant d'une assurance complémentaire étant aussi couverts par l'assurance de base, l'AOS participe également à la rémunération des traitements hospitaliers des personnes disposant d'une assurance complémentaire. Dans un communiqué de presse daté du 17 décembre 2020, l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA), chargée de la surveillance des assurances complémentaires, relevait que les factures dans le domaine de l'assurance-maladie complémentaire étaient souvent opaques et semblaient parfois trop élevées ou injustifiées¹.

Le Surveillant des prix a donc décidé de se pencher sur les tarifs appliqués par les hôpitaux à la charge de l'assurance complémentaire. Lorsqu'il a engagé ses investigations, il s'est heurté tout d'abord à un fort manque de transparence concernant les tarifs que les hôpitaux défendent avec véhémence. Ses investigations subséquentes ont révélé un paysage tarifaire hautement opaque, complexe et hétérogène, un développement favorisé ces dernières décennies par l'absence de toute réglementation des prix ou de saine concurrence tarifaire. Il a donc été très difficile d'établir un comparatif fiable des prix. À l'issue d'un important travail d'évaluation, le Surveillant des prix publie pour la première fois un aperçu du paysage tarifaire suisse dans le domaine des séjours hospitaliers à la charge de l'assurance-maladie complémentaire. Le constat est sans appel : il est d'une part difficile de déterminer à quelles prestations exactement correspondent les tarifs facturés à la charge de l'assurance complémentaire, et d'autre part on observe une forte disproportion entre ces tarifs et les coûts indiqués par les hôpitaux au titre desdites prestations. La loi est pourtant formelle : les tarifs de l'assurance complémentaire doivent couvrir uniquement le coût des prestations qui ne sont pas déjà prises en charge par l'AOS. On peut donc confirmer clairement le constat de la FINMA. Le présent comparatif vise en premier lieu à favoriser la transparence, mais pourra également servir de base décisionnelle pour les éventuelles mesures correctives.

¹ [Communiqué de presse de la FINMA du 17 décembre 2020 ayant trait à la nécessité de remanier les décomptes de prestations à la charge de l'assurance-maladie complémentaire.](#)



2 Contexte

2.1 La notion de concurrence dans le domaine de l'assurance complémentaire

Le marché des soins hospitaliers aigus à la charge de l'assurance complémentaire présente une structure triangulaire associant trois acteurs qui interagissent. Sa caractéristique fondamentale est que les prestations médicales supplémentaires (prestations hors AOS) sont payées non pas directement par les « acheteurs » (les patients privés) aux fournisseurs (les hôpitaux), mais par l'intermédiaire des assureurs maladie. La figure 1 ci-après expose de manière synthétique la structure de ce secteur de la santé.

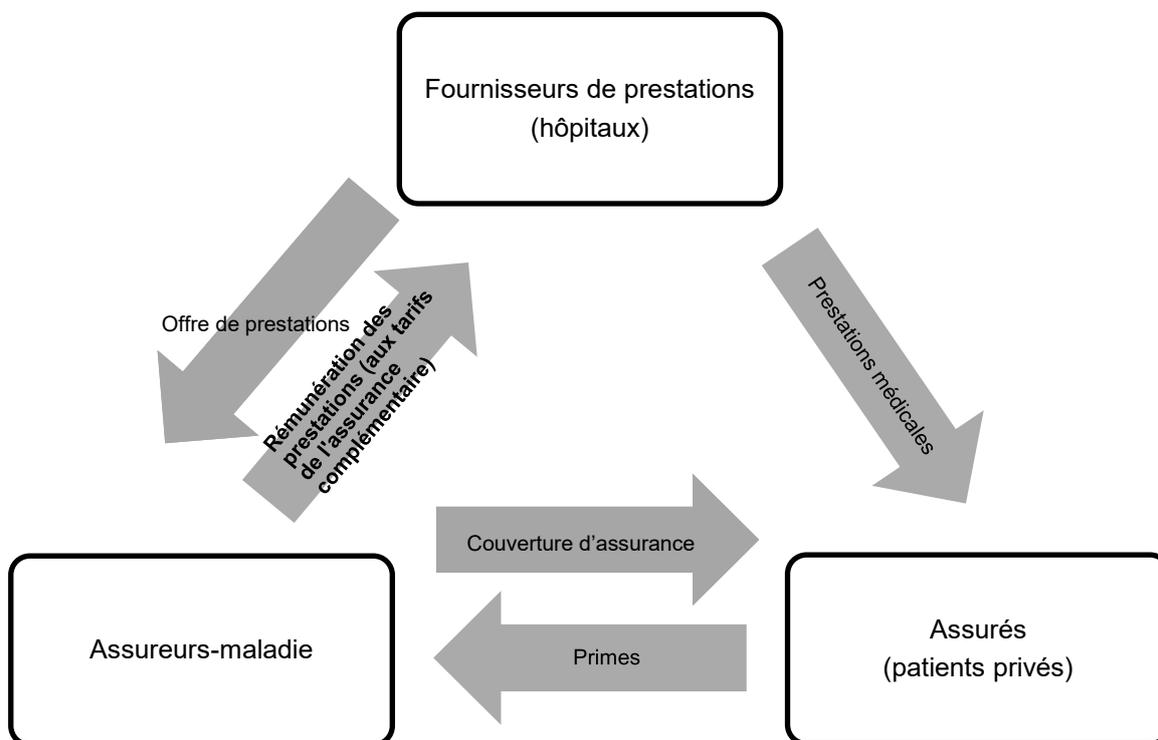


Figure 1 : Le marché des soins hospitaliers aigus à la charge de l'assurance complémentaire. Illustration reprise de: Droit et politique de la concurrence en pratique (DPC, COMCO) 2008/4, p. 557 (avec des modifications).

Les patients assurés en division privée achètent auprès d'un assureur-maladie un produit leur garantissant qu'en cas de maladie, l'assureur prendra en charge les coûts des traitements médicaux reçus en principe dans n'importe quel hôpital suisse, en division privée ou semi-privée. En contrepartie, ils s'engagent à verser une prime fixe. En fonction de leur âge et de leur état de santé, il peut arriver que les assurés ne puissent plus changer d'assurance complémentaire, ou uniquement moyennant certaines réserves importantes.

Les hôpitaux fournissent des prestations médicales, pour lesquelles ils cherchent des canaux de distribution, et les assureurs sont ceux qui les leur offrent. Des négociations tarifaires ont lieu, visant à fixer les prix des prestations. Les assurances couvrent les coûts de ces prestations, mais elles sont consommées par les patients, qui sont les clients des assurances. La présente analyse porte précisément sur les tarifs convenus entre les hôpitaux et les assureurs-maladie pour la rémunération des prestations (supplémentaires) fournies aux patients assurés en division privée ou semi-privée. La structure spécifique de ce marché a des implications, qui sont présentées ci-après :



- Il est de coutume que les assurances complémentaires d'hospitalisation permettent le libre choix entre tous les hôpitaux de Suisse. Du fait de cet accord contractuel, il est très difficile pour les assureurs-maladie d'exclure certains hôpitaux du système de remboursement obligatoire des prestations dépassant le cadre de l'AOS².
- Les tarifs négociés entre hôpitaux et assureurs-maladie n'ont pas d'influence sur le comportement des patients. Ces derniers ne sont en général pas informés de ces prix et n'ont pas d'intérêt économique particulier à s'en tenir informés.
- Il n'y a dès lors pas de concurrence efficace entre les hôpitaux pour ce qui touche aux prix.
- Les assurés ayant atteint un certain âge et ceux souffrant de maladies chroniques sont des « clients captifs » puisqu'il leur est, dans bien des cas, impossible de changer d'assurance complémentaire. Les assureurs ont donc tout loisir de répercuter les tarifs excessifs sur cette clientèle captive.

2.2 Soins hospitaliers à la charge de l'assurance complémentaire

L'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10), en 1996, a instauré une distinction tant légale que formelle entre deux domaines de l'assurance-maladie. L'assurance obligatoire des soins (AOS) nouvellement instituée prend depuis lors en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer et/ou traiter une maladie et ses conséquences. La Constitution fédérale exige que les soins de base remboursés par l'AOS soient de haute qualité³. Cela concerne en principe aussi tous les soins hospitaliers aigus. Ces prestations générales ne sont toutefois remboursées par l'AOS que si elles répondent aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (critères EAE, art. 32, al. 1, LAMal).

Selon la volonté du législateur, les prestations médicales qui ne répondent pas à ces critères sont regroupées dans l'assurance complémentaire, que chacun est libre de souscrire ou non. Étant donné toutefois que la quasi-totalité des soins hospitaliers aigus relèvent de l'AOS, il importe de délimiter de façon claire et précise les prestations hospitalières pouvant être couvertes par une assurance complémentaire. La lecture de la doctrine et de la jurisprudence révèle que, pour être couverts par l'assurance complémentaire, les soins doivent remplir les conditions ci-après :

- les prestations relevant de l'assurance complémentaire ne doivent en principe pas être couvertes par l'AOS ;
- les prestations liées à celles couvertes par l'AOS mais allant au-delà de la couverture garantie par celle-ci (les « prestations supplémentaires ») doivent se distinguer de manière claire du standard de l'AOS et être dûment documentées ;
- les prestations supplémentaires fournies à des patients au bénéfice d'une assurance complémentaire ne doivent pas se répercuter négativement sur les patients couverts uniquement par l'assurance obligatoire ;
- la définition des prestations supplémentaires dépend dans chaque cas concret du standard AOS du fournisseur de prestations concerné. Si un hôpital héberge par principe en chambre double les personnes assurées en division commune, le séjour en chambre double n'est pas considéré comme une prestation supplémentaire relevant de l'assurance complémentaire.

² Cet effet est encore accentué depuis que le libre choix de l'hôpital, prévu dans le cadre du nouveau financement des hôpitaux, est en principe aussi garanti par l'assurance obligatoire.

³ Art. 117a, al. 1, de la Constitution (Cst.).



Autant la jurisprudence que la doctrine reconnaissent les types de prestations ci-après comme des prestations supplémentaires couvertes par l'assurance complémentaire :

- l'hébergement de luxe (séjour en division privée ou semi-privée d'un hôpital) ;
- le libre choix du médecin au sein de l'hôpital ;
- les traitements dans des hôpitaux non reconnus ;
- le choix de l'heure dans le cas d'une opération électorive ;
- les offres de traitement et de prise en charge non indispensables d'un point de vue médical.

2.3 Rémunération des soins hospitaliers aigus à la charge de l'AOS

La séparation stricte décrite ci-dessus entre les domaines de prestations étroitement imbriqués relevant des soins somatiques aigus exige également une distinction du point de vue tarifaire. Une analyse des tarifs hospitaliers à la charge de l'assurance complémentaire n'est de ce fait possible que si l'on tient compte des tarifs hospitaliers à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Depuis la révision de la LAMal dans le domaine hospitalier, en 2012 (« nouveau financement hospitalier »), les soins hospitaliers aigus à la charge de l'AOS sont rémunérés partout en Suisse via des forfaits par cas liés aux prestations, sur la base d'un système tarifaire unifié (SwissDRG). Les prix de base (baserates) de ces forfaits par cas sont négociés individuellement entre les fournisseurs de prestations et les groupes d'assureurs maladie et doivent recevoir l'aval des exécutifs cantonaux⁴. Les assureurs sont soumis à l'obligation de contracter, ce qui signifie qu'ils sont tenus de rembourser les prestations fournies par un fournisseur de prestations dès lors que celui-ci remplit les conditions légales. Les prestations hospitalières à la charge de l'AOS sont financées par les cantons (pour 55 % au minimum) et par l'AOS (pour 45 % au maximum) (« financement dual-fixe »).

Conformément à l'obligation d'économicité inscrite dans la LAMal, les prix de base (baserates) de l'AOS doivent en principe financer uniquement les coûts (coûts d'investissement inclus) des hôpitaux fournissant les prestations tarifées à la charge de l'AOS avec le niveau de qualité requis, de manière efficiente et économe⁵. Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, les tarifs sont fixés sur la base d'une comparaison des coûts par cas dans les différents hôpitaux du pays. À cette fin, les hôpitaux doivent être à même de présenter les coûts des traitements stationnaires à la charge de l'AOS de manière exhaustive, transparente et vérifiable⁶. Cela implique également l'exclusion transparente de toutes les prestations non couvertes par l'AOS⁷, et donc des coûts relevant de l'assurance complémentaire⁸.

La Communauté d'achat HSK AG a calculé qu'en 2019, les coûts moyens par hôpital se montaient à **427 francs par cas** au titre des prestations à la charge de l'assurance complémentaire (hors honoraires de médecins)⁹. Selon la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), les hôpitaux ne sont pas à même de comptabiliser adéquatement les coûts supplémentaires effectifs, raison pour laquelle une déduction normative est nécessaire. La CDS recommande donc de déduire **800 francs par cas assuré en semi-privé et 1 000 francs par cas assuré en privé** (hors honoraires de médecins)¹⁰. En plus de cela, il convient de déduire les coûts correspondant aux honoraires versés aux médecins agréés, aux médecins conciliaires et aux médecins hospitaliers au titre de la prise en charge des patients assurés en privé ou semi-privé. Les calculs du Surveillant des prix basés sur la

⁴ Si un accord ne peut être trouvé, l'exécutif cantonal fixe le tarif.

⁵ Art. 49, al. 1, LAMal.

⁶ Cf. arrêts du TAF du 15 mai 2019 C-4374/2017 et C-4461/2017, consid. 6.1.

⁷ Notamment coûts de l'enseignement et de la recherche universitaires. Coûts des prestations d'intérêt général, honoraires de médecins des patients ayant souscrit une assurance complémentaire, coûts supplémentaires au titre des soins dispensés aux patients bénéficiant d'une assurance complémentaire.

⁸ Cf. arrêt du TAF 2014/36, consid. 4.9.2.

⁹ Communauté d'achat HSK : benchmark SwissDRG, année tarifaire 2021. Données de l'année 2019.

¹⁰ Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) : [Recommandations sur l'examen de l'économicité ; Détermination des hôpitaux efficients d'après l'art. 49, al. 1, LAMal](#), 27 juin 2019.



statistique des hôpitaux 2019 de l'Office fédéral de la statistique (OFS) ont révélé que la part des honoraires de médecins aux coûts facturés à l'assurance complémentaire se monte à **environ 800 francs par cas**.

Une autre règle applicable est celle de la protection tarifaire (art. 44, al. 1, LAMal), qui spécifie que les hôpitaux doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente, et qu'ils ne peuvent pas exiger de rémunération plus élevée pour leurs prestations relevant de l'AOS. Toutes les prestations de l'hôpital à la charge de l'AOS sont rémunérées sur la base de forfaits par cas (art 49, al. 5, LAMal). Comme les patients bénéficiant d'une couverture complémentaire sont également couverts par l'AOS, ils ont également droit aux prestations couvertes par l'AOS lors d'une hospitalisation en division semi-privée ou privée. Tous les soins hospitaliers prodigués à des patients assurés en privé ou semi-privé font donc aussi l'objet d'une rémunération selon le tarif de l'AOS.

2.4 Rémunération des prestations hospitalières à la charge de l'assurance complémentaire

Il est en principe permis aux hôpitaux d'appliquer des tarifs spéciaux aux prestations dépassant le cadre de l'AOS et qui se distinguent clairement du standard de l'AOS (cf. 2.2). Comme évoqué précédemment, chaque personne assurée en Suisse désireuse de pouvoir recourir au besoin à ces prestations peut souscrire volontairement une assurance maladie complémentaire à cette fin. Pour se prémunir de la facturation arbitraire par les hôpitaux, les compagnies d'assurance complémentaire peuvent conclure une convention tarifaire de droit privé concernant le remboursement des prestations dépassant le cadre de l'assurance obligatoire. Étant non obligatoires, ce type de conventions tarifaires ne sont pas régies par la LAMal. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les tarifs facturés par les prestataires de droit privé à la charge de l'assurance complémentaire sont assimilables à des émoluments. À ce titre, ils doivent répondre aux principes généraux de couverture des coûts et d'équivalence. Il est possible de vérifier le respect de ces principes par voie de recours ordinaire¹¹.

La surveillance des assurances complémentaires est régie par la loi sur la surveillance des assurances (LSA ; RS 961.01) et l'autorité chargée de cette fonction est l'Autorité de surveillance des marchés financiers (FINMA ; art. 46, al. 1, LSA). La FINMA ne peut toutefois surveiller que partiellement les tarifs de l'assurance complémentaire convenus entre les hôpitaux et les assureurs. Seules les *primes* de l'assurance complémentaire sont soumises à l'approbation de la FINMA, et avec elles les primes des assurances complémentaires nécessaires en vue d'un séjour hospitalier en division privée ou semi-privée.

La législation sur la surveillance des assurances (LSA) proscrit toutefois expressément les contrats d'assurance complémentaires abusifs¹². Sont considérées comme abusives les polices d'assurance complémentaire qui couvrent également les coûts de traitements dont le patient ne peut escompter aucun bénéfice. Pour approuver les primes d'assurance-maladie complémentaires, la FINMA attend notamment des assureurs qu'ils acceptent uniquement les décomptes attestant de réelles prestations supplémentaires par rapport à l'AOS, et que ces prestations supplémentaires soient proportionnées au regard des frais supplémentaires induits par un séjour en division privée. Ces deux critères procèdent des attentes posées en termes de bonne gestion de l'entreprise¹³. En l'état, la FINMA ne peut donc influencer qu'indirectement sur la tarification des fournisseurs de prestations, et seulement au cas par cas, en sanctionnant les manquements aux règles de bonne gouvernance par un fournisseur d'assurance complémentaire, en cas de rémunération excessive de prestations hospitalières en division privée ou semi-privée.

¹¹ Cf. ATF 135 V 443, consid. 3.9.

¹² Cf. art. 38 LSA, ainsi que l'art. 46, al. 1, let. f, LSA.

¹³ Cf. art. 14 LSA et le [communiqué de presse de la FINMA du 17 décembre 2020 concernant la nécessité de remanier les décomptes de prestations dans le domaine de l'assurance complémentaire](#).



3 Approche et méthodologie

Le Surveillant des prix a réuni les données qui ont servi de base à la présente analyse auprès des dix principales compagnies d'assurance maladie complémentaire : Helsana Assurances complémentaires SA, CSS Assurance SA, Visana Assurances SA, Sanitas Assurances privées SA, Mutuel Assurances SA, CONCORDIA Assurances SA, Groupe Mutuel Assurances GMA SA, Assura SA, KPT Assurances SA, SWICA Assurances SA. Ces dix assurances maladie représentent environ 90 % du volume de primes payées au titre de l'assurance complémentaire en 2019¹⁴.

Le Surveillant des prix a notamment demandé aux assurances complémentaires d'indiquer les tarifs facturés au titre des soins stationnaires en divisions privée et semi-privée de tous les hôpitaux de soins aigus du pays (excepté les maternités). Par ailleurs, il a recensé les coûts par cas effectivement acquittés par les assureurs complémentaires (présentant un cost-weight de 1.0).

Les données fournies par les assurances complémentaires satisfont aux critères de qualité requis pour cette analyse. Le Surveillant des prix a plausibilisé et analysé ces données en concertation avec les assureurs, de manière à établir un comparatif aussi représentatif que possible à l'échelle suisse des tarifs appliqués aux soins aigus à la charge de l'assurance complémentaire (divisions semi-privée et privée) sur l'année 2019. Pour préserver d'éventuels secrets d'affaires, les résultats sont présentés sous forme agrégée et anonymisée.

4 Analyse

4.1 Structures tarifaires

À la différence de l'AOS, où les coûts sont fixés de manière contraignante à l'échelle suisse sur la base du système DRG (diagnostic related groups), les hôpitaux définissent en principe librement la forme et la structure de leurs tarifs dans le domaine de l'assurance complémentaire. Il s'ensuit un grand nombre de systèmes tarifaires différents. Les assurances concluent une convention tarifaire avec chaque hôpital ou presque. Les composants sur lesquels sont calculés les coûts par cas sont ainsi différents ou du moins pondérés différemment d'un établissement à l'autre, ce qui rend toute comparaison difficile. Les conventions retiennent les composants de coûts suivants pour la définition des forfaits regroupant soit uniquement les prestations supplémentaires soit la totalité des coûts (AOS et LCA) :

- forfaits par jour ou par nuitée ;
- modules de base et modules supplémentaires (p. ex. forfaits supplémentaires par entrée en salle d'opération ou par intervention du robot chirurgical Da Vinci) ;
- prestations individuelles ;
- honoraires médicaux en fonction des interventions ;
- forfaits DRG recouvrant les prestations supplémentaires ou l'intégralité des coûts ;
- forfaits par cas (non pondérés).

Dans la plupart des cas, les conventions tarifaires associent (au moins) un élément de cas, facturé une fois par cas indépendamment de la durée du séjour, à un forfait par jour ou par nuitée. Les forfaits par jour sont facturés pour chaque journée d'hospitalisation, journée d'admission et journée de sortie comprises, et les forfaits par nuitée pour chaque nuit passée en division privée ou semi-privée. L'élément de cas peut être, comme pour les remboursements par l'AOS, soit un prix de base DRG soit un forfait par cas non pondéré. Dans quelques rares cas, les conventions tarifaires prévoient aussi bien un prix de base DRG qu'un forfait par cas non pondéré. Il est par ailleurs d'usage de définir une

¹⁴ Sur la base des données du rapport sur les assureurs 2019 de la FINMA : <https://www.finma.ch/fr/documentation/publications-finma/kennzahlen-und-statistiken/kennzahlen/kennzahlen-versicherer/>.



fourchette de rémunération par cas en définissant un seuil et un plafond de pondération des coûts pour les prix de base DRG. On trouve également divers forfaits par cas, en fonction de la partition du catalogue des forfaits par cas DRG, ou des forfaits par cas échelonnés par pondération relative, ainsi que plusieurs prix de base par hôpital (p. ex. pour les prestations hospitalières et les prestations de médecins).

La facturation des prestations à la charge de l'assurance complémentaire est en principe effectuée selon l'une des trois approches ci-après :

- **Approche ascendante (bottom-up)**

L'approche ascendante consiste à présenter séparément les prestations supplémentaires ou complémentaires et à les facturer en sus du tarif AOS. L'assurance complémentaire prend en charge le montant facturé au titre des prestations supplémentaires ou complémentaires, au-delà de la part remboursée par l'AOS.

- **Approche descendante (top-down)**

L'approche descendante consiste à inclure les prestations complémentaires ou supplémentaires effectivement fournies dans une facture globale calculée selon un tarif spécial plutôt que de les présenter et de les facturer à part. Le montant global établi sur la base de ce tarif spécial comprend les prestations couvertes par l'AOS, mais l'assurance complémentaire privée prend en charge uniquement la différence entre le montant total et celui qui sera couvert par l'AOS.

- **Facturation séparée**

Selon cette troisième approche, l'assurance complémentaire reçoit deux factures distinctes : celle de l'hôpital, qui facture ses prestations de son côté (en particulier les prestations hôtelières dépassant le standard AOS), et celle envoyée par le médecin-chef ou le médecin conseil traitant des patients assurés en privé ou semi-privé, au titre de ses honoraires. L'assurance complémentaire privée prend en charge la différence entre les honoraires du médecin et le montant couvert par l'AOS. Les tarifs appliqués en cas de facturation séparée des prestations médicales manquent fortement de transparence. Chaque hôpital applique son propre règlement en matière d'honoraires, avec des listes d'interventions pouvant compter plusieurs centaines de positions. À ces règlements individuels s'ajoutent ceux élaborés par les sociétés cantonales de médecine (Association des médecins du canton de Genève (AMGe), Berner Belegärztervereinigung BBV+, Société vaudoise de médecine (SVM), Netzwerk der Ärztinnen und Ärzte der Hirslanden Kliniken (hirsmed.net), etc.). Très souvent aussi, les hôpitaux facturent leurs prestations sur la base du catalogue des prestations hospitalières (CPH, ancienne convention tarifaire AI/AA/AM des hôpitaux). Chaque examen, visite ou geste médical donnent lieu à un remboursement à la charge de l'assurance complémentaire, indépendamment du fait que le traitement prodigué diffère ou non d'un traitement prodigué à un patient ne bénéficiant que de l'AOS.



4.2 Comparatif des tarifs

Du fait de la grande diversité des structures tarifaires, il n'est pas facile d'établir des comparaisons dans le domaine de l'assurance complémentaire. Pour pouvoir malgré tout comparer entre eux le plus grand nombre possible d'hôpitaux, le Surveillant des prix a défini un cas standard présentant un **cost-weight de 1.0**. (=valeur moyenne de la pondération relative), qui compte **six journées de prise en charge et cinq nuitées**¹⁵. Sur la base de ces paramètres et des tarifs communiqués par les assureurs, le Surveillant des prix a été en mesure de calculer des remboursements standard, appelés « prix de base ou baserates », et que l'on peut comparer entre eux.

Il n'est toutefois possible de calculer ces prix de base que pour des structures tarifaires relativement simples, constituées d'éléments de cas simples, ainsi que pour des forfaits par journée ou par nuitée, facturés dans tous les cas pour les mêmes montants. Les structures tarifaires plus complexes, portant sur différents modules, ainsi que les hôpitaux facturant séparément les prestations de médecins ne peuvent pas être inclus dans ce comparatif. Ce dernier ne prend du reste en compte que les hôpitaux de soins stationnaires aigus répertoriés ; les maternités, les cliniques de réadaptation, les cliniques gériatriques et les autres cliniques spécialisées n'y sont pas incluses.

Le Surveillant des prix a calculé le montant moyen des remboursements par cas corrigés du degré de gravité de **89 hôpitaux** pour toutes les assurances complémentaires. Le tableau n° 1 ci-après ainsi que les figures 2 et 3 montrent la distribution de ces coûts moyens par cas en division privée ou semi-privée, sous la forme de prix de base.

	Moyenne	Minimum	25° centile	Médiane	75° centile	Maximum
Coûts par cas (cost-weight 1.0), semi-privé	CHF 5100	CHF 1375	CHF 4331	CHF 4909	CHF 6288	CHF 10 000
Coûts par cas (cost-weight 1.0), privé	CHF 7188	CHF 1637	CHF 5674	CHF 6913	CHF 8693	CHF 14 520
Δ semi-privé/privé, en %	41 %	19 %	31 %	41 %	38 %	45 %

Tableau 1 : Distribution des remboursements calculés par cas, sous la forme de prix de base 2019 par cas standard en division privée ou semi-privée pour 89 hôpitaux (comparaison des tarifs).

Les remboursements par cas calculés pour un séjour en division semi-privée se montaient à 5100 francs en moyenne. On observe toutefois de très importantes variations. À 10 000 francs par cas, le remboursement par cas le plus élevé est d'environ 96 % supérieur à celui de la moyenne des hôpitaux (5100 francs) et supérieur de 627 % à l'hôpital le moins cher (1375 francs). 50 % des remboursements calculés par cas sont compris entre 4331 francs (25° centile) et 6288 francs (75° centile). La médiane est à 4909 francs.

¹⁵ Dans la statistique médicale des hôpitaux 2019 de l'OFS, la durée moyenne de séjour en division privée s'inscrivait à 5,85 jours, contre 5,45 jours en division semi-privée.

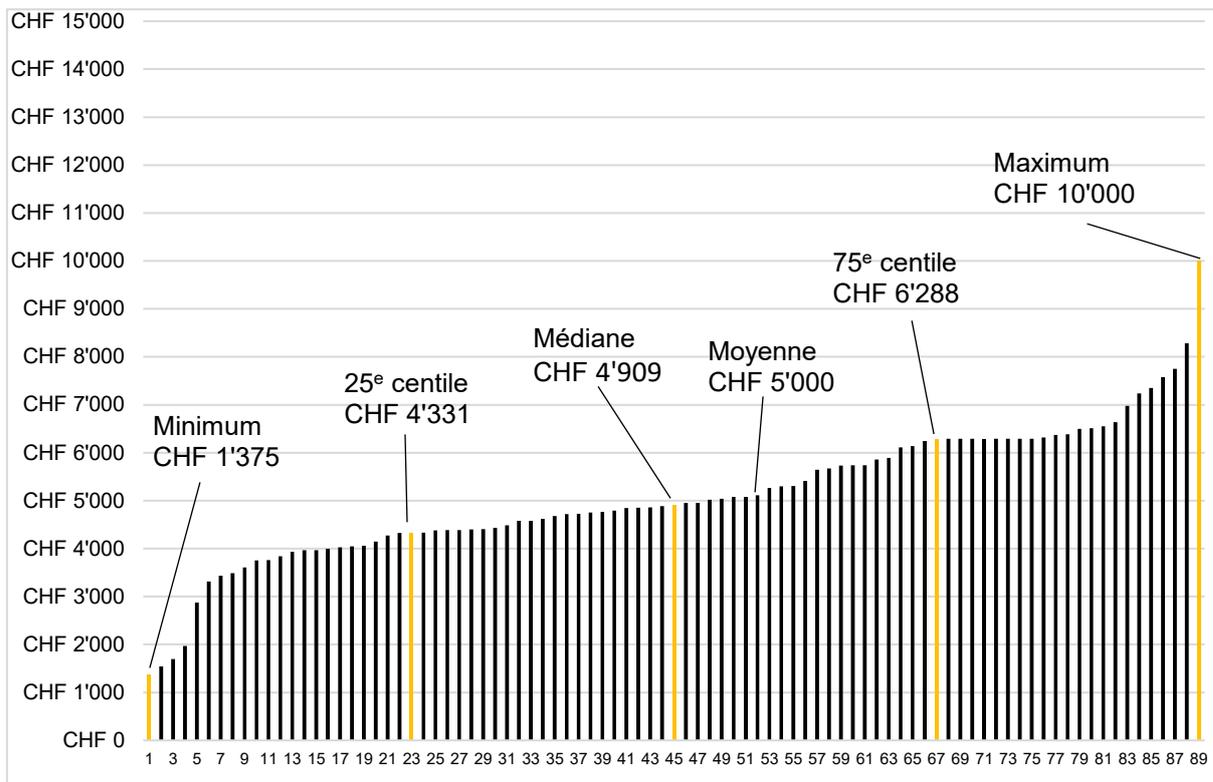


Figure 2: Distribution des remboursements calculés par cas sous la forme de prix de base 2019, par cas standard en division semi-privée dans 89 hôpitaux (comparaison des tarifs).

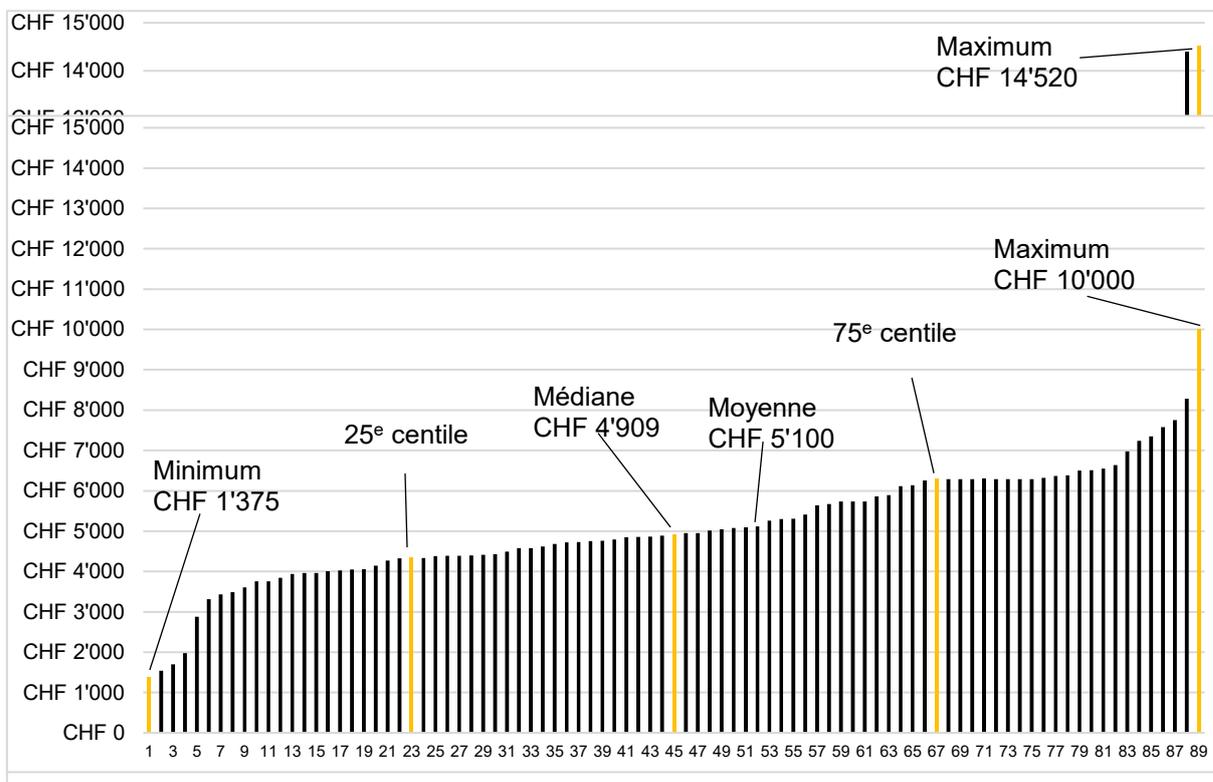


Figure 3: Distribution des remboursements calculés par cas sous la forme de prix de base 2019, par cas standard en division privée dans 89 hôpitaux (comparaison des tarifs).



Les prix de base calculés pour les patients assurés en privé sont en moyenne 41 % plus élevés qu'en division semi-privée, la moyenne s'inscrivant à 7188 francs. Eux aussi affichent une forte dispersion : à 14 520 francs, le remboursement calculé par cas de l'hôpital le plus cher est de 787 % supérieur à celui de l'hôpital le moins cher (1637 francs). 50 % des remboursements calculés en division privée sont compris entre 5674 (25^e centile) et 8693 francs (75^e centile). La médiane est à 6913 francs.

4.3 Coûts par cas effectivement acquittés par les assureurs

La méthode décrite ci-dessus ne se prêtant pas à la saisie des tarifs pour de nombreux hôpitaux, le Surveillant des prix a demandé aux assurances maladie complémentaires de calculer les coûts totaux effectivement acquittés par cas (hors part de l'AOS) en division privée ou semi-privée en 2019, présentant un cost-weight de 1.0. Cette approche permet de comparer entre eux les remboursements au titre de l'assurance-complémentaire à tous les hôpitaux, indépendamment de leur structure tarifaire et de leur mode de facturation. Il a ensuite analysé les données reçues, en excluant les hôpitaux dont les données semblaient peu plausibles et ceux présentant un nombre de cas insuffisant. Il a ainsi établi les coûts effectifs par cas (hors part de l'AOS) pour **147 hôpitaux de soins aigus**. Le tableau suivant ainsi que les figures 4 et 5 présentent la distribution de la moyenne arithmétique (non pondérée) calculée des coûts effectifs par cas (présentant un cost-weight de 1.0) :

	Moyenne	Minimum	25 ^e centile	Médiane	75 ^e centile	Maximum
Coûts par cas (cost-weight 1.0), semi-privé	CHF 6'745	CHF 1'959	CHF 4'846	CHF 5'965	CHF 7'230	CHF 17'772
Coûts par cas (cost-weight 1.0), privé	CHF 8'960	CHF 2'785	CHF 6'505	CHF 8'099	CHF 10'668	CHF 19'391
Δ semi-privé/privé, en %	33 %	42 %	34 %	36 %	48 %	9 %

Tableau 2 : Distribution des coûts complets par cas effectifs en 2019 (en plus du baserate de l'AOS) du point de vue des assurances complémentaires pour les séjours hospitaliers en division semi-privée ou privée (hors part AOS, cost-weight 1.0) pour 147 hôpitaux (comparaison des coûts par cas).

La distribution des coûts par cas effectivement pris en charge par les assurances complémentaires présente de fortes similitudes avec celle des prix de base calculés. Fait frappant, les coûts pleins effectifs sont généralement plus hauts que les baserates calculés par le Surveillant des prix sur la base des tarifs acquittés. Cela s'explique par fait que la méthode de comparaison des coûts utilisée par le Surveillant des prix ne permet pas de prendre en compte bon nombre de cliniques privées coûteuses, puisqu'elles ont en principe convenu d'appliquer des modèles tarifaires complexes, avec facturation séparée des prestations des médecins conseil.

En moyenne, les coûts effectivement acquittés par les assureurs en sus du tarif de l'AOS ou du prix de base AOS se montent à 6745 francs en division semi-privée. Un cas traité en division privée coûte en moyenne 33 % de plus (8960 francs, hors part de l'AOS). Les coûts par cas varient fortement d'un hôpital à l'autre. Les coûts par cas les plus élevés en division semi-privée (17 772 francs hors part AOS) sont de 807 % supérieurs aux coûts effectifs par cas de l'hôpital le moins cher (1959 francs hors part AOS).

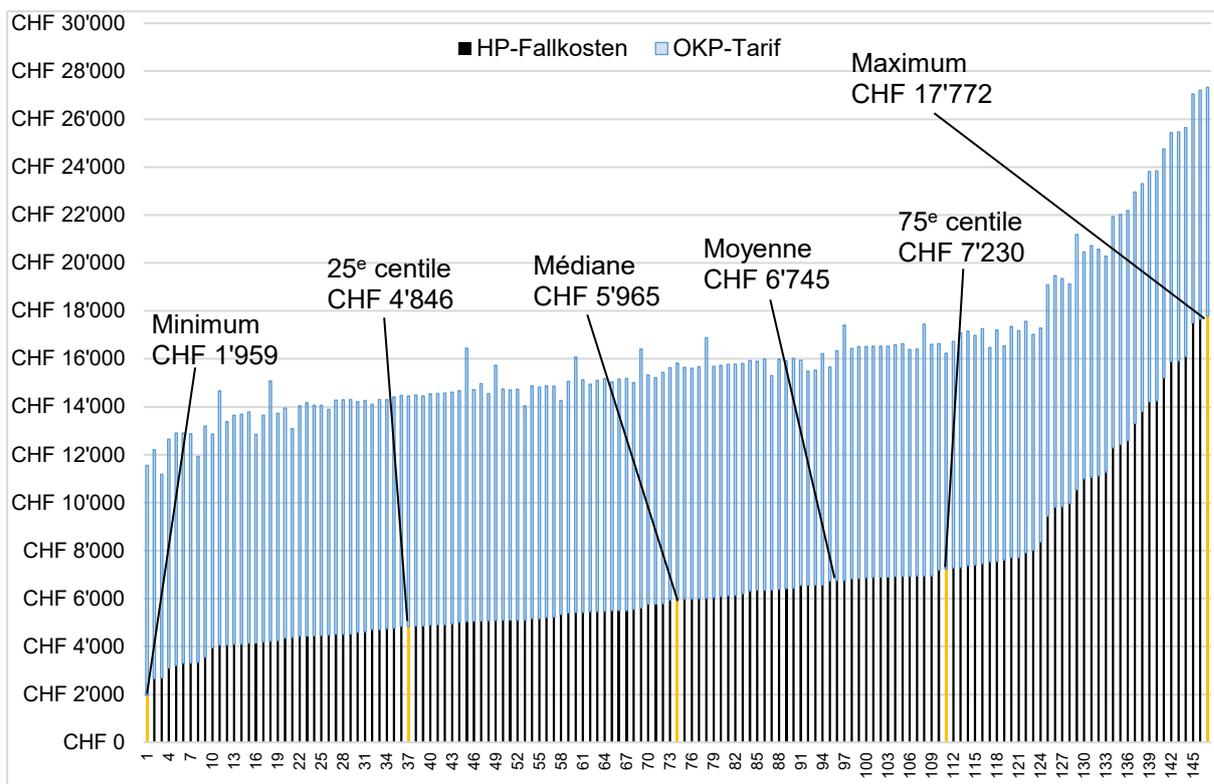


Figure 4 : Distribution des coûts complets par cas effectifs en division semi-privée (hors part AOS, cost-weight 1.0) pour 147 hôpitaux (comparaison des coûts par cas) et tarif de l'AOS 2019.

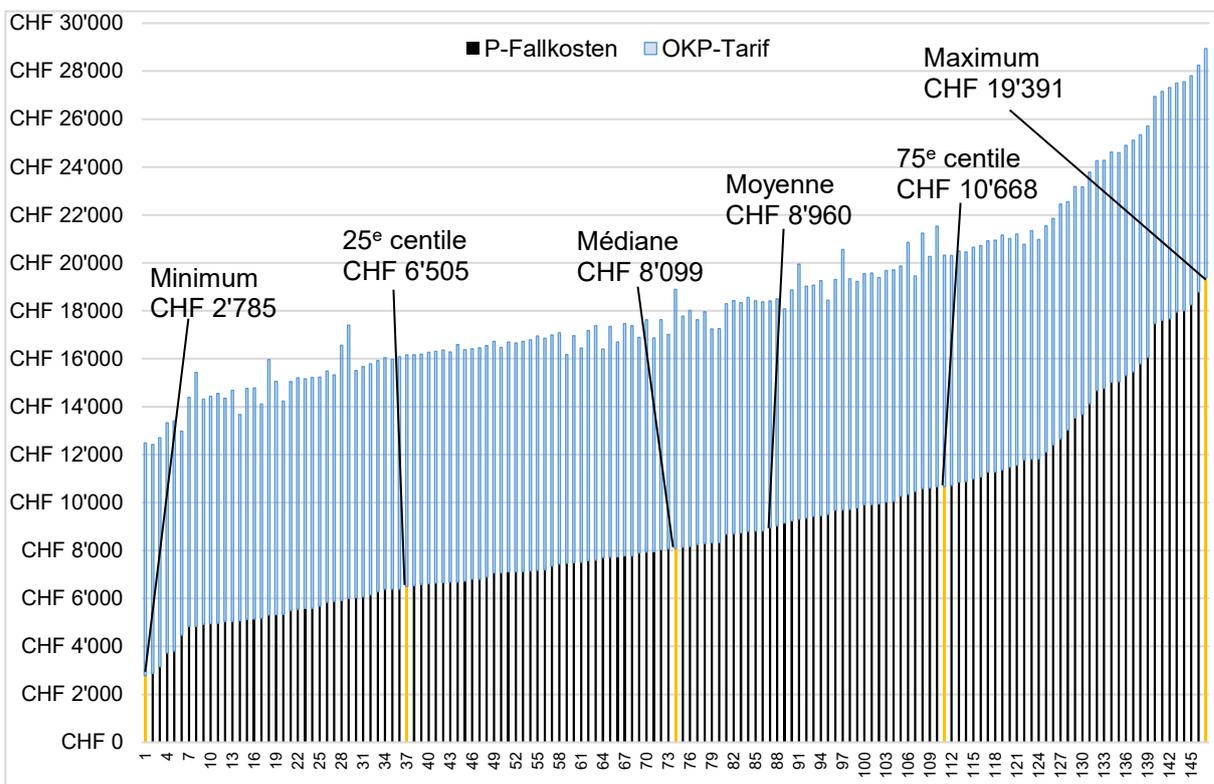


Figure 5: Distribution des coûts complets par cas effectifs en division privée (cost-weight 1.0) pour 147 hôpitaux (comparatif des coûts par cas) et tarif de l'AOS 2019.



Les figures 4 et 5 montrent les coûts par cas moyens par hôpital (cost-weight 1.0), effectivement acquittés par les assurances maladie complémentaires au titre des prestations fournies en division privée ou semi-privée, sous la forme de colonnes noires classées en fonction du montant. Chaque colonne noire est surmontée d'une colonne bleue figurant le prix de base couvert par l'AOS en 2019 pour le même hôpital¹⁶ ; ce prix approche en règle général les 10 000 francs. Prises ensemble, les deux colonnes représentent le coût total acquitté en moyenne par les assurances maladie pour un hôpital donné pour toutes les prestations assurées (assurance de base comme assurance complémentaire, cost-weight 1.0). Cela signifie par exemple que l'hôpital le plus cher adresse à ses patients assurés en division privée un décompte supplémentaire d'un montant à peu près deux fois supérieur (19 391 francs) à celui du décompte à la charge de l'AOS (9550 francs). Même pour un hôpital moyen, le montant du décompte supplémentaire adressé aux patients assurés en division privée atteint 8960 francs, soit l'équivalent ou presque du montant couvert par l'AOS. De l'avis du Surveillant des prix, la question de la plus-value effective des prestations supplémentaires fournies par les hôpitaux par rapport à celles prises en charge par l'AOS, qui couvre déjà à bon niveau, en plus des opérations, l'hébergement et les soins infirmiers, se doit d'être posée.

¹⁶ Pour les quelques hôpitaux non répertoriés, on a appliqué non pas le tarif approuvé de l'AOS, mais le tarif cantonal de référence pour les hospitalisations extracantonales (soins somatiques aigus non universitaires).



5 Conclusions et recommandations du Surveillant des prix

Les résultats de ces analyses montrent que les prestations supplémentaires fournies par les hôpitaux aux patients au bénéfice d'une assurance complémentaire génèrent des coûts très élevés (6745 francs par cas en moyenne en division semi-privée et 8960 francs par cas en moyenne en division privée) en plus de ceux supportés par l'AOS. Les tarifs varient par ailleurs très fortement d'un hôpital à l'autre, les hôpitaux les plus chers facturant un montant environ 9 fois plus élevé que leurs homologues les moins chers, et souvent même davantage que le forfait par cas de l'AOS, qui se monte à quelque 9600 francs en moyenne. Au vu des montants facturés par les hôpitaux à la charge de l'assurance complémentaire (entre 1600 et 1800 francs par cas en moyenne¹⁷), il existe de sérieux indices suggérant que les tarifs des assurances complémentaires sont excessifs dans une proportion importante des hôpitaux suisses. Le diagnostic posé par la FINMA fin 2020 se trouve ainsi clairement corroboré. Qui plus est, les conventions tarifaires sont souvent conçues de telle sorte que tout traitement médical ou infirmier prodigué à un patient bénéficiant d'une couverture complémentaire génère automatiquement une rémunération plus élevée, sans qu'il soit nécessaire que les prestations soient différentes de celles dont aurait bénéficié un patient assuré en division commune. Ces tarifs vraisemblablement injustifiés pèsent lourdement et depuis de nombreuses années sur les assurances complémentaires et constituent une incitation à prodiguer des traitements non nécessaires à ce groupe de patients¹⁸. Ces traitements étant également facturés via les forfaits par cas de l'AOS, ils constituent une mauvaise incitation qui alourdit la pression financière exercée sur l'AOS et contribue à pousser les primes à la hausse sans justification.

Le Surveillant des prix a également constaté qu'il manque une délimitation claire et détaillée – en termes de coûts notamment – entre les prestations hospitalières couvertes par l'assurance complémentaire et celles couvertes par l'AOS. Une telle délimitation est pourtant indispensable si l'on souhaite prévenir toute facturation à double des prestations couvertes par l'AOS et s'assurer que les tarifs à la charge de l'AOS sont bien déterminés conformément aux exigences de la LAMal. Une déduction des coûts uniforme et normative telle que préconisée par la CDS ne permet pas de comptabiliser adéquatement les coûts supplémentaires effectifs, étant données les probables grandes différences entre les hôpitaux pour ce qui est des prestations fournies.

¹⁷ = coûts supplémentaires facturés au titre des prestations aux patients couverts par une assurance complémentaire, 800 à 1000 francs par cas + honoraires médicaux 800 francs par cas env., cf. 2.3.

¹⁸ Ce lien de cause à effet est solidement étayé, p. ex. par l'article de Peters O, Vuffray C, Haslebacher K. (2016) : Überhang in der stationären Leistungserbringung zu Gunsten der Zusatzversicherten, ou celui de Mehra T. et al. (2017) : Impact of structural and economic factors on hospitalization costs, inpatient mortality, and treatment type of traumatic hip fractures in Switzerland.



La situation telle que représentée ici appelle des mesures correctives aussi rapides qu'étendues. Le Surveillant des prix se réserve donc la possibilité de mener des investigations approfondies sur la base des résultats de cette analyse et d'œuvrer en faveur d'une baisse des tarifs. Étant donné toutefois que les possibilités réglementaires existantes ne déploient qu'un effet restreint, une intervention rapide et déterminée s'impose. Le Surveillant des prix préconise les mesures suivantes :

- Pour ramener les tarifs à des niveaux raisonnables, il convient d'adapter au plus vite le cadre réglementaire pertinent¹⁹.

À plus court terme, le Surveillant des prix recommande également les mesures ci-après :

- Les assureurs doivent veiller à couvrir uniquement les prestations supplémentaires dépassant le cadre de celles financées par l'AOS, et pour des montants dûment justifiés. Ils doivent modifier, le cas échéant, les contrats passés avec les fournisseurs de prestations et mettre en place un système de controlling efficace.
- Les hôpitaux doivent mettre au point une méthode claire et intelligible permettant de déterminer le coût et le contenu exact des prestations dépassant le cadre de l'AOS, et veiller à une présentation transparente des coûts ainsi calculés à l'intention des assureurs.

¹⁹ Certaines mesures possibles sont présentées dans le rapport élaboré par le Secrétariat d'État aux questions financières internationales (SFI) concernant le renforcement des instruments à disposition de la FINMA dans le domaine de l'assurance maladie complémentaire ([Stärkung der Instrumentarien der FINMA in der Krankenzusatzversicherung \(KZV\)](#), disponible en allemand uniquement), daté du 2 septembre 2020.