



---

**Modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie :  
2<sup>e</sup> volet de mesures visant à maîtriser les coûts**

**à titre de contre-projet indirect à l'initiative populaire fédérale « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) »**

**Rapport sur les résultats de la procédure de consultation**

---

# Table des matières

---

<b>1</b>	<b>CONTEXTE .....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>PRISES DE POSITION.....</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>APERÇU.....</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>RÉSUMÉ DES PRISES DE POSITION .....</b>	<b>7</b>
<b>4.1</b>	<b>Prises de position sur le projet en général .....</b>	<b>7</b>
<b>4.2</b>	<b>Prises de position sur l'objectif .....</b>	<b>10</b>
4.2.1	Art. 21 Données des assureurs .....	14
4.2.2	Art. 54 Objectifs en matière de coûts, y compris dispositions transitoires.....	15
4.2.3	Art. 54a Catégorie de coûts .....	16
4.2.4	Art. 54b Objectifs des cantons en matière de coûts .....	17
4.2.5	Art. 54c Délais et conséquences en cas de non-respect .....	17
4.2.6	Art. 54d Mesures en cas de dépassement des objectifs en matière de coûts .....	17
4.2.7	Art. 54e Commission fédérale des objectifs en matière de coûts.....	18
4.2.8	Art. 55.....	19
<b>4.3</b>	<b>Prises de position sur le premier point de contact .....</b>	<b>19</b>
<b>4.4</b>	<b>Prise de position sur les réseaux de soins coordonnés .....</b>	<b>26</b>
4.4.1	Art. 35, al. 2, let. o.....	30
4.4.2	Art. 36b Réseaux de soins coordonnés .....	30
4.4.3	Art. 48a Conventions tarifaires avec les réseaux de soins coordonnés, y compris dispositions transitoires.....	31
<b>4.5</b>	<b>Prises de position sur les programmes de prise en charge des patients .....</b>	<b>31</b>
<b>4.6</b>	<b>Prises de position sur l'art. 32, al. 3 (bases juridiques de l'examen différencié de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique, conformément à l'art. 32 LAMal, ainsi que du calcul d'une rémunération aussi avantageuse que possible) .....</b>	<b>33</b>
4.6.1	Art. 32, al. 3.....	33
<b>4.7</b>	<b>Prises de position sur les modèles de prix et les restitutions ainsi que sur l'exception à l'accès aux documents officiels.....</b>	<b>34</b>
4.7.1	Art. 18, al. 2 <sup>septies</sup> , y compris dispositions transitoires .....	37
4.7.2	Art. 42, al. 2, deuxième phrase .....	37
4.7.3	Art. 52b Restitutions.....	37
4.7.4	Art. 52c Exception au droit d'accès aux documents officiels .....	38
<b>4.8</b>	<b>Prises de position sur l'art. 41, al. 1 (Libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse. Pour des tarifs de référence équitables), y compris dispositions transitoires .....</b>	<b>38</b>
<b>4.9</b>	<b>Prises de position sur l'art. 42, al. 3<sup>ter</sup> (Transmission électronique des factures), y compris dispositions transitoires .....</b>	<b>39</b>
<b>4.10</b>	<b>Prises de position sur l'art. 42a, al. 2-3 (Carte d'assuré).....</b>	<b>40</b>

<b>4.11 Prises de position sur l'adaptation de la LAI.....</b>	<b>40</b>
<b>4.12 Prises de position sur l'art. 64, al. 7, let. b et c (Participation aux coûts de maternité : égalité de traitement des patientes) .....</b>	<b>41</b>
<b>4.13 Mesures rejetées.....</b>	<b>42</b>
4.13.1 Introduire un droit de recours (M33) .....	42
4.13.2 Définir un plafond pour les dépenses ambulatoires (M37) .....	43
<b>4.14 Autres propositions.....</b>	<b>43</b>
<b><i>ANNEXE: LISTE DES PARTICIPANTS À LA CONSULTATION.....</i></b>	<b>46</b>

## 1 Contexte

Le 19 août 2020, le Conseil fédéral a chargé le DFI de mener une consultation concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie relative au 2<sup>e</sup> volet de mesures visant à maîtriser les coûts : celui-ci est présenté à titre de contre-projet indirect à l'initiative populaire fédérale « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) » lancée par le Parti démocrate-chrétien (PDC). La consultation a été menée auprès des cantons, des partis politiques, des associations faitières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national, des associations faitières de l'économie qui œuvrent au niveau national et des autres milieux intéressés.

Dans le cadre de la consultation, onze mesures ont été examinées dans les domaines suivants : objectif de maîtrise des coûts, renforcement des soins coordonnés, compétences de la Confédération concernant la prise en charge des prestations médicales, tarifs de référence pour les traitements hospitaliers dans un établissement hors canton choisi par l'assuré et transmission électronique des factures. Dans le projet, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) ont été proposées en lien avec neuf de ces mesures. Sur la base des modifications de la LAMal, des modifications analogues ont été proposées pour la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI). En complément à ces mesures, une précision concernant la participation aux coûts en cas de maternité a en outre été proposée pour assurer l'égalité de traitement des patientes.

Les modifications suivantes de la législation ont été proposées :

1. Introduction d'un **objectif de maîtrise des coûts** visant à définir des objectifs concernant la croissance des coûts pour l'AOS et à fixer des mesures correctives en cas de dépassement des objectifs ;
2. Institution d'un **premier point de contact**, auquel les assurés s'adressent en premier lieu lorsqu'ils ont des problèmes de santé. Celui-ci conseille et traite les patients ou les adresse à un autre fournisseur de prestations ;
3. Renforcement des soins coordonnés grâce à la définition de **réseaux de soins coordonnés** en tant que fournisseurs de prestations distincts ;
4. Promotion de **programmes de prise en charge des patients** afin de renforcer les soins coordonnés ;
5. Réglementation visant à convenir de **modèles de prix et de restitutions éventuelles** ;
6. **Exception à l'accès aux documents officiels** concernant le montant, le calcul et les modalités des restitutions dans le cadre des modèles de prix ;
7. Création de **bases juridiques pour un examen différencié des critères EAE** et pour le **calcul d'une rémunération aussi avantageuse que possible** des analyses, des médicaments ainsi que des moyens et appareils ;
8. Fixation de **tarifs de référence pour les traitements hospitaliers dans un établissement hors canton choisi par l'assuré** afin d'encourager la concurrence intercantonale entre les hôpitaux ;
9. Obligation aux fournisseurs de prestations et aux assureurs de **transmettre les factures par voie électronique** ;
10. **Assurance-invalidité** : approche analogue ou parallèle à celle de la LAMal concernant la réglementation en vue de la conclusion de modèles de prix et de restitutions éventuelles, l'exception à l'accès aux documents officiels concernant le montant, le calcul et les modalités des restitutions dans le cadre de modèles de prix, la création des bases juridiques pour un examen différencié selon les critères EAE et la transmission électronique des factures ;
11. **Proposition de précision concernant la participation aux coûts en cas de maternité** pour assurer l'égalité de traitement des patientes.

## 2 Prises de position

Dans le cadre de la consultation, 328 prises de position des organisations et personnes suivantes ont été reçues :

- tous les cantons ainsi que la CDS ;
- 8 des partis politiques représentés au sein de l'Assemblée fédérale (PBD, PDC, EVP, pvl, PES, PLR, PSS, UDC) et Alternative Liste Zürich ;
- le Groupement suisse pour les régions de montagne (SAB), l'Union des villes suisses (UVS), l'Association des Communes Suisses (ACS) ainsi que Arbeitsgruppe Berggebiet ;
- 7 associations faïtières de l'économie qui œuvrent au niveau national (ASSGP, CP, economiesuisse, UPS, USS, usam, scienceindustries) et 3 associations faïtières de l'économie qui œuvrent au niveau régional (FER, GRIP, Handelskammer beider Basel) ;
- 3 associations de consommateurs (ACSI, FRC, SKS) et la Commission fédérale de consommation (CFC) ;
- 30 associations et organisations de patients (AGILE.CH, AGS, Blaues Kreuz Schweiz, CFCH, chronischkrank.ch, Ehlers-Danlos Netz Schweiz, Engagés pour la Santé, Evivo, FSP / DVSP, GELIKO, graap, IGSK, kindsverlust.ch, Krebsliga Schweiz, LdS, Lungenliga Schweiz, Netzwerk Gutes Alter, oncosuisse, PCS, Procap, ProRaris, QCC, RDAF, SF MVB, SGB-FSS, SPO, SSR, VASOS FARES, Verein Morbus Wilson, verein-mps) ;
- 107 associations de fournisseurs de prestations concernés (AllKidS, Argomed, ARLD, ASPS, ASI, ALOSI, AVASAD, BK-Heb, CURAVIVA, DAKOMED, DLV, EVS, FMCH, vaka, H+, imad, IGGH-CH, iph, KSA, KSB, K/SBL / C/APSL, LUPS, MEDGES, mfe, mws, OdA AM, SGP, VSSG, physiosuisse, PKS, PBL, PUK, PULSUS, SBK, SGAP-SPPA, SGPMR, SGI, SNG, SVS, SVPC, SGAIM, SGDVG, pharmaSuisse, SDV, SHV, svbg, SVDE ASDD, GSASA, VFP, Spitex Schweiz, SGM, SMHC, SSIPM, unimed-suisse, UPD, USB, FAMH, VPSB, VSVA, vsao, senesuisse, VKZ, FMPP, FMH, VLSS, mediX, VBSAE, VDPS, VKJC, VPPS, vips, ZHAW/IHB, zmed, Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, ChiroSuisse, Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie Sektion Schaffhausen, Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Gesundheitszentrum Fricktal AG, Hirslanden AG, Hirslanden Klinik Birshof AG, Hirslanden Klinik St. Anna, Insel Gruppe AG, Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland, Interessengemeinschaft Schweizer Pharma KMU, Klinik Schützen Rheinfelden, medswiss.net, P.IP, Privatklinik Wyss, Psychiatrische Dienste Aargau AG, Salina Medizin AG (Rehaklinik), Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie, Service de dermatologie et vénéréologie Hôpitaux Universitaires de Genève, Spital Zollikerberg, Stadtspital Waid und Triemli, Swiss Cancer Screening, Swiss Dental Hygienists, Swiss Medical Network, Swiss Nurse Leaders, Triaplus AG, Universitätsklinik Balgrist, Verein Barmelweid, Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler, KJM, ZRS) ;
- KKA et 11 associations de médecins (dentistes) (AAV, AeGLU, AGZ, ÄTG, BEKAG, BüAeV, KOCH, OMCT, SMVS, SSO, SVM, VKZS) ;
- 54 membres de la SGDVG ;
- 36 membres de la FMPP ;
- 5 médecins en cabinet indépendant ;
- 3 associations d'assureurs (curafutura, santésuisse, SVV) et 4 assureurs (Assura, CSS, Groupe mutuel, SWICA) ;
- 17 autres parties (ABSG, AEG, alliance F, AT, Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen, FGS, fmc, GFCH, IG eHealth, MediData AG, MTK, Öffentlichkeitsgesetz.ch, PHS, Public Eye, PRISM, SAGES, Swiss Medtech) et 6 particuliers.

### 3 Aperçu

Les différents retours concernant les mesures du projet mis en consultation sont brièvement résumés ci-après :

Un total de 280 participants à la procédure de consultation se sont exprimés au sujet de la mesure « **Objectif** », qui a été rejetée par une large majorité. Les fournisseurs de prestations ainsi que les associations de patients et de consommateurs rejettent en premier lieu la mesure, tout comme de nombreux assureurs et organisations de l'économie. En revanche, une majorité des cantons se prononcent favorablement mais avec prudence, en partageant de nombreuses réserves et incertitudes. Les retours sont tout autant variés du côté des partis et des associations des communes, des villes et des régions de montagne.

Un total de 301 participants à la procédure de consultation se sont exprimés au sujet de la mesure « **Premier point de contact** », qui a été rejetée par une large majorité, notamment par les fournisseurs de prestations, les associations de l'économie et associations d'assureurs, les associations faïtières des communes, des villes et des régions de montagne, ainsi que par les associations et organisations de patients. Les associations de consommateurs, une grande partie des cantons et certains partis politiques se sont en revanche prononcés favorablement au sujet de la mesure.

Un total de 282 participants à la procédure de consultation se sont exprimés au sujet de la mesure « **Réseaux de soins coordonnés** ». Dans l'ensemble, presque toutes les prises de position sont favorables à la promotion des soins coordonnés ; de nombreux acteurs s'opposent toutefois à la mesure elle-même. Les cantons, les associations des communes, des villes et des régions de montagne, les associations de consommateurs et les organisations de patients y sont particulièrement favorables. Une grande partie des fournisseurs de prestations, des associations faïtières de l'économie, des assureurs et des partis politiques se prononcent en revanche défavorablement à son sujet.

Un total de 206 participants à la procédure de consultation se sont exprimés au sujet de la mesure « **Programmes de prise en charge des patients** », qui a été saluée par une majorité. Les fournisseurs de prestations émettent des avis divergents, alors que les assureurs rejettent la mesure.

Concernant la mesure **de création de bases juridiques pour un examen différencié des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité conformément à l'art. 32 LAMal, ainsi que pour le calcul d'une rémunération aussi avantageuse que possible**, un total de 249 participants à la procédure de consultation se sont exprimés. La mesure a été saluée par une majorité. La proposition est soutenue par une grande partie des cantons, des associations de consommateurs et des assureurs, ainsi que par certains partis politiques, organisations de patients et fournisseurs de prestations. Les associations faïtières de l'économie rejettent la mesure.

Concernant les mesures « **Modèles de prix et restitutions éventuelles** » et « **Exception à l'accès aux documents officiels** », un total de 126 participants à la procédure de consultation se sont exprimés. Les modèles de prix ont été salués par une grande majorité, mais certains assureurs et fournisseurs de prestations émettent un avis critique. L'exception à la loi sur la transparence a en revanche été rejetée par une majorité des acteurs, dont une partie des associations faïtières de l'économie, des partis politiques, des fournisseurs de prestations, des organisations de patients ainsi que la majorité des assureurs et des associations de consommateurs.

Un total de 102 participants à la procédure de consultation se sont exprimés au sujet de la mesure « **Libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse. Pour des tarifs de référence équitables** », qui a été saluée par une large majorité. Une partie des fournisseurs de prestations, des partis politiques et des cantons se prononcent défavorablement au sujet de la mesure.

Un total de 145 participants à la procédure de consultation se sont exprimés au sujet de la mesure « **Transmission électronique des factures** », qui a été saluée par une majorité. Une

partie des fournisseurs de prestations émettent un avis critique. Concernant les modifications relatives à la carte d'assuré, un total de 17 participants à la procédure de consultation se sont prononcés favorablement.

Un total de 48 participants à la procédure de consultation se sont exprimés au sujet de **modifications analogues dans la loi sur l'assurance-invalidité (LAI)**. Les modifications sont en grande partie jugées favorablement. Les associations et organisations de patients manifestent cependant des réticences.

Concernant les modifications relatives à la **participation aux coûts en cas de maternité pour assurer l'égalité de traitement des patientes**, un total de 48 participants à la procédure de consultation se sont exprimés. La mesure a été saluée par une majorité. Les associations faitières de l'économie rejettent dans leur ensemble la mesure.

## 4 Résumé des prises de position

### 4.1 Prises de position sur le projet en général

La **CDS** et une grande partie des **cantons** (AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TI, UR, VD, VS, ZH, ZG) saluent la direction prise par le programme de maîtrise des coûts et soutiennent en majorité les modifications de loi proposées. Ils soulignent l'importance de garantir une vue d'ensemble du système et de prendre en considération en particulier la sécurité et la qualité des soins. Ils sont par ailleurs de l'avis que certaines des mesures, comme l'objectif de maîtrise des coûts et le premier point de contact, ne sont pas encore suffisamment abouties et incitent à orienter le volet de mesures sur les soins coordonnés. Quelques cantons rejettent explicitement une des deux mesures (GL, SG, AI, VS). Selon GL, la conception proposée des mesures relègue les aspects économiques du domaine de la santé au second plan, entraînant le risque que l'État ne soit plus en mesure de remplir sa fonction centrale de coordination et de gouvernance sans effets négatifs significatifs sur la qualité, la prévention et la santé publique. SG craint également des effets secondaires indésirables, comme un rationnement de prestations efficaces, appropriées et économiques. GR souligne que dans le cadre de la mise en œuvre de la mesure « Renforcement des soins coordonnés » en particulier, il faut veiller à ne pas entraver les développements qu'ont déjà initiés les cantons en matière de soins coordonnés. BE fait valoir que la charge administrative ne devrait pas augmenter, sinon cela compromettrait les économies visées, et se demande s'il n'existe pas un risque que les mesures ne se montrent que peu efficaces pour maîtriser les coûts. VD et NE continuent de souligner le rôle important des cantons en tant que responsables et garants des soins et se montrent satisfaits des nouvelles compétences que le 2<sup>e</sup> volet de mesures leur attribue. TI souligne au contraire qu'il faudrait mettre l'accent essentiellement sur les mesures initiées par les partenaires tarifaires et les cantons. TG rejette l'ensemble du projet, estimant que celui-ci s'oppose aux objectifs de la Constitution fédérale et au principe d'assurance tel qu'il figure dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Selon ce canton, la procédure d'approbation des primes devrait plutôt être examinée dans son ensemble afin de pouvoir répondre aux demandes des cantons, de renforcer l'application des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité et de répondre à l'obligation du Conseil fédéral de mettre en œuvre l'assurance qualité dans le domaine ambulatoire, dont il a la charge depuis 1998.

Les **partis politiques** soutiennent les efforts du Conseil fédéral visant à mettre en œuvre des mesures d'économie dans le système de santé. Le PBD, le PDC et le pvl saluent la proposition du Conseil fédéral laquelle, avec ce 2<sup>e</sup> volet, présente des mesures concrètes. Le PSS et AL ZH soulignent que les mesures d'économie ne pourraient être mises en œuvre que si elles ne portent pas préjudice à la qualité des soins et la sécurité des patients et n'engendrent aucun rationnement ni inégalités sociales, particulièrement pour les groupes de population les plus vulnérables et les plus faibles. Il convient d'éviter le développement d'une médecine à deux ou plusieurs vitesses. L'EVP souhaite se concentrer sur la meilleure utilisation possible des compétences des différents professionnels de la santé afin de renforcer les

soins de base et d'améliorer la qualité de vie des patients. Le PPS et l'EVP soutiennent la direction prise par l'initiative pour un frein aux coûts, mais rejettent cependant la proposition pour différentes raisons (absence de nécessité de modifier la Constitution, peur d'un rationnement, médecine à deux vitesses). Le PES souligne que le système de santé souffre de défauts systémiques, qui ne sont pas traités par la présente réforme : nombre des problèmes constatés aujourd'hui sont la conséquence d'une commercialisation toujours plus importante de la santé. Des réformes majeures seraient nécessaires, avec pour objectif un renforcement du principe de service public ainsi qu'un développement de la gouvernance publique et du financement social dans le domaine de la santé. Le PLR et l'UDC rejettent le 2<sup>e</sup> volet de mesures sous forme de contre-projet indirect, car celui-ci ne soutient en aucun cas une concurrence régulée dans le système de santé, mais mène à une étatisation complète du système et ne présente pas de potentiel d'économie certain.

Parmi les **associations faïtières des communes, des villes et des régions de montagne**, le SAB, AG Berggebiete et l'ACS rejettent le contre-projet indirect, et avec lui le volet de mesures. Ils partagent en effet la crainte que les nombreuses dispositions et les prescriptions strictes compliquent le système de santé et rendent plus difficiles la mise en place de soins réellement coordonnés et la collaboration interdisciplinaire, avec pour conséquence de manquer l'objectif visé qu'est la maîtrise des coûts de la santé (ACS) et d'augmenter, au travers des mesures proposées, le fossé entre coûts et qualité des soins dans les régions rurales (SAB, AG Berggebiete). Seule l'UVS salue dans l'ensemble les mesures visant à maîtriser les coûts. La qualité des prestations médicales et la sécurité des soins doivent toutefois être garanties, et une médecine à deux vitesses doit être évitée.

Parmi les **associations faïtières de l'économie**, l'USS déclare comprendre la motivation du Conseil fédéral, mais souligne toutefois que compte tenu de la pénurie de personnel et du taux élevé de départs au sein du personnel soignant, il faut à tout prix éviter une nouvelle dégradation des conditions de travail des professionnels. La FER et l'usam préconisent également une maîtrise des coûts, mais rejettent toutefois le volet de mesures et le contre-projet indirect. L'usam dénonce en premier lieu le manque de priorités dans le système de santé qui permettrait de concentrer les mesures d'économie en premier lieu sur les domaines onéreux et où règne une surabondance de l'offre. Tout comme l'ASSGP, elle estime que la discussion autour des coûts devrait toujours inclure les domaines du système de santé qui ne sont pas pris en charge par l'AOS, car ils peuvent sans aucun doute éviter certains coûts dans le domaine de l'AOS, p. ex. dans le domaine de l'automédication. Selon scienceindustries, GRIP et Handelskammer beider Basel, l'approche unilatérale du projet en matière de maîtrise des coûts ne contribue que peu à façonner un système de santé durable et tourné vers l'avenir, et alourdit surtout la charge administrative de tous les acteurs concernés. Les prestations et la qualité pour les patients sont réduites, l'accès à l'innovation limité et le potentiel en matière d'innovation affaibli. Ces mesures devraient placer les intérêts des patients au cœur de la politique de santé et soutenir un écosystème garantissant des données de santé de qualité. De plus, ils considèrent l'introduction de nouvelles mesures dans le domaine pharmaceutique comme prématurée tant que les effets du nouveau réexamen triennal des prix des médicaments n'ont pas encore pu être entièrement évalués.

Les **associations de consommateurs** sont en majorité favorables au projet. La FRC et l'ACSI craignent toutefois que la majorité des mesures soient trop complexes et vastes pour être efficaces, et que leurs chances de succès au Parlement, ou devant le peuple en cas de référendum, soient donc faibles. La SKS souligne qu'outre la réduction des coûts, il est important d'assurer le maintien voire l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

Les **assureurs et leurs associations** s'opposent au 2<sup>e</sup> volet de mesures. La CSS, assura et santésuisse identifient dans le 2<sup>e</sup> volet des idées importantes pour freiner de manière durable l'augmentation des coûts, mais rejettent certaines mesures au motif qu'elles introduisent une régulation excessive et en raison d'un possible manque de transparence (CSS) ou contestent leurs effets en matière de maîtrise des coûts (santésuisse). Curafutura, SWICA,



le Groupe mutuel et SVV rejettent l'ensemble des mesures, mais reconnaissent une nécessité d'agir. SantéSuisse et curafutura soulignent que dans l'ensemble, il faudrait favoriser des solutions qui, dans le but de maîtriser les coûts, reposent sur de meilleures incitations, sur la concurrence, la liberté contractuelle et des décisions décentralisées. À cet effet, il conviendrait en premier lieu de viser une amélioration des conditions-cadres et une mise en œuvre effective des réglementations en vigueur (curafutura, SVV). Les modifications prévues dans la LAMal limiteraient la concurrence axée sur les bénéficiaires, dégraderaient les conditions-cadres en matière d'innovation au détriment des assurés, affaibliraient les partenariats tarifaires et annonceraient le début d'une étatisation du système de santé (curafutura, SWICA, Groupe mutuel, SVV). SWICA estime en outre que le projet est trop vaste et qu'il ne peut être mis en œuvre au niveau politique et recommande de scinder le projet. Elle met également en lumière les points faibles du projet, comme le manque d'évaluation des effets concrets des mesures sur les coûts, ainsi que d'autres révisions de la LAMal en cours. Finalement, SWICA incite à davantage de clarté au sujet de la conception future du système de santé.

Une large majorité des **fournisseurs de prestations** reconnaissent la problématique des coûts et se déclarent prêts à chercher des solutions pour mieux exploiter le potentiel d'efficacité, mais ils rejettent toutefois l'initiative tout comme le contre-projet indirect (p. ex. H+ et d'autres hôpitaux). Beaucoup s'attendent à de lourdes conséquences pour la sécurité et la qualité des soins, ce qui créerait une médecine à deux vitesses et des rationnements. Par ailleurs, le projet limite le libre choix des patients et engendrerait des inégalités sociales (notamment la FMH, GFZ, KKA et d'autres associations des médecins cantonales, Klinik Schützen Rheinfelden, PKS, SMAG, SSO, unimedSuisse, Universitätsklinik Balgrist, vaka, vips, VKZS, VLSS, VZK). En revanche, la concurrence en matière de qualité doit être poursuivie, tout comme d'autres révisions pendantes (VZK, Balgrist, PKS, SGDv). Une gouvernance orientée uniquement sur l'aspect financier présente par ailleurs le risque que l'on tente d'atteindre l'augmentation de l'efficacité souhaitée en exerçant une pression sur le personnel de santé, ce qui ne ferait qu'empirer le manque de personnel qualifié (ÄTG, SBK-ASI). Au contraire, les pouvoirs de décision détenus par les médecins devrait être moins prédominants, au bénéfice de ceux du personnel soignant, ce qui contribuerait également à maîtriser les coûts. Une grande partie des fournisseurs de prestations voient ici la confirmation que la concurrence régulée sera remplacée par une gestion du système de santé centralisée, planifiée et qui se focalise uniquement sur les économies de coûts. Selon eux, cette approche freinerait l'innovation et constituerait un frein aux partenariats tarifaires (notamment FMCH, FMH, GFZ, Hirslanden AG et les cliniques affiliées, iph, IPW, LUPS, PBL, PKS, PUK, SGM, SGAP-SPPA, SGDv, Verband angehörige Ärztinnen und Ärzte, SMHC, SVPC, Triaplus AG, UPD, vaka, VDPS, VKJC, VLSS, VPPS, VZK, pharmaSuisse, SSO, VKZS, VSVA). Il existe un risque important que le rôle multiple des cantons devienne encore plus compliqué et que la bureaucratie augmente (Hirslanden Klinik Birshof, PKS). La FMH va même jusqu'à mettre en doute la compatibilité des mesures avec la Constitution. Diverses prises de position font état d'une certaine irritation liée à la similitude de certaines mesures avec le projet de loi Managed Care, qui a été rejeté en votation populaire (KKA et associations de médecins cantonales, VLSS). D'autres critiquent le fait que les mesures se concentrent principalement sur les fournisseurs de prestations (notamment mfe, KKA et associations de médecins cantonales, SGP, SGAIM, vaka). Les fournisseurs de prestations du domaine stationnaire en particulier expriment leur incompréhension face aux mesures visant à maîtriser les coûts, alors qu'en raison de la pandémie de coronavirus, les hôpitaux font actuellement face à des coûts supplémentaires élevés qu'ils doivent prendre en charge eux-mêmes (GFZ, Klinik Schützen Rheinfelden, vaka). Quelques fournisseurs de prestations soulignent que l'augmentation du volume des prestations, injustifiable médicalement, ne constitue pas un problème (VBSAE) et que les développements actuels montrent que les coûts se sont stabilisés (SGDv, unimedSuisse). En outre, une analyse des coûts justifiés et non justifiés fait défaut, tout comme l'urgence d'une identification nécessaire des priorités dans le domaine de la

santé (Spitex Schweiz, CURAVIVA, senesuisse), et une réflexion concernant le système dans son ensemble (ASPS).

Une large majorité des **associations et organisations de patients** se prononcent favorablement au sujet du 2<sup>e</sup> volet. Presque tous soulignent toutefois que la qualité des soins et la sécurité des patients ne peuvent en aucun cas être compromises en raison des mesures de maîtrise de coûts, et que l'égalité des chances doit être garantie (AGS, Blaues Kreuz Schweiz, chronischkrank.ch, GELIKO, Krebsliga Schweiz, Lungenliga Schweiz, oncosuisse, QCC, SGB-FSS, SPO). Des aspects importants, comme des mesures dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention, font défaut (AGS, Blaues Kreuz Schweiz, chronischkrank.ch, EPS, evivo, FSP/DVSP, GELIKO, Krebsliga Schweiz, Lungenliga Schweiz, oncosuisse, QCC, Seniorenrat, SF MVB, VASOS FARES). En raison de la conception peu claire des mesures, les conséquences sur la qualité des traitements pour les patients restent incertaines ; il est donc difficile de se forger un avis précis à ce sujet. Selon la mise en pratique concrète des mesures, il existe un risque qu'elles produisent des effets négatifs sur les patients atteints de maladies rares et qu'elles engendrent des rationnements ; pour cette raison, de nombreux acteurs rejettent explicitement l'initiative pour un frein aux coûts (VASOS FARES, EPS, Verein Morbus Wilson, AGILE.CH, graap, verein-mps, ProRaris, CFCH). Seniorenrat et VASOS FARES regrettent que la politique n'ait pas réussi à conjuguer le nouveau modèle de financement avec une obligation de preuve de la qualité de l'indication et du traitement et un renforcement de la qualité. FSP/DVSP regrette qu'avec la modification de la loi, les assureurs assumeront une responsabilité trop faible. Par ailleurs, l'objectif de la révision devrait être de concevoir un système plus simple et de garantir le respect des droits des patients (FSP/DVSP, EPS).

**D'autres organisations** critiquent le 2<sup>e</sup> volet de mesures, qu'elles estiment insuffisamment structuré (BFG, FGS) : les différentes mesures ne présentent ni un lien systémique ni un potentiel d'économie démontrable, ni même plausible, dans le domaine concerné. Certaines mesures pourraient même, en raison de la charge administrative qui en découlerait, engendrer une augmentation des coûts. Les mesures reposent en outre sur une vision étatique unilatérale et mèneraient à une augmentation massive de planification de l'État, qui ne s'accompagne pas de bénéfices significatifs. Selon IG eHealth également, les objectifs de réduction des coûts et d'amélioration de l'efficacité ne seront pas atteints avec les mesures proposées. Par ailleurs, la promotion d'outils numériques fait défaut. BFG regrette que certaines mesures proposées par le groupe d'experts aient été écartées. Selon fmc, la vision unilatérale concernant les coûts risque de trop peu prendre en compte la question de la qualité. Toutes les mesures devraient pourtant systématiquement garantir la qualité des soins ainsi que l'égalité des chances et d'accès aux soins.

#### 4.2 Prises de position sur l'objectif

Au total, **280 participants à la procédure de consultation** se sont exprimés au sujet de cette mesure, qui a été rejetée **par une large majorité**. Ce sont en particulier les fournisseurs de prestations ainsi que les associations de patients et de consommateurs qui rejettent cette mesure, mais également de nombreux assureurs et organisations de l'économie. La majorité des cantons s'y montrent en revanche prudemment favorables, même s'ils émettent de nombreuses réserves et incertitudes à cet égard. Les avis des partis et des associations des communes, des villes et des régions de montagne sont tout aussi divergents.

La **CDS** et de nombreux **cantons** (ZH, LU, UR, ZG, SZ, OW, NW, FR, SO, BS, BL, SH, AR, GR, AG, VD, VS, NE, GE, JU) accueillent favorablement l'idée de gérer l'augmentation des coûts en laissant une marge de manœuvre aux cantons. Ils estiment toutefois que le projet n'est pas suffisamment mûr et concret et émettent notamment des critiques quant à son approche *top-down*, à son applicabilité dans la pratique et à ses conséquences sur les soins. Les petits cantons en particulier estiment qu'une adaptation annuelle n'est pas envisageable. Les pronostics en matière de coûts sont incertains, et la fixation d'un objectif consolide une approche cloisonnée en catégories de coûts. Certains cantons se montrent très critiques à l'égard

de cette mesure (BE), voire la rejettent complètement (AI, GL, SG, TG), estimant que la limitation des admissions et la planification hospitalière suffisent à contrôler les coûts. À leurs yeux, le projet n'a pas été mûrement réfléchi, entrave les soins coordonnés, conduit à une surcharge administrative et est difficilement applicable, en particulier pour les petits cantons. Pour TI, le pilotage des coûts ne doit pas se faire selon une approche *top-down*, mais plutôt au niveau des cantons et des différentes zones tarifaires, par exemple au moyen de budgets globaux pour le domaine stationnaire, de tarifs dégressifs ou de la gestion de l'offre de soins ambulatoires. SH suggère de considérer des corrections basées sur les quantités et non sur les prix, par exemple au moyen de contrats de prestations stationnaires, de restrictions d'admissions dans le domaine ambulatoire, d'une limitation du nombre de points tarifaires ou de traitements hospitaliers choisis par l'assuré dans les hôpitaux répertoriés du canton. Les adaptations tarifaires nécessitent plusieurs années et sont compensées par la multiplication des prestations. Certains cantons (ZH, VD, VS, NE) souhaitent que les répercussions fassent l'objet d'une analyse détaillée dans le cadre de l'analyse d'impact de réglementation et que les résultats soient communiqués dans le message correspondant. BE fait observer qu'il reste à déterminer si et dans quelle mesure le domaine des soins de longue durée sera affecté. Pour la CDS et de nombreux cantons (ZH, BE, LU, UR, GL, ZG, SZ, OW, NW, FR, SO, BS, BL, AR, AI, SG, GR, AG, VD, VS, NE, JU), l'équivalence fiscale plaide certes en faveur du principe du canton de domicile, mais elle entraîne aussi des problèmes de mise en œuvre et va à l'encontre de la logique de la planification hospitalière. VD souhaite que les objectifs se réfèrent au canton dans lequel est implanté le fournisseur de prestations, tandis que ZG prône explicitement le lien avec le canton de domicile. VS souligne que les traitements extracantonaux sont difficiles à contrôler.

Certains **partis** politiques soutiennent la fixation d'objectifs en matière d'évolution des coûts, bien qu'ils émettent certaines réserves quant à la complexité, à l'applicabilité dans la pratique, au rationnement des prestations et à la qualité (PS, PDC, PBD, pvl, PEV). D'autres partis rejettent la mesure, considérant les objectifs comme des budgets globaux coûteux ayant un effet de rationnement (PLR, UDC). Aux yeux du PES, il y a lieu de se demander si les objectifs entravent ou non l'augmentation du volume des prestations. Si un contrôle accru de l'État mérite en soi d'être salué, il ne doit toutefois pas compromettre l'accès aux soins. L'AL ZH rejette les objectifs au motif qu'ils encouragent une médecine à deux vitesses, tandis que l'EVP préférerait des objectifs en matière de coûts échelonnés sur plusieurs années et convenus entre les partenaires tarifaires.

Parmi les **associations faitières des communes, des villes et des régions de montagne**, l'ACS est opposée à la fixation d'un objectif : elle juge en effet qu'il pénalise les personnes soucieuses des coûts, conduit à un rationnement des prestations, à davantage de bureaucratie et à une approche étanche, ce qui va à l'encontre du but visé. Aux yeux de l'UVS, de nombreuses questions restent en suspens, notamment car l'AIR n'est pas encore disponible à l'heure actuelle. La problématique des coûts est uniquement imputée aux fournisseurs de prestations, ce qui ne reflète pas la réelle complexité de la question. L'adoption d'un budget global ne permet pas d'éviter une limitation de l'offre de prestations, et il est difficile de trouver des solutions permettant d'empêcher une médecine à deux vitesses ainsi qu'une détérioration de la qualité et de financer la charge administrative.

Toutes les **associations faitières de l'économie** rejettent les objectifs en matière de coûts : à leurs yeux, ces objectifs maintiennent les structures existantes, freinent l'innovation, ne permettent pas de déterminer la croissance optimale des coûts de manière centralisée (economicsuisse), conduisent à une économie planifiée et à une médecine à deux vitesses (usam), sont contraires au système, génèrent une charge administrative importante et menacent d'entraîner un rationnement des prestations (economicsuisse, usam, scienceindustries, ASSGP, Handelskammer beider Basel, GRIP, CP, FER). L'adoption d'un budget global ne créerait pas davantage d'incitations à fournir des soins de meilleure qualité au meilleur prix (CP). L'usam ne pourrait approuver des objectifs en matière de coûts que s'ils étaient convenus sur une base volontaire entre les partenaires tarifaires. Pour l'USS, il est inhabituel pour le système qu'une assurance sociale ne dispose pas de directives budgétaires. Elle rejette toutefois les

objectifs, avançant que l'effet de maîtrise des coûts est incertain en raison de la complexité de la procédure envisagée et de la marge de manœuvre trop importante.

Certaines **associations de consommateurs** saluent l'idée d'un objectif comme moyen efficace de pilotage des coûts, même si cette proposition implique une charge administrative importante, qu'une analyse de l'impact de la réglementation fait défaut (SKS, ASCI) et qu'il est indispensable d'effectuer un contrôle indépendant de la qualité afin de garantir que les mesures de maîtrise des coûts ne réduisent que les prestations inutiles (EKK). D'autres jugent la proposition trop complexe et préféreraient une procédure plus simple et pilotée par la Confédération, par exemple avec des tarifs dégressifs au-delà d'un certain volume (FRC).

Certaines associations d'**assureurs** considèrent l'approche *top-down* comme peu idéale et préféreraient un pilotage des coûts par les partenaires tarifaires, tel que proposé dans le premier volet de mesures (santésuisse), tandis que d'autres rejettent les objectifs (curafutura, SVV). Elles accueillent toutefois favorablement l'idée de favoriser la transparence et de mettre en place un contrôle des coûts et des volumes (santésuisse, curafutura, SVV). Assura et la CSS soutiennent les objectifs : à leurs yeux, la pression supplémentaire en faveur de l'économicité encourage le partenariat tarifaire (CSS). Le Groupe Mutuel ne soutiendra les objectifs que s'ils sont mis en œuvre par les partenaires tarifaires. Quant à SWICA, elle ne rejette pas les objectifs en matière de coûts en soi, mais estime toutefois que les conséquences doivent être clarifiées et que l'intervention des cantons ne doit être admise que si les partenaires tarifaires ne parviennent à aucun accord.

La quasi-totalité des associations de **fournisseurs de prestations** s'opposent fermement à la fixation d'un objectif sous la forme de budgets globaux effectifs. En effet, les budgets globaux ont un faible impact sur la maîtrise des coûts ; il existe par ailleurs un risque de multiplication des prestations, de réduction de la qualité et de baisse de l'innovation, de rationnement des prestations – surtout au détriment des malades chroniques – ainsi que d'une médecine à deux vitesses au détriment des ménages à faibles ou moyens revenus, l'ensemble étant par ailleurs combiné à une augmentation de la charge administrative (H+, AllKidS, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VA-KA, PBL, Triplus AG, Privatklinik Wyss, PDAG, ASL, ASM, KSA, KSB, VPSB, DSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg, PKS, Swiss Medical Network, Verein Barmelweid, VLSS, VBSAE, VNS, Service de dermatologie et vénéréologie HUG, AeGLu, AGZ, Argomed, BEKAG, FMPP et 36 autres prises de position, ZGPP, ZGKJPP, SGDVG et 54 autres prises de position, AAV, SBK, SNL, SGI, VFP, Spitex Schweiz, AVASAD, iph, vips, VSVA, ZRS, IG Schweizer Pharma KMU, VSSG, PharmaSuisse, FAMH, EVS, svbg, SVDE ASDD, FSP, DAKOMED, SDV, OdA AM, Physioswiss, P.IP, VSAO, KKA, KOCH, BüAeV, omct, SMVS, SVM, ÄTG, FMCH, mfe, SGP, SGAIM, KJM, SGP, SGPMR, SGR, medswiss.net, zmed, FMH, SSO, VKZS, ChiroSuisse, PULSUS, mws, Baur Tobias, Ruoss Cécile). Les sanctions collectives prêteraient les fournisseurs de prestations efficaces (AllKidS, PKS, Swiss Medical Network, IG Schweizer Pharma KMU, PharmaSuisse, FAMH, Physioswiss, mfe, SGP, SGAIM, KJM, SGP). Par ailleurs, la définition d'objectifs en matière de coûts axés sur les coûts plutôt que sur les bénéfices constitue la mauvaise approche. La rémunération n'étant plus basée sur des données économiques, une rémunération inéquitable aurait des répercussions sur la qualité, ce qui impliquerait des coûts totaux supérieurs au potentiel d'économies (SBK, SNL, SGI, VBSAE, VNS, Physioswiss, AGZ, FMPP et 36 prises de position, AeGLu, Argomed, KJM, SGP). Lorsque les prestations sont fournies dans des conditions économiques favorables, les adaptations tarifaires devraient être rejetées (DAKOMED, SDV, OdA AM, KJM, SGP). Les objectifs réduiraient certes la surabondance de l'offre, mais exacerberaient la problématique de prestations excessives, insuffisantes ou inadaptées (AGZ).

Le projet est mal conçu, n'est pas suffisamment motivé et manque de coordination avec la révision de la LAMal, qui vise à renforcer la qualité et l'économicité, ainsi qu'avec l'art. 47c LAMal du volet 1b (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG,

UPD, IPW, SGM, VA-KA, PBL, Triaplus AG, Privatklinik Wyss, PDAG, ASL, ASM, KSA, KSB, VPSB, DSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg, Spitex Schweiz, AVASAD, SGDV et 54 autres prises de position).

Les objectifs sont contraires au principe d'assurance et donc à la Constitution (FMH). Le rationnement des prestations doit être justifié socialement et ne doit pas être délégué aux fournisseurs de prestations. C'est la société qui devrait décider quelles prestations sont assurées ou non (IlKidS, AeGLu, mfe, SGP, SGAIM). Les assureurs et les assurés ne sont toutefois pas tenus de respecter les objectifs en matière de coûts (ÄTG, mfe, SGP, SGAIM).

Dans le même temps, la part des dépenses obligatoires de santé dans le PIB n'est que moyenne en Suisse. Les autres coûts proviennent des domaines financés par les privés, au sein desquels les prestations sont à l'évidence souhaitées et également autofinancées. Les objectifs ne peuvent pas être justifiés par l'ensemble des coûts de la santé en Suisse. La santé constituant un bien supérieur, une augmentation allant au-delà de la croissance du PIB n'est pas problématique en soi (KKA, AGZ, ZGPP, KOCH, BüAeV, omct, SMVS). L'évolution des coûts est gérable (AAV). La charge des primes représente en outre un défi de politique sociale et ne devrait pas aboutir à un débat concentré uniquement sur les coûts en matière de politique de la santé (VBSAE, AGZ, KKA, KOCH, BüAeV, omct, SMVS, SGP, SGR).

Les partenaires tarifaires, tout comme les cantons, deviendraient les exécutants des décisions des autorités fédérales, les flux d'argent seraient contrôlés par la politique, et la concurrence se déplacerait de la qualité et du prix vers les faveurs politiques (lobbyisme) (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VA-KA, PBL, Triaplus AG, Privatklinik Wyss, PDAG, ASL, ASM, KSA, KSB, VPSB, DSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg, Verein Barmelweid, Argomed, ÄTG, mws). Les petites associations de fournisseurs de prestations en particulier ne disposent pas des ressources nécessaires pour avoir une chance dans la lutte permanente pour la répartition des moyens qui en résulterait ; elles seront ainsi particulièrement mises sous pression (EVS, svbg, SVDE ASDD).

Les institutions gérées par les investisseurs sont plus susceptibles de pouvoir s'adapter à la baisse des prix résultant des mesures correctives que les cabinets médicaux indépendants. En raison d'une gestion opérationnelle basée sur des objectifs économiques, ces institutions généreraient des coûts de prestations qui dépassent l'effet de la baisse des prix (AGZ, KKA, KOCH, BüAeV, omct, SMVS). L'exercice libéral de la profession de médecin serait de facto aboli (FMPP et 36 prises de position, ZGPP, ZGKJPP).

Les réseaux de médecins Managed Care se basent déjà volontairement sur des objectifs impliquant des valeurs budgétaires et des systèmes de bonus/malus. Les objectifs compromettent la coordination des fournisseurs de prestations ainsi que le modèle du médecin de famille et son succès, basé sur le volontariat et l'innovation (Argomed, VFP, EVS, svbg, SVDE ASDD, AGZ, KKA, KOCH, BüAeV, omct, SMVS). Des expériences positives ont en revanche été faites avec des objectifs relatifs négociés entre les partenaires tarifaires autogérés et des incitations de type bonus/malus (pharmaSuisse).

Les objectifs ne tiennent pas compte du fait que les coûts augmentent en raison de la baisse du nombre de proches aidants (VFP). On pourrait ainsi s'attendre à une délocalisation vers les services d'urgences et les fournisseurs finaux qui ne peuvent pas rediriger leurs patients vers d'autres fournisseurs de prestations (AllKidS). Les baisses de tarifs auraient pour conséquence un transfert des soins ambulatoires vers les institutions ambulatoires et les services hospitaliers ambulatoires gérés par des investisseurs, ces derniers n'étant concurrentiels que grâce aux subventionnements croisés issus des recettes fiscales. Le financement reposerait alors sur les recettes fiscales, sans pour autant que des économies soient réalisées (AGZ).

Les objectifs exacerbent les rôles multiples et les conflits d'intérêts des cantons (PKs, Swiss Medical Network, ÄTG). Il incombe aux partenaires tarifaires et aux cantons de décider des mesures correctives, mais la fixation des objectifs est du ressort du Conseil fédéral. Les droits

et les devoirs doivent correspondre (ÄTG). Par ailleurs, les assurés domiciliés dans des cantons dont les coûts et la valeur du point tarifaire étaient jusqu'ici faibles seraient désavantagés si leurs propres coûts aussi ne pouvaient plus augmenter (ÄTG).

Les objectifs mettent en péril la prochaine génération de professionnels de la santé (P.IP). La baisse constante des prix rend le travail en cabinet indépendant peu attrayant et compromet ainsi les soins (AGZ, ZGPP, AeGLu, KKA, KOCH, BüAeV, omct, SMVS), car les réductions des tarifs toucheraient principalement les groupes de spécialistes qui peinent aujourd'hui déjà à couvrir leurs frais (AGZ) et pour qui les mesures correctives anéantiraient toute sécurité en termes de planification (AeGLu).

Certains fournisseurs de prestations comprennent la problématique et saluent les objectifs définis (CURAVIVA, ASPS, senesuisse) ; ils avancent toutefois que les réductions devraient être ciblées, et non linéaires. Des critères clairs et des processus allégés sont nécessaires pour lutter contre la pénurie ou la surabondance de l'offre. Par ailleurs, l'expansion de prestations essentielles telles que les soins palliatifs ne doit pas être entravée. Enfin, ils estiment que les mesures correctives dans le secteur des soins ne sont pas claires (CURAVIVA, ASPS, senesuisse). Un seul fournisseur de prestations a exprimé son soutien à la fixation d'un objectif (IGGH-CH), mais espère une mise en œuvre modérée et sans plafonnement rigide des coûts.

La majorité des **associations de patients** sont opposées à l'objectif, car elles estiment que la hausse des coûts ne doit pas être rectifiée par un rationnement des prestations (SPO, AGILE.ch, GRAAP, ProRaris, verein-mps, Verein Morbus Wilson, CFCH, QCC, VASOS, FARES, SSR, PCS). Les objectifs ne doivent pas conduire à un rationnement des prestations, à une diminution de la qualité ou à un abandon de la prévention (Lungenliga). Les médicaments orphelins devraient par ailleurs en être exclus afin que l'innovation ne se retrouve pas entravée (RDAF). D'autres associations de patients sont en revanche favorables aux objectifs, même si elles jugent que la proposition actuelle demande trop de ressources (FSP/DVSP, EPS, GELIKO, Krebsliga Schweiz, Oncosuisse). À leurs yeux, il serait toutefois nécessaire de renforcer la coordination entre les cantons au lieu de créer une inégalité de traitement des assurés selon les cantons (GELIKO, Krebsliga Schweiz, Oncosuisse).

D'**autres organisations** rejettent les objectifs, estimant qu'ils sont contraires au système, encouragent une approche étanche et affectent également les acteurs soucieux des coûts (Swiss Medtech, BFG, FGS). Ils conduisent par ailleurs au rationnement des prestations et à davantage de bureaucratie (BFG, FGS, IG eHealth), et les critères visant à déterminer leur niveau sont arbitraires (BFG, Alève Mine). Le temps prévu pour la mise en œuvre des objectifs n'est pas réaliste. En outre, si ceux-ci poursuivent également des objectifs en matière de politique de santé, alors les compétences sont mélangées (FGS). Les objectifs en matière de coûts doivent être convenus entre les partenaires tarifaires (Swiss Medtech, BFG).

#### 4.2.1 Art. 21 Données des assureurs

La CDS et de nombreux cantons (ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, FR, SO, BS, BL, SH, AR, AI, GR, VD, VS, NE, GE, JU) font remarquer que l'OFSP est désigné comme unique destinataire des données des assureurs et soulignent l'absence de réglementation complémentaire régissant la transmission des données de l'OFSP aux cantons. FR propose d'inverser l'ordre des deux conditions s'appliquant aux données individuelles. Si le Conseil fédéral exige des assureurs qu'ils transmettent les données de chaque personne assurée, alors le PFPDT doit être consulté (pvl, CSS). La disposition relative à l'usage prévu est trop vaste pour être admissible : en effet, l'objectif et le rythme de la livraison des données ainsi que le type de données à transmettre doivent faire l'objet d'une description détaillée dans la loi (TG, CSS, SWICA, FGS, FMCH, KKA, KOCH, BüAeV, omct, SMVS). Les objectifs prévus ne requièrent aucune donnée individuelle (BEKAG, AeGLu, AGZ, FMPP et 36 prises de position, FMH, KKA, ÄTG, Baur Tobias). La collecte de données qui ne sont pas nécessaires aux objectifs prévus va à l'encontre des principes fondamentaux de la protection des données (SSO, VKZS). Il convient de renoncer à l'utilisation de données individuelles (FGS). La transmission de données individuelles devrait être l'objet d'une exception clairement encadrée dans un alinéa 2<sup>bis</sup> distinct (santésuisse). Si les données individuelles devaient servir à des fins de planification,

alors elles devraient également être transmises aux cantons, ce qui n'est ni mentionné ni souhaitable (AGZ). Le Conseil fédéral ne devrait exercer aucun droit concernant la transmission de données personnelles (SGDV et 54 prises de position). Le projet menace la protection et l'anonymat des données des patients (BEKAG, AAV, AeGLu, FMPP et 36 prises de position, SGR), qui présentent une importance capitale (VFP, iph, Vips, VSSG). Par ailleurs, l'anonymat des fournisseurs de prestations doit lui aussi être garanti (VZK, VNS, SWT, ASI NE/JU). Les données ne doivent être fournies que par catégorie de fournisseurs de prestations. L'examen de l'économicité des différents fournisseurs de prestations est du ressort des assureurs (santésuisse). L'extension de l'obligation de transmission des données est rejetée (Physioswiss, mfe, SGP, SGAIM). La collecte des données devrait en outre être effectuée de manière centralisée via l'OFSP (BEKAG, AeGLu, FMPP et 36 prises de position, FMH, KKA, ÄTG, Baur Tobias). Les fournisseurs de prestations ne devraient pas être tenus de fournir les données (relatives aux prestations) que l'OFSP reçoit déjà par l'intermédiaire des assureurs. En effet, l'OFSP étant déjà surchargé par la compétence subsidiaire d'adaptation des tarifs, il convient de renoncer à une analyse systématique des données visant à mettre en place une structure tarifaire (medswiss.net, zmed).

#### **4.2.2 Art. 54 Objectifs en matière de coûts, y compris dispositions transitoires**

La CDS et de nombreux cantons (ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, ZG, FR, SO, BL, AR, AI, SG, GR, AG, VS, NE, JU) souhaitent que les cantons soient inclus de manière appropriée dans la définition des objectifs cantonaux. UR, ZG, FR, SO, BS et GE demandent une planification sur quatre ans, tandis que VS et VD préféreraient une planification sur deux ans. BS souhaite que les répercussions sur les soins (aux niveaux national et cantonal) soient prises en compte lors de la définition des objectifs en matière de coûts. GE estime que cette disposition est trop restrictive, les cantons n'ayant aucune marge de manœuvre, ni possibilité de recours en dehors de la marge de tolérance prévue. GR souhaite de plus grandes marges de tolérance en cas de coûts moindres, notamment afin d'éviter une pénurie de soins. L'association EPS observe qu'il conviendrait de clarifier si les marges de tolérance sont définies en termes absolus ou en pourcentage.

Les répercussions sur les coûts et la qualité devraient faire l'objet d'un examen annuel par le DFI (pvl) ; les dispositions prévues à l'al. 3, let. b et c, ainsi qu'aux al. 4 et 5 sont essentielles pour le maintien de la qualité et des soins (CSS, SKS, ASCI, FSP/DVSP, GELIKO, Krebsliga Schweiz, Oncosuisse). La disposition de l'al. 5 est redondante (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VAKA, PBL, Triaplus AG, ASL, ASM, KSA, KSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg). Des analyses portant sur les coûts sont déjà effectuées, et l'art. 58 LAMAL régit déjà le contrôle de la qualité. Cela ne suffit toutefois pas à prévenir une baisse de la qualité.

La loi devrait préciser explicitement que les objectifs en matière de coûts pour les prestations de soins se réfèrent uniquement aux contributions de l'AOS (H+SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VA-KA, PBL, Triaplus AG, Privatklinik Wyss, PDAG, ASL, ASM, KSA, KSB, VPSB, DSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg).

Dans un souci de transparence, il conviendrait d'utiliser le terme « budget global » plutôt que celui d'« objectifs en matière de coûts », ces termes étant synonymes (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VA-KA, PBL, Triaplus AG, Privatklinik Wyss, PDAG, ASL, ASM, KSA, KSB, VPSB, DSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg).

S'agissant des objectifs en matière de coûts, la demi-vie des connaissances médicales peut être jusqu'à trois ans inférieure au temps de planification ; par conséquent, ils entravent l'innovation (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VAKA, PBL, Triaplus AG, ASL, ASM, KSA, KSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg, USB, Insel Gruppe AG).

Les paramètres relatifs à la croissance des coûts sont arbitraires. La psychiatrie et la multimorbidité, par exemple, suivent un développement économique en sens inverse (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VAKA, PBL, Triaplus AG, ASL, ASM, KSA, KSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg, IG Schweizer Pharma KMU, pharmaSuisse, FSP, AeGLu, AGZ, ZGPP, FMPP et 36 prises de position, VSAO, KKA, KOCH, BüAeV, omct, SMVS, SGPMR, SGR, medswiss.net, zmed, Baur Tobias). Il conviendrait de clarifier comment le niveau des objectifs en matière de coûts est fixé (Spitex Schweiz, AVASAD). Le développement économique ne devrait pas avoir d'influence sur les objectifs en matière de coûts ; seuls le diagnostic, l'indication et la qualité de la prestation devraient déterminer la prise en charge et les coûts (FMCH). Si la mesure est maintenue, alors l'objectif du système de santé, qui consiste à offrir des soins de haute qualité accessibles à tous, devrait être précisé et inclus dans la définition de l'objectif (SBK, SNL, SGI).

Le droit d'être entendu doit être garanti dès la fixation de l'objectif au niveau fédéral (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VAKA, PBL, Triaplus AG, ASL, ASM, KSA, KSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg).

NE et JU estiment que les données visées à l'al. 5 des dispositions transitoires doivent également être transmises aux cantons. Pour la CSS, le délai transitoire prévu à l'al. 6 des dispositions transitoires doit être raccourci ; il convient par ailleurs de s'assurer que l'al. 5 de ces dispositions soit compatible avec l'art. 21.

#### **4.2.3 Art. 54a Catégorie de coûts**

La définition de catégories de coûts en lien avec les secteurs et les domaines spécialisés renforce une approche étanche. Les secteurs ambulatoires des hôpitaux et des cabinets médicaux appliquant la même structure tarifaire, les catégories devraient être conformes aux systèmes tarifaires. 26 cantons ainsi que 15 groupes de fournisseurs de prestations représentent un total de 390 catégories de coûts. Recourir à une différenciation encore plus détaillée au niveau cantonal, qui peut aller jusqu'à une distinction entre les fournisseurs de prestations individuels, constitue un instrument de gouvernance politique, favorise le lobbyisme et entraîne une insécurité juridique maximale. Tous les fournisseurs de prestations devraient bénéficier de conditions de concurrence équitables. Par ailleurs, le droit d'être entendu doit être garanti dès la définition des catégories de coûts au niveau fédéral. La distinction entre les catégories de coûts de compétence cantonale et fédérale est en revanche correcte. Toutefois, l'exception est trop floue, car elle peut être interprétée de manière arbitraire (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VAKA, PBL, Triaplus AG, ASL, ASM, KSA, KSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg).

Le recours à des subdivisions supplémentaires par les cantons au sein même des catégories de coûts n'a pas de sens et rend difficile un monitoring judicieux des coûts (AeGLu). Chaque catégorie de coûts défendra son budget et poussera les assurés vers d'autres catégories de coûts, ce qui entravera la coordination (AGZ). Bien que le principe d'une approche groupée soit pertinent, il conviendrait en premier lieu d'optimiser les soins coordonnés (Argomed, mfe, SGP, SGAIM). Une (co)régulation des prix des médicaments par les cantons ne serait pas



pertinente. Les percées thérapeutiques peuvent entraîner des transferts de coûts limités dans le temps : il serait ainsi préjudiciable que de tels progrès soient empêchés par des coûts conséquents pour l'AOS et d'autres assurances sociales (scienceindustries).

#### **4.2.4 Art. 54b Objectifs des cantons en matière de coûts**

Les cantons devraient également être tenus de consulter les organisations de consommateurs, de patients et d'assurés (ASCI, FSP/DVSP, LdS). La participation de 26 cantons impliquant une charge administrative considérable, il serait préférable de mettre en place des régions d'approvisionnement (santésuisse). Les objectifs cantonaux entravent la spécialisation supracantonale et auraient pour conséquence de maintenir ou de favoriser des structures cantonales parallèles irrationnelles, ce qui provoquerait une augmentation des coûts (AeGLu, AGZ, KKA, KOCH, BüAeV, omct, SMVS). L'élaboration de catégories de coûts supplémentaires permettrait par exemple aux cantons d'accorder arbitrairement à leurs fournisseurs de prestations favorisés des objectifs plus généreux qu'aux autres, ce qui ouvrirait la porte à un financement de l'offre et aux distorsions de la concurrence (PKS, Swiss Medical Network, BE-KAG, Argomed, FMPP et 36 prises de position, ÄTG, Baur Tobias).

La liberté suggérée des cantons est trompeuse : en effet, en adoptant la recommandation fédérale, ils seront relégués au statut d'exécutants dans leur propre domaine de compétence. Il faut s'attendre à des années de lutte pour la répartition des moyens financiers entre les différentes catégories de coûts. Les données sur la réalisation des objectifs devraient être transmises à l'OFS, et non à l'OFSP. L'OFSP n'étant pas l'autorité de surveillance des cantons, il peut analyser ces données, mais pas les contrôler (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VA-KA, PBL, Triaplus AG, ASL, ASM, KSA, KSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg).

#### **4.2.5 Art. 54c Délais et conséquences en cas de non-respect**

Les objectifs en matière de coûts devraient être attribués par une autorité scientifique plutôt que par une autorité administrative. Il n'est pas évident de comprendre pourquoi, en cas de manquement du canton, les recommandations de la Confédération devraient s'appliquer sans marge de tolérance (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VA-KA, PBL, Triaplus AG, ASL, ASM, KSA, KSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg). Il n'est pas réalisable de pouvoir observer les délais prévus (GE, VSVA, ZRS, mfe, SGP, SGAIM, medswiss.net) : ils devraient être prolongés, et les cantons devraient avoir la possibilité de fixer eux-mêmes des objectifs sans avoir à consulter l'ensemble des acteurs concernés (GE).

#### **4.2.6 Art. 54d Mesures en cas de dépassement des objectifs en matière de coûts**

S'agissant des mesures correctives, la CDS, de nombreux cantons ainsi qu'une série d'associations (ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, FR, SO, BS, BL, AR, AI, GR, VS, NE, JU ainsi qu'ASCI, FSP/DVSP, AGILE.CH, GRAAP, ProRaris, verein-mps, Verein Morbus Wilson, CFCH) se déclarent favorables à la variante avec réglementation potestative.

VD pourrait également envisager la réglementation contraignante assortie de dispositions dérogatoires. GE craint que des recours ne retardent la réglementation potestative, tout comme il craint un manque de flexibilité pour des exceptions dans le cas de la réglementation contraignante. Il convient de préciser que seules des mesures correctives prospectives sont possibles (CDS, ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, FR, SO, BS, BL, AR, AI, GR, VS, NE, GE, JU).

Le PDC, le PBD et le pvl ainsi qu'Assura, SKS, EPS, GELIKO, Krebsliga Schweiz et Onco-suisse sont favorables à la variante de la réglementation contraignante. La CSS ne soutient la variante contraignante qu'en cas de prix fixés par les autorités pour lesquels il n'existe aucun

partenaire tarifaire. Il est important de prévoir des exceptions pour les situations extraordinaires (GELIKO, Krebsliga Schweiz, Oncosuisse).

H+ et d'autres organisations (SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VAKA, PBL, Triaplus AG, ASL, ASM, KSA, KSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg SBK, SGI, SNL) rejettent la disposition contraignante, déclarant que celle-ci n'aura pas d'impact notable. La formulation potestative donne officiellement aux cantons la liberté de prendre des mesures correctives ; le Conseil fédéral peut toutefois y déroger à tout moment en vertu de l'art. 47c du volet de mesures 1b, qui devrait en réalité faire partie du 2<sup>e</sup> volet de mesures.

Les mesures correctives correspondent à l'ancienne « Convention sur les prestations et les prix (CPP) » entre les assureurs et les médecins et visent à identifier la croissance des coûts au moyen des facteurs proposés (démographie, morbidité, progrès dans le domaine de la technologie médicale, etc.), qui avait à l'époque déjà échoué en raison, entre autres, du manque de considération de l'évolution des normes et valeurs sociales et des conditions de vie. L'expérience montre par ailleurs que les institutions gérées par des investisseurs, qui sont plus susceptibles de pouvoir gérer une baisse des prix, génèrent des coûts de performance qui dépassent l'effet de la baisse des prix en raison d'une gestion axée sur des objectifs économiques (AGZ, KKA, KOCH, BüAeV, omct, SMVS). L'expérience montre en outre que les assureurs ne sont pas prêts à négocier des alternatives aux baisses de prix qui viseraient à freiner les coûts (KKA, KOCH, BüAeV, omct, SMVS). L'augmentation des coûts ne découle pas de l'augmentation des prix, mais de l'augmentation des volumes. Les procédures de fixation des tarifs ainsi que la charge administrative vont augmenter (santésuisse).

Les cantons peuvent choisir d'imposer des mesures correctives arbitrairement, et ce indépendamment des motifs du non-respect des règles. Les prestations obligatoires ne seront plus rémunérées correctement et ne seront donc plus offertes, ou uniquement sous une forme de moins bonne qualité. Elles seront ainsi de facto réduites (FMPP et 36 prises de position, SGDV et 54 prises de position). Les tarifs ne devraient être ajustés que si les prestations ne sont pas fournies de manière rentable. Si des tarifs approuvés par les autorités doivent être ajustés, car ils ne sont pas appropriés, ils n'auraient peut-être jamais dû être approuvés en premier lieu (medwiss.net, zmed).

Les mesures correctives prévues sont unilatérales et uniquement axées sur les tarifs ; la gestion de la demande ou de l'offre, tout comme la fermeture d'hôpitaux, les restrictions en matière d'examen et d'interventions ou les suppressions dans le catalogue de prestations ne sont pas prises en compte (Argomed, mfe, SGP, SGAIM).

#### **4.2.7 Art. 54e Commission fédérale des objectifs en matière de coûts**

Un monitoring des coûts et des volumes mené au niveau national augmenterait la pression sur les fournisseurs de prestations ; l'idée est par conséquent accueillie favorablement (santésuisse, curafutura). La commission pourrait proposer des mesures visant à maîtriser les coûts en cas d'augmentation inexplicable de ceux-ci (santésuisse). Il serait en outre souhaitable d'offrir davantage de transparence pour expliquer quelle part d'augmentation peut être expliquée de quelle manière. La commission des objectifs en matière de coûts ne bénéficie toutefois pas d'un soutien démocratique suffisant (vips).

Une commission des objectifs en matière de coûts alourdirait le processus (ASCI, FSP/DVSP), pourrait comporter trop de membres, et donc entraîner des coûts excessifs (EPS). Elle constituerait par ailleurs une excroissance administrative (FGS, Service de dermatologie et vénéréologie HUG, VSVA, ZRS, PULSUS). Les coûts et la qualité étant étroitement liés, une seule et unique commission devrait être compétente en la matière (CURAVIVA, ASPS, senesuisse, IG eHealth). Il n'est pas nécessaire d'instaurer une commission des objectifs en matière de coûts ni de définir des objectifs (AeGLu, Argomed, AGZ). Les compétences dont disposerait

cette commission ne sont par ailleurs pas claires (SGDV et 54 prises de position). Les partenaires tarifaires ayant déjà soumis, avec Tardoc, un tarif assorti de mesures correctives contraignantes, une commission n'est pas nécessaire à cet effet (mfe, SGP, SGAIM).

Les expériences faites avec la CICOMS dans le cadre du projet MHS montrent que la commission des objectifs en matière de coûts devrait être soit composée de membres issus des domaines scientifique et technique, soit dirigée par des représentants des différentes parties prenantes. Les tâches de la commission devraient se limiter à l'élaboration des critères, conformément à l'art. 54, al. 3 (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VA-KA, PBL, Triaplus AG, ASL, ASM, KSA, KSB, unimeduisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg).

Les associations de patients (SP, EKK, FRC, ASCI, FSP/DVSP, AGILE.CH, GRAAP, ProRaris, verein-mps, Verein Morbus Wilson, CFCH), de consommateurs (EKK, ASCI), d'assurés (ASCI, FSP/DVSP, AGILE.CH, GRAAP, ProRaris, verein-mps, Verein Morbus Wilson, CFCH) ainsi que du personnel de santé (SP, SGB, SNL) devraient également être représentées au sein de la Commission des objectifs en matière de coûts, tout comme au sein de la Commission fédérale pour la qualité, avec au moins quatre sièges (ASCI, FSP/DVSP). Au moins deux personnes devraient être elles-mêmes des patients souffrant d'une maladie chronique ou atteints d'un handicap (AGILE.CH, GRAAP, ProRaris, verein-mps, Verein Morbus Wilson, CFCH).

#### 4.2.8 Art. 55

santésuisse estime que l'art. 55, en relation avec l'art. 54e, garantit que les autorités aient la possibilité de mettre en œuvre les mesures proposées par la commission. Il doit par conséquent être conservé.

H+ et d'autres organisations (SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VA-KA, PBL, Triaplus AG, ASL, ASM, KSA, KSB, unimeduisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg) voient dans l'abrogation de l'art. 55 la preuve d'un projet centralisé rigide et la suppression de toute marge de manœuvre pour les cantons. En conséquence, les actuels art. 51 et art. 54 devraient également être supprimés.

#### 4.3 Prises de position sur le premier point de contact

Au total, **301 participants à la procédure de consultation** se sont exprimés au sujet de cette mesure, qui a été rejetée **par une large majorité**.

La **CDS et de nombreux cantons** (AI, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TI, UR, VD, VS, ZG, ZH) reconnaissent les efforts déployés pour réduire les coûts de la santé là où des prestations inutiles ou des doublons peuvent être évités, ceci en encourageant le contrôle d'accès (*gatekeeping*). Ils considèrent toutefois que les chances de succès de la mesure au niveau politique sont plus qu'incertaines. L'introduction du premier point de contact ne doit pas prêter aux malades chroniques, les personnes polymorbides ou les personnes âgées. En effet, le remboursement des prestations proposé sous la forme de forfaits ou la nécessité pour un fournisseur de prestations d'apporter une confirmation attestant qu'il assume la fonction de premier point de contact pour un patient comporte un danger de sélection des risques. Pour certains cantons (dont GE, JU, VD), les prestations LAMal ou non LAMal qui sont considérées comme couvertes par les forfaits ne sont pas clairement définies. VD suggère de payer différents forfaits en fonction du profil du patient afin d'exclure toute sélection des risques. L'accès aux prestations médicales devrait toujours être garanti, et ce dans les régions rurales également (JU, NE). FR souligne que la prise en charge des coûts pour l'obtention d'un deuxième avis doit être garantie même sans le consentement du premier point de contact. GE émet des critiques à l'égard de l'exception prévue pour les cas d'urgence, qu'elle ne juge pas suffisamment précise. JU, quant à lui, demande que les cantons et les

médecins cantonaux soient impliqués dans la réglementation des modalités de délégation et des exceptions qui en découlent. GR relève que le changement entre les différents points de contact doit être aussi simple que possible. SZ souligne à quel point il est essentiel que le premier point de contact soit fourni par un prestataire de soins de base, tandis que BE et SH suggèrent de réexaminer s'il est effectivement nécessaire de recourir aux prestataires de soins de base pour le tri. Ils demandent d'examiner la possibilité d'inclure les prestataires de soins de base autres que les médecins, tels que les pharmaciens, les soignants spécialement formés ou les physiothérapeutes. Par ailleurs, la charge additionnelle imposée aux cantons doit rester tolérable (BS, GE, VS et NE, notamment), et la question du maintien des rabais sur les primes doit également être clarifiée. Il convient par ailleurs de respecter les compétences des cantons et de créer les conditions nécessaires à cet effet (AR). Une majeure partie des cantons ainsi que la CDS estiment que la mesure n'est pas suffisamment réfléchie : si elle devait être appliquée, la Confédération devrait en démontrer le ratio coûts-bénéfices et clarifier les questions de mise en œuvre encore en suspens. Quelques cantons rejettent la mesure, estimant qu'elle interfère avec la liberté de choix des assurés et va à l'encontre de la volonté que le peuple a exprimée concernant le projet des réseaux de soins intégrés (TG). Certains demandent également d'ajuster la marge de manœuvre prévue pour le calcul des primes pour les différentes formes d'assurance afin de créer davantage d'incitations (GL). D'autres souhaitent obliger les assureurs à gérer activement le traitement des malades chroniques (AG). ZG soutient la promotion des modèles d'assurance alternatifs existants et soumet l'idée d'obliger à l'avenir toutes les personnes bénéficiant de réductions de primes à avoir recours à un contrôle d'accès (*gatekeeping*) ou de proposer des modèles qui, moyennant un supplément qui couvre les coûts sur les primes, la franchise ou la quote-part, suppriment l'obligation de s'adresser à un premier point de contact.

Les **partis politiques** sont divisés au sujet de l'introduction d'un premier point de contact. Le PBD, le PDC, l'EVP, le pvl et l'UDC rejettent la mesure : afin de promouvoir une approche coordonnée, il n'est à leurs yeux pas envisageable de restreindre la liberté de choix du praticien de premier recours, mais il faut proposer des modèles d'assurance plus efficaces qui impliqueraient des rabais de primes plus importants, par exemple en cas de participation aux coûts plus élevée. Les incitations négatives à choisir un modèle sans aucune restriction doivent également être envisagées (BDP, PDC). Pour le PLR et l'UDC, il serait par exemple possible de faire du modèle d'assurance avec un choix limité de fournisseurs de prestations le modèle standard. Il s'agit de respecter la décision du peuple sur le projet de réseau de soins intégrés. La mesure proposée ruinerait un système efficace qui permet et encourage l'innovation (EVP). Les partis doutent que les économies envisagées par le Conseil fédéral puissent réellement être réalisées, car l'introduction d'un premier point de contact ne permettra pas d'éliminer les incitations inopportunes. La présente proposition ne ferait que nationaliser et bureaucratiser inutilement le système et exclurait les partenaires tarifaires, ce qui ne ferait qu'accentuer le conflit de gouvernance des cantons (UDC). Il est par ailleurs déroutant que le premier point de contact reçoive un forfait pour des prestations de coordination qui pourraient finalement ne pas être fournies (PLR, pvl). Les prestations qui seraient incluses dans le forfait n'ont par ailleurs pas été clairement définies, ce qui accroît le risque de double facturation. Le PBD, le PDC et l'EVP suggèrent que les fournisseurs de prestations autres que les médecins, tels que les pharmaciens ou le personnel infirmier de pratique avancée, soient également admis comme premiers points de contact. L'EVP ne soutient l'introduction d'un premier point de contact que sous certaines conditions-cadres, par exemple si l'obtention d'un deuxième avis, le passage facilité entre les différents premiers points de contact ou le maintien du rapport de confiance entre les fournisseurs de prestations et les patients peuvent être garantis. Le pvl considère qu'un premier point de contact n'est pertinent que s'il permet de délester les cabinets médicaux en fournissant de premières informations et un conseil par téléphone sans toutefois restreindre la liberté du patient de décider ultérieurement si et où il souhaite se faire soigner. AL ZH, le PES et le PS accueillent favorablement l'introduction d'un premier point de contact et estiment que cette mesure permettra d'améliorer les soins de base. Le libre choix du premier point de contact puis du fournisseur de prestations doit toutefois être garanti (PES, PS). Les fournisseurs de prestations autres que les médecins de famille, tels que les spécialistes, devraient, en raison de la pénurie croissante de médecins de famille, également être

autorisés à assumer le rôle de premier point de contact (PS). Le passage d'un premier point de contact à un autre doit par ailleurs être possible en tout temps (AL ZH, PS). Le PES et AL ZH continuent à exhorter la Confédération de payer le forfait pour chaque assuré avec l'argent du contribuable et de ne pas le facturer aux assureurs, ce qui garantirait que les fournisseurs de prestations puissent facturer dans leur intégralité toutes les prestations médicales fournies au tarif en vigueur. Il faudrait en outre envisager de payer différents forfaits en fonction du profil du patient (PES). Le PES et le PS relèvent que le premier point de contact, la gestion de dossier et la coordination doivent être pensés comme un ensemble et de manière cohérente. Les deux partis soutiennent le modèle d'un « point de conseil et de coordination (PCC) » de l'Union syndicale suisse (USS).

Parmi les **associations faitières des communes, des villes et des régions de montagne**, l'ACS et l'UVS se montrent critiques à l'égard de la mesure. Il manque en effet à leurs yeux une évaluation solide des coûts, ce qui pourrait indiquer que l'effet de maîtrise des coûts sera vraisemblablement faible (UVS). L'introduction d'un premier point de contact pourrait entraîner des retards dans les prestations médicales fournies et créer des obstacles insurmontables à l'utilisation d'offres médicales facilement accessibles, ce qui doit à tout prix être évité du point de vue de la santé publique (ACS, UVS). Ces offres doivent demeurer facilement accessibles, par exemple par le biais d'une disposition dérogatoire ou d'une admission en tant que premier point de contact (UVS). Dans les régions rurales, il est important que d'autres fournisseurs de prestations, tels que les pharmaciens, soient admis en tant que premiers points de contact, sans quoi la pénurie de médecins pourrait entraîner une détérioration des conditions en matière de soins médicaux (ACS). Les mesures prévues par la Confédération doivent encourager l'innovation et la flexibilité nécessaires aux soins coordonnés et ne doivent pas les restreindre avec des exigences trop strictes (ACS). S'agissant des personnes polymorbides, les bénéfices d'un premier point de contact ne sont pas clairs. Il conviendrait surtout de mettre en place un régime différencié pour les forfaits par tête afin d'éviter toute sélection des risques par les fournisseurs de prestations (ACS, UVS). Les prestations de coordination doivent être rémunérées en fonction des bénéficiaires et de la charge de travail (ACS).

Les **associations faitières de l'économie** s'opposent pour la plupart à cette mesure. Si l'économiesuisse et l'usam trouvent l'idée d'un premier point de contact judicieuse, car les soins intégrés augmentent l'efficacité des prestations, ils sont toutefois fermement opposés à l'introduction d'un système contraignant. La large acceptation de modèles d'assurance alternatifs révèle que l'idée d'un premier point de contact fonctionnerait déjà sur une base volontaire et qu'il n'est pas nécessaire de le rendre obligatoire (ASSGP, CP, economiesuisse, FER, GRIP, Handelskammer beider Basel, scienceindustries, usam). L'introduction d'un premier point de contact obligatoire conduirait à des structures monopolistiques, affaiblirait la concurrence par rapport à d'autres modèles alternatifs et entraverait la capacité d'innovation (ASSGP, CP, economiesuisse, GRIP, Handelskammer beider Basel, scienceindustries, usam). Selon elles, le premier point de contact restreint par ailleurs la liberté de choix et impliquerait la suppression du libre choix du médecin, qui fait partie intégrante du système de soins actuel (ASSGP, CP, FER, GRIP, Handelskammer beider Basel, scienceindustries, usam). La procédure augmentera le temps d'attente et conduira à un rationnement des prestations en raison du manque de premiers points de contact (ASSGP, CP, FER, GRIP, Handelskammer beider Basel, scienceindustries). L'accès aux prestations médicales nécessaires s'en trouvera donc entravé, et la qualité des soins réduite (ASSGP, FER, GRIP, Handelskammer beider Basel, scienceindustries). L'usam rejette clairement l'idée d'une indemnisation forfaitaire. Selon les circonstances, l'introduction d'un premier point de contact pourrait générer plus de coûts pour les assurés bien informés, qui devraient d'abord consulter un médecin de famille avant de s'adresser à un spécialiste (CP). Il faudrait donc renforcer les compétences de la population en matière de santé afin qu'elle puisse assumer davantage de responsabilités (CP). Il convient ainsi de promouvoir les soins intégrés en augmentant l'attrait de modèles d'assurance alternatifs au moyen de rabais de primes plus importants ou par le biais d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (ASSGP, economiesuisse, GRIP, Handelskammer beider Basel, scienceindustries, usam).

Si l'USS salue l'introduction d'un premier point de contact, elle souligne toutefois que les tâches liées à la première consultation ainsi qu'à la gestion de dossier (y compris le dossier électronique du patient) et la coordination des prestations doivent impérativement être regroupées et assurées par un seul organisme. Il propose ainsi le concept de « Point de conseil et de coordination (PCC) », élaboré dans le cadre de la « Plateforme médecine sociale » : les assurés sont tous libres de choisir un PCC et ont à tout moment le droit d'obtenir un deuxième avis médical. Les PCC (cabinets de médecins de famille ou de pédiatres, cabinets de groupe ou centres ambulatoires) sont responsables de la première consultation des assurés, de la coordination des prestations et de la gestion de dossier. Les premiers points de contact assurent une continuité dans l'accompagnement des patients et renforcent la collaboration interprofessionnelle, les fournisseurs de prestations autres que les médecins pouvant eux aussi assumer un vaste éventail de tâches. L'indemnisation forfaitaire des prestations de la première consultation et de la coordination doit être conçue de sorte à éviter tout risque d'abus. Il devrait ainsi être possible de facturer les tâches de conseil et de coordination particulièrement complexes comme des tarifs à la prestation. L'USS exige en outre que le nouveau forfait devant être créé soit financé par les recettes fiscales générales.

Les **associations de consommateurs** (acsi, EKK, FRC, SKS) soutiennent l'introduction d'un premier point de contact : à leurs yeux, une meilleure coordination des prestations de soins et donc une coopération plus étroite entre les fournisseurs de prestations revêtent une importance toujours plus grande pour les personnes souffrant de maladies chroniques et les patients polymorbides. Le financement des prestations assuré par les forfaits par tête est cependant cité comme un possible point faible pouvant conduire à une sélection des risques et donc à des traitements de qualité inférieure (acsi, EKK, FRC, SKS). Il serait par conséquent envisageable de mettre en place un système de rémunération différenciée en fonction de l'état de santé du patient (SKS). L'USS juge inacceptable que les assurés se voient refuser le remboursement des prestations s'ils ne respectent pas la procédure prévue dans le cadre d'une délégation par le premier point de contact ou dans le cas de modèles assortis de restrictions en lien avec le choix du fournisseur de prestations. Il convient plutôt de prévoir des sanctions graduelles pouvant être imposées selon le degré de gravité de l'infraction commise et de définir des plafonds pour les coûts pouvant être répercutés sur les assurés. L'ASCI et la FRC considèrent en outre la proposition comme trop complexe et estiment que la mesure a peu de chances d'aboutir. Elles demandent une fusion du premier contact et des services de coordination à l'instar du modèle danois, afin de garantir le renforcement aussi bien des soins de base que des prestations de coordination. Elles préconisent ainsi une approche progressive et soutiennent la proposition d'introduction d'un PCC.

Presque l'ensemble des **fournisseurs de prestations** et leurs associations rejettent l'introduction d'un premier point de contact. D'après eux, l'introduction d'un tel système implique la suppression du libre choix du médecin et d'un système de santé éprouvé. La volonté populaire exprimée dans le cadre de la votation sur les soins intégrés ne serait par ailleurs pas respectée (AeGLu, AGZ, Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, ÄTG, BEKAG, chirouisse, DAKOMED, Erne Beat, FMCH, FMH, FMPP et 36 prises de position, FPPBS, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Gesundheitszentrum Fricktal AG, GSASA, H+, Hirslanden AG und Kliniken Birshof und St. Anna, Insel Gruppe AG, IPW, KKA, Klinik Schützen Rheinfelden, KOCH, KSA, KSB, LUPS, MEDGES, Medswiss.net, medX, mfe, Mohacsi Paul, mws, PBL, PKS, P.IP, Privatklinik Wyss, PDAG, PUK, PULSUS, Salina Medizin AG, SGR, SDV, SGAIM, SGDV et 54 prises de position, SGKJPP, SGM, SGP, SGPP, SMHC, SMVS, SMV, SSCLPP, SSO, SVPA, SVPC, SVS, Swiss Medical Network, Triaplus AG, unimedsuisse, Universitätsklinik Balgrist, UPD, USB, vaka, VZK, VAPZ, VBSAE, VDPS, Verein Barmelweid, vips, VKJC, VKZS, VLSS, VPPS, VPSB, VSSG, ZGKJPP, ZGPP, zmed, ZRS). La compétitivité et l'innovation au sein du système suisse seraient en outre considérablement réduites (KSA, KSB, mfe, PKS, Privatklinik Wyss, PDAG, SGAIM, SGDV et 54 prises de position, SGP, VPSB, VSSG).

De nombreuses parties doutent que l'introduction d'un premier point de contact puisse induire des changements dans le comportement des patients (AGZ, KKA, KOCH, SMVS, SMV, SSO).

Il n'est par ailleurs pas prouvé que cette mesure a un effet sur la maîtrise des coûts (AGZ, Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, ÄTG, chirosuisse, Erne Beat, FMCH, FSP, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Gallmann Martin, Gesundheitszentrum Fricktal AG, GSASA, H+, Hirslanden AG und Kliniken Birshof und St. Anna, Insel Gruppe AG, IPW, Klinik Schützen Rheinfelden, KOCH, KSA, KSB, LUPS, Medswiss.net, medX, mws, PBL, PKS, Privatklinik Wyss, PDAG, PUK, Salina Medizin AG, SGR, Service de dermatologie et vénéréologie Hôpitaux Universitaires de Genève, SGDV et 54 prises de position, SGM, SGPMR, SMHC, Spitex Schweiz, SSO, SVPC, SVS, Triaplus AG, Universitätsklinik Balgrist, UPD, USB, vaka, VZK, VDPS, Verein Barmelweid, vips, VKJC, VKZS, VPPS, VPSB, ZRS). L'introduction d'un premier point de contact entraînerait au contraire une charge administrative superflue et des prestations surabondantes (AeGLu, AGZ, AllKidS, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Gesundheitszentrum Fricktal AG, GSASA, H+, Hirslanden AG und Kliniken Birshof und St. Anna, Insel Gruppe AG, IPW, KKA, Klinik Schützen Rheinfelden, KOCH, KSA, KSB, LUPS, Medswiss.net, medX, mfe, Mohacsi Paul, mws, PBL, Privatklinik Wyss, PDAG, PUK, PULSUS, Salina Medizin AG, SGR, SGAIM, Service de dermatologie et vénéréologie Hôpitaux Universitaires de Genève, SGDV et 54 prises de position, SGM, SGP, SGPMR, SMHC, SMVS, SMV, SVPC, SVS, Triaplus AG, unimedsuisse, Universitätsklinik Balgrist, UPD, USB, vaka, VZK, VBSAE, VDPS, Verein Barmelweid, KJM, vips, VKJC, VPPS, zmed).

Il est craint que les obstacles pour entrer dans le système augmentent et que cela empêche un accès aux soins de base. Les malades chroniques seraient particulièrement désavantagés, car ils perdraient l'accès direct à aux spécialistes (Asana Spital Leuggern AG, AAV, FMPP et 36 prises de position, FSP, FPPBS, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Gesundheitszentrum Fricktal AG, GSASA, H+, Hirslanden AG et Kliniken Birshof et St. Anna, Insel Gruppe AG, IPW, KKA, Klinik Schützen Rheinfelden, KOCH, KSA, KSB, LUPS, MEDGES, Medswiss.net, Mohacsi Paul, PBL, physiosuisse, Privatklinik Wyss, PDAG, PUK, PULSUS, Salina Medizin AG, SGR, SGKJPP, SGM, SGPP, SMHC, SMVS, Spitex Schweiz, SSCLPP, SVPA, SVPC, SVS, Triaplus AG, unimedsuisse, Universitätsklinik Balgrist, UPD, USB, vaka, VZK, VAPZ, VDPS, VKJC, VPPS, VPSB, ZGKJPP, ZGPP, zmed). Un premier point de contact provoquerait une dégradation de la qualité des soins, une médecine à deux vitesses ainsi qu'une médecine d'État (surtout en lien avec un objectif). Une grande partie des médecins seraient désavantagée, car ils ne pourraient assumer aucune fonction de premier point de contact (AeGLu, AGZ, Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, ÄTG, AAV, BEKAG, FMCH, FMH, FMPP et 36 prises de position, FPPBS, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Gesundheitszentrum Fricktal AG, GSASA, H+, Hirslanden AG et Kliniken Birshof et St. Anna, Insel Gruppe AG, IPW, KKA, Klinik Schützen Rheinfelden, KOCH, KSA, KSB, LUPS, MEDGES, Mohacsi Paul, mws, PBL, Privatklinik Wyss, PDAG, PUK, PULSUS, Salina Medizin AG, SGR, Service de dermatologie et vénéréologie Hôpitaux Universitaires de Genève, SGDV et 54 prises de position, SGKJPP, SGM, SGPP, SMHC, SMVS, SSCLPP, SVPA, SVPC, SVS, Triaplus AG, Universitätsklinik Balgrist, UPD, USB, vaka, VZK, VAPZ, VDPS, KJM, vips, VKJC, VPPS, VPSB, ZGKJPP, ZGPP, zmed, ZRS). Certains considèrent que la réglementation sur l'obtention d'un deuxième avis n'est pas claire. Si le premier point de contact devait l'interdire, les intérêts personnels des patients seraient considérablement réduits (FMCH, KSA, KSB, Medswiss.net, Verein Barmelweid, zmed).

La pénurie de médecins de famille ainsi qu'un système tarifaire qui ne refléterait pas correctement les prestations de coordination détérioreraient encore la situation (AGZ, KKA, KOCH, SMVS, Spitex Schweiz, SSIPM, unimedsuisse, VFP). Il n'y aurait par ailleurs aucune incitation à l'interprofessionnalité (svbg, SVDE, ASDD, VFP). On assistera à une perte de confiance dans les prestataires de soins de base, ce qui affaiblirait les soins de base dans leur intégralité (AGZ, ÄTG, Erne Beat, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Gesundheitszentrum Fricktal AG, GSASA, H+, Hirslanden AG et cliniques Birshof et St. Anna, Insel Gruppe AG, IPW, KKA, Klinik Schützen Rheinfelden, KOCH, LUPS, PBL, PUK, Salina Medizin AG, SGM, SMHC, SMVS, SMV, SVPC, SVS, Triaplus AG, Universitätsklinik Balgrist,

UPD, USB, vaka, VZK, VDPS, Verein Barmelweid, VKJC, VPPS, zmed). Différents fournisseurs de prestations craignent ainsi que les caisses maladie pilotent les flux de patients (Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, KSA, KSB, Privatklinik Wyss, PDAG, VPSB).

L'introduction d'un premier point de contact, et en particulier la proposition d'une indemnisation forfaitaire pour assumer ce rôle, causerait des incitations négatives, favoriserait une sélection du risque par les fournisseurs de prestations et creuserait les inégalités de traitement, surtout là où il n'est pas clair quels éléments sont indemnisés par le forfait. Si des forfaits sont introduits, il est impératif de les différencier en fonction des besoins des patients (AGZ, ÄTG, DAKOMED, FMCH, FMH, FMPP et 36 prises de position, FSP, FPPBS, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Gesundheitszentrum Fricktal AG, GSASA, H+, Hirslanden AG et cliniques Birshof et St. Anna, Insel Gruppe AG, IPW, KKA, Klinik Schützen Rheinfelden, KOCH, KSA, KSB, LUPS, MEDGES, mfe, OdA AM, PBL, physiosuisse, PKS, Privatklinik Wyss, PDAG, PUK, PULSUS, Salina Medizin AG, SGR, SDV, Service de dermatologie et vénéréologie Hôpitaux Universitaires de Genève, SGKJPP, SGM, SGP, SGPP, SMHC, SMVS, Spital Zollikerberg, SSCLPP, Stadtspital Waid und Triemli, SVPA, SVPC, SVS, Triaplus AG, unimedsuisse, Universitätsklinik Balgrist, UPD, USB, vaka, VZK, VAPZ, VBSAE, VDPS, VNS, VKJC, VPPS, VPSB, ZGKJPP, ZGPP, zmed). Un forfait par tête représente par ailleurs tout simplement un budget global dissimulé (AeGLu, ÄTG, BEKAG, FMH, FMPP et 36 prises de position, FPPBS, MEDGES, SGPP, SSCLPP, SVPA, VAPZ, VLSS, ZGKJPP, ZGPP).

Il convient en principe d'examiner et d'encourager des modèles d'assurance alternatifs et des réseaux de soins intégrés (*managed care*) qui s'appuient sur le libre choix (ÄTG, Argomed, FSP, mfe, SGAIM, SGP, Spitex Schweiz, Verein Barmelweid). Il est également nécessaire de considérer le conseil, le triage et la coordination comme un ensemble ou de relier le premier point de contact aux réseaux de soins coordonnés (chirosuisse, EVS, FSP, P.IP, svbg, SVDE ASDD, vsao).

Peu de fournisseurs de prestations s'expriment en faveur de l'introduction d'un premier point de contact (ASPS, CURAVIVA, pharmaSuisse, senesuisse, SHV). L'ASPS, la SBK, senesuisse, la SGI et vsao considèrent que la mesure constitue une incitation correcte à réduire la charge des primes, mais exigent que l'indépendance du premier point de contact soit garantie dans l'intérêt des patients. Différents fournisseurs de prestations font remarquer que le premier point de contact entre en conflit avec le libre choix du médecin, dont l'abolition constitue une question politique et non médicale (BK-Heb, CURAVIVA). Les organisations BK-Heb, SHV, svbg, SVDE ASDD et ZHAW IHB soutiennent le modèle du point de conseil et de coordination (PCC). PharmaSuisse demande que les forfaits servent à indemniser l'accès au premier point de contact en priorité pour les assurés affiliés, la charge administrative qui y est liée ainsi que la responsabilité et le respect des conditions pour pouvoir fonctionner comme premier point de contact, mais en aucun cas à indemniser des prestations médicales. La vsao propose de financer les forfaits par tête via l'argent des recettes fiscales.

Si un point de contact devait être introduit, pratiquement tous les fournisseurs de prestations s'expriment en faveur de son extension aux hôpitaux et à d'autres fournisseurs de prestations comme les *advanced practice nurses* (APN), les psychiatres, les pharmaciens ou les fournisseurs de prestations de soins stationnaires (Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, ASPS, AAV, chirosuisse, CURAVIVA, DAKOMED, Erne Beat, EVS, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Gesundheitszentrum Fricktal AG, GSASA, H+, Hirslanden AG et cliniques Birshof et St. Anna, IGGH-CH, Insel Gruppe AG, IPW, Klinik Schützen Rheinfelden, KSA, KSB, LUPS, OdA AM, PBL, pharmaSuisse, Privatklinik Wyss, PDAG, Salina Medizin AG, SBK, SDV, SGI, SGM, SGPMR, SMHC, SNG, Spital Zollikerberg, Spitex Schweiz, SSIPM, Stadtspital Waid und Triemli, svbg, SVDE ASDD, SVPC, SVS, Swiss Nurse Leaders, Triaplus AG, unimedsuisse, Universitätsklinik Balgrist, UPD, USB, vaka, VZK, VDPS, VNS, VFP, VKJC, VPPS, VPSB, VSSG, VSVA, ZRS). Les organisations et fournisseurs mfe, Rouss Cécile, SGAIM et SGP soulignent à l'inverse que seuls les médecins de famille et les pédiatres peuvent assumer la fonction de premier point de contact et qu'ils devraient par conséquent automatiquement figurer sur les listes cantonales.



Les **assureurs et leurs associations** rejettent l'introduction d'un premier point de contact. Ce dernier compliquerait fortement le système et tendrait à réduire considérablement les effets d'économie escomptés (CSS, Groupe mutuel, santésuisse, SWICA). Non seulement la liberté des assurés et des fournisseurs de prestations s'en trouverait particulièrement réduite, mais il en irait de même pour la concurrence entre les modèles d'assurance alternatifs (curafutura, Groupe mutuel, santésuisse, SVV, SWICA). SWICA déplore en outre que la mesure consolide des concepts dépassés relatifs à l'interprofessionnalité dans le système de santé. Plutôt que de démanteler le libre choix du fournisseur de prestations (libre choix du médecin), les modèles d'assurance alternatifs axés sur les soins coordonnés devraient être fortement encouragés (CSS, curafutura, Groupe mutuel, santésuisse, SVV, SWICA). Différents assureurs proposent un modèle alternatif concernant le premier point de contact : il serait possible, d'une part, de le mettre en place dans le cadre de la participation aux coûts, dont la part augmenterait pour l'assurance ordinaire, alors qu'il resterait identique pour les modèles avec un choix restreint du fournisseur de prestations. Cela inciterait davantage à opter pour un modèle avec un choix restreint des fournisseurs de prestations (CSS). Il serait possible, d'autre part, de définir les modèles existants avec un choix restreint des fournisseurs de prestations comme modèle standard. Il serait néanmoins toujours possible de choisir une assurance sans restriction de choix moyennant un supplément de prime correspondant (CSS, Groupe mutuel, santésuisse). Différents assureurs mettent par ailleurs en avant les possibilités de triage à moindres coûts rendues possibles par les progrès numériques (CSS, Groupe mutuel). Si la mesure est maintenue, santésuisse demande de clarifier différentes questions sur la faisabilité, les responsabilités, le recouvrement de créances, les coûts supplémentaires, les interfaces supplémentaires, etc. et de renoncer à l'introduction d'un forfait par personne pour le premier point de contact.

La grande majorité des **associations et organisations de patients** sont très favorables à l'idée d'un point de triage et de coordination, mais considèrent que l'introduction d'un premier point de contact constitue une mauvaise approche (AGILE.CH, AGS, Blaues Kreuz Schweiz, CFCH, chronischkrank.ch, GELIKO, graap, kindsverlust.ch, Krebsliga Schweiz, LLS, Netzwerk Gutes Alter, oncosuisse, PCS, ProRaris, RDAF, SSR, VASOS FARES, Evivo, verein-mps, Verein Morbus Wilson). Le premier point de contact diminuerait l'autonomie des patients, augmenterait le déséquilibre entre les fournisseurs de prestations et les patients et, surtout dans le cas de maladies rares, retarderait l'établissement d'un diagnostic tout en provoquant des dommages irréversibles (AGILE.CH, AGS, Blaues Kreuz Schweiz, CFCH, chronischkrank.ch, Ehlers-Danlos Netz Schweiz, GELIKO, graap, Krebsliga Schweiz, LLS, oncosuisse, ProRaris, QCC, RDAF, Evivo, verein-mps, Verein Morbus Wilson). Il serait logique que pour certaines maladies, et en raison de la pénurie de médecins, des spécialistes ou d'autres fournisseurs de prestations puissent également agir comme premier point de contact (AGILE.CH, AGS, Blaues Kreuz Schweiz, CFCH, chronischkrank.ch, EPS, FSP/DVSP, graap, IGSK, LLS, oncosuisse, PCS, Procap, ProRaris, QCC, Evivo, verein-mps, Verein Morbus Wilson). Une formation spécifique s'avérerait nécessaire pour assumer le rôle de contrôleur d'accès (*gate-keeping*) (FSP, GELIKO, Krebsliga Schweiz, oncosuisse). Un forfait par tête serait également inadéquat, car chaque personne doit être prise en charge en fonction de ses besoins médicaux spécifiques (AGS, Blaues Kreuz Schweiz, FSP, GELIKO, Krebsliga Schweiz, oncosuisse, QCC, SGB-FSS, Verein Evivo Netzwerk). La promotion active de modèles d'assurance alternatifs par le Conseil fédéral, par exemple au moyen d'une campagne nationale ou des rabais plus importants sur les primes, garantirait de meilleurs résultats (AGILE.CH, CFCH, chronischkrank.ch, graap, ProRaris, QCC, verein-mps, Verein Morbus Wilson). Certains mentionnent comme contre-proposition l'introduction d'un « point de conseil et de coordination » (PCC), car le conseil, la coordination et la gestion de dossier sont étroitement liés (kindsverlust.ch, Netzwerk Gutes Alter, SSR, VASOS FARES). Peu d'organisations approuvent l'introduction d'un premier point de contact, à condition qu'il ne conduise pas à un rationnement des prestations, à des retards dans la prise en charge des patients ou à des inégalités de traitement (EPS, FSP, Procap, SGB-FSS, SPO). Dans la mesure du possible, les sanctions en cas de non-respect des prescriptions doivent être évitées, ou, à défaut, au moins leur mise en œuvre par étapes doit être assurée (FSP/DVSP).

D'autres **organisations et particuliers** rejettent pour la plupart un premier point de contact, mais se montrent favorables à l'idée d'un point de triage et de coordination (ABSG, AEG, AT, Guyaz Anne, IG eHealth) : un accès à bas seuil au système de santé, à l'établissement de diagnostics et aux traitements sont à cet égard d'une importance centrale. De plus, différents fournisseurs de prestations peuvent assurer les soins de base nécessaires. IG eHealth demande que les assurés puissent décider librement de la désignation de leur premier point de contact. Un forfait par tête est en outre inadéquat, car chaque patient doit être pris en charge en fonction de ses besoins médicaux spécifiques. L'association PRISM ainsi que fmc demandent de réunir en un seul point le conseil, la coordination et la gestion de dossier. Alève Mine, Tobias Baur et d'autres organisations (par ex. ABSG, AEG, AT, IG eHealth) regrettent que les mesures démantèlent le libre choix du médecin. Tobias Baur critique le fait que les médecins spécialistes deviennent des médecins de seconde classe si le premier point de contact ne peut être assumé que par des prestataires de soins de base. BFG et FGS craignent un rationnement des prestations ainsi qu'une sélection des patients et estiment qu'un premier point de contact entraînerait davantage de bureaucratie, de coûts supplémentaires et une restriction de la liberté de choix. Renforcer les modèles d'assurance alternatifs et, par exemple, augmenter les rabais sur les primes est bien plus logique (BFG, FGS, fmc). Fredi Rosenblum et Christa Ruggaber s'expriment en faveur d'un modèle de médecin de famille obligatoire et exhaustif.

#### 4.4 Prise de position sur les réseaux de soins coordonnés

Au total, **282 participants à la procédure de consultation** se sont exprimés sur cette mesure. La mesure est **soutenue et rejetée à parts égales**.

Du point de vue de la CDS et des **cantons** ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, FR, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, TG, TI, VD, VS, NE, JU, il faut donner suite à la mesure, car elle peut contribuer à améliorer les soins et réduire les coûts. La loi devrait cependant autoriser les cantons de continuer leurs activités actuelles de renforcement des soins coordonnés et de les élargir en cas de besoin, pour autant que celles-ci ne violent pas le cadre de la LAMal. Il convient également de préciser les questions de mise en œuvre afin de savoir comment comptabiliser les efforts de coordination de chacun dans les forfaits correspondants, si les cantons peuvent participer à la définition des conditions d'admission et s'ils doivent fixer le tarif en l'absence de convention tarifaire ou si la liberté contractuelle s'applique. GE souhaite pouvoir continuer à financer les prestations de coordination, par exemple à des fins de prévention. ZG, BS, VD, VS et JU souhaitent que les cantons décident de l'admission ou y soient impliqués (BS, JU), d'autant plus qu'ils fournissent un effort considérable, également financier, pour la mise sur pied des réseaux (VD, NE). VD aimerait renforcer le rôle qu'assume le personnel de soins non médical. Il souhaite également éviter que les réseaux soient utilisés par les assureurs à des fins de sélection des risques et espère une réglementation allégée pour garantir la créativité, l'innovation ainsi que des incitations et libertés suffisamment fortes pour que le personnel médical s'engage dans ces réseaux. BE craint que la facturation des prestations du réseau augmente les coûts et estime que le financement doit être clarifié. Les avantages d'une affiliation à un réseau pour les fournisseurs de prestations doivent être suffisamment intéressants. BS souhaite clarifier la question de la possibilité, pour les fournisseurs de prestations stationnaires et les prestations stationnaires, de faire également partie du réseau. AG craint des difficultés concernant le financement des prestations du réseau si les prestations fournies sont couvertes par différentes sources financières et souhaite clarifier quelles charges de coordination doivent être indemnisées.

Parmi les **partis**, le PES et le pvl saluent la mesure, tandis que le PSS trouve la proposition inadaptée. Le PES et le PSS souhaitent rassembler le premier point de contact et la coordination sous un même toit. D'après le pvl, une approche *top-down* dans le cadre de l'admission serait pertinente en vue de garantir la qualité, mais les partenaires tarifaires seraient déterminants pour y parvenir, et des incitations financières pourraient être opportunes. La rémunération au moyen de forfaits a du sens pour le PES et le pvl, mais pour ceux-ci ainsi que pour l'EVP, les réseaux ne devraient pas pouvoir être dirigés uniquement par des médecins. Pour le PES, il faudrait prévoir des prestations individuelles supplémentaires pour les tâches complexes dans le but d'éviter une sélection des risques et financer les forfaits au moyen des

recettes fiscales. Le PBD, le PDC et l'EVP soutiennent le renforcement des soins coordonnés. Il ne faut toutefois pas que des réglementations trop rigides rendent impossibles des modèles existants éprouvés. Le PLR n'est pas fondamentalement opposé à la mesure, mais ne voit pas encore la nécessité et la plus-value de la disposition légale, car les fournisseurs de prestations et les assureurs peuvent aujourd'hui déjà constituer des réseaux. Des réglementations trop détaillées empêcheraient les développements innovants, c'est pourquoi seules les conditions-cadres devraient être définies. Selon l'UDC, il est impossible de renforcer la coordination au moyen d'une uniformisation ; il serait plus judicieux de viser un renforcement de la qualité et de l'efficacité grâce à davantage de concurrence.

Parmi les **organisations des communes, des villes et des régions de montagne**, l'ACS et l'UVS saluent la mesure, même si elle doit encore être concrétisée (UVS). La coordination devrait être indemnisée en fonction des avantages et de la charge de travail fournie, mais il serait important que les cantons disposent d'une marge de manœuvre pour des adaptations régionales. Il conviendrait de concevoir les réseaux par une approche par le bas et de ne pas placer à leur tête des médecins uniquement, car cela irait à l'encontre de l'interprofessionnalité recherchée.

Parmi les **associations faitières de l'économie**, le CP salue la mesure et l'usam la trouve digne d'être examinée, mais trop détaillée. Les réseaux devraient être admis sous certaines conditions et les partenaires contractuels devraient régler le reste. Scienceindustries, l'ASSGP, la chambre de commerce Handelskammer beider Basel et le GRIP saluent l'encouragement des soins coordonnés et estiment qu'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires serait particulièrement utile. Il devrait également être possible d'intégrer des prestations hors de la LAMal pour autant qu'elles permettent de réduire les coûts de l'AOS, comme l'automédication accompagnée par un spécialiste (ASSGP, GRIP). Pour l'USS, la mesure va dans le bon sens, mais le premier point de contact et la coordination devraient être assurés par un même organisme. Les indemnités forfaitaires pourraient être complétées par des prestations individuelles dans les cas complexes, afin d'éviter une sélection des risques. La coordination devrait être financée par les recettes fiscales plutôt que par l'argent des primes. Elle pourrait en outre être assurée par du personnel non médical (USS, usam).

Parmi les **associations de consommateurs**, la SKS, la FRC et l'ACSI saluent un renforcement des soins coordonnés, même si la FRC reste sceptique face à la complexité de la proposition. Les réseaux devraient être dirigés par du personnel médical pour garantir une perspective médicale. L'ACSI souhaite une participation des patients et une exclusion des assureurs ou des organisations à but lucratif. Les réseaux devraient offrir des prestations de prévention et prendre en compte tous les facteurs ayant une influence sur l'état de santé.

Parmi les **fournisseurs de prestations**, Triaplus AG, IPW, Klinik SGM, PBL, UNP, PUK, LUPS, SMHC, VPPS, SVPS, SGAP, VDPS et VKJC saluent la mesure, pour autant que les cliniques psychiatriques ambulatoires puissent faire partie des réseaux. Les forfaits sont pertinents, mais devraient aussi refléter les prestations de coordination et être complétés par un modèle hybride avec des prestations individuelles. Les organisations VSAO et la SHV saluent la proposition, mais estiment que le (premier) point de contact et la coordination doivent avoir lieu au sein d'une même organisation. Celle-ci ne devrait avoir aucune fonction de contrôleur d'accès et être dépourvue de franchise (VSAO). Il serait nécessaire que les sages-femmes puissent aussi diriger les réseaux, qu'un rôle de praticien avancé soit ancré dans la loi et que les forfaits soient complétés par des prestations individuelles pour les cas complexes (SHV). D'après l'ÄTG, la mesure est probablement pertinente, mais les dépenses initiales devraient être indemnisées.

Spitex Schweiz, l'ASPS, CURAVIVA, senesuisse, la SBK, la SGI, la SNL, la SVBG, l'EVS, la VFP, P.IP et la SVDE saluent au final la proposition. Il convient toutefois de renoncer à l'exigence d'instruments de gestion (ASPS, CURAVIVA, senesuisse). Les réseaux ne devraient pas couvrir que les prestations ambulatoires (ASPS, CURAVIVA, senesuisse) et ne devraient pas pouvoir être dirigés uniquement par des médecins (Spitex Schweiz, ASPS, CURAVIVA, senesuisse, SBK, SGI, SNL, SVBG, EVS, SVDE, VFP, P.IP). Dans certains cantons, les soins ambulatoires de Spitex sont réglés par un mandat de prestations sur l'ensemble du territoire

cantonal, et la prise en charge est donc réalisée par une unique organisation. Ces circonstances doivent être prises en compte. Une indemnisation basée entièrement sur des forfaits et octroyée à un réseau complet serait vouée à l'échec en raison des différents modes de financement des services de soins. Les forfaits ont du sens pour la coordination, mais la facturation des autres prestations devrait également pouvoir être effectuée directement par les fournisseurs de prestations, par analogie avec les modèles HMO actuels (Spitex Schweiz). Des forfaits pour l'ensemble de prestations du réseau ne sont pas pertinents, mais il faut impérativement rémunérer la coordination (SVBG, EVS, SVDE, VFP, P.IP), également avec les fournisseurs de prestations du domaine social ou issus des professions de la psychologie (SVBG, EVS, SVDE). La conception des réseaux devrait être plus flexible que prévu (SVBG, EVS, SVDE, P.IP). L'obligation d'ouvrir un DEP est rejetée, et les proches devraient également faire partie du réseau (P.IP). En tant qu'unique centre de facturation, VFP soutient l'idée d'un réseau.

Physioswiss, ChiroSuisse, pharmaSuisse, la FSP, les SDH et la SDV soutiennent les réseaux sur le principe. Les réseaux du domaine ambulatoire devraient toutefois inclure au moins des médecins de famille, des pharmaciens ainsi que des professions des soins et ne devraient pas nécessairement être dirigés par un médecin (Physioswiss, ChiroSuisse, pharmaSuisse, FSP). Les chiropraticiens (ChiroSuisse) et les droguistes devraient également pouvoir en faire partie, par exemple pour l'automédication (SDV). Des forfaits uniformes et des obligations relatives en matière de gestion empêcheraient l'innovation. Le succès repose sur la liberté contractuelle individuelle, laquelle serait inutilement restreinte (Physioswiss, SDV, VSVA, ZRS). Les forfaits pour l'ensemble des prestations pourraient entraîner une diminution de la qualité du traitement des maladies chroniques (FSP, VSVA, ZRS) et conduire à la création de vastes super-réseaux (VSVA, ZRS). Les réseaux devraient pouvoir fournir les prestations contribuant à une maîtrise des coûts qui ne sont pas prises en charge par l'AOS (SDH).

Les organisations et fournisseurs SMN, VAKA, SMAG, Klinik Schützen Rheinfelden, GZF, ASM, ASL, KSB, PKS, Privatklinik Wyss, Psychiatrische Dienste Aargau, KSA, VPSB, spitäler.be et Verein Barmelweid saluent le renforcement des soins coordonnés. Une collaboration *top-down* serait toutefois vouée à l'échec. La dynamique actuelle ne devrait pas être remplacée par une solution étatique unique. Selon le SMN et les PKS, les conditions d'admission entravent l'innovation et constituent des obstacles administratifs superflus. Les soins coordonnés ne devraient pas être limités au domaine ambulatoire. D'après le SMN, les réseaux ne devraient pas être dirigés uniquement par des médecins. Les partenaires tarifaires pourraient convenir de tarifs forfaitaires, plutôt que de fixer ceux-ci dans la loi. Des incitations à des modèles d'assurance coordonnés seraient davantage pertinentes, par exemple en adaptant la réglementation des rabais sur les primes aux art. 90c et 93 ss OAMal.

H+, AllKidS, KJM, SVS, Forel Klinik, Insel Gruppe AG, USB, Hirslanden AG, Hirslanden Klinik St. Anna, Hirslanden Klinik Birshof, VZK et GSASA rejettent la proposition. Le développement de modèles d'entreprise et leur fixation dans la loi ne seraient pas du ressort de l'État et s'opposeraient à la concurrence régulée. Le rôle des cantons en tant qu'autorités d'admission et de surveillance ne serait pas clair, notamment pour les réseaux intercantonaux. Il n'appartiendrait pas à l'État de fixer le type d'indemnisation, mais aux partenaires tarifaires. Un pilotage de l'ensemble de la chaîne de soins par des organes non compétents en la matière est rejeté. Imposer des structures plutôt qu'une transparence des résultats ne constituerait pas la bonne solution ; les critères d'admission seraient trop détaillés. H+, l'USB et l'Insel Gruppe AG sont par ailleurs d'avis que les hôpitaux peuvent également jouer un rôle en tant que réseau de coordination.

FMH, KKA, Zmed, BEKAG, AeGLU, VLSS, MSN, AGZ, KOCH, SMVS, mfe, SGAIM, MSN, mediX, FMCH, OdA AM, Argomed, unimedsuisse, SGDVG et 53 avis individuels sont favorables aux soins coordonnés, mais les critères étatiques menacent la dynamique, la flexibilité et l'innovation de développements réussis soutenus par les fournisseurs de prestations et les assureurs. La création d'une nouvelle catégorie de fournisseurs de prestation serait inutile, car il serait déjà possible de mettre sur pied des réseaux en tant que structures utilisées par les médecins pour les soins ambulatoires (KKA, Zmed, BEKAG, AeGLU, VLSS, MSN, AGZ, KOCH, SMVS, MSN, mediX, OdA AM). Les obligations relatives à la structure, à l'organisation

et à l'exploitation iraient bien trop loin, ce qui réduirait inutilement l'attractivité d'investissements dans un tel réseau (KKA, Zmed, BEKAG, VLSS, MSN, AGZ, KOCH, SMVS, mfe, MSN, mediX, Argomed, SGAIM, OdA AM, FMPP et 9 autres organisations ainsi que 27 prises de position individuelles, SGDV et 53 prises de position individuelles, PULSUS, FMCH). Les partenaires tarifaires peuvent aujourd'hui déjà négocier des indemnités forfaitaires, une obligation ne serait donc pas nécessaire (Zmed, mfe, MSN, mediX, SGAIM, FMPP ainsi que 9 autres organisations et 27 prises de position individuelles, SGDV et 53 prises de position individuelles). Les forfaits pour l'ensemble de la durée du traitement auraient davantage de sens que ceux qui ne couvrent par exemple que la première consultation, mais ils devraient également refléter le travail de coordination (KKA, BEKAG, VLSS, MSN, AGZ, KOCH, SMVS). Les forfaits pourraient avoir du sens pour les interventions médicales, mais pas pour les activités intellectuelles comme la consultation médicale classique, sans quoi il existerait un risque de rationnement des prestations (SGDV et 53 prises de position individuelles, SGPMR, SGR, Ruoss Cecile). Dans la pratique, les forfaits seraient difficilement applicables à l'ensemble de la chaîne de soins, et il existe le risque que les réseaux ne proposent pas de parcours thérapeutiques complexes (FMH, FMCH, unimedsuisse, SSO, VKZS). Ce sont principalement les gros fournisseurs qui profiteraient des forfaits grâce aux économies d'échelle, mais ils ne traiteraient pas les assurés âgés ou ayant une maladie chronique, ce qui causerait une diminution de la qualité (PULSUS, SGR). Les cabinets médicaux indépendants feraient partie des perdants, même s'ils ont manifestement des coûts plus faibles. Cela engendrerait des coûts supplémentaires pour l'AOS et une pression sur les professionnels de la santé, comme pour les DRG (SVM). Les réseaux devraient disposer d'une direction articulée autour du médecin de famille (mfe, SAIM) et sans obligation d'ouvrir un DEP (mfe, SGAIM, SGR). Mws rejette la proposition, qui conduit à une tutelle de l'État alors que le traitement en réseaux doit rester volontaire. Pour unimedsuisse, la proposition n'est pas aboutie, et des projets pilotes seraient bienvenus. SSO et VZKS rejettent les réseaux en tant que nouveaux fournisseurs de prestations, car les responsabilités ne sont pas claires, les mesures insuffisamment décrites dans la loi et parce qu'il existerait un risque d'introduire la liberté contractuelle par la petite porte.

Parmi les **assureurs**, santésuisse accueille favorablement les réseaux, mais estime que ceux-ci ne sont pas efficaces en soi ; ils pourraient en effet également générer des coûts supplémentaires ou réduire les bénéfices. C'est pourquoi les partenaires tarifaires devraient impérativement trouver des solutions contractuelles. Curafutura se montre critique face à la mesure et le Groupe mutuel la rejette, tandis que SWICA salue la direction prise, mais reste sceptique face aux solutions étatiques ordonnées. Il conviendrait de ne réglementer que les conditions minimales applicables à tous les réseaux (CSS). Des partenariats tarifaires permettraient de mieux régler les autres aspects (curafutura, CSS) ; les médecins ne seraient par exemple pas les seuls à pouvoir diriger les réseaux, et il pourrait être pertinent qu'une partie de la chaîne de traitement assume des tâches de coordination (CSS). Une rémunération via des forfaits pourrait renforcer l'incitation à l'économicité (CSS), mais la preuve du potentiel d'économie fait défaut. Il vaudrait mieux mettre en place les bonnes incitations (SWICA). Les incitations à l'innovation disparaissent avec l'obligation de contracter (santésuisse, SWICA, Groupe mutuel).

Les **organisations de patients** SPO, Chronischkrank.ch, LLS, Evivo, AGS, Blaues Kreuz Schweiz, Verein Morbus Wilson, Agile.ch, Graap, Verein-mps, ProRaris, CFCH, FSP/DVSP, Oncosuisse, KLS, GELIKO, QCC, Engagés pour la santé, PCS et SF MVB accueillent favorablement les réseaux de soins coordonnés en tant que catégorie de fournisseurs de prestations à part entière, mais ceux-ci ne devraient pas être exploités par des assureurs. Ils devraient également englober la prévention et d'autres prestations hors LAMal (Chronischkrank.ch, LLS, Evivo, AGS, Blaues Kreuz Schweiz, Oncosuisse, KLS, GELIKO, QCC, Engagés pour la santé), intégrer des centres pour le traitement de maladies rares (Verein Morbus Wilson, Agile.ch, Graap, Verein-mps, ProRaris, CFCH, IGSK) et être librement accessibles (SGB-FSS). L'association Engagés pour la santé accueille la rémunération forfaitaire avec scepticisme, car la charge de travail peut dépendre fortement des possibilités des patients. QCC souhaite une conception flexible, les besoins ayant un fort caractère individuel.

Le Netzwerk Gutes Alter, le SSR, Kindsverlust.ch et VASOS FARES préfèrent un point de conseil et de coordination unique à des premiers points de contact séparés et des réseaux, car le conseil, la coordination et la gestion des dossiers constituent des tâches qui se recoupent et dépendent les unes des autres. Il devrait être possible de facturer des prestations individuelles en plus des forfaits pour les prestations complexes afin d'éviter une sélection du risque. Dans les modèles de médecin de famille et HMO actuels, il convient de mettre fin aux incitations économiques poussant à priver les assurés de prestations souhaitables, voire nécessaires ; les contrats correspondants devraient être publics, et des processus de contrôle devraient être mis en place en cas de surabondance, de pénurie ou d'inadéquation des soins. Le centre Kinderverlust.ch souhaite ancrer un rôle pour la pratique infirmière avancée.

Les **autres organisations** GFCH, AT, Public Health Schweiz, ABSG, AEG et SAGES saluent la mesure, même si SAGES estime que les prestations de prévention ainsi que les organisations et le travail social correspondants doivent également en faire partie. Les réseaux ne doivent pas être exploités par les assureurs ou par des organisations contrôlées par ceux-ci. Si l'association PRISM salue la mesure, il convient à ses yeux également d'impliquer les hôpitaux et la coordination avec ceux-ci et, dans la mesure du possible, prévoir des projets pilotes. Les dossiers électroniques des patients devraient être structurés de manière uniforme pour garantir l'interopérabilité. Le personnel non médical doit également pouvoir assumer un rôle de coordination. Le forum fmc salue la mesure et la rémunération forfaitaire, mais rejette l'obligation de contracter ; il considère que la concurrence en matière de qualité et de prix doit continuer à jouer un rôle et que les réseaux ne doivent pas pouvoir être dirigés par des médecins uniquement.

L'organisation IG eHealth est favorable aux réseaux, mais voit la rémunération au moyen de forfaits uniformes d'un œil critique, le succès des réseaux reposant sur la liberté de conclure des contrats individuels avec les assureurs, ce qui serait inutilement limité par la proposition. Le forum FGS préfère également les contrats avec les assureurs et souhaite que les réseaux soient libres dans leur organisation et leur structure opérationnelle. L'organisation BFG estime quant à elle qu'il faut se pencher sur le développement des soins coordonnés sans toutefois interrompre la dynamique actuelle et sans la remplacer par une uniformisation forcée par le haut. Des incitations correctes et une transparence quant à la qualité revêtent une grande importance. La commission MTK craint des coûts supplémentaires générés par les nouveaux fournisseurs de prestations. L'association vips salue la mesure, mais estime que les réseaux doivent être libres dans leur organisation et leur structure et qu'il ne faut pas paternaliser les patients.

#### **4.4.1 Art. 35, al. 2, let. o**

L'ÄTG estime que dans le cadre de la mise sur pied des réseaux, la collaboration interprofessionnelle avec les assistants médicaux (AM) dans les cabinets doit être revalorisée dans le but de décharger les médecins de famille, de réduire les coûts et d'optimiser les traitements. Il convient à cet effet de promouvoir les formations continues de coordinateur en médecine ambulatoire et dans le domaine du *Chronic Care Management* (CCM), mais surtout de garantir une indemnisation financière sous la supervision du médecin de famille mandaté.

#### **4.4.2 Art. 36b Réseaux de soins coordonnés**

BS pointe la contradiction suivante : les réseaux doivent fournir sous forme ambulatoire et coordonnée des prestations visées aux art. 25 à 31 LAMal, mais que de telles prestations incluent également des prestations stationnaires. Le réseau devrait inclure un centre de coordination ainsi que les fournisseurs de prestations affiliés contractuellement. Cela impliquerait que le réseau peut fournir des prestations stationnaires également si des institutions de santé stationnaires s'y affiliaient. Cette situation contredirait encore une fois la définition du réseau selon l'art. 36b, al. 1, let. a, AP-LAMal. S'il a été salué que l'affiliation à une communauté ou communauté de référence certifiées constituerait l'une des conditions d'admission des réseaux de soins coordonnés, la question d'un système d'incitations reste néanmoins

ouverte, car pour le moment les fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire ne sont pas tenus de s'affilier à une communauté de référence (double caractère facultatif).

GE souhaite que le projet précise la procédure de rémunération dans le cas où un assuré, s'il s'adresse certes à un réseau, demande également de recourir à des fournisseurs de prestations qui ne font pas partie du réseau.

L'association QCC fait remarquer que les malades chroniques et les patients multimorbides, en particulier, ont besoin d'un réseau de professionnels qui travaillent de façon coordonnée, car ils ont en partie des besoins très variables et requièrent des traitements adéquats. Dans ce contexte, elle considère l'al. 3, let. b, comme une exigence minimale et non comme une définition fixe.

La FMH s'oppose à ce que, dans le cadre de la désignation des prestations, le Conseil fédéral ou le DFI réglementent au niveau de l'OPAS quels fournisseurs de prestations non-médecins peuvent fournir quels programmes de prestations. Du point de vue de la responsabilité civile, le fait qu'un unique fournisseur de prestations facture l'ensemble des prestations fournies par le réseau s'avérerait délicat.

Le Conseil fédéral devrait pouvoir fixer des conditions d'admission relatives aux critères de qualité et à l'amélioration de celle-ci, par exemple l'organisation obligatoire de cercles de qualité (SBK, SGI, SNL).

#### **4.4.3 Art. 48a Conventions tarifaires avec les réseaux de soins coordonnés, y compris dispositions transitoires**

Selon le SMN et l'association mediX, l'al. 2 introduit de fait une association de médecins conventionnés selon le modèle allemand à l'échelle d'un réseau. La rémunération des prestations au sein d'un réseau devrait être du ressort du réseau, c'est-à-dire qu'il conviendrait de mener encore une fois des négociations pour répartir les forfaits entre les différents fournisseurs de prestations.

#### **4.5 Prises de position sur les programmes de prise en charge des patients**

Au total, **206 participants à la procédure de consultation** se sont exprimés sur cette mesure, qui a été **saluée par une majorité**.

La **CDS** et les **cantons** estiment qu'il faut donner suite à la mesure. Ils relèvent que la compétence d'admission des cantons doit être explicitement réglée dans la loi. Certains cantons suggèrent des précisions d'ordre mineur : VD et NE font remarquer que les programmes ne doivent pas nécessairement être placés sous la direction de médecins, tandis que BE et BS relèvent des ambiguïtés quant au financement. Les compétences des cantons devraient en outre également être clarifiées (TI et GE).

Les **partis** pvl, PLR, PES, PDC, PSS, EVP soutiennent pour l'essentiel la mesure. L'UDC et le PLR demandent de laisser la réglementation et la conception aux partenaires tarifaires.

Parmi les **associations de villes**, l'UVS salue pour l'essentiel la mesure. L'adaptation aux réalités régionales serait toutefois très importante, raison pour laquelle les cantons devraient jouer un rôle fondamental. Il conviendrait donc de réexaminer le projet sur cet aspect. Il serait en outre souhaitable de le concrétiser, le projet étant vague et donc difficile à évaluer dans sa forme actuelle.

Les **associations de l'économie** (scienceindustries, Wirtschaftsverband Chemie, Pharma Life Sciences, ASSGP, Handelskammer beider Basel, GRIP) soutiennent la mesure. Elles font remarquer qu'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires encouragerait les soins intégrés. L'USS et le CP saluent la mesure, tandis que l'usam considère en substance que la mesure mérite d'être examinée. Elle s'oppose toutefois au fait que ce type de programmes structurés doivent être dirigés par des médecins.

Les **associations de consommateurs** FRC, ASCI, SKS saluent la mesure, même si l'ASCI propose certaines adaptations mineures.

Les **fournisseurs de prestations** ont des avis partagés. Le groupe Inselgruppe et l'USB rejettent la mesure, car les hôpitaux ne seraient pas pris en compte dans les propositions. Les fournisseurs KKA, BEKAG, VLSS, MSN, AGZ, KOCH et Zmed rejettent également la mesure, estimant qu'elle n'est pas pertinente. FMCH rejette la mesure, car il ne conviendrait pas d'étatiser l'innovation et le développement de prestations médicales. La FMH souligne qu'un pouvoir général du Conseil fédéral pour la mise en œuvre doit être rejeté. Les associations H+, SVS et GSASA proposent de préciser la mesure afin de tenir compte des prestations fournies par les pharmaciens hospitaliers. PharmaSuisse fait également remarquer que cet aspect fait défaut dans le projet. Les associations VSVA et ZRS ajoutent que le projet doit également inclure les prestations des pharmacies de vente par correspondance. Les organisations vaka, SMAG et Klinik Schützen Rheinfelden saluent la mesure. La mfe et la SGAIM font observer que les programmes de patients ne fonctionnent pas sans médecins. Il serait essentiel que de tels programmes encouragent la collaboration interprofessionnelle structurée. SBK souligne qu'en plus de la maîtrise des coûts dans le système de santé, il conviendrait d'encourager les compétences en matière de santé de la population suisse ainsi que l'autogestion des patients. La SGDV (53 autres dermatologues) et PULSUS font remarquer que le Conseil fédéral ne devrait pas disposer de la compétence exclusive en matière de désignation des prestations. La vsao et l'ÄTG relèvent qu'il convient également de tenir compte des prestations fournies par des fournisseurs de prestations non reconnus par la LA-Mal (p. ex. les AM). La svbg, l'EVS, la VFP et la SVDE font une proposition similaire. La SGPMR, Argomed et la SHV se montrent très positifs à l'égard de la mesure, tout comme Spitex Schweiz, Allkids, la FSP, unimedsuisse et Physioswiss.

Les **assureurs** rejettent la mesure. Santéuisse et curafutura rejettent la mesure, car elles ne voient pas la nécessité d'une réglementation supplémentaire. La CSS, Swica et le Groupe mutuel ont un avis similaire.

La mesure est saluée par les **associations de patients**. Les associations chronischkrank.ch, LLS, Oncosuisse, Evivo, KLS, GELIKO, AGS, Blaues Kreuz Schweiz proposent de remplacer la formulation de l'art. 25, al. 2, let. i « de programmes structurés placés sous la direction d'un médecin » par « de programmes organisés à l'échelle nationale ou cantonale placés sous la surveillance d'un médecin ». L'association Schweizerischer Fachverband Mütter- und Väterberatung estime que le Conseil fédéral doit prendre en considération le conseil des parents dans les efforts en vue de la réduction des coûts du système de santé. L'association AGILE.CH fait remarquer qu'il convient également d'intégrer le domaine des maladies psychiques dans les programmes. La FSP et la SVSP proposent une modification de la let. i, soit d'utiliser le terme « surveillance » plutôt que « direction ». Les organisations SPO, QCC, vips et Engagés pour la Santé saluent la mesure et proposent des précisions d'ordre mineur.

Dans d'**autres prises de position**, les organisations GFCH, AT, Public Health Schweiz, ABSG et AEG proposent également de remplacer la formulation de la let. i « de programmes structurés placés sous la direction d'un médecin » par « de programmes organisés à l'échelle nationale ou cantonale placés sous la surveillance d'un médecin ». Elles proposent la même chose pour l'art. 33, al. 3<sup>bis</sup>. Alève Mine relève que la médecine alternative et complémentaire a le potentiel de réduire considérablement les coûts de la santé, en particulier s'agissant des maladies graves. Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen estime qu'un examen approfondi et un développement continu sembleraient judicieux, mais sans spécification des prescriptions de prestations et sous réserve de l'approbation de l'administration. La commission MTK soutient sur le principe la promotion des programmes de prise en charge des patients. Comme c'est le cas aujourd'hui, la responsabilité de déterminer les exigences applicables aux programmes destinés aux patients devrait toutefois incomber aux partenaires contractuels. IG eHealth accueille la mesure avec des réserves. Il conviendrait au préalable de vérifier quels professionnels de la santé assument la direction et, par conséquent, la responsabilité des prestations programmatiques. L'organisation FGS rejette la mesure, car il est



aujourd'hui déjà possible de mettre sur pied des programmes structurés placés sous la direction d'un médecin. Le forum fmc craint que la définition des prestations prévues par l'État et l'approbation des programmes ne développent pas la même dynamique et force d'innovation. Il ne serait par ailleurs pas logique que seuls les médecins puissent piloter la mise en œuvre des mesures proposées. L'association PRISM salue la mesure et propose d'ajouter une lettre à l'art. 25, al. 2, pour les prestations de Care et de Case Management et de définir les responsabilités au niveau juridique.

#### **4.6 Prises de position sur l'art. 32, al. 3 (bases juridiques de l'examen différencié de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique, conformément à l'art. 32 LAMal, ainsi que du calcul d'une rémunération aussi avantageuse que possible)**

Au total **249 participants à la procédure de consultation** se sont exprimés sur cette mesure, qui a été **saluée par une majorité**.

##### **4.6.1 Art. 32, al. 3**

La **CDS et les cantons** saluent la réglementation proposée. ZG exige en outre que les principales valeurs soient fixées dans la loi.

Le PBD et le PDC souhaitent que la loi soit plus précise, tandis que le PSS soutient la mesure et que l'EVP la soutient pour l'essentiel. L'UDC, quant à elle, la rejette.

La mesure est principalement rejetée par les **associations de l'économie** (FER, vips, CP, scienceindustries, economiesuisse, iph, ASSGP, Interessengemeinschaft Schweizer Pharma KMU, Handelskammer beider Basel, GRIP, Swiss Medtech, usam). Les critiques visent principalement une norme de délégation trop large, car celle-ci mine toute prévisibilité et sécurité juridique. L'USS salue la mesure, tout comme les **associations de consommateurs** (EKK, FRC, ASCI, Stiftung für Konsumentenschutz).

Les **assureurs** (Groupe mutuel, santésuisse, CURAVIVA) soutiennent eux aussi la mesure, tandis que SWICA la rejette.

Les **fournisseurs de prestations** sont quant à eux divisés sur la mesure. Les hôpitaux (H+, SVS, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, unimedsuisse, Gesundheitszentrum Fricktal AG, VPPS, Hirslanden Klinik St. Anna, PUK, LUPS, Universitätsklinik Balgrist, VDPS, SMHC, VKJC, VKZ, Hirslanden Klinik Birshof AG, SGM, Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland, SVPC, UPD, Hirslanden AG, SGAP-SPPA, PBL, Triaplus AG, Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug, Klinik Schützen Rheinfelden, vaka, Salina Medizin AG (Rehaklinik), GSASA, Insel Gruppe AG), Spitex Schweiz, ASPS et senesuisse saluent certes l'objectif de la mesure, mais rejettent la modification de la loi. Les hôpitaux font remarquer que des formulations plus précises seraient nécessaires au niveau de la loi. Les organisations EVS, SVDE ASDD et Allkids relèvent qu'il faut impérativement développer ces réglementations pour l'examen des programmes destinés aux patients avec l'expertise des professionnels de la santé impliqués ou de leurs associations. La SBK, SNL et la SGI soutiennent la mesure sur le principe, mais estiment que la façon dont le Conseil fédéral procéderait pour déterminer les modalités de l'examen n'est pas encore assez claire. L'association FAMH relève que les comparaisons des prix des analyses de laboratoires avec l'étranger sont extrêmement délicates. Une grande partie des fournisseurs de prestations, notamment la FMH, les PKS, la Société médicale du Valais, Physiosuisse, mfe, la SSO, la DAKOMED, la FMPP et la SGDV rejettent la mesure, car elle représenterait une réglementation excessive et serait ainsi superflue.

Certaines **associations de patients** (AGILE.CH, Verein Morbus Wilson, ProRaris, CFCH, graap, verein-mps) craignent qu'avec cette nouvelle réglementation, le principe du prix avantageux prévale et que l'efficacité et l'adéquation perdent en importance. C'est pourquoi elles rejettent la mesure. D'autres trouvent la mesure pertinente, sous réserve de certains commentaires (Oncosuisse, Krebsliga Schweiz, GELIKO, DVSP, FSP, vasos, Engagés pour la

Santé). Procap et le RDAF relèvent qu'il convient de tenir compte des maladies rares dans le cadre des critères EAE. Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen et IG eHealth rejettent catégoriquement la mesure, tandis que le FGS exige une définition plus exacte de l'examen des critères EAE.

#### **4.7 Prises de position sur les modèles de prix et les restitutions ainsi que sur l'exception à l'accès aux documents officiels**

Au total, **126 participants à la procédure de consultation** se sont exprimés sur cette mesure. **Une majorité d'entre eux saluent les modèles de prix, mais rejettent l'exception de la loi sur la transparence.**

La CDS et les **cantons** de ZH, SH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, FR, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG, TI, VD, VS, NE, GE, JU considèrent qu'une mise en œuvre accrue des modèles de prix est adéquate, même si le manque de transparence dans l'intérêt d'un achat à prix réduit reste peu plaisant. Le groupe des bénéficiaires des restitutions devrait toutefois impérativement comprendre tous les agents payeurs, par exemple dans le cas de rémunérations supplémentaires dans le domaine stationnaire. Le fonds de restitution alimenté par l'ensemble de la structure LAMal constituerait une solution à cet égard. GL fait également remarquer qu'aujourd'hui déjà, de nombreux fournisseurs, et en particulier les fabricants de substances actives, quittent le marché suisse en cas de pression trop forte sur les prix, ce qui provoque des problèmes d'approvisionnement. Malgré une baisse de la transparence, TI peut tolérer les modèles de prix s'ils entraînent une baisse des prix des médicaments pour les patients. Pour GE, des mesures supplémentaires dans les domaines des génériques, de l'importation de médicaments et de la numérisation seraient indiquées.

Parmi les **partis**, le PBD, le PDC, l'EVP et le pvl soutiennent les modèles de prix avec les restitutions. D'après le PBD, le PDC et le pvl, la Suisse ne pourra pas modifier le système actuel en faisant cavalier seul, raison pour laquelle approuver la levée du principe de transparence serait possible dans ce cas spécifique. L'EVP, au contraire, rejette l'exception à la loi sur la transparence. Le PBD et le PDC considèrent qu'il incombe aux autorités de fixer le prix de manière à ce qu'il soit justifié par les bénéfices. Le PLR et l'UDC estiment qu'un système sans transparence n'est pas souhaitable. Le PLR défend un examen de modèles de prix alternatifs pour les médicaments très coûteux, par exemple le *capping* (rémunération si l'efficacité est démontrée) ou le *pay for performance*. Pour l'UDC, de la transparence, des limites claires et un accès à partir du jour de l'autorisation par Swissmedic sont nécessaires à la fixation des prix, au même titre que l'évaluation des bénéfices et le contrôle de la qualité. L'UDC trouve tout à fait inadéquat d'introduire le principe du prix avantageux pour les médicaments au niveau de l'ordonnance. Le PSS et le PES prônent une approche visant à consolider la coordination internationale pour fixer des prix plus adéquats et garantir davantage de transparence et un meilleur accès. Pour le PES, le manque de transparence sert uniquement aux fabricants. Le PSS ne s'oppose pas à l'élaboration d'une base juridique pour fournir davantage de sécurité juridique aux modèles de prix, mais ne veut pas d'une exception au principe de transparence. AL ZH souhaite supprimer la mesure et, en lieu et place de celle-ci, favoriser la transparence quant à la fixation et au montant du prix des médicaments.

Parmi les **organisations de l'économie**, l'iph, scienceindustries, l'ASSGP, le GRIP, Handelskammer beider Basel et l'association vips soutiennent la création d'un fonds pour les restitutions, car il permettrait la mise en œuvre de modèles de volumes et de prix. L'association vips soutient la proposition relative aux médicaments onéreux et aux modèles de prix ad hoc basés sur les bénéfices, mais les associations participantes doivent pouvoir négocier les modèles de prix avec l'OFSP. Il faudrait trouver un équilibre entre la planification et la flexibilité, ainsi qu'entre la comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger et la comparaison thérapeutique. Pour scienceindustries, les modèles de prix ne constituent pas uniquement une possibilité de réduction des prix, mais permettent aussi l'accès lorsque l'efficacité ou les répercussions financières ne sont pas claires, ceci grâce à un partage des risques au moyen de modèles comme le *pay for performance* ou ceux basés sur les volumes. Pour IG Schweizer Pharma KMU, les modèles de prix dans le domaine des médicaments onéreux, innovants et protégés

par un brevet sont certes importants sur le principe, mais ils ne doivent pas bloquer l'élaboration d'un nouveau système de tarification pour tous les médicaments. Ce dernier doit contenir des réglementations pour les médicaments bon marché destinés aux soins de base, pour les médicaments onéreux, innovants ou protégés par un brevet ainsi que pour les médicaments complémentaires et les phytomédicaments. C'est pourquoi y aurait lieu de considérer et de gérer ces domaines parfaitement différents de manière séparée.

L'exception à la loi sur la transparence constituerait d'après les organisations vips, scienceindustries, GRIP, Handelskammer beider Basel, iph et ASSGP une condition nécessaire pour les modèles de prix. IG Schweizer Pharma KMU, à l'inverse, rejette une nouvelle augmentation du manque de transparence.

Economiesuisse et l'usam approuvent les modèles de prix, pour autant que la transparence des prix soit en principe assurée (economiesuisse), même si l'exception à la loi sur la transparence n'est pas satisfaisante (usam). Il conviendrait d'assouplir la structure des prix pour accélérer l'accès aux nouveaux médicaments, idéalement dès leur autorisation par Swissmedic. L'usam doute toutefois qu'une adaptation de la loi soit réellement nécessaire.

L'USS soutient le principe des modèles de prix. L'ensemble des restitutions doit toutefois être accessible au public et figurer dans la liste des spécialités, même si certains modèles de prix l'en empêchent. Une exception à la loi sur la transparence constituerait une capitulation face aux intérêts économiques privés.

Parmi les **associations de consommateurs**, l'ACSI, la FRC et la SKS soutiennent les modèles de prix, car il existe à leurs yeux des incertitudes et des risques liés aux nouveaux médicaments (FRC), mais seulement si la transparence est totale, si les conditions des modèles de prix et des restitutions sont accessibles au public et si l'on renonce à une exception à la loi sur la transparence (ACSI, FRC, SKS) et si les modèles de prix ne conduisent pas à une réduction des traitements pris en charge (ACSI). EKK s'attend à des économies limitées dans le temps, la mesure n'ayant aucun effet sur le volume. Il conviendrait en outre de renforcer plutôt que de réduire la transparence.

Les **fournisseurs de prestations** FMCH, unimedsuisse, H+, AllKidS, GSASA, Insel Gruppe AG, vaka, Salina Medizin AG, Klinik Schützen Rheinfelden, Triaplus AG, PBL, SGM, IPW, SVPC, UPD, Forel Klinik AG, Hirslanden AG, Hirslanden Klinik St. Anna, Hirslanden Klinik Birshof, Gesundheitszentrum Fricktal, SGAP-SPPA, SGR, PUK, LUPS, SVS, SGPMR, VDPS, SMHC, VKJC, VPPS, Verein Barmelweid et VKZ saluent les modèles de prix dans le cas des médicaments onéreux, innovants et protégés par un brevet.

Les fournisseurs KKA, SMVS et BEKAG, à l'inverse, trouvent les restitutions éventuelles trop compliquées et peu pratiques. La DAKOMED et la SDV rejettent les modèles de prix en raison du manque de transparence du mécanisme et parce que celui-ci provoquerait une inégalité de traitement entre les médicaments bon marché, traditionnellement utilisés et éprouvés, et les médicaments onéreux et innovants dont les résultats sont méconnus. Les KJM rejettent la proposition, celle-ci étant si générale qu'il n'est pas possible d'en évaluer le contenu. AeGLU critique le fait qu'il sera toujours possible d'exiger des prix particulièrement élevés pour les médicaments sur le marché suisse.

D'après les organisations H+, Insel Gruppe AG, Salina Medizin AG, vaka, Klinik Schützen Rheinfelden, Triaplus AG, PBL, SGM, IPW, SVPC, UPD, Hirslanden AG, Hirslanden Klinik St. Anna, Hirslanden Klinik Birshof, SGAP-SPPA, PUK, LUPS, VDPS, SMHC, VKJC, VKZ, unimedsuisse, Gesundheitszentrum Fricktal, VPPS, SVS et Forel-Klinik AG, l'exception à la loi sur la transparence est commune à l'échelle internationale et indispensable pour l'accès aux thérapies innovantes. Les organisations DAKOMED, Medswiss.net, FMCH, SSO, SDV, der Verein Barmelweid und zmed rejettent l'exception à la loi sur la transparence. D'après la vsao, celle-ci nuirait à l'acceptation des modèles de prix. Pour la SGPMR, il conviendrait de viser une solution aussi transparente que possible. L'organisation FMCH fait également remarquer que le manque de transparence empêche la comparaison thérapeutique.

D'après unimedsuisse et l'USB, y a lieu de clarifier, dans le cadre des restitutions, la façon dont les différentes procédures dans le domaine et les dispositions relatives à la non répercussion intégrale des avantages interagissent entre elles. Les restitutions devraient, dans les

statistiques, également être correctement affectées à chacune des catégories de coûts. pharmaSuisse, la VSVA et le VSSG proposent de prévoir également une rémunération pour les pharmaciens, qui pourraient être en mesure de jouer un nouveau rôle centré sur le patient et permettant de réduire les coûts, par l'introduction et l'évaluation des médicaments et par le fait de s'assurer de l'observation du traitement (les fabricants pouvant également en être tenus responsables). La VSVA et ZRS demandent que les modèles de prix incluent dans les calculs les prestations des pharmacies ayant une autorisation de vente par correspondance.

Parmi les **assureurs**, santésuisse, le Groupe mutuel et SWICA rejettent les restitutions, en particulier par le biais de l'Institution commune. D'après santésuisse et le Groupe mutuel, les restitutions causent une charge de travail importante pour les assureurs. Les modèles de prix doivent faire figure d'exceptions et n'être utilisés que lorsqu'un prix fixe constitue une solution inadéquate, par exemple dans le cas de thérapies combinées. Des rabais secrets peuvent en outre faire augmenter les prix. Il faudrait éventuellement examiner une limitation des modèles de prix à cinq ans après l'ajout à la liste des spécialités. De plus, les assureurs ne devraient être tenus de prendre en charge les médicaments au-dessus d'un certain seuil de coûts uniquement a posteriori et en cas de succès démontré de la thérapie. D'après santésuisse, curafutura, la CSS, le Groupe mutuel et la SVV, une exception à la loi sur la transparence s'oppose aux principes centraux de gouvernance. Curafutura et la CSS proposent comme alternative une combinaison de prix catalogues publiquement accessibles et de facturation par les partenaires tarifaires avec les prix effectifs et non publics. Au moins les assureurs (CSS, SWICA) et les fournisseurs de prestations (CSS) doivent connaître les prix nets.

Le Groupe mutuel préférerait une amélioration des critères actuels de fixation des prix assorti de l'introduction du principe du prix avantageux et de l'examen annuel. Curafutura, la CSS et le Groupe mutuel souhaitent un droit de recours pour les assureurs contre la fixation de prix. La CSS fait remarquer qu'une restitution sans correction des risques compromettrait la compensation des risques. La CSS, le Groupe mutuel, SWICA et la SVV exigent le moins possible de modèles de prix pour les médicaments, pour lesquels toutefois des critères soient clairement définis.

Les **organisations de patients** FSP, GELIKO, Krebsliga Schweiz, Oncosuisse, RDAF et VASOS FARES soutiennent les modèles de prix, pour autant qu'ils ne provoquent pas une réduction des traitements pris en charge (FSP) et permettent un accès plus rapide (RDAF). Les bénéfiques doivent également être intégrés dans les modèles de prix (GELIKO, Krebsliga Schweiz, oncosuisse, RDAF). Les associations Verein Morbus Wilson, AGILE.CH, CFCH, graap, ProRaris et verein-mps s'attendent à ce que les patients aient un accès plus rapide aux nouveaux médicaments grâce aux modèles de prix. Avec l'introduction d'un fonds qui permettrait de payer les nouveaux médicaments pendant les négociations tarifaires, la disponibilité rapide de ces médicaments serait assurée. L'association Engagés pour la santé demande à quel moment intervient la restitution à l'assureur et à quel moment celle à l'Institution commune.

Les associations Verein Morbus Wilson, AGILE.CH, GRAAP, RDAF et CFCH sont favorables à l'exception à la loi sur la transparence. En revanche, la FSP, GELIKO, Krebsliga Schweiz, Oncosuisse, ProRaris et VASOS FARES la rejette, car seuls les fabricants profiteraient d'une exception à la loi sur la transparence. Une fixation des prix basée sur des preuves serait à leurs yeux plus efficace. Les efforts internationaux pour davantage de transparence se multiplient, en particulier grâce à l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Une coopération renforcée entre les États ainsi que l'instauration de plus de transparence constituent des éléments indispensables pour une politique tarifaire véritablement efficace à moyen et long terme. D'après Engagés pour la santé, il faut aspirer à un maximum de transparence possible.

Parmi les **autres organisations**, la commission MTK souhaite une base uniforme et transparente pour la formation des prix. De plus, les prix des médicaments ont aussi des répercussions sur les structures tarifaires stationnaires. Alève Mine craint que la position des fabricants n'en soit renforcée. L'organisation BFG salue les nouveaux modèles de prix pour les médicaments onéreux, innovants et protégés par un brevet, mais il conviendrait d'en vérifier l'adéquation et la comptabilité avec le système au cas par cas. Se pose également la question de savoir si les grandes entreprises pharmaceutiques internationales sont véritablement capables

de développer de tels modèles pour le marché suisse. Il serait toutefois plus important de disposer d'un système de formation des prix complètement nouveau pour les médicaments, dotés de réglementations pour les médicaments bon marché destinés aux soins de base et pour les médicaments onéreux, innovants et protégés par un brevet. Ce point en suspens ne devrait subir aucun retard. Une exception à la loi sur la transparence est rejetée. Les entreprises devraient garantir la transparence de leurs coûts de production. Le FGS salue en substance les modèles de prix et serait prêt à accepter une exception à la loi sur la transparence, à condition que l'accès soit garanti dès l'autorisation par Swissmedic. IG eHealth souhaite régler plus précisément les modèles de prix dans la loi, avec des mécanismes de formation des prix différents pour les médicaments bon marché et onéreux. Une exception à la loi sur la transparence est plutôt rejetée. Public Eye rejette les modèles de prix et estime qu'il conviendrait d'exiger davantage de transparence de la part des fabricants. L'organisation Öffentlichkeitsgesetz.ch relève que des exceptions au cas par cas à la loi sur la transparence servent des intérêts particuliers. Une dégradation de la situation dans le domaine des médicaments ferait obstacle aux efforts de la Suisse en matière de coopération internationale.

#### **4.7.1 Art. 18, al. 2<sup>septies</sup>, y compris dispositions transitoires**

pharmaSuisse propose d'utiliser les ressources du fonds pour le financement des prestations qui contribuent à la qualité et/ou au caractère économique des soins de base. Il conviendrait en particulier de rémunérer les prestations qui ne peuvent être facturées à aucun assuré en particulier, comme les cercles de qualité interprofessionnels, la substitution de génériques ou les déficits dans la part relative à la distribution lors de la remise de médicaments très bon marché.

#### **4.7.2 Art. 42, al. 2, deuxième phrase**

BS relève que l'introduction du tiers payant est pertinente, car le prix que paie l'assuré pour le médicament ne correspond pas toujours au prix final (après restitution). Cela aurait des répercussions sur la participation aux coûts de l'assuré et donnerait lieu dans certaines circonstances à des remboursements impliquant une charge de travail administrative considérable.

#### **4.7.3 Art. 52b Restitutions**

Pour l'iph et scienceindustries, les médicaments ou les nouvelles indications devraient être ajoutées à la liste des spécialités et prises en charge à partir de la date de leur autorisation de mise sur le marché par Swissmedic, afin de garantir l'accès des patients aux médicaments innovants. À cet effet, il devrait être possible d'approuver provisoirement ces médicaments et de convenir d'un prix provisoire via un modèle de remboursement. Un accès plus rapide grâce à des données provisoires ne devrait toutefois pas conduire dès le départ à un prix « irréversible ». Cela permettrait également de limiter les prises en charges exceptionnelles prévues par l'art. 71a - 71d OAMal aux véritables cas particuliers.

Vips souhaite l'introduction d'un article séparé pour les médicaments, dans lequel il faudrait notamment réglementer le classement des médicaments en catégories pour l'examen ou la vérification des critères EAE (préparations originales avec protection contre les copies, médicaments avec des principes actifs connus, mais ayant une forme pharmaceutique innovante, médicaments complémentaires ou phytomédicaments, biosimilaires, génériques, médicaments de thérapies combinées, etc.). Il devrait également réglementer les utilisations hors indication et les utilisations des médicaments hors liste de sorte qu'en cas de proposition de thérapie par le médecin traitant, une renonciation au traitement ne pourrait entrer en ligne de compte pour des raisons de coûts. La vérification périodique des critères EAE tous les trois ans devrait en principe être maintenue, mais les médicaments avec des coûts thérapeutiques quotidiens ne devraient plus être soumis à cette vérification périodique en dessous d'un seuil déterminé par le Conseil fédéral.

Selon la CSS, SWICA, medswiss.net et la zmed, la proposition ne garantit pas que les assurés obtiennent le remboursement de la participation aux coûts excédentaires qu'ils ont payée sur la liste de prix publique. SWICA relève également que la participation aux coûts des assurés inclut la TVA, ce qui ne serait pas le cas des restitutions.

#### **4.7.4 Art. 52c Exception au droit d'accès aux documents officiels**

Pour ce qui concerne les prises de position relatives à l'art. 52c, il est renvoyé au chap. 4.7.

#### **4.8 Prises de position sur l'art. 41, al. 1 (Libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse. Pour des tarifs de référence équitables), y compris dispositions transitoires**

Au total **102 participants à la procédure de consultation** se sont exprimés sur cette mesure, qui a été **saluée par une large majorité**.

La CDS et 20 **cantons** (ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, ZG, FR, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, NE, VS, JU) considèrent la proposition comme adéquate. L'effet sur la maîtrise des coûts est toutefois mis en doute, car certains cantons ont déjà fixé des tarifs de référence bas. Il convient d'impliquer les cantons lors de la précision au niveau de l'ordonnance. Selon BS et SG, l'ordonnance devrait préciser que les tarifs de référence seront déterminés sur la base de chiffres pondérés. FR trouve trop inexact le fait de baser les tarifs de référence uniquement sur le type d'hôpital. GE souhaite supprimer la dernière phrase, car il faudrait sinon craindre des tarifs de référence différenciés pour chaque prestation. GL et SG rejettent une mise en œuvre dans laquelle le tarif le plus élevé devrait être utilisé pour une prestation comparable. GE relève qu'une telle mise en œuvre est certes mentionnée dans le rapport explicatif, mais pas explicitement définie dans la loi. UR, VS sont d'avis que dans l'intérêt d'une maîtrise des coûts, on ne devrait pas payer plus pour un traitement hors canton que le tarif le plus bas qui s'applique à un traitement comparable dans le canton de résidence ; au TI il est déjà procédé dans tel sens.

Parmi les **partis**, l'EVP, le PLR, le pvl et le PSS soutiennent la proposition. Le PLR pense qu'un libre choix du fournisseur de prestations dans toute la Suisse pour les soins stationnaires également serait encore plus pertinent. Le pvl souhaite une formulation plus contraignante, tandis que l'UDC est d'avis que SwissDRG fournit déjà des tarifs de référence pour le choix de l'hôpital. Le PES critique particulièrement la proposition et estime qu'il ne faut pas encourager davantage la concurrence intercantonale entre les hôpitaux.

Parmi les **associations de l'économie**, le CP, economiesuisse, l'USS et l'usam soutiennent la proposition. L'USS peut accepter des tarifs de référence bas et protectionnistes uniquement si les cantons s'associent sous la forme de régions de soins homogènes. Le CP regrette que la voie de l'ordonnance ait été choisie pour renforcer la concurrence. Il faudrait à tout prix éviter des mécanismes trop complexes.

Parmi les **associations de consommateurs**, l'ACSI et la FRC soutiennent la proposition. L'EKK fait remarquer que même si les tarifs de référence favorisent la concurrence, ils pourraient avoir pour conséquence un rationnement des prestations et des baisses de qualité.

Les **fournisseurs de prestations** et organisations H+ et SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, LUPS, UPD, IPW, PBL et Triaplus AG ainsi que la FMH, VSAO, IGGH-CH, VLSS, SGAIM, FMCH, SGR, SGPMR, ÄTG et Verein Barmelweid saluent des tarifs de référence équitables. H+ et 15 organisations trouvent la formulation proposée trop imprécise et estiment que l'adhésion à la mesure est soumise à la condition qu'une référence plus équitable soit établie au niveau de l'OAMal. La vsao conteste une augmentation de la pression des coûts sur les hôpitaux. D'après la FMPP ainsi que la MEDGES, Rohmeder-Arday Katalin et Praxis Welti GmbH, le tarif de référence devrait se fonder sur l'indemnisation des hôpitaux qui fournissent avec efficacité et économie des prestations au niveau de qualité nécessaire. Unimedsuisse, l'USB et Insel Gruppe AG demandent que les hôpitaux universitaires disposent de leur propre tarif de référence ou du tarif du canton où se situe l'établissement, sans quoi les cantons sans hôpital universitaire

pourraient encore fixer des tarifs de référence trop bas. Les PKS ainsi que les fournisseurs de prestations Hirslanden AG, Hirslanden Klinik Birshof, Hirslanden Klinik St. Anna, VZK, Uniklinik Balgrist, Klinik Schützen Rheinfelden, vaka, ASL, ASM, KSA, KSB, SWT, Spital Zollikerberg et le Swiss Medical Network exigent la reprise du tarif du canton où se situe l'établissement à la place de la disposition peu claire. D'après le fme, le libre choix de l'hôpital par les assurés s'oppose à la gestion en réseaux.

Parmi les **assureurs**, santésuisse ainsi que le Groupe mutuel, SWICA et la CSS soutiennent la mesure. Santésuisse et le Groupe mutuel se montrent toutefois sceptiques quant à l'efficacité réelle par rapport à celle escomptée. Curafutura exige l'introduction du libre choix de l'hôpital pour l'entier de la Suisse, alors que la CSS souhaite une formulation plus contraignante.

Parmi les **organisations de patients**, GELIKO, la FSP, Krebsliga Schweiz, Oncosuisse, VA-SOS FARES soutiennent la proposition. L'EPS, à l'inverse, rejette la mesure, celle-ci pouvant augmenter la charge administrative, réduire les prix en raison d'une concurrence plus intense et conduire à des fermetures d'hôpitaux.

Parmi les **autres organisations**, BFG approuve le contenu : à ses yeux, le règlement, qui est en soi déjà en vigueur depuis 2021, n'est pas appliqué par les cantons.

#### **4.9 Prises de position sur l'art. 42, al. 3<sup>ter</sup> (Transmission électronique des factures), y compris dispositions transitoires**

Au total, **145 participants à la procédure de consultation** se sont exprimés sur cette mesure, qui a été **saluée par une majorité**.

La **CDS** et les **cantons** sont d'accord avec la mesure. TG indique que l'art. 42 AP-LAMal devrait être complété de telle sorte qu'aucune donnée de santé ne parvienne à des tiers via la facturation électronique.

Les **partis** (pvl, PBD, PDC, PSS, UDC et PLR) approuvent pour l'essentiel la mesure. Le pvl relève qu'il convient de préciser la formulation « sous forme électronique » et qu'il n'est pas nécessaire de définir de nouveaux standards en matière d'échange de données.

Les **associations faitières de l'économie** (CP, scienceindustries, Wirtschaftsverband Chemie, Pharma Life Sciences, FGS, Economie suisse, ASSGP) accueillent favorablement la mesure. Le forum FGS demande que le terme « électronique » soit remplacé par « numérique ».

Les **associations de consommateurs** (SGB, EKK, FRC, ASCI, Stiftung für Konsumentenschutz) sont d'accord avec la mesure.

Les **fournisseurs de prestations** VSAO, SGPMR, Spitex Schweiz, vips, iph, AGS, SBK, GRIP, KJM, Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen, Triaplus AG, Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug, PBL, SGM, Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland, SVPC, UPD, Hirslanden AG, SGAP-SPPA, Hirslanden Klinik St. Anna, PUK, LUPS, VDPS, SMHC, VKJC, Hirslanden Klinik Birshof AG, VPPS, H+, GSASA et unimed-suisse soutiennent la mesure. Les fournisseurs de prestations et organisations FMPP, Alber Christoph, Haefelfinger Johannes, Praxis Welti GmbH, Andreas Schneider, Marie-Thérèse Gombert, Elster Katharina, Jochum Axel, Meng Heiner, Walter Meili, Bende Brigitta, Patrick Brunner, Christine Glauser, Holger Knoch, Ralph Lüthy, Christine Zinkernagel, Ruch Susanna, Büggelen Barbara, Tobias Wilhelm, Schillinger Carola, SGPP, MEDGES, SSCLPP, SGKJPP, FPPBS, Praxis Dr. med. Katalin Rohmeder-Arday, Martin Eichhorn, Gül Söllick, Philip Onderka, KKA, Société médicale du Valais, SVPA, BEKAG, VLSS demandent la suppression des deux premières phrases de l'art. 42, al. 3<sup>ter</sup>. Selon l'ASPS, senesuisse, CURAVIVA, la SSO, Verein Barmelweid, Insel Gruppe AG, la Société vaudoise de médecine, l'USB, la VKZS, l'article doit être supprimé. La FMH critique la formulation très vague de la mise en œuvre et estime qu'elle doit impérativement être assortie d'un délai transitoire de cinq ans.

Les **assureurs** (CSS, SWICA, Groupe mutuel, santésuisse) sont en principe d'accord avec la mesure. Santésuisse demande que le terme « électronique » soit remplacé par « numérique ».

Les **associations de patients** (Chronischkrank.ch, Verein Morbus Wilson, AGILE.CH, graap, verein-mps, RDAF, Swiss cancer screening, Lungenliga Schweiz, Public Health Schweiz, ABSG, AEG, IGGH-CH, DVSP, Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie, VASOS FARES, oncosuisse, Evivo, GELIKO, ProRaris, Blaues Kreuz Schweiz) accueillent en substance favorablement la mesure.

D'**autres** prises de position ont été soumises. Les organisations et fournisseurs de prestations Alève Mine, AT, VFP, MediData AG, MTK, SVS, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit sont pour l'essentiel d'accord. La P.IP, IG eHealth et Bündnis freihetliches Gesundheitswesen ne voient quant à eux pas l'objectif de la mesure.

#### **4.10 Prises de position sur l'art. 42a, al. 2-3 (Carte d'assuré)**

Au total, **17 participants à la procédure de consultation** se sont exprimés sur cette modification, qui a été **saluée par une majorité**.

Parmi les **cantons**, seul BS s'est exprimé sur la carte d'assuré. Le canton relève qu'il convient de formuler les exigences relatives à la carte d'assuré sans référence à la technologie utilisée. Pour pouvoir utiliser la carte d'assuré comme moyen d'identification pour le dossier électronique du patient, la carte d'assuré devrait être intégrée à un système d'e-ID. À cet effet, SASIS AG pourrait devenir un fournisseur.

Parmi les **associations de consommateurs**, seul l'EKK s'est prononcée : la commission salue pour l'essentiel la numérisation du système de santé.

Parmi les **associations de l'économie**, scienceindustries, l'ASSGP, Handelskammer beider Basel et le GRIP se sont prononcés sur la carte d'assuré. Elles saluent le développement technologique de la carte d'assuré, celle-ci permettant un gain d'efficacité et, ainsi, des économies.

Parmi les **fournisseurs de prestations**, Spitex Schweiz, vips, la mfe, la SGAIM, la SGP, la VFP et interpharma se sont prononcés sur la mesure. Tous saluent la possibilité de pouvoir émettre une carte d'assuré sous forme électronique. La mfe, la SGAIM et la SGP mentionnent en outre des applications compatibles avec les smartphones.

Parmi les **assureurs**, santésuisse et SWICA se sont exprimés sur la mesure. Santésuisse salue la formulation sans mention de technologie particulière de l'article, mais propose de remplacer le terme « électronique » par « numérique ». SWICA salue le fait que la carte d'assuré soit à l'avenir disponible sous forme électronique. Elle rejette toutefois la limitation de la carte d'assuré à la couverture de l'AOS.

La commission MTK, le FGS et un particulier, Mine Alève, se sont eux aussi exprimés sur la carte d'assuré. La MTK soutient le renforcement, dans l'AOS, de technologies d'information et de communication qui assurent la qualité des informations et réduisent la charge de travail de gestion. Le FGS salue quant à lui la mesure, mais relève que le terme « électronique » peut être sujet à une interprétation très large et recommande d'utiliser le terme « numérique ». Mine Alève souligne que par carte, il faut en fait entendre un numéro ou une chaîne de caractères. La perte ou l'indisponibilité momentanée d'une carte ne devrait pas constituer d'obstacle à un traitement.

#### **4.11 Prises de position sur l'adaptation de la LAI**

Au total, **48 participants à la procédure de consultation** se sont exprimés sur ces mesures, qui sont en grande partie accueillies favorablement.

Parmi les **cantons**, seul ZH fait remarquer que l'élaboration prévue d'une liste de médicaments AI ne doit pas conduire à une détérioration des soins administrés aux personnes invalides.

Parmi les **partis**, l'EVP est favorable à la création de bases légales pour la vérification des critères EAE applicables aux mesures médicales de l'AI ainsi qu'à la création d'un centre de compétence unique au sein de l'OFSP. L'UDC demande de manière générale de réduire la



dette de l'AI envers l'AVS, de ne pas appliquer le principe du prix avantageux pour le calcul de la prise en charge des médicaments AI et d'encourager la promotion de la facturation électronique dans le domaine de l'AI également.

Une grande partie des **associations de l'économie** (scienceindustries, economiesuisse, ASSGP, GRIP, usam) soutiennent la mesure. L'application directe des critères EAE concrétisés pour la liste des spécialités en violation de l'objectif de la LAI est toutefois rejetée.

Les **associations de consommateurs** (vips, ACSI) saluent pour l'essentiel les modifications.

Les **fournisseurs de prestations** sont quant à eux divisés : alors que la FMH rejette les modifications, l'iph est en principe favorable aux modifications. L'ARLD, la DLV, l'ALOSI demandent que l'art. 14, al. 3 AP-LAI, soit supprimé. L'association unimedsuisse exige quant à elle de repousser l'introduction des vérifications des critères EAE selon la LAMal pour l'assurance-invalidité, ce jusqu'à ce que des critères spécifiques et adéquats aient été définis pour les maladies rares.

Les **assureurs** santésuisse et le Groupe mutuel sont en substance favorables aux modifications. Santésuisse rejette toutefois l'art. 14<sup>ter</sup>, al. 7, AP-AI.

Les **associations de patients** se montrent critiques à l'égard de la mesure. Les associations Verein Morbus Wilson, ProRaris, AGILE.CH, verein-mps et graap rejettent la primauté des soins moins coûteux telle que la propose le Conseil fédéral à l'art. 32, al. 3, AP-LAMal pour la LAI également. Elles exigent en outre de reprendre le terme « adaptation » de l'art. 26 de la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées dans l'art. 14 LAI. Le RDAF salue pour l'essentiel les modifications. À ses yeux, il convient toutefois de tenir compte des particularités des maladies rares. La DVSP, Oncosuisse, Krebsliga Schweiz et la GELIKO saluent sur le principe la reconnaissance de la LAMal dans la LAI, mais estiment qu'il est central de considérer la maladie et l'invalidité comme des situations de vie différentes. L'IGSK juge quant à elle la modification fondamentalement positive.

Les **autres prises de position** proviennent d'Alève Mine et du FGS. Le FGS salue les modifications dans l'assurance-invalidité, considérant qu'elles réglementent mieux la prise en charge des médicaments et offrent la possibilité d'élaborer des modèles de prix confidentiels.

#### **4.12 Prises de position sur l'art. 64, al. 7, let. b et c (Participation aux coûts de maternité : égalité de traitement des patientes)**

Au total, **48 participants à la procédure de consultation** se sont exprimés sur cette modification. La mesure a été **saluée par une majorité**.

La **CDS** ainsi que les **cantons** AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, NE, NW, OW, SG, SO, SZ, UR, VD, VS et ZH saluent la précision proposée, mais critiquent le fait que si l'objectif consiste à atteindre une véritable égalité de traitement des patientes, il ne faut pas uniquement exempter de la participation aux coûts les prestations dès la 13<sup>e</sup> semaine de grossesse, mais toutes les mesures dès l'existence d'une grossesse attestée médicalement. BS relève qu'il convient également d'adapter certaines dispositions de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). SH salue les règles proposées en matière de participation aux coûts en cas de grossesse, mais renonce toutefois à des remarques complémentaires. AG soutient également sur le principe une réglementation uniforme de l'art. 64, al. 7, let. b, LAMal, mais s'irrite du fait que la mesure figure dans le volet des mesures de maîtrise des coûts. GE, LU et ZG ne se sont pas prononcés sur l'art. 64, al. 7, let. b, LAMal.

Parmi les **partis**, l'EVP et le PLR approuvent la modification proposée. Le PES et le PSS demandent quant à eux que l'exemption de participation aux coûts pendant une grossesse s'applique déjà dès la première semaine de grossesse. Après que non seulement le Conseil fédéral et le Conseil national, mais aussi la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États se soient exprimés en faveur de cette question, la présente révision de la loi permettrait de mettre en œuvre cette mesure rapidement. L'UDC rejette la modification.

Les **associations faitières des communes, des villes et des régions de montagne** ne se sont pas prononcées à ce sujet.

Parmi les **associations faitières de l'économie**, economiesuisse relève que le sujet sera traité lors de la prochaine session à l'occasion de deux motions et d'une initiative cantonale. D'un point de vue de la politique nationale, le Conseil fédéral ne devrait par conséquent pas se prononcer sur ce sujet. Les milieux économiques rejettent donc cette mesure. L'USS salue la modification et soutient la SHV dans sa demande de suppression de la limitation temporelle figurant à l'art. 64, al. 7, let. b, LAMal.

Les **associations de consommateurs** soutiennent la modification proposée : l'ACSI soutient la proposition, tandis que la FRC va plus loin et demande de ne remédier à cette situation que si la participation aux coûts est supprimée dès le début de la grossesse.

Parmi les **fournisseurs de prestations**, la BK-Heb, l'IGGH-CH, la ZHAW IHB et la SHV critiquent le fait que la définition et la limitation stricte à partir de la 13<sup>e</sup> semaine de grossesse laissées dans le texte de loi mènent toujours à d'importants problèmes dans la pratique. La lacune correctement décrite dans la motion Kälin ne serait malheureusement pas corrigée avec la présente proposition de texte de l'art. 64, al. 7, let. b. À cet effet, conviendrait de supprimer la participation aux coûts dès le début de la grossesse. La SBK, la SGI et SNL saluent l'abandon de la participation aux coûts en cas de grossesse, mais ne comprennent pas que cela ne s'applique qu'à partir de la 13<sup>e</sup> semaine de grossesse. La VFP et Spitex Schweiz saluent la proposition du Conseil fédéral. La SSO exige que les soins dentaires (art. 31 LAMal) soient également exemptés de la participation aux coûts.

Parmi les **assureurs**, santésuisse trouve que les précisions relatives aux prestations exemptées de la participation aux coûts en cas de grossesse permettent de réduire nettement la marge d'interprétation concernant cette disposition. Il serait concrètement difficile de justifier la raison pour laquelle les prestations en cas d'accident ou d'infirmité congénitale sont exemptées de la participation aux coûts. Cela provoquerait d'autres inégalités de traitement, d'une part entre les femmes enceintes et celles qui ne le sont pas et, d'autre part, entre les femmes enceintes avec une franchise ordinaire et celles avec une franchise à option, qui malgré des primes très différentes ont en grande partie la même couverture d'assurance. En conséquence, il conviendrait de supprimer la référence aux art. 27 et 28. SWICA salue la modification.

L'association **Engagés pour la Santé** et **Fachstelle Kindsverlust** saluent la proposition, mais exigent une exemption de la participation aux coûts durant les 12 premières semaines de grossesse.

## 4.13 Mesures rejetées

### 4.13.1 Introduire un droit de recours (M33)

L'**introduction d'un droit de recours** devant le Tribunal administratif fédéral pour les assureurs contre les décisions de l'OFSP relatives à l'évaluation des médicaments figurant sur la liste des spécialités n'a été explicitement mentionnée que par **7 participants à la procédure de consultation**. Les représentants des assureurs, dont **curafutura** et la **CSS**, sont favorables à l'introduction. La **SKS** et le **pvl** soutiennent également la mesure. Ils soulignent que ce sont surtout les assureurs maladie, les organisations de patients ainsi que les organisations de protection des consommateurs qui trouvent un intérêt dans les prix bas des médicaments, mais qu'il n'existe aujourd'hui aucune possibilité pour ces acteurs de se défendre contre des prix excessifs. Grâce à un droit de recours, les acteurs pourraient défendre les patients lorsque, malgré des critères EAE contestés, un médicament a été inscrit au catalogue de prestations ou a atteint un prix considéré comme trop élevé et injustifié. La CSS et le pvl soulignent également que de tels recours ne doivent avoir aucun effet suspensif, c'est-à-dire pas même s'agissant des décisions des gouvernements cantonaux sur les listes d'hôpitaux. **Unimedsuisse**, **interpharma** et **vips** soutiennent à l'inverse la position du Conseil fédéral et recommandent de ne pas introduire un droit de recours pour les assureurs.

#### 4.13.2 Définir un plafond pour les dépenses ambulatoires (M37)

Aucune remarque n'a été reçue concernant cette mesure.

#### 4.14 Autres propositions

Parmi les prises de position reçues, **plusieurs participants** ont soumis d'autres propositions.

Parmi les **partis politiques**, **AL ZH** insiste sur la nécessité de renforcer les compétences de santé de la population. Le parti argumente que de faibles compétences en matière de santé risquent de réduire l'implication dans le traitement. Les patients devraient être bien informés pour pouvoir prendre des décisions de manière participative avec les professionnels de la santé. De plus, de faibles compétences en matière de santé pourraient conduire à une plus mauvaise autogestion, ce qui, dans le cas d'une maladie, entraînerait une utilisation plus intensive des soins de santé. **AL ZH** souligne encore que le renforcement et le financement des soins de base infirmiers pourraient aider les patients, en particulier en matière d'autogestion.

Parmi les **associations faitières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national**, le **SAB** et **Arbeitsgruppe Berggebiet** demandent que le Conseil fédéral élabore un contre-projet direct à l'initiative pour un frein aux coûts, lequel permettrait une véritable réforme. Ils proposent comme pistes (1) d'utiliser le potentiel de la numérisation, (2) de réviser la conception des tarifs de sorte à tenir compte des différentes conditions spatiales, (3) d'abandonner le *numerus clausus* pour les médecins formés à la médecine de famille, (4) de reconnaître et d'encourager les approches médicales complémentaires en matière de soins comme les *Advanced Practice Nurses*, (5) de vérifier les capacités en lits dans les hôpitaux pour une exploitation normale ainsi que pour les temps de crise, (6) de planifier les soins médicaux dans le cadre d'une approche intégrée dans l'espace et (7) d'examiner le problème de financement du système de santé qui fait en partie obstacle à des approches nouvelles et innovantes et à des modèles de coopération pertinents.

Parmi les **associations faitières de l'économie**, deux participants à la procédure de consultation font différentes propositions. Le **CP** demande de promouvoir la numérisation à travers l'utilisation du dossier électronique du patient et des plans de cybermédication. Il souligne par ailleurs les effets positifs de la promotion des compétences de santé et de la responsabilité individuelle de la population sur les coûts de la santé. Le **CP** est également de l'avis qu'avec les révisions de loi déjà discutées par les Chambres fédérales et visant à uniformiser le financement des prestations stationnaires et ambulatoires et à établir des forfaits ambulatoires, il sera possible d'obtenir des baisses de coûts significatives. L'**USS** voit également un grand potentiel de réduction des coûts dans l'élargissement des groupes d'interventions ambulatoires, qui est actuellement mis en oeuvre. L'**USS** propose en outre de renforcer les conditions de travail du personnel de soins pour éviter une détérioration de la qualité et, par conséquent, des coûts ultérieurs plus élevés. Le **CP** et l'**USS** relèvent également que certaines mesures du rapport d'experts devraient impérativement mettre en œuvre : le **CP** se prononce ainsi en faveur de la réduction des conflits de gouvernance des cantons (M36), et l'**USS** en faveur du démantèlement des incitations financières négatives en empêchant les tarifs abusifs dans le domaine des assurances complémentaires (M28).

Parmi les **associations de consommateurs**, la **SKS** et la **FRC** demandent des mesures visant à renforcer la prévention et la promotion de la santé ainsi que les compétences de santé de la population. L'**EKK** exige en outre d'introduire des incitations directes à la réduction des coûts pour les fournisseurs de prestations et les bénéficiaires de prestations, en renforçant les possibilités d'influence directe des patients par le soutien financier des organisations de patients et de consommateurs. La **SKS** soutient également la mise en œuvre de la mesure M21 du rapport d'experts, soit la levée du principe de territorialité pour les médicaments et les produits médicaux issus de la liste des moyens et appareils. La **FRC** exige par ailleurs d'adapter la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie dans l'optique de limiter et d'uniformiser les frais administratifs des assureurs.

Diverses propositions ont été formulées par les **fournisseurs de prestations**. Les organisations P.IP, SBK-ASI, svbg, Swiss Dental Hygienists et Swiss Medical Network demandent également des mesures pour renforcer la prévention, la promotion de la santé et les compétences en matière de santé de la population. De nombreux fournisseurs de prestations soulignent en outre l'importance du renforcement des mesures ou des modifications de loi mises en œuvre actuellement. Pour H+, la SVS et Forel Klinik, les mesures M07 « Transférer des prestations stationnaires vers le secteur ambulatoire », M08 « Renforcer l'ETS », M09 « Renforcer le contrôle des factures », M10 « Renforcer les soins coordonnés », M11 « Mettre en place des comités médicaux », M12 « Promouvoir les directives thérapeutiques » et M13 « Promouvoir le second avis médical » du rapport d'experts sont essentielles. Les organisations KSB, Privatklinik Wyss, PDAG, VPSB, DSB exigent une réduction de la charge administrative pesant sur les fournisseurs de prestations (M05) et, tout comme l'association Verein Barmelweid et la VKZ, soulignent l'importance de mesures visant à renforcer les soins ambulatoires par des forfaits ainsi que d'une tarification hospitalière ambulatoire plus équitable, dans l'optique de mettre en œuvre un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires et éliminer les incitations négatives pour les agents payeurs et les fournisseurs de prestations. Les organismes PKS, SGR, SBK-ASI et Swiss Medical Network estiment qu'en particulier l'amélioration de la qualité et le développement constant de celle-ci mènent à une maîtrise durable des coûts. D'autres mesures préconisées par le rapport d'experts devraient être mises en œuvre, comme celles d'effectuer une planification hospitalière au niveau régional (M14) (Swiss Medical Network), de réduire les conflits de gouvernance des cantons (M36) (PKS et Swiss Medical Network) et d'empêcher des tarifs abusifs dans le domaine des assurances complémentaires (SBK-ASI). La SBK-ASI continue de plaider en faveur d'un renforcement des professions des soins et des soins de base médicaux. L'association Verein Barmelweid exige de mettre en œuvre les critères EAE. Les organismes KSB, Privatklinik Wyss, PDAG, VPSB, DSB demandent quant à eux également d'orienter et d'évaluer les activités des assureurs maladie selon les principes d'économicité, d'adéquation et d'efficacité. Les entreprises pharmaceutiques demandent par ailleurs l'élaboration de dispositions légales simplifiées dans le domaine des médicaments. IG Schweizer Pharma KMU souhaite un système de formation des prix pour tous les médicaments avec une séparation claire entre les médicaments pour les soins de base, les médicaments innovants, protégés par un brevet et onéreux ainsi que les médicaments complémentaires et les phyto-médicaments. L'organisation vips propose que le législateur traite les différents domaines de prestations évoqués dans la version actuelle de l'art. 52 LAMal (en plus des médicaments, les analyses avec tarif ainsi que les moyens et appareils) de manière plus claire et dans des articles spécifiques. Cela inclut notamment une inscription immédiate et limitée dans le temps sur la liste des spécialités dès l'autorisation par Swissmedic, solution également exigée par Interpharma. Selon Interpharma, la saisie de données de santé et de qualité et, selon PKS, l'élaboration de conditions de concurrence plus équitables pour les fournisseurs de prestations et les assureurs constitueraient d'autres propositions qui doivent contribuer à maîtriser les coûts. Les organisations KSB, Privatklinik Wyss, PDAG, VPSB et DSB voient dans la coresponsabilité de la population un potentiel d'action en matière de consommation de prestations de santé, d'objectifs de l'assurance sociale de base et d'étendue du catalogue de prestations. La société ZGKJPP exige l'approbation immédiate des prestations de télémédecine en tant qu'équivalent aux prestations présentielle.

Parmi les **assureurs**, curafutura et la CSS ont fait d'autres propositions : curafutura souligne le potentiel des travaux déjà engagés dans les domaines de la qualité, de l'autorisation, de Tardoc, de la part relative à la distribution, du financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires et du 1<sup>er</sup> volet de mesures visant à maîtriser les coûts. La CSS, à l'inverse, propose deux nouveaux modèles d'assurance alternatifs : une augmentation de la participation aux coûts pour l'assurance ordinaire et le passage du modèle standard à un modèle proposant un choix restreint de fournisseurs de prestations.

Les **associations de patients** ont fait part de diverses suggestions. Les associations DVSP/FSP, QCC, SF MVB, SSR, VASOS FARES mettent en avant la nécessité de la prévention, de la promotion de la santé et du renforcement des compétences de santé de la population. Les associations QCC et SSR, VASOS FARES sont en outre d'avis que le renforcement de la qualité des soins et l'introduction d'une stratégie plus stricte en matière de qualité, qui inclut les chaînes de soins, les prestations, les implants et les médicaments, réduiraient également les coûts. La DVSP/FSP propose par ailleurs d'adapter la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie dans l'optique de limiter et d'uniformiser les frais administratifs des assureurs. La SSR et VASOS FARES exigent de mettre en œuvre la mesure du rapport d'experts « Empêcher les tarifs abusifs dans le domaine des assurances complémentaires » (M28). Procap souligne l'importance d'impliquer les patients dans les prochaines révisions de la loi ; une demande soutenue par d'autres associations, qui exigent également de renforcer la prise en charge et les subventions (Verein Morbus Wilson, AGILE.CH, graap, verein-mps, ProRaris, CFCH).

Les suggestions suivantes ont aussi été reçues : **IG eHealth** demande, en plus d'une planification de la cybermédication, l'élaboration d'un plan de mesures de « transformation numérique » assorti des prémisses suivantes : (1) élaboration d'une stratégie claire en matière de transformation numérique du système de santé ; (2) promotion de standards pour garantir l'interopérabilité ; (3) promotion d'approches centrées sur le patient et de solutions tenant compte des capacités des patients ; (4) obligation de tous les professionnels de la santé à documenter électroniquement toutes les données sous une forme structurée ; (5) attribution de la responsabilité de la transformation numérique au DFI/à l'OFSP, coopération étroite avec les associations spécialisées du système de santé. **Alève Mine** propose de renforcer les compétences en matière de santé de la population et de promouvoir davantage la médecine alternative et complémentaire, surtout dans le cas des maladies graves.

**Annexe: Liste des participants à la consultation<sup>1</sup>**

**Anhang: Liste der vernehmlassungsteilnehmer<sup>2</sup>**

**Allegato: Elenco die partecipanti alla consultazione<sup>3</sup>**

<b>Abkürzung Abréviation Abbreviazione</b>	<b>Name Nom Nome</b>
<b>Kantone Cantons Cantoni</b>	
AG	Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'État du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia
AI	Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno
AR	Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno
BE	Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'État du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna
BL	Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'État du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna
BS	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'État du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città
FR	Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'État du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo
GE	Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'État du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra
GL	Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'État du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona
GR	Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'État du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni
JU	Staatskanzlei des Kantons Jura Chancellerie d'État du canton du Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura
LU	Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'État du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna
NE	Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'État du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel

<sup>1</sup> in alphabetischer Reihenfolge der Abkürzungen

<sup>2</sup> en ordre alphabétique d'après les abréviations

<sup>3</sup> in ordine alfabetico secondo le abbreviazioni

NW	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'État du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo
OW	Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'État du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo
SG	Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'État du canton de St-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo
SH	Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa
SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'État du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'État du canton de Schwytz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'État du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'État du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino
UR	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'État du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'État du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'État du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'État du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'État du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo
GDK CDS CDS	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
<b>Politische Parteien</b> <b>Partis politiques</b> <b>Partiti politici</b>	
AL ZH	Alternative Liste Zürich
BDP PBD PBD	Bürgerlich-Demokratische Partei Parti bourgeois-démocratique Partito borghese democratico
CVP PDC PPD	Christlichdemokratische Volkspartei Parti démocrate-chrétien Partito popolare democratico

EVP PEV	Evangelische Volkspartei der Schweiz Parti Evangélique Suisse
FDP PLR PLR	FDP. Die Liberalen PLR. Les Libéraux-Radicaux PLR. I Liberali Radicali
GPS PES PES	Grüne Partei der Schweiz Parti écologiste suisse Partito ecologista svizzero
glp pvl pvl	Grünliberale Partei Parti vert'libéral Partito verde-liberale
SVP UDC UDC	Schweizerische Volkspartei Union Démocratique du Centre Unione Democratica di Centro
SPS PSS PSS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz Parti socialiste suisse Partito socialista svizzero
<b><i>Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete (inkl. Städte)</i></b> <b><i>Associations faïtières des communes, des villes et des régions de montagne que oeuvrent au niveau national (y. c. les villes)</i></b> <b><i>Associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna (comprese le città)</i></b>	
AG Berggebiet	Arbeitsgruppe Berggebiet
SAB SAB SAB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete Groupement suisse pour les régions de montagne Gruppo svizzero per le regioni di montagna
SGV ACS ACS	Schweizerischer Gemeindeverband (SGV) Association des Communes Suisses (ACS) Associazione dei Comuni Svizzeri (ACS)
SSV UVS UCS	Schweizerischer Städteverband (SSV) Union des villes suisses (UVS) Unione delle città svizzere (UCS)
<b><i>Dachverbände der Wirtschaft</i></b> <b><i>Associations faïtières de l'économie</i></b> <b><i>Associazioni mantello dell'economia</i></b>	
CP	Centre patronal (CP)
FER	Fédération des Entreprises Romandes (FER)
GRIP	Groupement Romand de l'Industrie Pharmaceutique
	Handelskammer beider Basel
SAV UPS USI	Schweizerischer Arbeitgeberverband (SAV) Union patronale suisse (UPS) Unione svizzera degli imprenditori (USI)
ASSGP	Schweizerischer Fachverband für Selbstmedikation Association Suisse des Spécialités Pharmaceutiques Grand Public Associazione Svizzera del'Industria Farmaceutica per l'Automedicazione
SGV-USAM USAM USAM	Schweizerischer Gewerbeverband (SGV) Union suisse des arts et métiers (USAM) Unione svizzera delle arti e dei mestieri (USAM)
SGB USS USS	Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB) Union syndicale suisse (USS) Unione sindacale svizzera (USS)



economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere Swiss business federation
scienceindustries	Wirtschaftsverband Chemie Pharma Biotech Association des industries Chimie Pharma Biotech Associazione economica per la chimica, la farmaceutica e la biotecnologia
<b>Konsumentenverbände</b> <b>Associations de consommateurs</b> <b>Associazioni die consumatori</b>	
ACSI	Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana
EKK	Eidgenössische Kommission für Konsumentenfragen
FRC	Fédération romande des consommateurs
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz (SKS) Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori
<b>Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer</b> <b>Organisations du domaine de la santé – Fournisseurs de prestations</b> <b>Organizzazioni del settore sanitario – Fornitori di prestazioni</b>	
AAV	Aargauischer Ärzteverband
	Aebischer Manfred, derma-murtensee
AeGLu	Aerztegesellschaft des Kantons Luzern
	Alber Christoph
AllKidS	Allianz Kinderspitäler der Schweiz Alliance des Hôpitaux pédiatriques Suisses
AGDC	Arbeitsgruppe Dermatochirurgie, Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie
Argomed	Argomed Ärzte AG
BEKAG	Ärztegesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) Société des médecins du canton de Berne (SMCB) Società dei medici del Cantone di Berna (SMCB)
AGZ	Ärztegesellschaft des Kantons Zürich
ÄTG	Ärztegesellschaft Thurgau
ASL	Asana Spital Leuggern AG
ASM	Asana Spital Menziken AG
ARLD	Association romande des logopédistes
ASI	Association Suisse des infirmières
AVASAD	Association vaudoise d'aide et de soins à domicile
ALOSI	Associazione Logopedisti della Svizzera Italiana
AvariMed	AvariMed West GmbH
	Bader Urs
	Barth Daniel
	Baur Tobias
	Bende Brigitta, Praxis Clara
BK-Heb	Berufskonferenz Hebammen der Fachkonferenz Gesundheit
	Blaser Klaus
	Borcea Adrian
	Brunner Patrick
	Büggelen Barbara

BüAeV	Bündner Ärzteverein Uniun grischuna da medis Ordine dei meidici grigioni
	Bures Peter
	Büttiker Urs
DAKOMED	Dachverband Komplementärmedizin (Dakomed) Fédération de la médecine complémentaire (Fedmedcom)
	Daniel Fuchs Partners AG
	Dermacenter AG
	Dermanence AG
	Dermatologikum Zürich
	Dermatologische Klinik Kantonsspital Luzern
DZZ AG	Dermatologisches Zentrum Zürich AG: Kasper, Läuchli
	Dermis Hautklinik Bülach AG
DLV	Deutscheschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband
FAMH	Die medizinischen Laboratorien der Schweiz (FAMH) Les laboratoires médicaux de Suisse I laboratori medici della Svizzera
DSB	diespitäler.Bern
	Donghi Davide
	Dumont Magali
	Eichhorn Martin
	Elster Katharina
	Enderlin Valérie
EVS	ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz
	Erne Beat, Präsident Sektion Schaffhausen der Schweiz. Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
FPPBS	Fachgruppe Psychiatrie und Psychotherapie für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche der Medizinischen Gesellschaft Basel-Stadt
	Ferretti Andrea
	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen
FMCH	Foederation Medicorum Chirurgicorum Helvetica (FMCH) Dachverband 21 chirurgisch und invasiv tätiger Fachgesellschaften und 3 Berufsorganisationen Association faïtière de 21 sociétés de Disciplines médicales chirurgicales et invasives et de trois associations professionnelles
	Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit
	Gallmann Martin
	Gaviria Morales Elisabeth
vaka	Gesundheitsverband Aargau vaka
GZF	Gesundheitszentrum Fricktal AG
	Glauser Christine
	Gloor Marianne
	Söllick Gül
	Golling Philippa
	Gombert Marie-Theres
	Graf Mario, Praxis im Struppen
	Grieb Isabel
GVPPEA	Groupement vaudois des psychiatres et psychothérapeutes pour enfants et adolescents
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri

	Haefelfinger Johannes
mfe	Haus- und Kinderärzte Schweiz Médecins de famille et de l'enfance Suisse Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera
	Haut & Laserzentrum Dr. Zuder AG
	Hautarztpraxis Barbara Theler
	Hautarztpraxis Kloten
	Hautspezialisten am Glattpark
	Heinemann Christian
	Hirslanden AG
	Hirslanden Klinik Birshof AG
	Hirslanden Klinik St. Anna
	Huber Clarissa, skinworld AG
	Insel Gruppe AG
imad	Institution genevoise de maintien à domicile
IPW	Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland
IGGH-CH	Interessengemeinschaft der Schweizer Geburtshäuser
IG Schweizer Pharma KMU	Interessengemeinschaft Schweizer Pharma KMU Groupement d'intérêt PME Pharma Suisse Gruppo d'interessi PMI Pharma Svizzera
	Jeker Florence, Praxis Reinacherhof
	Jochum Axel, Zentrum für Suchtmedizin
KSA	Kantonsspital Aarau AG
KSB	Kantonsspital Baden AG
	Kaufmann-Schad Karin
	Klinik Schützen Rheinfelden
	Knoch Holger
	Koch Susanne
KKA	Konferenz der kantonalen Ärztesgesellschaften (KKA) Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) Conferenza delle società mediche cantonali (CMC)
KOCH	Konferenz der Ostschweizer Ärztesgesellschaften
K/SBL, C/APSL	Konferenz der Schweizerischen Berufsverbände der Logopäden
	Krautheim Alexa, Spalenpraxis Dermatologie
	Läuchli Severin
	Lüthy Ralph
LUPS	Luzerner Psychiatrie
	Mahler Daniel, Dermapraxis Luzern
	Maierhofer Kornelia
	Maus Claudia
	Mediplaza AG, Haut.Venen.Allergie.Zentrum Brunnehof
MEDGES	Medizinische Gesellschaft Basel
MSN	medswiss.net - Schweizer Dachverband der Ärztenetze - Association suisse des réseaux de médecins - Associazione svizzera delle reti di medici
	Meili Walter
	Meng Heiner
	Mohacsi Paul
	Mosconi Sandro
mws	mws medical women switzerland – ärztinnen schweiz
	Newzella Peter, Givimed & CLMO
	novaderm SA, S. Gisler Sanez

	Onderka Philip
omct	Ordine dei Medici del Canton Ticino
OdA AM	Organisation der Arbeitswelt Alternativmedizin
VSSG	pharmalog.ch
P.IP	Plateforme Interprofessionnalité dans les soins de santé primaires
	Praxis Dr. med. Katalin Rohmeder-Arday
	Praxis für Dermatologie
	Praxis Welti GmbH
	Privatklinik Wyss
PKS	Privatkliniken Schweiz (PKS) Cliniques privées suisses (CPS) Cliniche private svizzere (CPS)
PBL	Psychiatrie Baselland
PDAG	Psychiatrische Dienste Aargau AG
PUK	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
PULSUS	PULSUS
	Ruch Susanna
	Ruoss Cécile
SMAG	Salina Medizin AG (Rehaklinik)
	Scheidegger Paul, Allergie & Haut AG
	Schillinger Carola
	Schneider Andreas
	Schnitzler Hero, dermacompetence
SGAP-SPPA	Schweizer Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie (SGAP) Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie de la Personne Agée (SPPA) Società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapia degli Anziani (SSPA)
physiosuisse	Schweizer Physiotherapie Verband Association Suisse de Physiothérapie Associazione Svizzera di Fisioterapia
ChiroSuisse	Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft Association suisse des chiropraticiens Associazione svizzera dei chiropratici
SGAIM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG) Società Svizzera di Medicina Interna Generale (SSMIG)
SGDV	Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) Société suisse de dermatologie et vénéréologie (SSDV) Società svizzera di dermatologia e venereologia (SSDV)
SGKJPP	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
SSPPEA	Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie d'Enfants et d'Adolescents
SSPPIA	Società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapia Infantile e dell'Adolescenza
SSCLPP	Schweizerische Gesellschaft für Konsiliar -Liaisonpsychiatrie und –Psychosomatik
SGP	Pädiatrie Schweiz, Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie
SSP	Société Suisse de Pédiatrie
SSP	Swiss Society of Paediatrics
SGPMR	Schweizerische Gesellschaft für physikalische Medizin und Rehabilitation
SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP) Società svizzera di psichiatria e psicoterapia (SSPP)
SGR	Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie
SGI	Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin SGI
SNG	Swiss Neurological Society

	Schweizerische Neurologische Gesellschaft Société Suisse de Neurologie Società Svizzera de Neurologia
SVS	Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren
SVPA	Schweizerische Vereinigung psychiatrischer Assistenzärztinnen und -ärzte
SVPC	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen
SSO	Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft Société suisse des médecins-dentistes Società svizzera odontoiatri
pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti
SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
ASI	Association suisse des infirmières et infirmiers
ASI	Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri
SDV	Schweizerischer Drogistenverband
SHV	Schweizerischer Hebammenverband
SVBG	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen
FSAS	Fédération Suisse des Associations professionnelles du domaine de la Santé
FSAS	Federazione Svizzera delle Associazioni professionali Sanitari
SVDE	Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen
ASDD	Association suisse des diététiciennes
ASDD	Associazione Svizzera delle-dei Dietistei
GSASA	Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker Association suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux Associazione svizzera dei farmacisti dell'amministrazione e degli ospedali
VFP	Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP
	Service de dermatologie et vénéréologie Hôpitaux Universitaires de Genève
	skinworld AG
STDV	Società Ticinese di Dermatologia e Venerologia
SMVS	Société Médicale du Valais (SMVS) Walliser Ärztegesellschaft (VSÄG)
SVM	Société vaudoise de médecine
	Spillmann Maya
	Spital Zollikerberg
Spitex Schweiz	Spitex Verband Schweiz
Aide et soins à domicile Suisse	Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio
SWT	Stadtspital Waid und Triemli
	Stauffer Daniela, Hautarztpraxis Arlesheim
	Steinmann Hanna
	Steinmann Judit Maria
SGM	Stiftung für Ganzheitliche Medizin
	Swiss Cancer Screening
SDH	Swiss Dental Hygienists
SMN	Swiss Medical Network
SMHC	Swiss Mental Healthcare Gesamtschweizerische Vereinigung der Psychiatrischen Kliniken und Dienste Association regroupant les cliniques et hôpitaux psychiatriques dans l'ensemble de la Suisse
SNL	Swiss Nurse Leaders
SSIPM	Swiss Society for Interventional Pain Management
	Tamborini Pierre

	Triaplus AG, Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug
unimedsuisse	Universitäre Medizin Schweiz Médecine universitaire suisse Associazione medicina universitaria svizzera
UPD	Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG
	Universitätsklinik Balgrist
	Universitätsklinik für Dermatologie, Inselspital, Inselgruppe AG
USB	Universitätsspital Basel
	Utermann Sabine, Gesundheitszentrum Allschwil
iph	Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz (interpharma) Association des entreprises pharmaceutiques suisses pratiquant la recherche
ASPS	Verband der privaten Spitex-Organisationen Association Spitex privée Suisse (ASPS) Associazione delle organizzazioni private di cura a domicilio
VPSB	Verband der Privatspitäler des Kantons Bern
VSVA	Verband der Schweizerischen Versandapotheken
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz Association des homes et institutions sociales suisses Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri
VSAO ASMAC ASMAC	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica
senesuisse	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées
VZK	Verband Zürcher Krankenhäuser
FMPP	Verbindung der psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte der Schweiz
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri
	Verein Barmelweid
VLSS	Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz (VLSS) Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse (AMDHS) Associazione medici dirigenti ospedalieri svizzeri (AMDOS)
mediX	Verein mediX schweiz
VBSAE	Vereinigung Bündner Spitalärzte
VDPS	Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz
ADPS ASDCP	Association des directeurs de cliniques et hôpitaux psychiatriques en Suisse Associazione dei direttori delle cliniche e dei servizi psichiatrici della Svizzera
VKZS	Vereinigung der Kantonszahnärztinnen und der Kantonszahnärzte der Schweiz
vips	Vereinigung der Pharmafirmen in der Schweiz Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse Associazione delle imprese farmaceutiche in Svizzera
VAPZ	Vereinigung der psychiatrischen Assistenzärztinnen und Assistenzärzte von Zürich, Zentral-, Nord-, - Ostschweiz und Aargau
VKJC	Vereinigung Kinder- und jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz
VNS	Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler
VPPS	Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz
KJM	Vereinte Organisationen der Kinder- und Jugendmedizin Organisations de médecine pour enfants et adolescents

	Organizzazioni della medicina per bambini e adolescenti
	Volz Andreas, Dermatologie am Rhein
	Wever Sabine, Dermatologie am Rhein
	Wilhelm Tobias
ZHAW, IHB	ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Institut für Hebammen
	Zinkernagel Christine
zmed	zmed Zürcher Ärztegemeinschaft AG
ZRS	Zur Rose Suisse AG
	Zürcher Dermatologen Gesellschaft
ZGPP	Zürcher Fachgesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
ZGKJPP	Zürcher Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Zürimed	Zürimed, Bezirksärzterverband der niedergelassenen Aerzte in der Stadt Zürich und im Limmattal
<b>Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer</b>	
<b>Organisations du domaine de la santé – Assureurs</b>	
<b>Organizzazioni del settore sanitario – Assicuratori</b>	
Assura	Assura
CSS	CSS Versicherung CSS Assurance CSS Assicurazione
curafutura	Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi
Groupe Mutuel	Groupe mutuel Versicherungen Groupe mutuel Assurances Groupe mutuel Assicurazioni
SVV	Schweizerischer Versicherungsverband (SVV) Association suisse d'assurances (ASA) Associazione svizzera d'assicurazioni (ASA)
Swica	SWICA Versicherung
santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses Gli assicuratori malattia svizzeri
<b>Organisationen des Gesundheitswesens – PatientInnen / BenutzerInnen</b>	
<b>Organisations du domaine de la santé – Patients / Usagers</b>	
<b>Organizzazioni del settore sanitario – Pazienti / Utenti</b>	
AGILE.CH	AGILE.CH Die Organisationen von Menschen mit Behinderungen
AGS	Allianz ‚Gesunde Schweiz‘
	Blaues Kreuz Schweiz
	chronischkrank.ch
CFCH	Cystische Fibrose Schweiz
DVSP	Dachverband der Schweizerischen Patientenstellen
FSP	Fédération suisse des patients
	Ehrlers-Danlos Netz Schweiz
	Engagés pour la Santé
kindsverlust.ch	Fachstelle kindsverlust.ch, Fachstelle Kindsverlust während Schwangerschaft, Geburt und erster Lebenszeit
graap	groupe d'accueil et d'action psychiatrique
IGSK	IG Seltene Krankheiten

Krebsliga	Krebsliga Schweiz Ligue suisse contre le cancer Lega svizzera contro il cancro
LdS	Ligues de santé du canton de Fribourg
	Lungenliga Schweiz
	Netzwerk Gutes Alter
PCS	Pro Chiropraktik Schweiz PCS - Patientenorganisation
	Procap
ProRaris	ProRaris Allianz Seltener Krankheiten - Schweiz
QCC	QualiCCare
RDAF	Rare Disease Action Forum
GELIKO	Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz Conférence nationale suisse les ligues de la santé Conferenza nazionale svizzera delle leghe per la salute
Oncosuisse	Schweizerische Vereinigung gegen Krebs Union suisse contre le cancer
SF MVB	Schweizerischer Fachverband Mütter- und Väterberatung
SGB-FSS	Schweizerischer Gehörlosenbund
SSR	Schweizerischer Seniorenrat
SPO	Stiftung Patientenschutz (SPO) Fondation Organisation suisse des patients (OSP) Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti (OSP)
Verein-mps	Verein „Gesellschaft für Mukopolysaccharidosen“ Schweiz
Evivo	Verein Evivo Netzwerk
	Verein Morbus Wilson
VASOS FARES	Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfeorganisationen der Schweiz
<b>Andere</b>	
<b>Autres</b>	
<b>Altri</b>	
	Alève Mine
	alliance F
ABSG	Allianz Bewegung, Sport und Gesundheit
AEG	Allianz Ernährung und Gesundheit
AT	Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention
PRISM	Association PRISM – Promotion des réseaux intégrés de soins aux malades
	Brandenberger Michael
	Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen Entente Système de santé libéral
FGS	Forum Gesundheit Schweiz
	Geser Susanna
GFCH	Gesundheitsförderung Schweiz Promotion Santé Suisse Promozione Salute Svizzera
	Guyaz Anne
IG eHealth	Interessengemeinschaft eHealth
	MediData AG
MTK	Medizinertarif-Kommission UVG (MTK) Commission des tarifs médicaux LAA Commissione delle tariffe mediche LAINF
	Öffentlichkeitsgesetz.ch
	Public Eye
	Public Health Schweiz



	Rosenblum Fredi
	Ruggaber Christa
fmc	Schweizer Forum für Integrierte Versorgung
SAGES	Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
	Swiss Medtech