

RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT

à l'interpellation Marc Oran et consorts – "Les médecins spécialistes ne sont-ils pas aussi qualifiés que les généralistes ?"

Rappel de l'interpellation

Cette question peut paraître absurde. Hélas, elle correspond à la stricte réalité de la pratique de certaines caisses maladie. Dans le domaine de l'assurance-maladie de base (LAMal), parmi les moyens préconisés pour baisser les coûts de la santé, il existe la voie qui consiste à choisir un médecin de premier recours, en principe un médecin généraliste. Ce dernier ausculte, examine, évalue et peut diriger ensuite, mais seulement ensuite, son patient vers un médecin spécialiste s'il l'estime utile, nécessaire, indispensable.

Il arrive parfois, et plus souvent qu'on ne le croit, qu'un patient ait pour médecin de premier recours, comme médecin de famille, un spécialiste en médecine interne avec une sous-spécialité (par exemple pneumologue, rhumatologue, diabétologue, etc.). Ô surprise ! Certaines caisses maladie (et notamment une des quatre plus grandes de Suisse) ne vont pas reconnaître les compétences professionnelles et l'aptitude à soigner de ces médecins spécialistes et refuser de rembourser les prestations fournies par ceux-ci en-dehors de leur spécialisation, ainsi que tous les médicaments prescrits aux patients par ces spécialistes. Face à des budgets d'assurance-maladie qui deviennent de plus en plus difficiles à supporter, les assurés qui cherchent à limiter leur budget médical se voient ainsi de plus en plus prétérités puisqu'en choisissant le système des médecins de famille, ils vont perdre le libre choix du médecin.

Nous souhaitons poser au Conseil d'Etat les questions suivantes :

- 1. Est-il normal qu'un médecin spécialiste qui, dans le cadre des soins qu'il prodigue dans son domaine spécialisé, soigne d'autres affections qui dépassent ledit domaine dans l'intérêt de son patient, puisse voir ses prestations non remboursées par la caisse maladie ?*
- 2. Est-il acceptable qu'une caisse maladie puisse se placer au-dessus des lois, en l'occurrence de la LAMal, dont le principe de base est de freiner les dépenses en matière de santé et préférer multiplier les interventions médicales ?*
- 3. Le Conseil d'Etat dispose-t-il de moyens de contrôle en ce qui concerne la liberté d'action excessive des caisses maladies ? Si oui, lesquels ?*

Nous remercions par avance le Conseil d'Etat de son intervention dans ce domaine particulièrement important, touchant à la fois à la santé et au porte-monnaie du patient-usager.

Nous souhaitons développer brièvement cette interpellation, soutenue par une très large majorité des députés, tous partis politiques confondus.

Réponse du Conseil d'Etat

En préambule, il apparaît utile au Conseil d'Etat de rappeler certains points relatifs aux modèles alternatifs d'assurance impliquant une limitation des fournisseurs de prestations. Aux termes de l'article 41, alinéa 4, LAMal, "l'assuré peut, en accord avec l'assureur, limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses". En contrepartie de cette restriction volontaire du libre choix du fournisseur de prestations, l'assuré bénéficie d'une réduction importante du montant de sa prime d'assurance-maladie. L'un des modèles alternatifs pratiqué est celui du "médecin de famille". En y souscrivant, l'assuré accepte de se conformer aux conditions particulières d'assurance édictées par sa caisse-maladie.

Le principe semble clair : sauf en cas d'urgence établie, l'assuré s'engage à consulter en premier recours le médecin de famille qu'il aura choisi. Le médecin de famille, interlocuteur de référence de l'assuré, coordonne toutes les questions médicales concernant ce dernier, décide s'il peut poursuivre lui-même le traitement ou s'il doit recourir à un spécialiste, auquel cas il remet à l'assuré un avis de délégation, dûment complété et signé, qui devra être joint à la facture du spécialiste, lors de la demande de remboursement de prestations. Dès lors que l'assuré ne se conforme pas à ces règles particulières, et qu'il a directement recours à des traitements ambulatoires ou stationnaires sans avoir au préalable consulté son médecin de famille, il doit assumer lui-même tous les frais consécutifs. Bien entendu, les cas d'urgence sont réservés, ainsi que certaines spécialités médicales (gynécologie, ophtalmologie, etc.).

Ces principes généraux étant rappelés, le Conseil d'Etat se détermine comme suit sur les différentes questions posées par M. Oran et consorts.

1. Est-il normal qu'un médecin spécialiste qui, dans le cadre des soins qu'il prodigue dans son domaine spécialisé, soigne d'autres affections qui dépassent le dit domaine dans l'intérêt de son patient, puisse voir ses prestations non remboursées par la caisse maladie ?

En vertu de la législation fédérale en matière d'assurance-maladie, les assureurs peuvent établir des listes restrictives des médecins pratiquant dans le cadre des modèles alternatifs d'assurance, dont le modèle "médecin de famille". Lorsqu'un assuré adhère à une forme particulière d'assurance, l'assureur est tenu de lui communiquer les conditions spéciales d'assurance qui lui sont désormais applicables. Le principe de base étant que l'assuré s'engage à consulter en premier lieu son "médecin de famille".

L'Office fédéral de la santé publique a été consulté sur ce point précis par le service compétent. Il a répondu "...que dans la pratique, les assureurs sont en droit de prévoir des mesures en cas de non respect des règles applicables à modèle d'assurance en question. Les mesures varient en fonction des assureurs et en fonction de la transgression commise. Certains règlements prévoient un avertissement avant l'application de la mesure, d'autres non. Une des mesures les plus fréquentes est en effet l'exclusion du modèle en question et le retour dans l'assurance ordinaire avec l'obligation de s'acquitter de la différence de prime. Le non-paiement de prestations de soins peut être considéré comme une mesure assez lourde pour l'assuré mais cela n'en est pas moins admissible dans la mesure où l'assuré s'engage à respecter ses obligations en connaissance de cause lorsqu'il choisit un tel modèle et qu'il bénéficie en contrepartie d'une réduction du montant de sa prime qui n'est pas négligeable". En conséquence, l'OFSP valide cette clause de non paiement dans certains cas.

Le Conseil d'Etat conteste cette appréciation. Dès lors que ces modèles d'assurance s'organisent dans le cadre de la LAMal et que celle-ci fixe des principes clairs de remboursement en échange du paiement d'une prime, il n'est pas admissible qu'une clause d'un contrat d'assurance, fût-il particulier, puisse déroger à une règle d'ordre légal. Par contre, il est tout à fait légitime que la sanction soit celle évoquée par l'OFSP, à savoir le retour dans le modèle ordinaire et le paiement rétroactif des primes.

Le service des assurances sociales et de l'hébergement a fait valoir ce point de vue à l'OFSP qui, à ce

jour, n'a pas répondu.

2. Est-il acceptable qu'une caisse maladie puisse se placer au dessus des lois, en l'occurrence de la LAMal, dont le principe de base est de freiner les dépenses en matière de santé et préférer multiplier les interventions médicales ?

La LAMal donne la possibilité aux assureurs-maladie pratiquant l'assurance obligatoire des soins de proposer des modèles alternatifs d'assurance restreignant le choix du fournisseur de prestations. En acceptant de se rendre en priorité chez un médecin généraliste désigné, on renonce effectivement au libre choix du médecin. La décision de consulter un spécialiste revient au généraliste, ce qui permet d'éviter des consultations coûteuses et parfois inutiles. Puisque le dossier médical et les analyses effectuées sont suivis par un seul médecin, les examens faits à double sont également évités. Ces éléments plaident en faveur d'une maîtrise des coûts de la santé.

Or, si les assureurs sont libres de choisir les médecins avec lesquels ils souhaitent travailler, leur choix doit toutefois s'avérer raisonnable, faute de quoi leur comportement pourrait être qualifié d'arbitraire. A ce stade, le Conseil d'Etat rappelle que l'OFSP, autorité de surveillance de l'assurance obligatoire des soins, peut être saisi en cas de pratique abusive de la part d'un assureur-maladie.

Le Conseil d'Etat estime que le modèle prévoyant une limitation du choix du médecin est admissible, pour autant que l'assuré bénéficie d'une réduction de primes et qu'il puisse choisir librement son médecin référent; ce dernier, indépendamment de son statut de généraliste ou de spécialiste, devrait être chargé d'assurer les premiers traitements et d'orienter le patient afin d'assurer dans le réseau une prise en charge coordonnée.

3. Le Conseil d'Etat dispose-t-il de moyens de contrôle en ce qui concerne la liberté d'action excessive des caisses maladies ? Si oui, lesquels ?

La répartition des compétences entre Confédération et cantons est définie par la Constitution fédérale, qui confère aux cantons une pleine souveraineté dans tous les domaines qui n'ont pas été explicitement attribués à la Confédération (principe de subsidiarité). Ainsi, l'article 117 Cst, alinéa 1^{er}, relatif à l'assurance-maladie et accidents, dispose que la Confédération légifère sur l'assurance-maladie et sur l'assurance-accidents. Les cantons sont compétents dans certains domaines, tels que le respect de l'obligation de s'assurer, l'organisation et distribution des subsides à l'assurance-maladie de base ou l'organisation et gestion de l'offre de soins. Pour ce qui concerne les modèles d'assurance, les principes particuliers réglant leur fonctionnement, adhésion et sortie, sont régis par la LAMal (articles 41, alinéas 2 et 4, et 62, alinéas 1 et 3) et son ordonnance d'application (articles 99 à 101), ce qui laisse aux cantons une marge de manœuvre extrêmement réduite en la matière.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 12 juin 2013.

Le président :

P.-Y. Maillard

Le chancelier :

V. Grandjean