

Rapport de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) du 11 janvier 2024 à l'intention de la CSSS-E

« Premier point de contact obligatoire »

1 Mandat

Le 12 octobre 2023, dans le cadre de l'examen de l'objet « 22.062n : LAMal. Modification (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – 2^e volet) », la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États (CSSS-E) a chargé l'administration de rédiger un rapport sur la mise en place d'un premier point de contact obligatoire. Le rapport doit expliquer pourquoi cette approche a été évaluée négativement lors de la consultation, comment cette proposition pourrait être améliorée en prenant en compte les avis reçus et si d'autres possibilités seraient envisageables.

2 Réglementation actuelle

L'assurance ordinaire est l'assurance obligatoire des soins sans forme particulière d'assurance (franchise de 300 francs, sans bonus et avec libre choix des fournisseurs de prestations). C'est ce qui ressort de l'art. 62 LAMal et de l'interprétation des articles relatifs aux formes particulières d'assurance, où la notion d'« assurance ordinaire » est utilisée plusieurs fois (art. 93 et 95 à 100 OAMal). Selon l'art. 62 LAMal, les assureurs peuvent proposer une assurance impliquant un choix limité du fournisseur de prestations. En contrepartie, les assurés bénéficient de rabais de primes, fondés sur les économies effectives découlant des limitations prévues.

Les formes d'assurance impliquant un choix limité du fournisseur de prestations permettent en moyenne des économies de 14 % par rapport aux autres formes d'assurance. Ces économies ne diffèrent pas significativement entre les modèles « médecin de famille », HMO et « télé médecine ».

3 Mesure prévue dans le 2^e volet du programme de maîtrise des coûts

3.1 Rapport du groupe d'experts

Le rapport du groupe d'experts du 24 août 2017 appelait à mettre en œuvre une mesure intitulée « Imposer un système de gatekeeping » (M27). Les assurés devraient choisir un premier point de contact au sein du système de santé, qui aurait pour fonction de les conseiller et de décider si un examen plus approfondi ou un traitement est nécessaire. Il pourrait enclencher la suite de la prise en charge et, le cas échéant, la coordonner. L'objectif de cette proposition était d'éviter les prestations inutiles.

3.2 Avant-projet du Conseil fédéral

Le 19 août 2020, le Conseil fédéral a ouvert la procédure de consultation relative à la modification de la LAMal (mesures visant à freiner la hausse des coûts – 2^e volet). Le projet soumis comportait, entre autres, la proposition d'obliger tous les assurés à choisir un premier point de contact, auquel ils devraient s'adresser en premier lieu en cas de problème de santé. Le premier point de contact aurait alors examiné si la personne assurée nécessitait un examen ou un traitement. Si oui, il aurait pu la traiter lui-même ou l'adresser à un autre fournisseur de prestations. L'assureur n'aurait alors, en principe, dû rembourser que les prestations fournies par le premier point de contact ou sur délégation de celui-ci. Les médecins spécialistes auraient également pu être choisis comme premiers points de contact.

Le projet donnait également la possibilité au Conseil fédéral de fixer des exceptions, notamment pour les cas d'urgence et l'accès à certains médecins spécialistes. Le Conseil fédéral aurait pu, par exemple, permettre aux assurés de consulter directement un ophtalmologue ou un spécialiste en gynécologie et obstétrique.

De surcroît, il était prévu que les fournisseurs de prestations pouvant et souhaitant devenir premiers points de contact le déclarent au canton. Après avoir vérifié le respect des conditions, le canton aurait alors procédé à l'inscription dans sa liste et publié cette inscription.

Les assureurs auraient été tenus de reconnaître tout premier point de contact figurant sur la liste du canton et de lui verser annuellement une rémunération forfaitaire pour chaque assuré pour lequel il aurait assuré cette fonction, et ce, que l'assuré s'adresse ou non à lui et quelle que soit la fréquence des consultations. Le Conseil fédéral aurait déterminé les prestations couvertes par ce forfait et, sur demande des partenaires, en aurait fixé le montant.

3.3 Résultats de la consultation

La consultation s'est déroulée du 19 août au 19 novembre 2020. Au total, 301 participants se sont exprimés. Une nette majorité s'est clairement opposée à la mise en place d'un premier point de contact obligatoire.

Les participants ont salué les efforts visant à réduire les coûts de la santé en encourageant une gestion ciblée des prestations là où il est possible d'éviter des prestations inutiles ou des redondances. Toutefois, selon eux, l'introduction d'un premier point de contact présentait le risque que celui-ci, du fait de sa rémunération forfaitaire, discrimine les personnes atteintes de maladies chroniques ou de multimorbidité, ou encore les personnes âgées. Un autre argument avancé était que cette mesure portait atteinte à la liberté de choix des assurés. Par ailleurs, elle ne respectait pas la volonté du peuple, qui avait rejeté le projet relatif aux réseaux de soins (*managed care*) le 17 juin 2012¹. Toujours selon les participants, il serait préférable de promouvoir des formes particulières d'assurance plus efficaces. Le fort taux d'adhésion aux formes particulières d'assurance indique que le premier point de contact est un concept qui fonctionne déjà, et qu'il n'est pas nécessaire de le rendre obligatoire². Les critiques portaient également sur le surcroît de travail pour les cantons, qui devait rester raisonnable.

Le rapport sur les résultats de la consultation ainsi que la totalité des avis sont consultables sur la page [Procédures de consultation terminées – 2020](#), au point « Modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – 2^e volet) ».

3.4 Décision de principe à la suite de la consultation

Compte tenu des avis reçus lors de la consultation, le Conseil fédéral a décidé de renoncer à l'introduction d'un premier point de contact.

4 Alternatives possibles au premier point de contact obligatoire

¹ La troisième révision de la LAMal prévoyait d'encourager les modèles de soins intégrés, d'abord sous la forme de réseaux de soins intégrés avec responsabilité budgétaire, c'est-à-dire de regroupements de médecins pouvant proposer aux assurés une prise en charge et un traitement complet et coordonnés tout au long de la chaîne thérapeutique. Les fournisseurs de prestations membres de ces réseaux auraient dû négocier un contrat avec un ou plusieurs assureurs. Les assureurs n'auraient plus pu disposer de leurs propres réseaux de soins. Cette révision a été rejetée le 17 juin 2012 (FF 2012 7159 ; cf. GEBHARDEUGSTER, « Besondere Versicherungsformen », ch. 1427).

² Message sur la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (mesures visant à freiner la hausse des coûts – 2^e volet).

La « tentative avortée » de mettre en place un premier point de contact avait pour principal objectif de réaliser des économies en orientant mieux les personnes ayant souscrit à une assurance ne limitant pas le choix du fournisseur de prestations. Ces dernières représentent 22,9 % de l'ensemble des assurés (chiffre de 2022). Une analyse différenciée montre que c'est précisément chez les personnes dont l'état de santé entraîne potentiellement des coûts et un besoin de coordination élevés que les modèles d'assurance alternatifs (MAA) sont moins répandus ou se heurtent manifestement à des limites en termes d'acceptation. Aucune étude ne s'est encore penchée sur les raisons exactes de ce phénomène. Les analyses des données de surveillance³ montrent que plus une personne est âgée, moins elle a de chances d'avoir opté pour un MAA (c'est le cas de seulement 60 % des plus de 65 ans, contre 77 % de l'ensemble des assurés). Plus généralement, les personnes générant des coûts élevés sont moins souvent assurées selon un MAA. Ainsi, les assurés achetant certains médicaments (associés à un groupe de coûts pharmaceutiques [PCG]) sont environ deux fois moins nombreux à choisir un MAA (indépendamment des coûts), de même que ceux ayant effectué un séjour hospitalier l'année précédente.

L'administration juge envisageables les alternatives suivantes au premier point de contact obligatoire :

Alternative 1 : chaque assureur doit proposer une consultation téléphonique

De nombreux assureurs de grande ou moyenne taille proposent déjà des services de consultation téléphonique, fournis par des partenaires externes. Les coûts sont en règle générale imputés aux frais d'administration généraux.

La proposition serait de réglementer ces services par la loi et d'obliger tous les assureurs à en proposer un.

Avantage : tous les assurés n'ayant pas de médecin de famille auraient la possibilité de recevoir des conseils médicaux en cas de nouveau problème de santé, ce qui éviterait non seulement des visites superflues chez les médecins, mais également des passages inutiles aux urgences.

Inconvénient : les assurés n'auraient pas l'obligation de recourir aux services de consultation téléphonique. En outre, obliger tous les assureurs à en proposer un pourrait être délicat, car les assureurs ne fournissent pas ce type de service eux-mêmes, mais doivent l'acheter à des prestataires externes. Ces derniers jouiraient alors d'un pouvoir de marché important. Les assureurs qui ne trouveraient pas de prestataire devraient proposer eux-mêmes le service et mettre en place l'infrastructure nécessaire. Il en résulterait une importante charge de travail supplémentaire, car les consultations médicales ne font pas partie des tâches des assureurs.

Alternative 2 : chaque assureur doit proposer un modèle « Telmed »

Selon la législation actuelle, les assureurs sont libres de proposer ou non des assurances impliquant un choix limité du fournisseur de prestations. Ils disposent aussi d'une grande liberté s'agissant de leur conception. Actuellement, leur offre comporte déjà toute une variété de modèles de ce type (médecin de famille et HMO, notamment). Beaucoup d'entre eux proposent aussi des modèles dits de télémedecine : le premier contact s'effectue par téléphone ou au moyen d'une application, la marche à suivre pour l'assuré étant précisée dans les conditions générales d'assurance ou dans des dispositions complémentaires.

Avec cette alternative, tous les assureurs seraient tenus de proposer un modèle de télémedecine. Ils seraient alors contraints de se confronter à la concurrence et de tenir compte des progrès de la numérisation. De leur côté, les assurés y gagneraient la possibilité de choisir un modèle avec

³ Collecte des données individuelles (EFIND ; données pour 2022)

consultation téléphonique ou numérique sans devoir changer d'assureur. Les modèles donnant le libre choix des médecins pourraient toujours être proposés et choisis par les assurés.

Avantage : tous les assurés auraient la possibilité de choisir un modèle Telmed. Ils seraient, dans ce cas, tenus de recourir à une consultation par téléphone en cas de nouveau problème de santé, avant de rendre visite à un médecin.

Inconvénient : obligation considérable pour les petits assureurs ne souhaitant pas actuellement proposer d'assurances limitant le choix du fournisseur de prestations. En outre, il est peu probable qu'un assuré disposant du libre choix du médecin passe à un modèle de télémédecine, car la grande majorité des assureurs en proposent déjà. Il faudrait aussi définir dans l'ordonnance quels modèles alternatifs seraient reconnus comme des modèles de télémédecine, ce qui restreindrait la liberté de conception des assureurs. De plus, on ne sait pas avec certitude si cette solution créerait pour tous les assurés une incitation suffisamment forte à renoncer aux modèles laissant le libre choix du médecin.

Alternative 3 : réglementation simplifiée des premiers points de contact

La proposition contenue dans l'avant-projet du Conseil fédéral du 19 août 2020 pourrait être réintégrée dans une version simplifiée. Les simplifications suivantes pourraient notamment être apportées :

- Les assurés ne devraient plus choisir un premier point de contact à l'avance, mais pourraient s'adresser, en cas de nouveau problème de santé, à tout fournisseur de prestations désigné comme premier point de contact par le canton compétent (la liste figurant à l'art. 40a P-LAMal de l'avant-projet du 19 août 2020 pourrait être réutilisée pour définir les fournisseurs de prestations pouvant être désignés). Les assurés seraient tout de même tenus de s'adresser dans tous les cas à un premier point de contact.
- Cette règle se limiterait explicitement aux nouveaux problèmes de santé : les assurés atteints de maladies chroniques conserveraient un accès direct aux spécialistes.

Avantage : tous les assurés seraient tenus de s'adresser à un fournisseur de prestations désigné comme premier point de contact en cas de nouveau problème de santé. Les consultations inutiles auprès des spécialistes pourraient ainsi être réduites.

Inconvénient : en pratique, la distinction entre un nouveau problème de santé et l'aggravation d'une maladie chronique s'avérerait probablement difficile. Il en découle un risque que la nouvelle réglementation alourdisse les tâches administratives des fournisseurs de prestations et la charge de travail que représente le contrôle des prestations et des factures pour les assureurs. En effet, à chaque visite auprès d'un médecin spécialiste, ils devraient vérifier si un premier point de contact a été consulté au préalable ou si la visite s'inscrit dans le cadre d'un problème de santé de longue durée. En outre, cette règle implique que l'usage du dossier électronique du patient soit généralisé, car il serait indispensable pour garantir la transmission de la totalité des informations médicales nécessaires lorsqu'un assuré changerait de premier point de contact. En outre, il faudrait réfléchir aux sanctions à prévoir à l'encontre des personnes assurées ne respectant pas les nouvelles dispositions.

Alternative 4: managed care light

Une autre possibilité serait d'introduire une différenciation dans la participation aux coûts, comme le prévoyait la modification de la LAMal adoptée par le Parlement en 2011. Pour l'assurance de base donnant le libre choix de tous les fournisseurs de prestations, la quote-part serait fixée à 10 % et plafonnée à 700 francs.

Pour les personnes qui choisiraient un modèle d'assurance associé à un réseau de soins intégrés, la quote-part s'élèverait à 8 %, pour un montant maximal de 500 francs par an, les incitant ainsi à opter pour un modèle d'assurance correspondant.

Là aussi, le réseau de soins intégrés serait défini comme un regroupement de fournisseurs de prestations médicales et thérapeutiques, proposant aux assurés une prise en charge et un traitement complet et coordonnés tout au long de la chaîne thérapeutique. Il négocierait un contrat avec un ou plusieurs assureurs. Les parties s'accorderaient notamment, dans le cadre des prescriptions légales, sur la forme de la collaboration, les critères et la nature de l'assurance-qualité et de l'échange de données, ainsi que la rémunération des prestations. À la différence des réseaux de soins coordonnés (cf. rapport « Clarification des notions de réseaux de soins coordonnés et de réseaux de soins intégrés »⁴), les réseaux de soins intégrés ne constitueraient pas un nouveau fournisseur de prestations, mais un regroupement contractuel de fournisseurs admis ; ils ne nécessiteraient donc pas, en tant que tels, d'admission cantonale. Il n'existerait pas non plus d'obligation de contracter, comme cela avait été prévu pour les réseaux de soins coordonnés. Les conséquences sur les primes de tels modèles d'assurance alternatifs sont difficilement prévisibles. Si la participation aux coûts diminue, l'évolution du rabais de prime en raison des coûts économisés avérés n'est pas certaine. Dans le cas où l'économie est supérieure à la réduction de la quote-part en raison d'une coordination améliorée, le rabais augmente. Si elle est inférieure, le rabais et ainsi l'incitation financière pour les assurés à choisir un tel modèle baissent.

Avantage : ainsi, les assureurs (et les fournisseurs de prestations) joueraient un rôle important dans la conception des soins coordonnés, comme ils l'ont souhaité lors de la table ronde sur les réseaux de soins coordonnés.

Inconvénient : dans ce cadre, les fournisseurs de prestations doivent assumer une coresponsabilité budgétaire, ce qui augmente leur risque financier. Les cantons auraient peu de possibilités d'influer sur les soins coordonnés. De ce fait, c'est au marché de définir si les fournisseurs de prestations se regroupent et, le cas échéant, comment. Il n'est donc pas certain que tous les assurés puissent bénéficier de tels réseaux de soins intégrés dans leurs cantons. En outre, il faudrait encore définir au niveau de l'ordonnance quels types de regroupements doivent être considérés comme des réseaux de soins intégrés. D'une part, cela limite la liberté d'organisation des assureurs et, d'autre part, cela entraîne une augmentation de la surveillance par les cantons.

⁴ Cf. Rapport « Clarification des notions de réseaux de soins coordonnés et de réseaux de soins intégrés » de l'Office fédéral de la santé publique du 11 janvier 2024 à l'intention de la CSSS-E