Le débat actuel sur le VVG : Comment une réforme de la transparence dans l'assurance complémentaire suisse a précisément supprimé la protection qu'elle était censée renforcer

Le contrat de soins disparu

Début 2027, un plafond entrera en vigueur pour le tarif des soins ambulatoires : seuls 1577 points tarifaires pour la composante médicale pourront être facturés par jour ouvrable, soit environ douze heures d'activité médicale. Les praticiens intervenant ou prodiguant des soins pendant des périodes plus longues ne pourront plus se faire rembourser les prestations supplémentaires. L'indignation des médecins a été générale ; leur propre ordre a dû soutenir un plafonnement auquel il s'était opposé au Parlement. Mais la controverse autour de ce chiffre occulte un problème véritablement préoccupant. Un plafond journalier limite le montant sur la base d'un agrégat – la moyenne d'une journée ouvrable – et non sur les besoins réels du patient. C'est le même raisonnement qui prévaut depuis longtemps dans l'assurance complémentaire, mais de manière moins visible. Là, en cinq ans, elle a éliminé un élément central de tous les soins privés : le contrat direct entre le patient et le médecin.

Autrefois, c'était la norme : l'assurance complémentaire, régie par la Loi fédérale sur les contrats d'assurance (LCA), couvre environ 1.8 million de personnes en Suisse grâce à une assurance complémentaire d'hospitalisation. Elle offre une double garantie : une chambre privée ou semi-privée et le libre choix du médecin traitant, incluant explicitement les médecins libéraux non employés par l'hôpital. Cette garantie reposait sur une structure contractuelle triangulaire. Le patient avait un contrat d'assurance avec son assureur. Il avait également un contrat de soins avec le chirurgien. Enfin, le chirurgien avait une convention d'honoraires directement avec l'assureur. Chacune de ces relations était bilatérale, négociée individuellement et directement imputable au patient.

Ce n'était pas un hasard, mais bien le fonctionnement du système. Les honoraires du médecin traitant – et donc ses revenus – dépendaient de sa spécialisation, du nombre de cas traités et de sa réputation auprès des médecins pres-





cripteurs et des patients. Ceux qui obtenaient de mauvais résultats perdaient des patients et des recommandations. En économie de la santé, on parle de mécanisme de réputation : la qualité est rentable car les patients peuvent choisir entre différents prestataires. Dans le système traditionnel de médecins traitants, cette condition était structurellement remplie.

Un organisme de réglementation intervient, mais au mauvais endroit

Le système n'était pas sans défaut. Entre 2017 et 2020, la FINMA a identifié de réels problèmes : des services facturés mais non rendus ; la facturation par plusieurs médecins d'une même consultation ; et des structures tarifaires incompréhensibles pour les patients. Fin 2020, elle a déclaré qu'une action globale était « nécessaire ». L'objectif était la protection des patients. Cinq ans plus tard, la réforme de la relation médecin-patient a produit l'effet inverse de celui escompté, non pas à cause d'une erreur de mise en œuvre, mais à cause de sa structure même.

La raison tient à une caractéristique inhérente à la réglementation. Un organisme de réglementation agit rarement directement sur son objectif ; dans notre cas il agit par des intermédiaires, en l'occurrence les assureurs, les groupes hospitaliers et les organismes sectoriels. La conformité est générée et vérifiée à l'interface où la supervision s'exerce : entre l'autorité de supervision et l'intermédiaire, c'est-à-dire entre la FINMA et l'assureur ou l'hôpital. Ce qui se passe à l'interface suivante – entre l'intermédiaire et la cible, c'est-à-dire entre l'hôpital et le médecin, et finalement le patient – est plus difficile à observer. Or, c'est précisément là que se concentre le manque de transparence persistant. Toutes les interventions de la réforme – de la communication de la FINMA en 2020 concernant les « Grandes lignes sectorielles sur les prestations supplementaires selon la LCA » de l'Association Suisse d'Assurances (ASA) et à la pratique de supervision révisée – se sont concentrées sur l'interface hôpital-assureur. Aucune mesure n'a explicitement abordé le contrat entre le médecin et le patient.

Trois mécanismes de déplacement

Ce déplacement se manifeste concrètement à travers trois exemples du marché suisse. Premièrement, le déplacement du contrat direct : le modèle LCA+, introduit en 2022 à la clinique privée Bethanien avec Helsana, concrétise le plus directement cette orientation réglementaire. Un accord-cadre existe entre l'hôpital et l'assureur ; les médecins traitants signent une déclaration d'adhésion. Les services supplémentaires sont facturés par l'hôpital à l'assureur sous forme de forfait basé sur le système DRG. Les médecins traitants n'ont plus à soumettre de facture séparée pour le libre choix du médecin, mais reçoivent directement de l'hôpital la facturation de leurs services supplémentaires codés selon le DRG, a-t-on déclaré lors du lancement du dispositif. Ce qui est présenté comme une simplification administrative est en réalité tout autre chose : sans facturation individuelle du médecin, son autonomie tarifaire disparaît. L'hôpital devient le seul contractant, et les vingt ans d'expérience d'un chirurgien hépatique ne sont plus pris en compte dans le calcul des honoraires, contrairement à ceux d'un chirurgien général. Finalement, le patient ne reçoit plus de facture détaillée du médecin – la valeur ajoutée qu'il

Débat actuel sur le futur de la LCA

Enrayer la détérioration – améliorer ce qui est bien

Les assurés complémentaires – notamment les patients hospitalisés à titre privé – contribuent financièrement de manière significative aux traitements, garantissant ainsi la stabilité de l'assurance maladie et accident. Ceci est tout aussi important pour les médecins traitants, médecins-chefs et médecins-directeurs dans nos hôpitaux. Grâce à leur formation spécialisée et à leur expérience, ils incarnent un haut niveau de compétence et de qualité, la liberté de choix du médecin et une relation médecin-patient personnalisée. Cette relation est encadrée par la loi sur les contrats d'assurance (LCA) et repose sur une relation de confiance, ouverte et personnelle, entre les partenaires. Les assureurs complémentaires, également impliqués, jouent le rôle d'intermédiaires, proposant des offres attractives avec des produits d'assurance innovants et assurant un remboursement fiable des services découlant de la relation médecin-patient personnalisée. Enfin, l'Autorité de surveillance des marchés financiers (FINMA) est chargée de garantir l'équité et la justesse des primes.

Jusqu'ici, tout va bien. Mais, il apparaît de plus en plus clairement que la FINMA, en tant qu'autorité de régulation, se concentre principalement sur les interactions entre les assureurs complémentaires et les prestataires de soins, et parmi ces derniers, surtout sur les hôpitaux et beaucoup moins sur les médecins exerçant à titre individuel. Ceci risque d'affaiblir la relation contractuelle et de confiance initialement prévue entre le médecin et le patient. Cette situation est regrettable et menace de compromettre la concurrence, pourtant essentielle, entre les médecins eux-mêmes. Enfin, il convient de souligner que le secteur privé offre un environnement idéal pour initier et proposer des services médicaux complémentaires particulièrement innovants, dont les assurés de base pourront également bénéficier plus tard. Il serait judicieux que chacun promeuve pleinement cet aspect afin d'assurer la pérennité du système.

C'est pourquoi nous sommes heureux d'inaugurer dans ce numéro de « clinicum » ROMANDIE une rubrique consacrée à la LCA. Cette rubrique paraîtra régulièrement et donnera la parole à des professionnels expérimentés qui apporteront des éclairages pertinents à ce débat important et urgent. – Vos commentaires et suggestions sont les bienvenus. Bonne lecture !

Dr Hans Balmer, éditeur



a payée pour le médecin de son choix n'est plus reflétée dans les honoraires, ni vérifiable ou auditable.

Un représentant des médecins traitants a résumé succinctement la conséquence dès le départ : la liberté de choix du médecin serait compromise car l'hôpital deviendrait le seul contractant et pourrait influencer le choix du médecin prestataire ; les forfaits DRG ne comportaient aucun volet médical, et un système de remboursement basé sur ces forfaits n'était « plus transparent ». À moyen terme, prévenait-on, cela anéantirait le système d'assurance complémentaire. Nul besoin d'adhérer à cette prédiction pour constater qu'elle touche à un problème structurel fondamental.

Deuxièmement, la capitation et l'incitation à la sous-provision : le Réseau de l'Arc, fondé en 2022 par Swiss Medical Network, Visana et le canton de Berne, est le premier système suisse de paiement forfaitaire global basé sur une prime par personne : un budget annuel fixe par assuré est alloué à l'organisation ; tous les prestataires de services opèrent dans des limites budgétaires prédéfinies. Prenons l'exemple d'un patient de 62 ans souffrant d'une hernie inguinale symptomatique : dans le système traditionnel, il choisit le chirurgien le plus réputé, qui a tout intérêt à opérer efficacement. Dans le système global, le même traitement est financé par un budget commun à tous les membres; chaque intervention supplémentaire réduit le budget disponible. Le médecin est donc structurellement incité à privilégier les traitements conservateurs, à reporter l'intervention plutôt que de l'opérer. Il ne s'agit pas d'une critique du médecin en tant que personne, mais d'une logique économique inhérente. La question de savoir si la gouvernance interne peut se substituer à la concurrence externe fondée sur la réputation reste ouverte et fait l'objet d'études empiriques. Pour les assurances complémentaires en chirurgie élective, où le choix du médecin est essentiel, la réponse est loin d'être évidente.

La réponse est loin d'être évidente. Troisièmement, il faut regarder à la concentration oligopolistique : lorsque deux ou trois groupes hospitaliers concluent des contrats directs avec les principaux assureurs complémentaires (CSS, Helsana, Sanitas, Groupe Mutuel, SWICA) et que les médecins traitants agissent comme prestataires de services économiquement dépendants dans le cadre de ces contrats, un système tarifaire structurellement oligopolistique se met en place. Le prix n'est plus déterminé par la concurrence fondée sur la qualité, mais par des négociations bilatérales entre de grandes contreparties. Le médecin individuel perd tout pouvoir de négociation ; ses services n'ont pas de prix de marché indépendant. Le patient ne peut plus évaluer le rapport entre la prime payée et la valeur médicale reçue : la contribution du médecin est invisible sur une facture hospitalière consolidée.

Ce n'est pas une spécificité suisse

Ce processus n'est pas propre à la Suisse, mais constitue plutôt un schéma structurel que la recherche comparative en santé a décrit à maintes reprises. En Angleterre, la mise en commun du pouvoir d'achat des médecins au sein d'entités plus importantes suite aux réformes du NHS a réduit la capacité du médecin individuel à conclure des contrats soucieux de la qualité et dans l'intérêt de ses patients. Aux Pays-Bas, la concurrence réglementée introduite après 2006 a progressivement exclu les services de spécialistes individuels de la tarification, les assureurs privilégiant les contrats de réseau étendus avec les groupes hospitaliers. En Allemagne, le système DRG, explicitement mis en place pour accroître la transparence de la facturation, a systématiquement transféré la complexité thérapeutique hors du champ de la responsabilité financière : ce n'est plus l'expertise chirurgicale individuelle, mais la classification diagnostique qui détermine les revenus. La même logique s'applique partout : les règles de transparence ciblant l'interface avec les grands acteurs institutionnels éliminent l'opacité à ce niveau – et la déplacent loin de l'interface entre les individus, entre le médecin et le patient, où elle échappe désormais à tout contrôle. Le cas suisse est particulièrement pertinent d'un point de vue analytique, car ce déplacement se produit dans un segment de marché explicitement dédié à la relation médecin-patient individuelle.



Prof. Dr méd. Hans U. Baer

est chirurgien viscéral et fondateur de Baermed, Centre de chirurgie abdominale à Zurich (aujourd'hui Baermed Tissue Engineering AG à Freienbach). Fort d'une longue carrière clinique et universitaire, il a acquis une expérience directe des services médicaux. Parallèlement, il travaille depuis des années à leur prise en compte dans la grille tarifaire, notamment au calcul des prestations complémentaires et à la réglementation des assurances-maladie complémentaires. Il est titulaire d'un master en éthique appliquée (MAE) de l'Université de Zurich. Cette convergence entre chirurgie, économie et éthique structure sa contribution: le diagnostic d'un problème structurel, associé à une alternative constructive. Il développe ces liens en détail dans son ouvrage « Le médecin disparu » (à paraître).



Le paradoxe de la transparence

La réforme est totalement dévoyée. L'intervention de la FINMA visait à instaurer la transparence pour les patients. Cinq ans plus tard, le marché suisse de l'assurance complémentaire est structurellement moins transparent au niveau de la relation médecin-patient qu'auparavant, tandis qu'il l'est devenu au niveau de la relation hôpital-assureur. Et là, ce sont les intérêts institutionnels qui priment sur ceux des patients. Le manque de transparence n'a pas disparu ; il s'est déplacé vers l'interface où l'assurance complémentaire est censée offrir une protection, et où il échappe désormais à tout contrôle réglementaire. Il est révélateur que les données permettant de vérifier le succès de la réforme – les données relatives à la qualité et aux résultats des soins – ne soient pas accessibles au public. Ce n'est pas un hasard, mais bien la conséquence d'une même faille : les exigences de transparence ont été conçues pour la facturation institutionnelle, et non pour le niveau du médecin.

Le plafonnement des points tarifaires dans le tarif ambulatoire est le dernier exemple en date de cette même logique. Lui aussi limite le montant sur la base d'un agrégé plutôt que d'un cas individuel : la journée devient l'unité de calcul, et les besoins réels du patient disparaissent derrière ce plafond. Ce qui se passait discrètement dans le domaine des assurances complémentaires se produit désormais ouvertement et visiblement pour l'ensemble du corps médical dans le cadre du tarif de l'assurance de base pour les soins ambulatoires.

Comment faire mieux : le détail des prestations

La solution ne réside pas dans un retour à l'ancien système de facturation détaillée, avec ses défauts inhérents, mais dans une unité de calcul différente. Au lieu de regrouper les soins en un prix fixe, on peut les décomposer en leurs composantes réelles – et la facture suit le compte rendu opératoire, acte par acte. Il ne s'agit pas d'une querelle technique, mais d'un changement de perspective : le forfait se base sur la catégorie à laquelle appartient un cas ; le détail des prestations se base sur les actes réalisés pour chaque patient.

Un exemple concernant la cavité abdominale illustre concrètement la différence. Deux patients subissent la même opération de la vésicule biliaire. Dans un cas, l'intervention dure trente minutes. Dans l'autre, on découvre d'importantes adhérences dues à une opération antérieure ; leur libération nécessite une heure supplémentaire avant même de pouvoir commencer l'ablation proprement dite. Un forfait valorise les deux interventions de la même manière – la libération des adhérences est « incluse », qu'elle ait duré cinq minutes ou une heure. L'effort fourni dans le second cas est occulté ; le premier cas tend à être surpayé, le second sous-payé. Un système de remboursement à la pièce, en revanche, inscrit la libération d'adhérences comme un élément distinct du compte rendu opératoire, avec un horodatage – uniquement si elle a effectivement été réalisée. Le premier patient coûte moins cher à l'assureur, le second médecin est rémunéré à sa juste valeur.

Ainsi, la même logique résout simultanément les deux aspects du problème. L'assureur ne paie jamais pour des services non rendus ; le médecin

Un exemple concernant la cavité abdominale

Deux patients, la même opération de la vésicule biliaire, et pourtant un effort très différent.

Patient A

Intervention élective, **30 minutes**.
Aucun effort supplémentaire n'est nécessaire.

Patient B

Adhérences étendues dues à une opération antérieure.
Une heure supplémentaire a été nécessaire pour libérer les adhérences avant de pouvoir commencer l'ablation.

Le forfait valorise les deux interventions de la même manière, car la libération des adhérences est «incluse».
L'effort fourni pour le patient B est ainsi éliminé; le patient A est alors surpayé et le patient B sous-payé.



est rémunéré équitablement pour l'effort fourni ; et le patient voit précisément sur sa facture ce pour quoi il paie. Puisque chaque élément doit correspondre au compte rendu opératoire, la facturation n'est plus opaque, mais vérifiable – ligne par ligne, en la comparant aux informations documentées. C'est précisément la « transparence » promise par la réforme de la FINMA, mais non tenue dans la facturation institutionnelle, qui est ici instaurée là où elle est nécessaire : à l'interface entre le médecin et le patient. Ce principe n'est pas utopique ; Il s'agit simplement de rendre visibles à nouveau la nature et le coût du service, au lieu de les laisser se fondre dans une moyenne.

Ce qu'exige une véritable transparence

Le diagnostic permet d'établir une demande précise, et non de la rectifier. Pour la prise en charge coordonnée des patients atteints de maladies chroniques et de comorbidités, les modèles intégrés offrent de réels avantages structurels ; dans ce cas, la coordination prime sur le choix du chirurgien. La critique est précise : pour les assurances complémentaires en chirurgie programmée, où la complexité thérapeutique est élevée et où le choix du médecin est primordial pour le patient, le regroupement par DRG et les forfaits sont structurellement inadaptés. La réforme a appliqué la logique institutionnelle d'une forme de soins au contexte d'une autre.

Une véritable transparence pour le patient exige, a minima, un ensemble d'informations définies sur chaque facture complémentaire : le médecin responsable du service facturé ; la part du montant imputable au médecin et son calcul ; le service supplémentaire effectivement fourni ; et la preuve que le médecin supporte un risque financier indépendant. Aucune de ces informations n'est garantie par les modèles actuels. Fournir ces informations est la conditio sine qua non pour que la réforme atteigne son objectif de transparence déclaré, à l'interface où la protection des patients est véritablement efficace.

L'assurance complémentaire est souscrite précisément pour accéder à une relation médecin-patient individualisée. La contradiction entre la promesse du produit et les conséquences structurelles de la réforme est donc particulièrement flagrante – et remarquablement bien documentée. La réforme demeure incomplète tant qu'elle ne s'étend pas au contrat qu'elle a jusqu'ici exclu. Le contrat de soins n'a pas été aboli ; il a disparu, emportant avec lui la visibilité sur les prestations payées par le patient assuré à titre privé.

