Hôpitaux sous pression: qui paie en l'absence de convention avec les complémentaires?

En l'absence de convention tarifaire, les assureurs limitent de plus en plus les prestations de l'assurance complémentaire. À juste titre? Un jugement apporte des éléments de réponse.

Question juridique de la semaine, 15 juin 2026 à 00:30

Monique Sturny (à gauche) et Tamara Zeiter

Une récente affaire genevoise a ravivé les discussions: un patient, dont l'assurance complémentaire refusait de couvrir l'intégralité des frais liés à deux opérations, a saisi la justice. Pour justifier sa décision, l'assureur invoquait l'absence d'accords tarifaires conformes aux exigences de la FINMA avec les médecins agréés chargés du traitement.

Un jugement rendu en première instance dans le canton de Genève précise désormais les conditions permettant aux assureurs de limiter les prestations de l'assurance complémentaire à certains tarifs, au moyen d'outils de calcul fournis par des systèmes de facturation reconnus.

COOKIE-EINSTELLUNGEN

1. Le rôle de la FINMA

La FINMA avait déjà, dans un **communiqué du 17 décembre 2020**, souligné la nécessité d'agir dans le domaine de l'assurance complémentaire: des contrôles sur place ont révélé que les factures des médecins et des hôpitaux étaient souvent opaques, difficiles à comprendre, voire excessives dans certains cas.

Depuis lors, l'autorité exige des assureurs qu'ils exercent un contrôle plus rigoureux. Les contrats conclus avec les prestataires doivent être réexaminés et, si nécessaire, adaptés.

Concrètement, la FINMA impose plusieurs conditions au remboursement des prestations médicales:

1. il doit s'agir de **véritables prestations médicales supplémentaires ou complémentaires**;
2. celles-ci doivent être **présentées de manière transparente** et **se distinguer clairement** des forfaits par cas définis dans l'assurance obligatoire des soins (AOS);
3. elles doivent apparaître globalement **raisonnables sur le plan économique**.

En réaction, l'Association suisse d'assurances (ASA) a lancé, en juin 2021, son **cadre sectoriel «Prestations supplémentaires selon la LCA»**, un plan d'action des assureurs complémentaires comprenant onze principes visant à renforcer la transparence et la traçabilité exigées par la FINMA. Le 18 décembre 2024, l'ASA a réitéré son message dans un **communiqué** de presse. Elle a averti que les prestations supplémentaires et complémentaires ne faisant pas l'objet d'accords tarifaires conformes aux exigences de la FINMA ne seraient, à compter de janvier 2025, plus remboursées que de manière limitée.

Mais la mise en œuvre semble piétiner: en **janvier 2025** encore, la FINMA affirmait publiquement que de nombreux contrats ne répondaient toujours pas aux exigences réglementaires.

2. Affaire portée devant la justice

(a) Contexte et arguments des parties

Le patient disposait, en plus de l'assurance de base, d'une couverture hospitalière semi-privée. L'assureur complémentaire lui avait garanti la prise en charge des deux opérations programmées dans une clinique genevoise. Si celui-ci a bien pris en charge l'intégralité des prestations hospitalières, il a toutefois plafonné les honoraires des médecins à certains montants maximaux.

COOKIE-EINSTELLUNGEN

Motif invoqué: l'absence d'accord tarifaire conforme aux exigences de la FINMA avec les médecins traitants. Selon l'assureur, seuls des honoraires «économiquement raisonnables» pouvaient être pris en compte. La compagnie d'assurance a en outre invoqué ses conditions générales d'assurance (CGA) et ses conditions complémentaires (CC), ainsi que les prescriptions prudentielles de la FINMA.

Des contrôles sur place effectués par la FINMA auprès de l'assureur auraient par ailleurs révélé que les conventions tarifaires en vigueur avec la clinique genevoise et les médecins traitants étaient insuffisantes. Les prestations supplémentaires n'auraient pas été présentées de manière transparente et vérifiable. Il ne serait donc pas possible de les distinguer des prestations relevant de l'AOS. L'assureur a dès lors inscrit les divisions semi-privée et privée de la clinique genevoise sur une liste d'exclusion applicable dès février 2025. Pour les prestations médicales, seul un montant réduit, fixé unilatéralement par l'assureur après déduction de la part A et sur la base de sa propre évaluation des prestations supplémentaires, a été remboursé.

Le patient s'est opposé à cette décision et a exigé la prise en charge intégrale des frais, faisant valoir que ces restrictions n'avaient été ni clairement communiquées ni suffisamment justifiées sur le plan contractuel.

(b) Appréciation juridique du tribunal

Le tribunal a tout d'abord constaté que l'assureur avait informé le patient tardivement des modifications pertinentes, notamment de la liste révisée des exclusions et du nouveau cadre réglementaire.

Dans un second temps, il a examiné si les restrictions de prestations pouvaient être justifiées contractuellement. Les clauses pertinentes des conditions générales d'assurance (CGA) et des conditions complémentaires (CC) prévoyaient en effet que:

- la prise en charge des frais n'était possible que dans le cadre des **tarifs reconnus**;
- l'assureur pouvait fixer des **plafonds de prestations** pour les prestations supplémentaires non couvertes par une convention tarifaire.

Cette pratique s'appuie sur la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle les assureurs peuvent subordonner la prise en charge des prestations hospitalières au respect des conventions tarifaires existantes. En l'absence de telles conventions, ils peuvent fixer des limites maximales de remboursement.

Le tribunal genevois a suivi cette approche. Il a estimé que les assureurs ne sont tenus de rembourser que les tarifs qu'ils reconnaissent conformément aux dispositions contractuelles applicables. En l'absence d'une structure tarifaire convenue entre les

COOKIE-EINSTELLUNGEN

parties – telle que, par exemple, le système d'aide au calcul «Medicalculis», mentionné dans la décision et présenté comme conforme aux exigences de la FINMA – les assureurs sont en droit d'évaluer unilatéralement la prestation et de fixer le remboursement en conséquence.

Dans le cas d'espèce, le tribunal a conclu que la limitation de la prise en charge des frais était admissible. Le patient avait été informé des restrictions lors de l'accord de prise en charge des frais, avant les interventions, et avait accepté les conditions contractuelles correspondantes.

3. Hôpitaux et médecins ont besoin de solutions viables

En l'absence d'accords tarifaires entre les assureurs, les médecins et les hôpitaux, les assureurs peuvent se fonder sur leur propre évaluation des prestations supplémentaires, pour autant qu'une telle possibilité soit prévue contractuellement.

Le risque financier se déplace ainsi de plus en plus vers les prestataires de soins et, potentiellement, vers les patients. Alors que la pression réglementaire exercée par la FINMA sur les assureurs s'intensifie, les médecins et les hôpitaux se trouvent eux aussi contraints d'agir. En l'absence de structures tarifaires convenues contractuellement, une partie des honoraires hospitaliers et médicaux risque de ne plus être couverte. La question demeure de savoir si ces coûts devront finalement être supportés par les patients.

Les hôpitaux et les médecins se trouvent ainsi dans une situation de dépendance structurelle vis-à-vis des assureurs complémentaires. Dans ce contexte, et compte tenu des principes du droit de la concurrence, les assureurs ont une responsabilité particulière dans le développement et la mise en place, avec les prestataires, de modèles de rémunération équilibrés, viables et économiquement raisonnables. Le principe de la liberté contractuelle demeure applicable. Dans ce cadre, la compétence prudentielle de la FINMA se limite à la prévention des abus au détriment des assurés. Il n'y a dès lors pas lieu d'imposer des exigences prudentielles excessives ni de permettre aux assureurs de procéder à des réductions ou à des refus unilatéraux de prestations. Cela est d'autant plus vrai que de telles pratiques peuvent porter atteinte à la liberté des patients de bénéficier des prestations de leur choix.

4. Perspectives

Le besoin de modèles de rémunération transparents et reconnus dans le domaine de l'assurance complémentaire ne cesse de croître. Les factures opaques portant sur des prestations supplémentaires insuffisamment décrites, sans distinction claire entre les prestations relevant de l'AOS et celles relevant de la LCA, appartiennent désormais au

COOKIE-EINSTELLUNGEN

passé. Ce qu'il faut aujourd'hui, ce sont des outils de calcul permettant d'évaluer les prestations médicales supplémentaires de manière transparente, objective et fondée sur des données.

Pour les assureurs, les médecins et les hôpitaux, ces outils constituent une véritable opportunité: ils apportent de la clarté et renforcent la sécurité juridique en matière de remboursement des prestations dans le cadre de l'assurance complémentaire.

Monique Sturny est avocate associée au sein du cabinet Walder Wyss, actif dans toute la Suisse. Elle conseille ses clients dans tous les aspects du droit de la concurrence ainsi qu'en droit des contrats et de la distribution. Elle les accompagne lors de négociations contractuelles et les représente devant les tribunaux et les autorités administratives. Elle concentre son activité sur les secteurs de la santé et des sciences de la vie.

Tamara Zeiter est avocate au sein du cabinet Walder Wyss. Spécialisée en droit administratif des affaires, notamment dans les domaines des sciences de la vie, de la santé et du droit de la concurrence, elle conseille ses clients sur les questions réglementaires et les représente devant les tribunaux et les autorités administratives.

La «question juridique de la semaine» est un contenu partenaire de Walder Wyss.

Avec plus de 300 experts juridiques répartis sur six sites dans toutes les régions linguistiques de Suisse, **Walder Wyss** figure parmi les principaux cabinets d'avocats du pays dans le domaine du droit des affaires. Croissance continue, collégialité, travail d'équipe et volonté de performance constituent les valeurs fondatrices du cabinet – tous domaines et fonctions confondus.

Traduit de l'allemand par Jehanne Picard

DROIT | WALDER WYSS | CANTON DE GENÈVE | ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES | ASSUREURS | CLINIQUES PRIVÉES

PARTAGER L'ARTICLE

COMMENTAIRE

COOKIE-EINSTELLUNGEN