



Fiche d'information

Date

19 août 2020

Premier point de contact

Afin de renforcer la coordination, d'éviter les traitements non justifiés médicalement et d'améliorer la qualité des soins, tous les assurés doivent avoir un premier point de contact auquel s'adresser en cas de problèmes de santé. Ils peuvent le choisir librement parmi une liste cantonale. Environ 70 pourcent des assurés disposent déjà d'un modèle d'assurance avec choix limité du fournisseur de prestations, par exemple un modèle avec médecin de famille.

Rôles et responsabilités

Le premier point de contact conseille l'assuré et décide si une consultation ou un traitement est nécessaire. Il peut soit traiter directement l'assuré, soit le déléguer à un autre fournisseur de prestations.

Les médecins de famille, les cabinets de groupe et les centres de télémédecine sont les principaux premiers points de contact. Pour pouvoir remplir cette fonction, les médecins doivent disposer d'un des titres suivants : médecine interne générale, pédiatrie, médecin praticien. Si, lors de l'entrée en vigueur de cette modification de la LAMal, un médecin de premier recours en activité ne dispose pas d'un des titres mentionnés ci-dessus, il a la possibilité de prouver qu'il a obtenu d'une autre manière les connaissances et l'expérience requises.

Les cabinets de groupe et les centres de télémédecine pourront aussi être reconnus en tant que premier point de contact. Ils devront disposer de médecins au bénéfice d'un des titres postgrades susmentionnés. Le projet de loi prévoit en outre la création de nouveaux réseaux de soins coordonnés. Eux aussi pourront faire office de premier point de contact.

Règles de remboursement et forfaits

La prise en charge par les assureurs se limite en principe aux prestations fournies par le premier point de contact santé ou sur délégation de celui-ci. En cas d'urgence, l'assuré peut cependant s'adresser directement au fournisseur de prestations adéquat. Le Conseil fédéral peut prévoir d'autres exceptions. Il pourrait autoriser les assurés à consulter directement certains spécialistes (p. ex. en ophtalmologie, en gynécologie).

L'assureur paie un forfait au premier point de contact pour chaque assuré l'ayant choisi. Il est versé même si l'assuré ne nécessite aucune prestation.

Sur demande des partenaires tarifaires, le Conseil fédéral fixe le forfait. Il définit également les prestations qui sont payées par ce biais.

Économies

Aujourd'hui, environ 70 pourcent des assurés ont conclu une assurance avec choix limité du fournisseur de prestations (avec ou sans franchise à option). Pour ces modèles d'assurance, les assureurs ont indiqué avoir réalisé en moyenne des économies de l'ordre de 14 pourcent (en tenant compte des risques). L'introduction d'un premier point de contact pourrait entraîner des économies de plusieurs centaines de millions de francs.

Plus d'informations :

Office fédéral de la santé publique, Médias et communication, tél. +41 58 462 95 05, www.ofsp.admin.ch