

Patients «pris en otage» par un conflit entre cliniques, assureurs et médecins

Santé à Genève Les assurances complémentaires ne remboursent plus intégralement les hospitalisations en privé et semi-privé. En cause: un litige autour des tarifs hospitaliers et des honoraires médicaux.

Aurélié Toninato

«C'est juste honteux de changer les règles du jeu en cours de route. Je risque d'avoir payé une complémentaire à 650 fr. par mois pour rien!» Sandra*, Genevoise de 37 ans, a appris mi-janvier que les frais de son accouchement en clinique privée avec sa gynécologue pourraient ne pas être intégralement remboursés par son assurance privée. «À trois mois du terme, on m'annonce donc que je m'expose à devoir payer plusieurs milliers de francs de ma poche. Alors que pour mon premier accouchement, tout avait été couvert.» Quant à Alain*, quadragénaire, il doit se faire rapidement opérer des ligaments croisés. Mais son assureur l'a informé que l'opération ne sera pas remboursée dans les cliniques genevoises et lui a proposé d'aller... sur Vaud.

Ces deux Genevois ne sont de loin pas les seuls dans cette situation. Ces derniers mois, de nombreux assurés ont découvert que leur séjour en division privée ou semi-privée ne sera pas intégralement pris en charge par leur assurance maladie complémentaire. En cause: un conflit entre caisses maladie, cliniques et médecins.

Deux sources au différend

Le litige repose sur deux pierres d'achoppement: les tarifs hospitaliers - prestations offertes par la clinique, comme le confort hôtelier - et les honoraires des médecins. Il a pris forme après que la FINMA, l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers, a constaté en 2020 que les factures dans le domaine de l'assurance-maladie complémentaire manquaient de transparence, semblaient parfois «injustement élevées» et que des doublons avec l'assurance de base ne pouvaient pas être exclus. Elle a alors demandé aux assureurs de vérifier leurs contrats avec les fournisseurs de prestations, et qu'au plus tard fin décembre 2024, toutes les conventions aient été remises en cause si elles ne sont pas conformes à ses principes.

Les caisses d'assurances se sont d'abord penchées sur les tarifs hospitaliers des cliniques. Plusieurs d'entre elles les ont jugés trop élevés et ont rompu leurs conventions tarifaires l'an passé, avant de les renégocier. «Nous avons accepté des baisses tarifaires drastiques, de 10 à 40% sur trois ans selon les caisses, nous obligeant à de profondes réorganisations, témoigne Olivier Schmitt, directeur général de la Tour. Nous avons refusé des réductions supplémentaires qui auraient impacté la haute qualité des soins qui font notre spécificité. Ce fut très complexe.»

De fortes dissensions demeurent toutefois: Sanitas et KPT ont rompu avec toutes les cliniques genevoises, Helsana et Visana avec Hirslanden et La Tour, comme l'ont révélé Lé-



Les honoraires de certains médecins, notamment, sont au cœur du désaccord, qui pourrait peser à terme sur le système de soins du canton.

«Les assureurs ne veulent soudainement plus rembourser des tarifs qui n'ont pas changé depuis quinze ans et qu'ils n'ont jamais remis en cause.»

L'Association des médecins genevois

man bleu et «20 minutes». Mais c'est sur une deuxième pierre d'achoppement que porte désormais la majeure part du conflit, précise la D^{re} Véronique Lambert, directrice de Hirslanden Clinique des Grangettes, «soit le modèle de facturation des honoraires des médecins».

Modèle non reconnu

Les médecins qui opèrent en clinique ne sont pas des employés, ils établissent donc leur propre facture; en Suisse, plusieurs modèles de facturation d'honoraires coexistent. L'Association des médecins de Genève (AMGe) a récemment élaboré son propre système, utilisé par les médecins du canton, explique Antonio Pizzoferrato, secrétaire général de l'association. «Celui-ci a récemment été accepté par trois assureurs, Assura, Swica et Groupe Mutuel»,

cela représente environ 40% des assurés privés genevois, selon la RTS. Il précise que cela n'a pas valeur d'accord tarifaire en tant que tel, «il n'y en a jamais eu et ce serait une atteinte à l'autonomie des médecins».

Les autres assureurs estiment que ce modèle ne répond pas aux exigences de la FINMA (ndlr: celle-ci doit se prononcer au printemps sur sa validité), ni à celles de la branche. «Il faut que les prestations supplémentaires des médecins puissent être clairement distinguées de celles de l'assurance de base - pour éviter des doublons - et qu'elles soient définies par des critères suffisants, explique Isabelle Tasset, porte-parole de la CSS. Le modèle tarifaire des Genevois ne répond pas à ces critères, et Vaud se trouve sans modèle. Nous avons réussi à conclure des ac-

cords avec les médecins de tous les autres cantons.»

Des accusations que réfute l'AMGe: «La FINMA a demandé plus de transparence sur la manière de facturer mais les assureurs s'appuient sur cette demande pour revoir à la baisse les honoraires! Ils ne veulent soudainement plus rembourser des tarifs qui n'ont pas changé depuis quinze ans et qu'ils n'ont jamais remis en cause. Après s'être attaqués aux conventions avec les cliniques, ils s'en prennent aux médecins.»

Ardoise aux frais du patient

Victime collatérale de ce différend, le patient nage en pleine incertitude. On retrouve globalement trois cas de figure.

Le premier: pas d'accord tarifaire ni de reconnaissance du modèle de l'AMGe, donc pas de remboursement.

Le deuxième: le patient se fait intégralement rembourser les frais hospitaliers et les honoraires du médecin s'il existe un accord entre la clinique et son assureur, et si son assureur fait partie du trio qui a reconnu le système de l'AMGe.

Le troisième: si un accord a été conclu entre l'assureur et la clinique mais que le patient n'est pas un assuré du «trio», le remboursement intégral n'est pas garanti. Certaines caisses demandent un devis du médecin en amont et annoncent ensuite le montant pris en charge. C'est

ce que fait la CSS qui, jusqu'à présent, a refusé 95% des prises en charge d'honoraires à Genève, comme l'explique sa porte-parole: «La CSS évalue au cas par cas pour trouver une solution. Cependant, les médecins refusent de coopérer et ne nous ont pas encore fourni de devis.»

Part d'incertitude

Vincent Michelod, président par intérim de l'Association des cliniques genevoises et directeur de Générale Beaulieu, relève la complexité de l'exercice pour le praticien: «Certaines interventions comportent une part d'incertitude forte, à l'image d'un accouchement. Ce fonctionnement sur devis impose par ailleurs de nombreux va-et-vient administratifs. Dans les cas urgents, ces échanges, chronophages, ne sont pas possibles.»

Enfin, ajoute encore Magali Dauwalder, responsable communication de la clinique Générale Beaulieu, certaines caisses, comme Sanitas, avaient conclu un accord sur les prix mais ont finalement rompu tous liens contractuels puisqu'il n'y avait pas d'accord sur l'honoraire médical.

Report sur les HUG?

Dans de nombreux cas, c'est donc le patient qui va devoir mettre la main au porte-monnaie. À lui de payer le solde des honoraires de médecin, qui pourrait être important, prévient Vincent Michelod, «de l'ordre de plusieurs milliers de francs».

Alors que faire en tant que patient? Actionner le levier de la justice, comme s'apprent à le faire plus de 80 assurés genevois (lire ci-dessous), se faire hospitaliser en privé en acceptant le risque de devoir payer, ou se rediriger vers les HUG.

À cela s'ajoute la frustration d'avoir payé une complémentaire pour, in fine, ne pas avoir le libre choix ni du médecin ni du lieu de soins. «Je n'ai qu'une envie, c'est résilier mon contrat d'assurance, confie Sandra. Mais j'ai signé pour trois ans.» Alain, lui, s'est engagé jusqu'en 2029... Pour la responsable communication de Générale Beaulieu, «les patients sont pris en otage». Une situation que déplorent également Véronique Lambert et Olivier Schmitt.

Au final, c'est tout le système de santé qui pourrait pâtir de cette situation «car les assureurs orientent les patients vers les HUG, sans tenir compte de l'engorgement des structures publiques et des délais de prise en charge», alerte Magali Dauwalder. Vincent Michelod rappelle qu'il y a 40'000 séjours de soins aigus aux HUG chaque année, et 20'000 dans les cliniques privées. «On peut craindre un report de charge sur les HUG, qui mettra sous tension tout le système de santé.»

Le conseiller d'État chargé de la Santé, Pierre Maudet, a d'ailleurs fixé une réunion en mars entre les acteurs concernés.

Une défense se met en place à Genève

Une «défense organisée» des assurés lésés se met en place à Genève à l'initiative de la Société coopérative de médecine libérale, association née lors de la fusion des cliniques Générale et Beaulieu. Propriétaire d'un capital d'actions, celle-ci regroupe plus d'une centaine de médecins et a pour but de «favoriser l'innovation et de soutenir les projets de ses membres». Me Marc Balavoine, de l'étude genevoise

Jacquemoud Stanislas, est chargé de défendre les cas. «Plus de quatre-vingts patients vont saisir le Tribunal arbitral des assurances sociales pour un contentieux de masse», indique celui qui est aussi président de la Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients. Il précise que c'est la société qui prend en charge les frais d'avocat. «Certains patients sont prêts à payer le différentiel pour garder

leur médecin avec qui ils ont un lien de confiance. D'autres sont prêts à prendre le risque d'une hospitalisation, mais nombreux sont ceux qui n'en ont pas les moyens et qui vont aux HUG. Ils ont payé leur prime et ne bénéficieront pas de la prestation à laquelle ils ont souscrit. Enfin, des personnes ont demandé à résilier leur contrat, mais cela leur a été refusé. Les assurés sont totalement captifs.»