

Fiche d'information

L'obligation de contracter risque-t-elle d'être supprimée ?

Motion 23.4088 Hegglin « LAMal. Assouplissement de l'obligation de contracter »

De quoi s'agit-il ?

Le 27 septembre 2023, Peter Hegglin, conseiller aux États du canton de Zoug, membre du groupe parlementaire du Centre, membre du conseil d'administration de santésuisse et président de l'association des petits et moyens assureurs-maladie RVK, a déposé la [motion 23.4088](#).

« Le Conseil fédéral est chargé de modifier la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) afin d'assouplir l'obligation de contracter dans les domaines ambulatoire et hospitalier. Il respectera les principes suivants afin de garantir la même qualité de soins aux patients :

- garantie de la sécurité des soins ;
- respect des exigences de qualité et d'économie ;
- garantie d'un comportement correct et conforme à la concurrence. »

Que pense la FMH de cette motion ?

La FMH s'est clairement prononcée contre la motion 23.4088 dans le cadre d'une alliance regroupant les associations ARTISET, ChiroSuisse, FAMH, FSP, H+, ivr-ias, pharmaSuisse, physioswiss, SBK-ASI et FSSF.

Nous défendons l'obligation, pour les caisses-maladie, de conclure un contrat avec tous les fournisseurs de prestations, car c'est le seul moyen de pouvoir **choisir librement** son médecin pour les soins relevant de l'assurance obligatoire. Assouplir l'obligation de contracter, c'est aussi renouer avec la **sélection des risques** : comme les assureurs privilégieraient les fournisseurs de prestations au meilleur coût, la prise en charge de patients particulièrement malades et « onéreux » deviendrait un risque pour les professionnels de santé ; les malades « onéreux » ne trouveraient alors plus de fournisseurs de prestations. Les **personnes atteintes de maladie chronique** seraient également pénalisées. Les changements de professionnels de santé imposés par leur caisse pourraient provoquer des interruptions de traitement, avec tous les risques que cela comporte. Aujourd'hui déjà, les assureurs peuvent prévoir des restrictions dans les modèles d'assurance alternatifs, que les personnes assurées acceptent ensuite **sur une base volontaire**. Il n'y a aucune raison de les priver de cette possibilité de choix et de leur imposer une sélection par les caisses-maladie. De plus, les professions de la santé deviendraient moins attrayantes, ce qui renforcerait la **pénurie de personnel qualifié**.

Et que disent les différents acteurs ?

Le **Conseil fédéral** rejette le projet parce qu'il entrave la mise en œuvre de la nouvelle législation régissant l'admission des fournisseurs de prestations. Les **cantons** s'y opposent également, car il permettrait aux assureurs de contourner les décisions cantonales. Au **Parlement**, les **opposants** avancent surtout l'argument d'un pouvoir trop important accordé aux caisses-maladie. Les **partisans** espèrent au contraire freiner la croissance des coûts et des volumes et améliorer la qualité grâce à la concurrence. Cependant, ils oublient qu'au lieu de donner davantage de liberté, ils ne font qu'introduire une réglementation supplémentaire associée à une charge administrative élevée.

Que s'est-il passé jusqu'à présent, et que va-t-il se passer ensuite ?

- **1999-2020** : l'obligation de contracter fait régulièrement l'objet de discussions dans le cadre de divers objets parlementaires (surtout pour limiter le nombre de médecins), mais finit toujours par être rejetée.
- **27 septembre 2023** : la motion Hegglin 23.4088 remet à nouveau en question l'obligation de contracter.
- **29 novembre 2023** : le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.
- **28 juin 2024** : la CSSS-E propose de l'adopter par 8 voix contre 4 et 1 abstention.
- **26 septembre 2024** : le Conseil des États l'adopte par 30 voix contre 12 et 1 abstention.
- **17 janvier 2025** : la CSSS-N propose de l'adopter par 13 voix contre 9 et 3 abstentions.
- **13 mars 2025** : le Conseil national l'adopte par 113 voix contre 72 et 6 abstentions.

Et maintenant ? La motion transmise, le Conseil fédéral doit à présent élaborer un projet de loi qui sera ensuite mis en consultation et débattu au Parlement. Par conséquent, la teneur exacte de la loi prévue est actuellement encore totalement inconnue.

Les arguments détaillés des fournisseurs de prestations

- **Le libre choix, pilier de la LAMal** : l'obligation de contracter des caisses-maladie garantit le libre choix du médecin pour les prestations de l'assurance obligatoire. Le Parlement et la population ont toujours clairement rejeté toute limitation supplémentaire.
- **Sélection des risques** : en cas d'assouplissement de l'obligation de contracter, les assureurs-maladie risquent de privilégier les fournisseurs de prestations au meilleur coût, sans tenir compte du collectif de patients ni de la qualité des prestations. La prise en charge d'un trop grand nombre de patients « onéreux » représenterait un risque et les personnes qui ont particulièrement besoin d'une bonne prise en charge pourraient ne plus trouver de médecins pour les soigner.
- **Péjoration pour les personnes atteintes de maladie chronique** : l'obligation de changer pour un médecin de la liste de l'assureur impacterait plus particulièrement les personnes atteintes de maladie chronique. Combiné à la pénurie de personnel qualifié, ce changement pourrait se traduire par des difficultés d'obtenir un rendez-vous et des interruptions de traitement.
- **Dilution de la planification cantonale des soins** : hormis les cantons, les assureurs-maladie pourraient décider du catalogue des prestations obligatoires, ce qui mettrait à mal le pilotage des soins et la sécurité juridique.
- **Pénurie de personnel qualifié** : exercer la médecine ou reprendre un cabinet perd de son attractivité si la prise en charge par l'assurance obligatoire de ses propres prestations ou de celles de son employeur est incertaine. Cela aurait un impact négatif sur le nombre de professionnels de santé et sur les soins aux patientes et patients.
- **Politique contradictoire** : dans l'attente des effets de la nouvelle réglementation sur les admissions, le Parlement refuse actuellement même les plus infimes ajustements visant à atténuer les difficultés de prise en charge. Procéder maintenant à une réforme en profondeur serait contradictoire et détruirait un compromis durement acquis après de longues années au Parlement.
- **Choix délibéré pour la qualité** : aujourd'hui, les personnes assurées peuvent opter délibérément pour un modèle d'assurance alternatif et acceptent ainsi les quelques restrictions que cela implique parce qu'elles sont convaincues. Cela leur donne la possibilité de décider si elles sont d'accord avec la liste de leur assurance-maladie. Elles peuvent aussi choisir de passer au modèle standard pour éviter les restrictions et payer les coûts supplémentaires qui en découlent. Rien ne justifie de leur retirer cette option, ni de leur imposer le choix de leur caisse-maladie par un assouplissement de l'obligation de contracter.