

ad 07.483, 07.484, 07.485

**Initiatives parlementaires**  
**Egalité de traitement des médecins généralistes**

**Rapport du 21 janvier 2011 de la Commission de la sécurité sociale  
et de la santé publique du Conseil national**

**Avis du Conseil fédéral**

du 4 mars 2011

---

Monsieur le Président,  
Mesdames, Messieurs,

Conformément à l'art. 112, al. 3, de la loi sur le Parlement (LParl), nous nous prononçons ci-après sur le rapport du 21 janvier 2011 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national concernant l'égalité de traitement des médecins généralistes.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

4 mars 2011

Au nom du Conseil fédéral suisse:

La présidente de la Confédération, Micheline Calmy-Rey  
La chancelière de la Confédération, Corina Casanova

# Avis

## 1 Contexte

Dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS), le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. Il appartient aux assureurs-maladie de contrôler l'économicité des prestations. Le corps médical ne conteste pas la nécessité de ce contrôle. Par contre, il juge peu transparente et inadéquate la méthode d'examen appliquée aujourd'hui par les assureurs. La méthode actuelle de contrôle de l'économicité n'est pas véritablement une procédure portant sur le caractère économique, mais plutôt une comparaison des coûts moyens qui ne tient pas compte de la morbidité de l'ensemble des patients. Les médecins généralistes qui traitent des patients atteints de maladies chroniques graves et complexes sont notamment pénalisés par ce système. Trois initiatives parlementaires (07.483 Bea Heim, 07.484 Thérèse Meyer, 07.485 Ignazio Cassis) ont été déposées en faveur du renforcement du statut des médecins généralistes. Elles visent à optimiser la procédure d'évaluation de l'économicité des prestations médicales.

Le 17 octobre 2008, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a procédé à l'examen de ces trois initiatives, auxquelles elle a donné suite. Son homologue du Conseil des Etats s'est ralliée à cette décision le 27 janvier 2009. Enfin, le 4 mai 2009, la CSSS-N s'est penchée sur deux propositions qui demandaient, pour l'une, de renforcer la médecine de premier recours en encourageant les réseaux de soins intégrés et, pour l'autre, de réviser l'art. 56 LAMal. Une proposition visant à encourager les réseaux de soins intégrés (objet 04.062 «Managed Care») a été élaborée en priorité. Elle a été adoptée le 16 juin 2010. La commission a alors repris ses délibérations concernant les trois initiatives parlementaires le 19 février 2010, qu'elle a terminées le 11 mai 2010. Le secrétariat de la commission a préparé ensuite, en collaboration avec l'administration, un projet d'acte assorti d'un rapport. Ces deux documents ont alors été soumis une nouvelle fois à la sous-commission LAMal, qui les a approuvés à l'intention de la commission. Le 21 janvier 2011, la CSSS-N a adopté le projet d'acte et le rapport et les a transmis au Conseil national pour examen et au Conseil fédéral pour avis.

Le projet prévoit que l'art. 56 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) soit complété par un nouvel al. 6, qui obligera les fournisseurs de prestations et les assureurs à définir ensemble une méthode pour le contrôle de l'économicité. Cette méthode, transparente et conçue en partenariat, doit remplacer celle que les assureurs ont développée. L'objectif est de mettre en place une évaluation qualitative du caractère économique des prestations, qui tienne compte de la morbidité de l'ensemble des patients du médecin concerné. En vertu des dispositions transitoires, le Conseil fédéral définira une méthode pour le contrôle de l'économicité si, dans les douze mois suivant l'entrée en vigueur de la modification de la loi, les fournisseurs de prestations et les assureurs ne parviennent pas à en arrêter une d'un commun accord.

## **2**

### **Avis du Conseil fédéral**

Le Conseil fédéral reconnaît l'importance de garantir la transparence de la méthode utilisée pour contrôler le caractère économique des prestations. Il salue donc la proposition selon laquelle les assureurs et les fournisseurs de prestations seraient obligés de définir ensemble une nouvelle méthode. De l'avis du Conseil fédéral, cette démarche commune implique toutefois que les assureurs acceptent d'ouvrir la discussion sur leur modèle de calcul, en expliquant également en quoi consistent les différents stades de la procédure, et que les fournisseurs de prestations communiquent les informations permettant d'affiner la méthode.

Sur le fond, le Conseil fédéral approuve la proposition de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national. Par contre, le Conseil fédéral doute que le délai de douze mois prévu par les dispositions transitoires soit suffisant pour mettre en place une solution partenariale. Dès lors, un délai plus long, de 24 mois, lui semble plus approprié.

## **3**

### **Proposition du Conseil fédéral**

Le Conseil fédéral approuve le projet de loi sur le fond, mais propose que le délai imparti aux assureurs et aux fournisseurs de prestations pour s'accorder sur une méthode commune soit prolongé de 12 mois à 24 mois.

