



# Fiche d'information

---

Date :

9 mai 2018

---

## Limitation des admissions

### Situation initiale

A l'origine, la clause du besoin, introduite en juillet 2002, avait pour but de prévenir l'arrivée excessive de médecins indépendants dans la foulée des accords bilatéraux sur la libre circulation des personnes. La mesure (limitée à trois ans) permettant de freiner les admissions a été prolongée à trois reprises jusqu'en 2011. Le projet « Managed-care » devait par la suite permettre de maîtriser le domaine ambulatoire, mais il fut refusé en votation populaire le 17 juin 2012.

En **juillet 2013**, elle fut réintroduite en urgence, à nouveau pour trois ans, en raison d'une très forte augmentation dans certaines régions du nombre de médecins s'installant en cabinet, provoquant une forte hausse des coûts dans les cantons concernés comme Bâle-Ville, Genève et le Tessin.

Au printemps 2016, après avoir écarté en décembre 2015 un modèle de pilotage proposé par le Conseil fédéral, le Parlement a voté une loi urgente prévoyant la **prorogation jusqu'en été 2019** de la possibilité de limiter le nombre d'admissions de médecins autorisés à pratiquer à charge de l'assurance-obligatoire des soins (AOS, assurance de base). Le Parlement a également demandé au Conseil fédéral d'étudier les alternatives possibles à cette limitation et de lui présenter un nouveau projet pour la remplacer en 2019.

Le 3 mars 2017, le Conseil fédéral a transmis son rapport au Parlement. Il y présente un bilan de la limitation des admissions, ainsi qu'une évaluation des alternatives, à savoir l'assouplissement de l'obligation de contracter, l'introduction de tarifs différenciés, ou encore une amélioration de la gestion des admissions. Ces trois instruments ont été discutés en profondeur par les experts et les principaux acteurs du domaine ambulatoire, dans le cadre de trois workshops qui ont eu lieu au mois de septembre 2016.

En conclusion, il est ressorti des discussions qu'une solution applicable à court terme passait par la mise en place d'un nouveau modèle basé sur l'introduction de critères de qualité supplémentaires et sur une gestion affinée des admissions. En effet, la solution des tarifs différenciés n'est pas applicable, en raison notamment des inégalités que cela créerait pour les patients des différentes régions. L'assouplissement de l'obligation de contracter, qui restreint pour l'assuré le choix du médecin, nécessiterait encore de longues négociations avant d'aboutir à un consensus.

### Pour de plus amples informations:

Office fédéral de la santé publique, division Communication et campagnes, section Communication, [media@bag.admin.ch](mailto:media@bag.admin.ch)  
[www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

Aujourd'hui, tous les cantons, **sauf AI, AR, GR et ZH**, appliquent la limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'AOS, visée à l'**article 55a** de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal). Les médecins ayant exercé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade, n'y sont pas soumis.

## **Dispositif proposé**

Le nouveau dispositif à 3 niveaux augmente les exigences envers les fournisseurs de prestations admis à pratiquer à la charge de l'AOS et permet aux cantons de maîtriser l'offre de façon efficace.

La deuxième partie de la révision de la loi fédérale sur les professions médicales (LPMéd) est entrée en vigueur le premier janvier 2018, ce qui constitue notamment, avec l'entrée en vigueur prochaine de la loi fédérale sur les professions de la santé adoptée par le Parlement le 30 septembre 2016, une base solide garantissant la qualification des personnes autorisées à pratiquer sous leur propre responsabilité professionnelle (voir Fiche d'information LPMéd).

Ce premier niveau du dispositif est complété par des exigences supplémentaires imposées pour pouvoir pratiquer à la charge de l'AOS. Le Conseil fédéral fixera des conditions aux fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire qui souhaitent être admis à pratiquer à la charge de l'AOS. . En parallèle, il pourra également imposer aux médecins qui souhaitent ouvrir leur propre cabinet ou pratiquer dans un cabinet de groupe un examen de connaissance du système de santé suisse. Ceux qui bénéficient d'une expérience professionnelle d'au moins trois ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade en seront dispensés, car ils ont en principe acquis durant cette période les connaissances nécessaires.

Le Conseil fédéral fixera également des charges que devront respecter les fournisseurs de prestations admis à pratiquer à la charge de l'AOS. Il s'agira, par exemple, de participer à des mesures qui visent à améliorer la qualité des prestations ou de la transmission de données nécessaires pour accroître cette qualité. Les cantons devront examiner les nouvelles demandes d'admission sur leur territoire et désigner une autorité chargée de veiller à ce que les fournisseurs de prestations respectent les conditions d'admission et ces nouvelles charges.. Les fournisseurs de prestations qui ne respecteront pas les conditions d'admission et les charges prévues pourront être sanctionnés d'un avertissement au retrait définitif de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Le troisième niveau du dispositif concerne la régulation de l'offre par les cantons. Ceux-ci auront désormais la possibilité de fixer des nombres maximaux de médecins en fonction de leurs besoins, selon les régions et les domaines de spécialités. Ils fixeront ces nombre maximaux pour l'ensemble des médecins, y compris dans le domaine ambulatoire des hôpitaux, en tenant compte de l'évolution générale de leur taux d'activité car de plus en plus de praticiens travaillent à temps partiel. Pour ce faire, ils pourront s'appuyer sur les données des fournisseurs de prestations et des assureurs. Les cantons devront également se coordonner entre eux, afin de tenir compte de la mobilité des patients, qui vont de plus en plus souvent chez un médecin proche de leur lieu de travail ou de loisirs.

Avec le système en vigueur actuellement, c'est le Conseil fédéral qui fixe les nombres maximaux de médecins admis par spécialité (dans l'ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire). Les cantons auront un délai de deux ans dès l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation pour fixer leurs propres nombres maximaux, délai durant lequel la réglementation actuelle restera applicable. Seuls ceux qui veulent limiter le nombre de médecins admis à pratiquer à la charge de l'AOS devront légiférer.

Une autre nouveauté de ce dispositif permettra aux cantons, en cas de hausse massive des coûts dans une spécialité, de bloquer l'admission de tout nouveau fournisseur de prestations.

### **Pour de plus amples informations:**

Office fédéral de la santé publique, division Communication et campagnes, section Communication, [media@bag.admin.ch](mailto:media@bag.admin.ch)  
[www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)