

Quel est l'impact de la situation actuelle pour les assurés et les entreprises ?
Il est essentiel de souligner que les couvertures restent actives et les garanties contractuelles inchangées. Les assurés restent donc protégés, et la qualité des soins prodigués n'est en aucun cas remise en cause. Les assureurs poursuivent leur mission de protection en réorientant, lorsque nécessaire, les assurés vers d'autres établissements ou médecins partenaires pleinement reconnus. L'objectif de cette réforme est clair : renforcer la transparence dans la facturation, éviter les doublons entre assurance de base et assurance complémentaire, et garantir une équité tarifaire pour toutes les parties. Pour les entreprises qui offrent des couvertures semi-privées à leurs collaborateurs, il est recommandé d'informer les collaborateurs concernés, de suivre l'évolution des conventions avec les prestataires hospitaliers, et de s'appuyer sur leur courtier pour assurer une communication claire et sécurisée.



Cyrielle Suzat,
Directrice BU Healthcare

Quel est le rôle du courtier dans ce contexte ?
Le courtier joue ici un rôle clé. Interlocuteur privilégié des assureurs, il est informé des évolutions tarifaires, des conventions valides et des mesures transitoires. Son expertise lui permet d'anticiper les impacts potentiels pour les assurés et d'orienter les entreprises vers des solutions concrètes, voire alternatives. Face aux « vides conventionnels » actuels, le courtier conseille sur les démarches à entreprendre, propose des alternatives. Il agit comme interface de confiance, à la fois pour l'employeur et l'employé, dans une période où la lisibilité des prestations est parfois brouillée.

Quelle est la position de Qualibroker Swiss Risk & Care face à cette situation ?

Nous faisons face à une équation complexe : maîtriser les coûts tout en garantissant un haut niveau de qualité des soins. C'est un défi collectif, mais aussi une opportunité. Cette crise tarifaire, bien que contraignante à court terme, pourrait contribuer à rééquilibrer durablement le système de l'assurance complémentaire, en renforçant la transparence et en définissant des standards clairs. Notre groupe considère cette période comme une transition nécessaire vers un modèle plus stable et mieux structuré. Nous espérons une stabilisation du cadre tarifaire dès 2026. D'ici là, nos clients peuvent compter sur notre accompagnement : nos équipes sont mobilisées pour conseiller avec rigueur, et apporter des réponses concrètes aux assurés comme aux entreprises.

■ Conférences et formations à venir

24 juin – LeBooster Genève

en partenariat avec la CCI FS

Le management face à l'absentéisme : solution ou problème ?

Absentéisme, turn-over, démotivation : autant de symptômes visibles d'un mal-être souvent plus profond. Le management est-il un levier de prévention ou un facteur aggravant ? Entre bonnes intentions et réalités du terrain, cette conférence interroge le rôle réel des managers face à l'absentéisme.

Inscription et programme : ccifs.ch

11 et 12 septembre –

Ismat Group à Morges

Management des absences et du bien-être au travail

Vous faites face à de l'absentéisme chronique ? Vos taux s'envolent, et vous ne savez plus comment inverser la tendance ? Vous manquez d'outils et de cadre pour traiter ces absences ? Vous aimeriez renouer avec un climat de travail sain ?

La formation « Management des absences et du bien-être au travail » vous apportera des solutions et outils concrets.

29 et 30 septembre 2025 –

Ismat Group à Morges

Les clés du management : Conduire son équipe vers la sereine performance

La performance des équipes n'est pas le fruit du hasard ! Les managers les plus performants ont un point commun : ils savent motiver leurs collaborateurs, les embarquer. Cette formation vise à fournir aux managers des outils pratiques pour instaurer une « sereine performance » en conciliant cohésion d'équipe et efficacité.

Pour s'inscrire aux formations ou demander des précisions :
 admin@ismatgroup.com

Qualibroker Swiss Risk & Care

**INSURANCE
INSIDE** N° 38
JUN 2025



ÉDITO

Une crise salutaire pour repenser l'équilibre entre coût et qualité des soins

Il est des tensions qui, à défaut d'être confortables, se révèlent nécessaires. Le débat actuel autour de la prise en charge des prestations hospitalières en division semi-privée ou privée en est un parfait exemple. Au croisement d'exigences réglementaires plus strictes, de modèles économiques fragilisés et d'attentes légitimes des assurés, le secteur de l'assurance complémentaire vit une transformation de fond.

Derrière les blocages ponctuels et les incertitudes, c'est une question structurelle qui se pose : comment garantir une couverture fiable, lisible, et économiquement soutenable, dans un système où les coûts explosent et où la qualité ne peut être compromise ? La réponse ne viendra pas d'un acteur seul, mais d'un ajustement collectif entre assureurs, prestataires, autorités et entreprises. C'est un défi, mais aussi une formidable opportunité : celle de redéfinir les règles du jeu dans l'intérêt de tous.

À la croisée de ces enjeux, le rôle du courtier-conseil prend toute sa dimension dans la mise en place de contrats collectifs d'assurance maladie. Il est plus que jamais un conseiller stratégique des entreprises, capable d'éclairer les choix et d'accompagner les décisions en période d'incertitude.

Cette crise pourrait bien être le déclencheur d'un nouveau cycle : plus transparent, plus cohérent, plus durable. À condition de rester à l'écoute, informé, et bien entouré.

Bonne lecture !

David Cochet
CEO Pôle romand

Impressum

Éditeur : Qualibroker Swiss Risk & Care - communication@swissriskcare.ch - T +41 58 178 85 85 • Directeur de Publication : David Cochet • Responsable Éditoriale : Valérie Cruchet
 Impression : Cavin-Baudat, Vallée de Joux • Crédit photo : Swiss Risk & Care, iStock by Getty, Céline Michel, studioregard.ch.



Assurance maladie complémentaire et hospitalisation : ce qui change depuis le 1^{er} janvier 2025

Depuis le 1^{er} janvier 2025, les règles de remboursement des assurances maladie complémentaires en Suisse, notamment pour les hospitalisations en division semi-privée ou privée, ont connu une évolution significative. Cette réforme, initiée par la FINMA (Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers) et mise en œuvre avec le soutien de l'Association Suisse d'Assurances (ASA), vise à renforcer la transparence des prestations complémentaires, mais provoque également des tensions locales, en particulier en Suisse romande.

Contexte réglementaire : vers plus de transparence

Le mouvement de réforme a débuté en 2020, lorsque la FINMA a constaté des irrégularités dans les factures de prestations complémentaires. Certaines semblaient peu compréhensibles, voire excessives, et manquaient de transparence. En réaction, l'ASA a élaboré un cadre sectoriel intitulé *Prestations supplémentaires selon la LCA*, avec pour objectif d'instaurer des règles claires de présentation et de facturation. Ces nouvelles exigences, applicables depuis 2022, ont fait l'objet d'une période transitoire s'achevant fin 2024.

Depuis le 1^{er} janvier 2025, seules les prestations couvertes par des conventions tarifaires conformes à ces exigences peuvent être remboursées. Cette réforme a permis une stabilisation des primes dans de nombreux cas, notamment grâce à la révision de prix initialement disproportionnés.

La nouvelle réglementation concerne exclusivement les assurances complémentaires régies par la LCA (Loi fédérale sur le contrat d'assurance), notamment en ce qui concerne les hospitalisations

en division semi-privée ou privée. Elle n'affecte pas les assurances obligatoires selon la LAA (Loi fédérale sur l'assurance-accidents) et impacte dans une moindre mesure les assurances complémentaires à la LAA, connues sous l'acronyme LAAC.

Les tensions tarifaires en Suisse romande

Cependant, cette harmonisation tarifaire ne s'est pas faite sans heurts. À Genève et dans le canton de Vaud, un vide conventionnel persiste entre certains assureurs complémentaires et les fournisseurs de prestations. Ce désaccord tarifaire empêche actuellement la prise en charge complète de certaines prestations hospitalières, notamment en division semi-privée. Le cœur du litige réside dans la volonté du corps médical local — notamment l'association des médecins genevois (AMGe) — d'imposer ses propres modèles tarifaires, jugés non conformes aux critères de la FINMA par les assureurs.

Dans le reste du pays, des accords ont pu être trouvés grâce à une approche plus fragmentée des négociations. Néanmoins, certains

médecins ne répondent pas aux exigences nouvelles et leurs actes ne sont pas pris en charge.

En Suisse romande, le rôle centralisé des associations cantonales rend les discussions plus complexes. Cette situation entraîne un blocage temporaire, avec des conséquences concrètes pour les assurés, notamment le risque de devoir assumer eux-mêmes une partie des frais lors d'un séjour hospitalier.

Les enjeux pour les entreprises et les assurés

Ce contexte soulève des interrogations légitimes, tant du côté des assurés que des entreprises ayant souscrit des couvertures semi-privées pour leurs collaborateurs. Il est important de rappeler que les assurés restent pleinement couverts : les garanties contractuelles demeurent valides, même en cas de vide conventionnel temporaire avec certains prestataires.

Si l'établissement ou le médecin de l'assuré n'est pas conventionné — et par conséquent les frais de soin non pris en charge, les assureurs proposent systématiquement des alternatives. Ils orientent les



Depuis le 1^{er} janvier 2025, seules les prestations couvertes par des conventions tarifaires conformes à ces exigences peuvent être remboursées.

assurés vers d'autres hôpitaux ou médecins partenaires, afin d'assurer la continuité des soins dans le respect des prestations garanties.

Il est fortement recommandé aux assurés de vérifier en amont la reconnaissance de l'établissement ou du professionnel de santé choisi, et de demander, si nécessaire, une confirmation écrite de prise en charge. Cette démarche permet d'éviter tout malentendu au moment de l'hospitalisation.

Le groupe Qualibroker Swiss Risk & Care est également aux côtés des entreprises et de leurs collaborateurs pour les conseiller.

Hospitalisation : les bons réflexes pour éviter les mauvaises surprises

Depuis janvier 2025, certaines prestations en division semi-privée ou privée ne sont temporairement plus couvertes dans certains établissements. Pour garantir la bonne prise en charge par votre assurance complémentaire :

- **Contactez votre assureur ou votre courtier en amont :** Vérifiez si l'établissement et/ou le médecin sont reconnus et sous quelles conditions. La clinique peut avoir signé un accord avec les assureurs sans pour autant que tous les fournisseurs de soin relèvent de cet accord.
- **Demandez une garantie écrite de prise en charge :** Cela permet de confirmer que les prestations médicales et les honoraires seront bien remboursés.
- **Informez-vous sur les alternatives :** Si la couverture n'est pas garantie, votre courtier ou votre assureur vous orientera vers un établissement équivalent entièrement pris en charge.
- **Consultez les listes à jour :** Certains hôpitaux peuvent figurer sur des listes négatives. Renseignez-vous régulièrement sur les mises à jour publiées par les compagnies d'assurance (sites internet).
- **Clarifiez les prestations incluses :** Assurez-vous que les services proposés ne génèrent pas de frais imprévus hors contrat.
- **Conservez tous les justificatifs :** Factures et échanges peuvent être utiles en cas de litige.

Un doute ? Mieux vaut anticiper que payer de sa poche. Contactez-nous !