

REPONSE DU CONSEIL D'ETAT

à la simple question Vincent Keller – Accès aux soins sur la base de leur couverture d'assurance LAMAL

Rappel de la simple question

Il existe des centres médicaux qui ont pour pratique d'exiger le paiement de la consultation lors de la consultation elle-même. A cet effet, ils font signer lors de la prise de rendez-vous un document qui stipule : « Je prends note que si mon assurance figure parmi les caisses Assura et Sanagate la facture médicale sera réglée sur place ».

Le droit aux soins est un droit humain inaliénable et inconditionnel.

Si on doit payer la consultation sur place, c'est rendre l'accès aux soins conditionnel à la capacité financière.

Différencier les patients suivant leur caisse d'assurance, sachant que l'assurance de base est obligatoire et que celle-ci couvre les frais selon un tarif identique pour chacun, paraît discriminatoire.

Cette pratique peut dissuader les personnes qui sont vulnérables sur un plan financier ou social de consulter et pourrait les exposer à une aggravation de leur problématique de santé ou à des complications. Cela a certainement un coût important sur le plan sanitaire, social et économique. Dès lors, je pose la question suivante :

Quels sont les éléments qui permettent au Conseil d'Etat d'autoriser à pratiquer des centres médicaux en discriminant les patients selon leur caisse d'assurance de base obligatoire ?

Réponse du Conseil d'Etat

En préambule, il convient de rappeler qu'aux termes de l'art. 41, al. 1 LAMal, lors de traitement ambulatoire, l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. L'assureur prend en charge les coûts selon le tarif applicable au fournisseur de prestations choisi par l'assuré.

De plus, conformément à l'art. 42, al.1 LAMal et sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. Dans ce cas, l'assuré a le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant).

L'alinéa 2 précise que, optionnellement, les assureurs et fournisseurs de prestations ambulatoires peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant).

Le système du tiers garant est donc la norme par défaut prévu par la loi fédérale.

Par ailleurs, l'intitulé « centres médicaux » peut recouvrir moult types d'organisations qui ne sont la plupart du temps pas soumises à une autorisation d'exploiter. Seuls les professionnels de soins qui y exercent sont autorisés. Ainsi, aucune autorisation n'est requise pour les cabinets de groupe (art. 96 de la loi sur la santé publique (LSP ; BLV 800.01), dotés de plusieurs médecins travaillant chacun pour son propre compte. Il en va de même pour les cabinets qui comptent trois médecins ou moins autorisés à pratiquer à titre dépendant (art. 97 al. 3 LSP).

Toutefois, lorsque ces cabinets comptent plus de trois EPT de médecins travaillant à titre dépendant, à savoir comme salariés, ces cabinets sont assimilés à des établissements sanitaires ou apparentés au sens des articles 144 et 152 LSP et sont alors soumis à autorisation d'exploiter.

Dans le cadre de la procédure d'octroi d'une telle autorisation, le département s'intéresse notamment à l'organisation juridique (cf. inscription au registre du commerce), à la dotation en personnel, ainsi qu'aux formations et compétences de ce dernier. Il vérifie également que les autorisations individuelles de pratiquer sont disponibles et en règle, et que les conditions notamment de l'article 147 sont respectées, tel celle portant sur les droits des patients (147 al. 1 let. c), ou des exigences architecturales (même disposition). En revanche, les modalités de facturation et d'encaissement des prestations ne font pas l'objet d'examen préalable.

La relation entre partenaires tarifaires (institution et assureurs) relève donc du droit fédéral et ne peut en conséquence faire partie de la procédure d'autorisation de pratiquer.

En pratique, les assureurs Sanagate et Assura font partie des assureurs ayant choisi de ne pas déroger au système du tiers garant. Leurs assurés recourant à des prestations ambulatoires sont ainsi les débiteurs de la rémunération. Ils sont ensuite remboursés par son assureur (si la franchise et la quote-part sont atteintes).

En cas d'une pratique d'encaissement direct (en cash ou par cartes de débit direct) par le prestataire de soin, le patient doit simplement en être informé au moment de la prise de rendez-vous ou en arrivant au centre. Il peut alors renoncer à la prestation et se rendre dans un autre centre qui travaille sur facture ou proposer une cession de créance.

En effet, ainsi que le précise la 2ème phrase de l'art. 42, al.1, LAMal, une cession de créance peut être établie entre l'assuré et le fournisseur de prestations. Dans ce cas, l'assureur rembourse directement le fournisseur de prestations. Une telle cession exige l'accord de l'assuré et du prestataire de soins mais peut être conclue même contre le gré de l'assureur.

En conclusion, le Conseil d'Etat n'autorise donc pas de telles pratiques puisque celles-ci s'inscrivent dans le cadre de la loi sur l'assurance maladie fédérale sur laquelle le Conseil d'Etat n'a aucune marge de manœuvre. Par ailleurs, il existe un système qui permet d'éviter la pratique décrite par M. le député : le centre peut faire signer une cession de créance aux bénéficiaires assurés auprès d'Assura et de Sanagate (sur le modèle de la cession de créance établie par l'Ofac pour les pharmaciens, p.ex.).

Cependant, le Conseil d'Etat constate que la possibilité de cession de créance est insuffisamment connue pour pouvoir être suffisamment disponible en pratique. Afin de remédier à cette lacune d'information des prestataires, le Département de la santé et l'action sociale interviendra auprès de la Société Vaudoise de Médecine dans le cadre du partenariat privé-public SVM-DSAS.

Enfin, il convient de rappeler que si les dispositions légales n'étaient pas respectées dans un cas d'espèce, l'office du médecin cantonal ou le bureau cantonal de médiation santé ou social peut être sollicité directement par un citoyen.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 28 octobre 2020.

La présidente :

N. Gorrite

Le chancelier :

V. Grandjean