

RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT
à l'interpellation Christiane Jaquet-Berger et consorts - LAMal : prime de référence et
bénéficiaires de PC AVS/AI

1 RAPPEL DU TEXTE DE L'INTERPELLATION

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) fixe, chaque année, une prime de référence dans les cantons destinée au calcul des dépenses forfaitaires reconnues pour les personnes au bénéfice de prestations complémentaires (PC). Il s'agit d'un plafond qui correspond à la moyenne de la prime cantonale ou régionale pour l'assurance obligatoire des soins. Les personnes qui reçoivent les PC ont droit à un subside complet pour leur assurance-maladie obligatoire. La prime de référence a été fixée pour 2014 et pour les plus de 26 ans à 444 francs en région 1 et à 417 francs en région 2.

Or, cette année, pour la première fois en région 1 du canton, seuls trois assureurs proposent des primes qui correspondent à la prime de référence et tous trois — Assura, Supra et Intrax — pratiquent le système du tiers garant pour la pharmacie. L'assuré doit avancer le coût des médicaments et se faire rembourser ultérieurement. C'est un problème pour les petits revenus. Certes, deux assurances qui comptent au total six cents assurés — Agrisano et Aquilana — offrent des primes compatibles. Mais qui a connu les aléas d'EGK se méfie d'une situation où un afflux d'assurés provoque une hausse de primes vu la constitution de nouvelles réserves.

Pour la région 2, la situation est quasiment identique, à l'exception de l'assurance Avenir qui entre dans les normes.

Les personnes au bénéfice de PC sont donc tentées de choisir une assurance plus chère mais avec des réserves élevées pour faire baisser la prime. Elles risquent de dépasser le total de 1'000 francs qui est remboursé par les subsides. Elles peuvent éventuellement aussi choisir des cautions comme le médecin de famille, ce qui ne garantit pas que son médecin habituel figure dans la liste ou d'autres modèles souvent complexes et peu clairs.

A noter que la situation vaudoise est aussi celle des cantons de Vaud et de Genève.

Un rapport du Conseil fédéral sur les PC, daté du 20 novembre 2013, a évoqué ce type de problème et a conclu : " qu'il ne serait pas adéquat de lancer maintenant déjà une mesure de réforme isolée. "

1. C'est pourquoi je pose les questions suivantes au Conseil d'Etat :
Quelles négociations sont envisageables pour encourager les caisses-maladie qui pratiquent le tiers garant — et qui sont de très grandes caisses-maladie essentiellement romandes — à passer au tiers payant, au moins pour les assurés modestes ?
2. Quelles solutions peuvent être proposées aux assurés qui reçoivent des PC et sont face à un choix particulièrement difficile pour trouver une caisse-maladie compatible ?
3. Que propose le Conseil d'Etat pour les personnes au bénéfice de PC qui se trouveraient en péril financier à cause d'un engagement auprès d'une assurance qui pratique le tiers

garant ?

4. Que faire pour respecter le système de subsides et ses garanties et éviter les difficultés d'un choix respectueux des budgets limités des assurés PC ?
5. Quelle information et quelles mesures le Conseil d'Etat envisage-t-il si une situation comparable à celle de 2014 se produit à nouveau vu la prime de référence ?

2 RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT

2.1 Introduction

En préambule, il apparaît utile au Conseil d'Etat de rappeler le cadre légal régissant le remboursement des prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins. Aux termes de l'article 42, alinéa 1, première et deuxième phrases LAMal, " Sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. L'assuré a, dans ce cas, le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant). "

Le système du tiers garant constitue donc la règle prévue " par défaut " dans la LAMal en cas d'absence de convention tarifaire, à l'exception du remboursement des traitements hospitaliers, lequel est régi par le principe du tiers payant (art. 42, al. 2, deuxième phrase, LAMal).

Ce principe général étant rappelé, le Conseil d'Etat se détermine comme suit sur les différentes questions posées par Mme Jaquet-Berger et consorts.

2.2 Réponse aux questions posées

1. Quelles négociations sont envisageables pour encourager les caisses-maladie qui pratiquent le tiers garant — et qui sont de très grandes caisses-maladie essentiellement romandes — à passer au tiers payant, au moins pour les assurés modestes ?

Réponse: A travers leur choix du tiers garant, certaines caisses-maladie opèrent une forme de sélection des risques, dont les conséquences ne sont pas négligeables, notamment pour les assurés atteints de maladies chroniques, qui suivent des traitements médicamenteux très coûteux. Pour obtenir leurs médicaments, ces assurés doivent s'acquitter en pharmacie de montants souvent très importants avant de pouvoir adresser une demande de remboursement à leur caisse-maladie, avec des délais de traitement que l'on sait variables.

Conscient de cette problématique, le DSAS a engagé une discussion avec certains assureurs, en particulier s'agissant des assurés qui consomment de nombreux médicaments.

2. Quelles solutions peuvent être proposées aux assurés qui reçoivent des PC et sont face à un choix particulièrement difficile pour trouver une caisse maladie compatible ?

Réponse: Premièrement, il existe encore quelques rares caisses-maladie qui offrent des primes encore en dessous de la prime de référence, ce qui laisse un choix restreint d'assureurs. En second lieu, quand bien même une grande partie de bénéficiaires PC sont dans une situation difficile, leur santé étant gravement atteinte, d'autres bénéficiaires PC jouissent d'une bonne santé et ne consomment pas beaucoup de médicaments, voire en consomment très peu. Dès lors, le choix d'une caisse-maladie pratiquant le tiers-payant en pharmacie n'est de loin pas impératif pour toute cette catégorie de la population.

3. Que propose le Conseil d'Etat pour les personnes aux PC qui se trouveraient en péril financier à cause d'un engagement auprès d'une assurance qui pratique le tiers garant ?

4. Que faire pour respecter le système de subsides et ses garanties et éviter les difficultés d'un choix respectueux des budgets limités des assurés PC ?

Réponse: Le Conseil d'Etat répond aux questions 3 et 4 sous un seul point.

La deuxième partie de l'alinéa 1 de l'article 42 LAMal dispose que " en dérogation à l'art. 22, al. 1er, LPGA [loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales], ce droit [de l'assuré d'être remboursé par son assureur] peut être cédé au fournisseur de prestations ".

En d'autres termes, cette disposition légale permettrait aux personnes bénéficiaires des PC de céder leur créance envers leurs caisse-maladie à leur pharmacien (ou médecin le cas échéant). La caisse-maladie remboursera directement le pharmacien sous déduction d'une éventuelle participation légale aux coûts (franchise et quote-part).

Le Conseil d'Etat rappelle ici qu'en application de l'article 14 LPC, chaque bénéficiaire de PC peut demander le remboursement de la quote-part et de la franchise facturée par la caisse-maladie dans la limite de sa quotité annuelle. En outre, plusieurs pharmacies romandes consultées fournissent aisément des informations concernant la possibilité de réaliser une cession de créance en leur faveur, des formulaires ad hoc étant mis à disposition du grand public à travers leur site internet.

5. *Quelle information et quelles mesures le Conseil d'Etat envisage-t-il si une situation comparable à celle de 2014 se produit à nouveau vu la prime de référence ?*

Réponse: Une mesure consisterait à augmenter le subsidie des bénéficiaires PC. Elle coûterait plusieurs millions par an et cette piste n'est pas envisagée. Une autre option consisterait à relever la franchise et la limite des Fr. 1'000.- (quote-part et franchise), actuellement remboursable ; cette option se heurte au fait que pour les assurés qui consomment beaucoup de médicaments, elle revient plus cher à la collectivité car le rabais de franchise est inférieur au risque.

Enfin, Mme la députée Margrit Kessler, Conseillère nationale, a déposé en mars 2013 une motion demandant l'introduction du système tiers payant pour les médicaments. Cette motion a été soutenue par les deux Commissions de santé et de sécurité sociale. Elle pourrait donc être rapidement concrétisée.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 28 mai 2014.

Le président :

Le chancelier :

P.-Y. Maillard

V. Grandjean