



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Communiqué de presse

Berne, le 9 novembre 2023

Le contrôle des factures réalisé par les membres de curafutura permet des économies de 1,7 milliard de francs par année

Le financement uniforme EFAS lui donnera une impulsion supplémentaire

Le financement uniforme de l'ambulatoire et du stationnaire EFAS entre dans sa phase finale. Cette réforme fondamentale uniformisera le financement et freinera considérablement les coûts. Durant sa session d'hiver, le Parlement se penchera en particulier sur la question du contrôle des factures, le cœur de métier des assureurs. Celui-ci contribue à endiguer la hausse des coûts de la santé. Le contrôle des factures efficace opéré par les membres de curafutura – CSS, Helsana, Sanitas, KPT – permet à lui seul de réduire les dépenses de 1,7 milliard de francs par année. À l'échelle de la branche, les économies se chiffrent à 3,5 milliards de francs.

De plus en plus de prestations qui nécessitaient auparavant une hospitalisation sont désormais fournies dans le domaine ambulatoire. Du fait de ce transfert vers l'ambulatoire, le volume des prestations ambulatoires, qui sont entièrement à la charge des payeurs de primes, ne cesse d'augmenter. Le contrôle des factures effectué par les assureurs est l'une des mesures permettant d'alléger la facture. Le montant économisé grâce à ce contrôle ciblé est considérable. Les quatre membres de curafutura – CSS, Helsana, Sanitas, KPT – parviennent ainsi à réduire les coûts de 1,7 milliard de francs par an. Sans contrôle des factures, les primes seraient nettement plus élevées.

Dans le débat en cours au Parlement concernant le financement uniforme EFAS, le contrôle des factures revêt une importance particulière. Pour les assureurs, les choses sont claires: le contrôle des factures est l'une de leurs compétences centrales. Et il doit le rester. Les assureurs disposent des outils, des connaissances spécialisées et du personnel nécessaires pour s'acquitter de manière ciblée de cette tâche importante pour le compte de leurs assurés. Ce processus doit rester efficace, faute de quoi le potentiel de réduction des coûts d'EFAS risque de s'évanouir inutilement.

10% d'économies sur les primes

Les économies réalisées grâce au contrôle systématique des factures sont estimées à 3,5 milliards de francs pour l'ensemble de la branche. Cela correspond à environ 10 pour cent d'économies sur les primes. Les assureurs-maladie dans leur ensemble contrôlent chaque année plus de 130 millions de factures. Les frais liés au seul contrôle des factures dans l'assurance obligatoire des soins sont estimés à 400 millions de francs par année. C'est un bon investissement, chaque franc dépensé dans ce domaine permettant d'économiser plus de 9 francs.

Dans le contrôle des factures, l'assureur procède à des contrôles individuels, utilise des procédures statistiques et lutte de façon ciblée contre la fraude afin de s'assurer que les factures sont conformes aux dispositions contractuelles, tarifaires et légales et, ainsi, d'éviter aux personnes assurées une charge financière supplémentaire due à des prestations décomptées de manière erronée. Des règles



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

de contrôle dans le système permettent de bien vérifier l'efficacité, l'adéquation et l'économicité des prestations, comme l'exige la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

Un contrôle des factures par les personnes assurées permet d'encre mieux endiguer les coûts. Depuis l'année dernière, tous les patients reçoivent obligatoirement une copie de leur facture, conformément à la loi – une mesure soutenue par curafutura. Lorsque le nouveau tarif médical TARDOC entrera en vigueur, la lecture de la facture sera simplifiée, car le nombre de positions tarifaires diminuera nettement et leur désignation sera à nouveau actuelle et correspondra à la prestation effectivement fournie, contrairement au TARMED, qui est aujourd'hui obsolète.

Contribution décisive à la lutte contre les abus

Au cours de l'année 2022, de plus en plus de clients se sont manifestés auprès des assureurs-maladie à propos de tests Covid n'ayant jamais eu lieu mais figurant pourtant sur des décomptes de prestations. Grâce à des analyses basées sur des données concernant ces tests COVID, nos membres ont pu identifier les abus ainsi que les fournisseurs de prestations qui ont facturé des pourcentages disproportionnés d'"entretiens approfondis entre le médecin et le patient".

Montant présumé des dommages: environ 20 millions de francs

Les types d'abus les plus fréquents dans la facturation concernent des tests non effectués, des tests facturés à double ou encore un manque de surveillance par du personnel médical spécialisé. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) utilise les analyses pour exiger le remboursement des "entretiens approfondis" facturés de manière disproportionnée et pour contrôler des centres de tests Covid suspects. Si les soupçons se confirment dans l'enquête, l'OFSP ouvre une enquête pénale de droit administratif.

Contact pour les médias

Adrien Kay, responsable communication, 079 154 63 00; adrien.kay@curafutura.ch