



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'Intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique

**Modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie :
mesures visant à freiner la hausse des coûts – 1^{er} volet**

Rapport sur les résultats de la consultation

Berne, le 21 août 2019

Table des matières

1	CONTEXTE	3
2	PRISES DE POSITION.....	4
3	CONDENSÉ.....	4
4	RÉCAPITULATIF DES PRISES DE POSITION	5
4.1	Prises de position sur le projet en général	5
4.2	Prises de position sur l'art. 42, al. 3, troisième phrase et l'art. 59, titre et al. 1, première phrase, ainsi qu'al. 3, let. g (Copie de la facture, y c. sanctions)	6
4.3	Prises de position sur l'art. 43, al. 5, première phrase (M15 Promouvoir les forfaits)	8
4.4	Prises de position sur l'art. 47a Organisation chargée des structures tarifaires pour les traitements ambulatoires, y c. disposition transitoire (M34 Organisation tarifaire).....	10
4.5	Prises de position sur l'art. 47b Communication de données dans le domaine des tarifs pour les traitements ambulatoires (M25 Communication de données).....	12
4.6	Prises de position sur l'art. 47c Mesures de gestion des coûts, y c. disposition transitoire	13
4.7	Prises de position sur le système de prix de référence pour les médicaments (M22)	16
4.7.1	Art. 44, al. 1, deuxième phrase et art. 52, al. 1, let. b, al. 1 ^{bis} et 3	19
4.7.2	Art. 52a Prise en charge de médicaments, sans prix de référence	19
4.7.3	Art. 52b Prise en charge de médicaments, avec prix de référence, y c. disposition transitoire	20
4.8	Prises de position sur l'art. 53, al. 1^{bis} (droit de recours des assureurs)	22
4.9	Prises de position sur l'art. 59b (M02 Article relatif aux projets pilotes).....	24
4.10	Prises de position sur la LAM, LAA et LAI.....	27
4.11	Mesures qui n'ont pas été poursuivies	28
4.11.1	M35 Organe indépendant de contrôle des factures.....	28
4.11.2	M09 Renforcer le contrôle des factures	28
4.11.3	M36 Autorité indépendante de fixation et d'approbation des tarifs (conflits de gouvernance des cantons).....	28
4.11.4	M16 Effets d'économie d'échelle dans la structure tarifaire	29
4.12	Autres propositions.....	29
	ANNEXE: LISTE DES PARTICIPANTS À LA CONSULTATION.....	31

1 Contexte

Le 14 septembre 2018, le Conseil fédéral a chargé le Département fédéral de l'intérieur (DFI) de mener une consultation 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 sur la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant le 1^{er} volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts.

Douze mesures ont été examinées dans le cadre du projet de consultation. Elles concernent les domaines suivants : article relatif aux projets pilotes, contrôle des factures, tarifs et maîtrise des coûts, réduction des conflits de gouvernance des cantons et système de prix de référence. Des adaptations de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) ont ensuite été proposées pour huit mesures. Des adaptations correspondantes ont également été proposées dans la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA), la loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire (LAM) et la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI). Les particularités de ces branches de l'assurance sociale ont été prises en compte, notamment l'absence de compétence du Conseil fédéral en matière d'approbation et d'adaptation.

Concrètement, les adaptations suivantes de la loi ont été proposées :

1. Introduction d'un **article relatif aux projets pilotes** permettant de réaliser en dehors du cadre « normal » de la LAMal des projets pilotes novateurs susceptibles de freiner la hausse des coûts. (M02)
2. Obligation pour le fournisseur de prestations de remettre une **copie de la facture** aux personnes assurées, y c. possibilités de sanctions. (Proposition du DFI)
3. Création d'une **organisation tarifaire dans le domaine ambulatoire** chargée d'élaborer, de développer, d'adapter et de mettre à jour des structures tarifaires ambulatoires. (M34)
4. Obligation pour les fournisseurs de prestations et les assureurs de communiquer gratuitement au Conseil fédéral les **données** nécessaires à la fixation, à l'adaptation et à l'approbation des tarifs et des prix (y c. possibilités de sanction). (M25)
5. Les fournisseurs de prestations et les assureurs prévoient des **mesures de gestion des coûts** dans des conventions valables au niveau national. Ces conventions doivent être soumises au Conseil fédéral pour approbation ; si les parties ne parviennent pas à s'accorder, le Conseil fédéral prend des mesures. (Sur la base de l'lv. pa. 17.402)
6. À l'instar des tarifs à la prestation, les **forfaits par patient** liés aux prestations ambulatoires doivent reposer sur une structure tarifaire nationale uniforme. Les compétences subsidiaires du Conseil fédéral concernant l'adaptation et la fixation des tarifs à la prestation sont élargies aux structures tarifaires pour les forfaits par patient. (M15)
7. Un prix maximal (prix de référence) doit être fixé pour les médicaments ayant la même composition de substances actives. Seul ce **prix de référence** est remboursé par l'assurance obligatoire des soins. Afin d'éviter toute charge excessive pour les assurés, un prix maximal correspondant au montant que les fournisseurs de prestations peuvent facturer est fixé. Sur le modèle des systèmes de prix de référence en vigueur à l'étranger, deux variantes sont soumises à discussion. (M22)
8. Le **droit de recours** contre les décisions des gouvernements cantonaux en ce qui concerne la planification des hôpitaux et des EMS est élargi aux organisations d'assureurs d'importance nationale ou régionale qui, conformément à leurs statuts, se consacrent à la défense des intérêts de leurs membres dans le cadre défini par la présente loi. (Proposition du DFI)
9. **LAA/LAM/LAI** : organisation parallèle ou semblable à celle de la LAMal concernant les mesures de gestion des coûts ainsi que l'obligation de fournir des données.

2 Prises de position

Dans le cadre de la consultation, 150 prises de positions des organisations et personnes suivantes ont été reçues :

- tous les cantons ainsi que la CDS,
- sept partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale (PBD, PDC, pvl, PES, PLR, PSS, UDC),
- le Groupement Suisse pour les régions de montagne (SAB), l'Union des villes suisses [UVS (Zurich) et UVS (Bâle)], l'Association des Communes Suisses (ACS) et la Chancellerie municipale de Bienne (Bienne),
- six associations faïtières de l'économie qui œuvrent au niveau national (ASSGP, economiesuisse, UPS, USS, USAM, scienceindustries, CP) et une association faïtière régionale de l'économie (FER),
- deux associations de consommateurs (FRC, SKS),
- sept associations de patients (DVSP, IGPZ, Krebsliga, oncosuisse, Pro Aidants, SPO, VASK),
- 64 associations de fournisseurs de prestations concernées (AGPKJP, AllKidS, APA, Argomed, ARLD, ASPs, BBV+, BFG, ChiroSuisse, CURAVIVA, Dakomed, FAMH, FMCH, FMH, FSP, GSASA, H+, IFAK, IG Schweizer Pharma KMU, Intergenerika, iph, K3, Merck, mfe, MSN, Kinder- und Jugendmedizin, OdA KT, pharmalog, pharma-Suisse, physioswiss, P.IP, PKS, RVBB, SBK, SBV, senesuisse, SGAİM, SGC, SGAP, SGDv, SGG/IBDnet/CCS, SGKJPP, SGPP, SGS, SMHC, SOG, Spitex, SSO, SVBG, SVDE, SVKH, swiss orthopaedics, orthoptics, UNION, unimedsuisse, VDPS, VIPS, VLSS, VSAO, VSVA, VUA, ZGKJPP, Zur Rose),
- la KKA et 9 sociétés médicales cantonales (BEKAG, BüAeV, AAV, AGZ, AeGLU, AeGBL, GAeSO, SVM, SMVS),
- cinq associations d'assureurs (curafutura, HSK, MTK, santésuisse, SVV) et trois assureurs (CSS, Groupe mutuel, Helsana),
- huit autres (GELIKO, GFCH, HKBB, IG eHealth, MediData, SAKK/SPOG, SCTO) et cinq particuliers

3 Condensé

Les retours concernant chacune des mesures du projet de consultation sont brièvement résumés ci-après :

109 participants à la consultation se sont exprimés sur la mesure « **Copie de la facture pour les assurés** ». Cette mesure a été majoritairement saluée. Elle a en partie été critiquée par les fournisseurs de prestations, mais les cantons et les assureurs proposent également certaines adaptations.

106 participants à la consultation se sont exprimés sur la mesure « **M15 Promouvoir les forfaits** ». Les cantons ainsi que les associations de consommateurs et de patients approuvent en principe la mesure, les partis politiques et les assureurs s'y opposent majoritairement. L'avis des associations de fournisseurs de prestations est partagé.

114 participants à la consultation se sont exprimés sur la mesure « **M34 Créer une organisation tarifaire nationale** ». Cette mesure a été largement approuvée, notamment par les fournisseurs de prestations. La nécessité de créer une organisation nationale dans le domaine ambulatoire afin de lever les blocages est généralement reconnue, et les possibilités de sanctions sont majoritairement saluées. De nombreuses propositions d'adaptation mineures sont néanmoins formulées.

104 participants à la consultation se sont exprimés sur la mesure « **M25 Maintenir la structure tarifaire à jour (communication de données)** ». L'introduction d'une obligation de transmission de données est en principe accueillie favorablement, notamment au motif que les

données permettent une mise à jour régulière des structures tarifaires et améliorent la transparence. Certaines critiques ont cependant été formulées, notamment par les fournisseurs de prestations.

107 participants à la consultation se sont exprimés sur la mesure « **Mesures concernant le pilotage des coûts** ». Elle a été rejetée par une faible majorité (surtout les fournisseurs de prestations et une partie des assureurs). Elle a au contraire été accueillie favorablement, notamment par les cantons et les partis politiques, mais a fait l'objet de différentes propositions de modification.

102 participants à la consultation se sont exprimés sur le « **Système de prix de référence pour les médicaments** ». Cette mesure est controversée. Plus des deux tiers des participants ayant pris position la rejettent. Les critiques les plus vives ont été exprimées par les associations de l'industrie pharmaceutique, les fournisseurs de prestations, les cantons ainsi que les associations de l'économie. Ce sont principalement les partis, les assureurs, les associations de consommateurs et de patients qui se prononcent en faveur de l'introduction d'un tel système. Les acteurs ont émis des avis plus ou moins détaillés sur la proposition, raison pour laquelle les retours sur certains articles n'émanent que de quelques groupes de participants (principalement des assureurs et des fournisseurs de prestations).

88 participants à la consultation se sont exprimés sur la mesure « **Droit de recours des organisations d'assureurs contre les décisions des gouvernements cantonaux selon l'art. 39 LAMal** ». Cette mesure a été majoritairement rejetée, notamment par les cantons et les fournisseurs de prestations. Elle est saluée par les partis politiques et les assureurs.

132 participants à la consultation se sont exprimés sur l'« **Article relatif aux projets pilotes** ». La mesure est en principe accueillie favorablement par une large majorité. Une partie des fournisseurs de prestations, notamment certaines sociétés cantonales de médecins, la rejettent.

47 participants à la consultation se sont exprimés sur les « **Mesures dans la LAM, LAA et LAI** ». La majorité, notamment les fournisseurs de prestations et les cantons, rejette ces mesures.

Très peu de participants à la consultation se sont prononcés sur les mesures pour lesquelles aucune adaptation de la loi n'a été proposée dans le projet de consultation (*M35 Organe indépendant de contrôle des factures, M09 Renforcer le contrôle des factures, M36 Autorité indépendante de fixation et d'approbation des tarifs, M16 Effets d'économie d'échelle dans la structure tarifaire*).

4 Récapitulatif des prises de position

4.1 Prises de position sur le projet en général

De nombreuses prises de position saluent ou comprennent les efforts du Conseil fédéral pour ralentir la hausse des coûts. Différentes parties expriment cependant aussi des critiques. Les assureurs remettent en question le potentiel de maîtrise des coûts. Les cantons, les partis politiques et les associations de l'économie attirent l'attention sur le danger des interactions avec d'autres révisions prévues ou en cours. Il faut conserver une vue d'ensemble sur le système. Les cantons craignent en outre des conséquences négatives sur d'autres bailleurs de fonds et les soins. Les fournisseurs de prestations critiquent la focalisation unilatérale sur les coûts et craignent des conséquences négatives sur la qualité et la sécurité des soins. Le projet constituerait un budget global caché, favoriserait la bureaucratie et miserait trop sur le pilotage étatique. Ces deux derniers points sont également avancés par les assureurs.

4.2 Prises de position sur l'art. 42, al. 3, troisième phrase et l'art. 59, titre et al. 1, première phrase, ainsi qu'al. 3, let. g (Copie de la facture, y c. sanctions)

109 participants à la consultation se sont exprimés sur cette mesure. Elle a été **majoritairement saluée**. La mesure a en partie été critiquée par les fournisseurs de prestations, mais les cantons et les assureurs proposent également certaines adaptations.

CDS et pratiquement l'ensemble des cantons approuvent l'objectif de cette mesure : la transparence sur les prestations facturées et leurs coûts doit être améliorée, afin que les assurés aient davantage conscience des coûts. Ils estiment cependant que la réglementation proposée ne permet pas d'atteindre cet objectif. Elle entraînerait une charge supplémentaire considérable pour les fournisseurs de prestations, sans déployer une utilité supplémentaire notable, car l'interprétation des factures est difficile pour les personnes assurées. Ils proposent par conséquent l'instauration d'un droit d'accès à la place de l'envoi d'une copie de la facture à la personne assurée. Les personnes assurées auraient ainsi le droit de demander aux fournisseurs de prestations des informations sur les prestations décomptées et leurs coûts. À la différence d'aujourd'hui, les assureurs devraient en outre spécifier la part prise en charge par le canton sur le décompte de prestations. Cette alternative permettrait, selon eux, d'atteindre l'objectif de la mesure, sans faire peser sur le système une charge administrative supplémentaire considérable.

Tous les **partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale** approuvent la mesure. **Pvl** craint cependant que la hausse des frais administratifs chez les fournisseurs de prestations et les assureurs ne s'accompagne pas d'économies de coûts correspondantes. Il estime qu'il faut s'assurer que la personne assurée lise et comprenne la facture et qu'elle soit incitée à contester les factures erronées auprès de son assureur. De leur côté, les assureurs doivent contester les factures erronées auprès du fournisseur de prestations, et les demandes de remboursement des factures erronées ne devraient pas coûter plus cher que la différence de montant économisée. **Pvl** estime que la motion Grossen (18.3664) « Système de santé et numérisation » doit être rapidement concrétisée. **PLR** approuve la mesure, pour autant que la facture soit transmise au patient par voie électronique et que les factures soient plus lisibles. **PDC** considère que le contrôle des fournisseurs de prestations incombe à l'Office fédéral de la santé publique et non aux assureurs. Les sanctions en cas de non-respect doivent en outre être précisées au niveau de l'ordonnance. **PSS** s'engage également pour que les factures soient plus compréhensibles. Des organisations de patients et de consommateurs plus fortes seraient requises à cet effet, afin de pouvoir soutenir les patients.

SAB salue une meilleure implication des personnes assurées dans le contrôle des factures. Il rappelle toutefois que la compréhensibilité des factures constitue une condition de base pour l'efficacité de la mesure proposée et exige par conséquent en parallèle une simplification fondamentale du Tarmed. **UVS (Bâle)** s'associe à la prise de position de CDS. **UVS (Zurich)** craint que l'envoi de 130 millions de factures par courrier se traduise par une augmentation des coûts et des primes. Il faudrait plutôt développer des normes plus rigoureuses pour l'envoi ou l'archivage électronique, afin d'éviter un envoi sur papier coûteux et écologiquement absurde.

Les **associations faitières de l'économie** saluent en principe la mesure, mais restent sceptiques sur certains points. **USAM** ne peut approuver la mesure qu'à la condition que l'envoi soit électronique. Elle a en outre de sérieux doutes quant à la capacité de la mesure d'endiguer, ne serait-ce qu'un peu, la croissance des coûts. **FER** et **USS** se prononcent également en faveur de la transmission électronique. **Economiesuisse** soutient la mesure, parce qu'elle renforce la transparence et la responsabilité individuelle. **USS** estime par ailleurs qu'il est important de renforcer le rôle des organisations de protection des patients/consommateurs et des fédérations de patients en tant qu'avocates des assurés. Leurs connaissances spécialisées leur permettraient d'assister les patients lors du contrôle des factures. **USS** pense que la suppression du double caractère facultatif concernant le dossier électronique du patient va également dans le sens des assurés et doit donc être approuvée. Selon **CP**, le renforcement de la responsabilité des assurés est déterminant dans la lutte contre l'explosion des coûts de la santé. Il estime par conséquent que les mesures propices à la compréhension devraient

être simples, économiques et aussi peu contraignantes que possible. Un site Internet avec des explications pourrait constituer une solution intéressante à cet égard. En cas de cession de l'obligation d'envoi à l'assureur, la possibilité de sanction devrait également être étendue aux assureurs.

Les **associations de consommateurs** saluent la mesure. **SKS** estime qu'il faut absolument et immédiatement faire suite à la proposition de concrétisation des prescriptions sur la meilleure compréhensibilité des factures pour les patients au niveau de l'ordonnance. **FRC** exige en outre un renforcement des organisations de patients et de consommateurs, pour qu'elles puissent soutenir les patients lors du contrôle des factures.

Les **associations de patients** saluent en principe cette mesure. Seul **VASK** juge cette mesure inappropriée, parce que seule une petite minorité des patients est en mesure de lire les factures complexes. **SPO** salue l'ancrage accru de l'obligation au niveau de la loi et l'introduction de sanctions en cas d'infraction. Du point de vue de **SPO**, toutes les prescriptions légales sont sans effet, faute d'exécution. Il est donc indispensable que les prescriptions légales soient enfin exécutées, que l'exécution soit contrôlée et que des sanctions soient prononcées au besoin. Il faut par ailleurs absolument et immédiatement faire suite à la proposition de concrétisation des prescriptions sur la meilleure compréhensibilité des factures pour les patients au niveau de l'ordonnance. **DVSP** exige des aides pour une meilleure compréhensibilité de la facture pour les personnes assurées. **IGPZ** propose de focaliser l'évolution future sur une exécution uniforme et simplifiée, des factures compréhensibles et la participation des payeurs de primes au contrôle et à la validation. Ils estiment que l'introduction d'un dossier électronique des factures est pertinente et élaborent un projet reprenant cette thématique. Ils verraient bien la concrétisation de ce projet dans un pilote, p. ex. dans le cadre de l'article relatif aux projets pilotes.

Les **assureurs (curafutura, santésuisse, Helsana, Groupe mutuel)** soutiennent la transmission d'une copie de facture compréhensible aux patients après chaque consultation médicale ou hospitalisation. En vue de combler une faille supplémentaire éventuelle, **santésuisse** considère toutefois que la loi devrait préciser que la copie de la facture doit être spontanément envoyée. **Groupe mutuel** considère qu'un recours juridique doit être créé pour les patients en cas de non-respect par le fournisseur de prestations. Il se prononce toutefois contre l'adaptation de l'art. 59 LAMal, car cela augmenterait considérablement les frais administratifs pour les assureurs.

Les **associations de fournisseurs de prestations** ont un avis partagé concernant cette mesure. Elles sont deux tiers à l'approuver et un tiers à la rejeter. De nombreuses associations de fournisseurs de prestations ne s'opposent pas à cette mesure ou la soutiennent explicitement. Certaines d'entre elles estiment d'ailleurs que l'obligation a déjà été concrétisée dans certaines conventions tarifaires (p. ex., **FMH, SBK, AeGLu, SVBG, VSAO, SVDE, Spitex**). Les opposants avancent qu'un durcissement au moyen d'un contrôle et de sanctions éventuelles serait certes souhaitable, mais difficilement réalisable (p. ex., **VLSS, BEKAG**). La transmission de la copie de la facture par l'assureur et non par le fournisseur de prestations constituerait une solution plus efficiente, car les frais administratifs s'en trouveraient réduits (p. ex., **BüAeV, AGZ, KKA, MSN, FAMH, SMVS**). Selon **H+**, l'introduction de cette mesure engendrerait des coûts supplémentaires supérieurs à 400 millions de francs. D'aucuns doutent de l'atténuation de la hausse des coûts par cette mesure : les expériences pratiques montrent que le contrôle par les assureurs fonctionne bien et que la plupart des assurés ne sont pas intéressés par une copie de la facture, qui ne favorise pas la conscience des coûts (p. ex., **ChiroSuisse, SBV, Argomed, mfe**). Selon **physioswiss**, l'assuré ne contrôlera une copie de la facture du fournisseur de prestations que s'il doit payer quelque chose lui-même, autrement dit si le décompte de l'assureur concerne la part restant à sa charge. Si le but est d'encourager la prise de conscience des patients et leur responsabilité individuelle, le tiers payant doit être supprimé et le tiers garant doit être déclaré obligatoire (p. ex., **SBV, swiss orthopaedics**). **H+** et quelques autres soutiennent l'idée que les partenaires tarifaires et les autorités élaborent des normes pour une transmission ou un archivage électronique, afin d'éviter un envoi coûteux et écologiquement absurde de papier. La transmission électronique de la copie de la facture doit être possible pour réduire les frais administratifs (p. ex., **H+, Spitex, SVM, unimedsuisse**,

AllKids). **SGS, SGC et FMCH** sont prêts à mettre leurs expériences à disposition et à contribuer de façon constructive à l'élaboration d'une ordonnance sur la compréhensibilité des factures.

4.3 Prises de position sur l'art. 43, al. 5, première phrase (M15 Promouvoir les forfaits)

106 participants à la consultation se sont exprimés sur cette mesure. Les cantons ainsi que les associations de consommateurs et de patients approuvent en principe la mesure, tandis que les partis politiques et les assureurs s'y opposent majoritairement. L'avis des associations de fournisseurs de prestations est partagé.

CDS et les **cantons** soutiennent en principe le projet. Ils estiment que l'extension de la compétence subsidiaire aux forfaits accentuera la pression sur les partenaires tarifaires pour convenir de structures fixant les tarifs forfaitaires ambulatoires. Une structure tarifaire forfaitaire uniforme pour l'ensemble de la Suisse n'aurait toutefois un sens que dans les cas où les soins sont standardisés dans toute la Suisse et se rapportent à des prestations pouvant être clairement délimitées. Or ce ne serait pas le cas dans de nombreux domaines (p. ex., rééducation cardiovasculaire, structures psychiatriques de jour et de nuit, traitements à la méthadone), car les structures de soins diffèrent. **CDS** exige par conséquent que les forfaits par patient qui reposent sur une structure tarifaire uniforme, convenue pour l'ensemble de la Suisse, ne s'appliquent qu'aux traitements ambulatoires standardisés, pouvant être clairement délimités. Les traitements ambulatoires plus complexes doivent toujours pouvoir s'appuyer sur des structures tarifaires cantonales.

La plupart des **partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale** approuvent en principe l'utilisation de forfaits dans le domaine ambulatoire. Leur détermination doit cependant toujours incomber aux partenaires tarifaires (p. ex., **PLR, PBD**). **PDC** estime que les forfaits présentent des avantages par rapport au tarif à la prestation : la facturation est simplifiée, et l'assureur est en mesure de mieux contrôler la facture médicale. L'augmentation du volume des prestations peut en outre être délimitée dans le cadre d'une intervention. **Pvl** considère les tarifs forfaitaires comme un moyen approprié pour accroître l'efficacité des coûts des soins de santé. Selon **pvl** et **PBD**, la prescription d'une structure nationale uniforme pour les tarifs forfaitaires restreint cependant trop fortement la marge de manœuvre des partenaires tarifaires. **PSS** est sceptique quant à l'introduction de forfaits ambulatoires, car les expériences dans le domaine hospitalier révéleraient une chasse aux cas lucratifs. **UDC** estime que les forfaits dans le domaine ambulatoire peuvent réduire les incitations inopportunes. Au lieu d'une définition uniforme pour l'ensemble de la Suisse, les partenaires tarifaires doivent cependant pouvoir convenir des forfaits bilatéralement, sur la base d'une structure tarifaire approuvée à l'échelle nationale. La prise de position de **PES** correspond au fond à celle de **CDS** (voir ci-dessus).

Les **associations faitières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national** saluent en principe la mesure (**SAB, UVS [Zurich], UVS [Bâle]**). **UVS (Bâle)** s'associe à la prise de position de **CDS**. **UVS (Zurich)** soutient les forfaits ambulatoires, car ils peuvent contribuer à l'élimination des incitations inopportunes actuelles dans le système. L'attention devrait cependant se porter sur certains groupes de patients lors de l'élaboration des forfaits (p. ex., patients ayant des affections complexes ou multiples). Les expériences avec ces groupes de patients sous le régime des SwissDRG révéleraient que les prestations fournies par les hôpitaux ne seraient parfois pas reproduites de manière adéquate, d'où un sous-financement. **UVS (Zurich)** exige cependant que des solutions bilatérales, cantonales ou régionales pour les forfaits ambulatoires restent possibles, parallèlement à une réglementation nationale uniforme, et que de nouvelles solutions forfaitaires pour des domaines spécialisés et des prestations sectorielles puissent être développées.

Les **associations faitières de l'économie** soutiennent certes en principe les forfaits dans le domaine ambulatoire, mais estiment que la loi actuellement en vigueur est suffisante à cet égard. Tant **USS** qu'**economiesuisse** ne veulent pas d'une restriction de l'autonomie tarifaire. Les partenaires tarifaires doivent conserver leur marge de manœuvre actuelle.

Les **associations de consommateurs (SKS et FRC)** soutiennent le projet. **SKS** estime que le développement qui privilégie les forfaits au détriment des structures tarifaires à la prestation doit être accéléré rapidement et de toute urgence. Elle critique cependant les mesures hésitantes prévues à cet égard dans le projet de loi. **FRC** soutient la mesure à condition que des méthodes uniformes soient appliquées pour la classification de la gravité des cas. Il s'agit ainsi d'éviter le surdiagnostic et la surmédicalisation.

Les **associations de patients** saluent également cette mesure. **DVSP** estime que la compétence subsidiaire du Conseil fédéral en matière de structures tarifaires est nécessaire et rappelle que la sélection des cas lucratifs doit être empêchée lors de la définition des structures forfaitaires. **VASK** soutient la mesure pour la psychiatrie, à condition que la définition des forfaits ne soit pas trop restrictive et différenciée et ne se fonde pas sur les diagnostics. **IGPZ** salue les tarifs forfaitaires par patient uniformes au plan national, pour autant que le nombre de tarifs à la prestation soit simultanément réduit.

À l'exception de Groupe mutuel, les assureurs se prononcent contre la mesure (**curafutura, santésuisse, SVV, HSK, Helsana, CSS**). **Groupe mutuel** salue l'adaptation proposée. La fixation des forfaits devrait cependant incomber aux partenaires tarifaires (préservation de leur autonomie tarifaire) et non à une organisation tarifaire nationale. Les forfaits doivent être basés sur une structure tarifaire nationale uniforme prenant en compte d'autres prestations (médicaments, produits LiMA, etc.). **Santésuisse** est certes favorable aux forfaits ambulatoires, mais s'oppose à une structure tarifaire nationale uniforme. Elle estime que les conventions portant sur la rémunération forfaitaire de certaines prestations constituent un élément concurrentiel important dans la LAMal. **SVV** craint que l'extension proposée du champ d'application de l'art. 43, al. 5, LAMal entraîne également des blocages pour les forfaits ambulatoires et refuse la mesure dans ce contexte. **Curafutura** et **Helsana** pensent également que les forfaits ambulatoires adaptés à la situation individuelle devraient être encouragés par les partenaires tarifaires. L'application des forfaits est basée sur le volontariat et ne doit pas être imposée par la loi. Selon **HSK** et **CSS**, la possibilité des forfaits ambulatoires existe déjà ; aucune adaptation de la disposition actuellement valable n'est donc requise.

De nombreuses **associations de fournisseurs de prestations** soutiennent en principe le projet, mais exigent des adaptations et des amendements de la solution proposée. La plupart pensent que les forfaits dans le domaine ambulatoire sont avantageux. L'amélioration de l'efficacité, la transparence accrue et la comparabilité des prestations sont notamment jugées positives. **FMH** ne soutient la mesure que si la loi retient également que chaque tarif forfaitaire soit structuré de manière appropriée et fixé selon les règles applicables en économie d'entreprise (p. ex., aussi **GAeSO, pharmaSuisse, AllKidS**). **KKA** regrette que la solution proposée ne permette plus une délimitation régionale des forfaits (également **MSN, SMVS**). **BüAeV** et **AGZ** partagent ce point de vue. Ils proposent la possibilité de renoncer à la convention de structures fixant les tarifs forfaitaires ambulatoires, lorsque les tarifs ne peuvent ou ne doivent pas être comparés au niveau national. **VLSS** n'est pas hostile aux systèmes tarifaires mixtes et, partant, à une structure tarifaire nationale uniforme pour les forfaits par patient ambulatoires, mais uniquement lorsqu'ils font également sens dans l'optique des patients. **SVBG** soutient la prescription selon laquelle les tarifs forfaitaires ambulatoires doivent se baser sur des structures tarifaires nationales uniformes. Elle estime que la fixation d'une valeur de base différente au plan régional voire cantonal est essentielle et doit absolument être conservée (également **orthoptics, SVDE**). **FMCH, SGS et SGC** pensent qu'un tarif forfaitaire ambulatoire présente de nombreux avantages, mais se prononcent contre des structures nationales uniformes. La marge de manœuvre actuelle de la LAMal en serait sensiblement restreinte, et l'obstacle à franchir pour obtenir une approbation serait nettement plus élevé. Certains estiment aussi que l'autonomie tarifaire serait ainsi ébranlée (p. ex., **SBV-ASMI, SOG, BBV+**). Certaines associations de fournisseurs de prestations voient dans le projet une obligation de convenir de forfaits dans le domaine ambulatoire. Selon **GAeSo**, les rémunérations forfaitaires ne se justifient que dans les cas où les prestations peuvent effectivement être fournies de manière standardisée. **Mfe** estime que de nombreux traitements dans l'assurance de base ne peuvent pas être normalisés et ne peuvent donc pas donner lieu à une rémunération forfaitaire.

Les organisations de la **médecine de l'enfance et de la jeunesse** font valoir que les prestations de la médecine pédiatrique sont hétérogènes et donc moins normalisables que celles d'autres spécialités. **ChiroSuisse** estime que les tarifs forfaitaires par patient ne sont pas praticables dans les cas chiropratiques, car la guérison individuelle est difficile à prédire en raison de conditions complexes variables. Selon **UNION, DAKOMED, SVKH et OdA KT**, les forfaits par patient ne sont ni adaptés ni appropriés pour la médecine complémentaire de premier recours, parce que les traitements sont définis sur mesure et adaptés individuellement au patient respectif. Différentes associations de fournisseurs de prestations refusent la compétence subsidiaire du Conseil fédéral incluse dans le projet, qui lui permet d'adapter les structures fixant les tarifs forfaitaires (p. ex., **BüAeV, PKS, ÄeGLU, AAV, swiss orthopaedics, FMCH**). Selon le point de vue de **swiss orthopaedics**, il en résulte un déséquilibre entre les agents payeurs et les fournisseurs de prestations, car une absence de consensus se traduirait par une intervention tarifaire à l'avantage des premiers. **BEKAG** et **SSO** sont fondamentalement opposés aux forfaits dans le domaine ambulatoire. Selon **SSO**, le principal danger serait la perte de l'adéquation et l'incorporation non pertinente de facteurs susceptibles de déterminer le prix.

4.4 Prises de position sur l'art. 47a Organisation chargée des structures tarifaires pour les traitements ambulatoires, y c. disposition transitoire (M34 Organisation tarifaire)

114 participants à la consultation se sont exprimés sur cette mesure, laquelle a été largement approuvée, notamment par les fournisseurs de prestations. La nécessité de créer une organisation nationale dans le domaine ambulatoire afin de lever les blocages est généralement reconnue, et les possibilités de sanctions sont majoritairement saluées. De nombreuses propositions d'adaptation mineures sont néanmoins formulées.

CDS et les **cantons** se prononcent en principe en faveur de la mesure, mais exigent la participation paritaire des cantons à l'organisation tarifaire, la limitation de la compétence de l'organisation tarifaire aux structures tarifaires valables pour l'ensemble de la Suisse et la compétence de l'organisation tarifaire pour les structures tarifaires des prestations médicales durant la phase de démarrage. Les structures tarifaires élaborées par l'organisation doivent en outre être soumises au Conseil fédéral pour approbation par l'organisation même. Seul **NW** est opposé à la création d'une organisation supplémentaire chargée des structures tarifaires pour les traitements ambulatoires. Il estime que l'organisation existante SwissDRG SA pourrait assumer des tâches dans le domaine des structures tarifaires ambulatoires.

À l'exception de l'**UDC**, les **partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale** saluent la mesure (**pvl, PES, PBD, PLR, PSS, PDC**). **Pvl, PES, PBD** et **PLR** exigent que l'organisation tarifaire se limite aux structures tarifaires pour les prestations unitaires médicales ou au TARMED. **Pvl** et **PBD** considèrent que les structures tarifaires doivent toujours être soumises au CF par les partenaires tarifaires et non par l'organisation tarifaire, alors que **PES** est d'avis contraire. Selon **PES**, les cantons doivent être impliqués de manière paritaire dans l'organisation tarifaire. **PSS** est surpris qu'aucune organisation de patients et de consommateurs ne siège dans l'organisation tarifaire.

Les **associations faitières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national** saluent en principe la mesure (**UVS [Zurich], UVS [Bâle], SAB**). **UVS (Bâle)** s'associe à la prise de position de la CDS. **UVS (Zurich)** estime que l'organisation tarifaire devrait prioritairement se concentrer sur le tarif médical.

À l'exception d'**economiesuisse**, la mesure est saluée par les associations faitières de l'économie (**FER, USAM, USS, CP**). **Economiesuisse** rejette la mesure, car elle affaiblit selon elle le partenariat tarifaire. Le Conseil fédéral doit intervenir aussi peu que possible dans le partenariat tarifaire. **USAM** ne salue la mesure que si l'organisation tarifaire est uniquement compétente pour le tarif médical dans un premier temps, avant une extension progressive de la compétence à d'autres domaines. Outre les assureurs et les fournisseurs de prestations, **USS** demande que les organisations de patients siègent également au conseil d'administration de l'organisation tarifaire et que celle-ci veille aussi à la transparence de son travail vis-à-vis du

public. **CP** estime que le principe de l'autonomie tarifaire doit encore être clarifié dans le texte de loi.

Les **associations de consommateurs** soutiennent la mesure (**SKS, FRC**). **FRC** souhaite toutefois une plus forte implication des assurés, dont les intérêts ne sont, selon elle, pas nécessairement défendus par les assureurs. Selon **SKS**, les cantons ainsi que les organisations de patients et de consommateurs font également défaut dans l'organisation tarifaire.

À l'exception de **VASK**, les **associations de patients** soutiennent également la mesure proposée (**DVSP, SPO, IGPZ**). **VASK** refuse la mesure, parce qu'elle implique une lourde charge administrative et que son effet sur l'atténuation de la hausse des coûts est douteux. Selon **SPO** et **IGPZ**, les cantons mais aussi les organisations de patients et de consommateurs et les associations d'assurés font défaut dans l'organisation tarifaire. **DVSP** souhaite que l'organisation tarifaire puisse élaborer de nouvelles structures tarifaires, tant dans le domaine ambulatoire qu'hospitalier. De nouvelles formes, par exemple un forfait complexe, devraient également être étudiées.

En principe, les **assureurs** soutiennent également la mesure (**curafutura, santésuisse, MTK, SVV, HSK, CSS, Helsana, Groupe mutuel**). Selon **curafutura, santésuisse, HSK, CSS et Groupe mutuel**, l'organisation tarifaire doit cependant se limiter aux structures tarifaires pour les prestations médicales. Ils estiment que l'élaboration de toutes les structures tarifaires ambulatoires par l'organisation est non pertinente, inefficace et bureaucratique. **Santésuisse** propose que l'organisation tarifaire puisse être mandatée chez les autres fournisseurs de prestations ambulatoire pour l'entretien et le développement des structures tarifaires. **Curafutura, santésuisse, Helsana et CSS** jugent inutile que le Conseil fédéral puisse édicter des principes concernant la forme et le fonctionnement de l'organisation. **MTK** souhaite être impliqué dans l'organisation tarifaire.

L'organisation tarifaire dans le domaine ambulatoire est notamment saluée par les **associations de fournisseurs de prestations**. Celles-ci avancent toutefois aussi quelques propositions d'adaptation. Quelques associations de fournisseurs de prestations considèrent qu'une seule organisation tarifaire pour l'ensemble du domaine ambulatoire n'est pas réalisable (p. ex. **physioswiss, H+, SVBG, SBK, KKA**). Il faudrait donc une organisation distincte pour chaque catégorie de fournisseurs de prestations ou au moins pour le TARMED. Une organisation séparée serait également requise pour les prestations dans le domaine des soins (**CURAVIVA, senesuisse**). **H+, FMCH et BEKAG** estiment que les processus décisionnels devraient être réglés dans l'organisation tarifaire, pour que les décisions majoritaires de l'organisation puissent également être soumises au Conseil fédéral pour approbation. L'implication d'acteurs supplémentaires dans l'organisation tarifaire – p. ex., les cantons (**H+, VLSS**), les partenaires tarifaires dans le domaine LAA/LAI et LAM (**H+**) ou les organisations de patients (**VLSS**) – est par ailleurs exigée. Et **swiss orthopaedics** signale que la composition médicale de l'organisation tarifaire nationale devrait également être paritaire, non seulement en termes de quantité des fournisseurs de prestations d'une spécialité, mais aussi plus particulièrement en référence aux motifs de consultation spécialisés publiés par l'OFS. La compétence subsidiaire du Conseil fédéral pour établir des principes concernant la forme et le fonctionnement de l'organisation, telle qu'elle est prévue par le projet, est rejetée par certaines associations de fournisseurs de prestations (p. ex., **FMH, APA, AllKidS, SVBG, SBK, AAV, AeGLU, AeGBL, VDPS, SGPP, swiss orthopaedics**). L'autonomie structurelle et organisationnelle des partenaires tarifaires devrait être préservée. La compétence subsidiaire du Conseil fédéral pour mettre en place l'organisation, au cas où les partenaires tarifaires ne parviendraient pas à s'entendre, suscite également certaines critiques (**H+, AAV, swiss orthopaedics**). Le Conseil fédéral pourrait déjà édicter un tarif d'office ou remanier les structures, à titre subsidiaire. **FMCH et physioswiss** considèrent que l'introduction d'une disposition en matière de financement de l'organisation est nécessaire. **PKS, VUA, MSN, SVM, Kinder- und Jugendmedizin** sont d'accord avec la mesure, sans propositions concrètes de modifications. **ZGKJPP, BBV+, SSO et UNION** sont opposés à une organisation tarifaire dans le domaine ambulatoire, parce qu'elle constitue une solution bureaucratique complexe, susceptible de souffrir d'une impasse entre les décisionnaires et de déboucher sur un système étatique de fixation des tarifs.

4.5 Prises de position sur l'art. 47b Communication de données dans le domaine des tarifs pour les traitements ambulatoires (M25 Communication de données)

104 participants à la consultation se sont exprimés sur cette mesure. L'introduction d'une obligation de transmission de données est en principe accueillie favorablement, notamment au motif que les données permettent une mise à jour régulière des structures tarifaires et améliorent la transparence. Certaines critiques ont cependant été formulées, notamment par des fournisseurs de prestations.

CDS et les **cantons** sont en principe d'accord avec l'obligation de transmission de données au Conseil fédéral. Mais ils exigent une extension de cette obligation, pour que les cantons reçoivent également des données pour leurs procédures d'approbation ou de fixation et puissent prendre des sanctions en cas de non-communication. La possibilité de sanction doit également être intégrée dans le domaine hospitalier (art. 49 LAMal). **NW** estime que l'art. 47b LAMal est obsolète, car son conseil d'État a déjà proposé de biffer l'art. 47a LAMal.

Les **partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale** approuvent la mesure avec certaines restrictions. **Pvl** tient à ce que les fournitures de données respectent la loi sur la protection des données et n'engendrent aucune charge administrative disproportionnée ou inadéquate pour les partenaires tarifaires. Seules les données requises pour l'approbation des conventions nationales de structure tarifaire et l'exercice des compétences subsidiaires doivent être mises à la disposition du Conseil fédéral. L'obligation de transmission de données doit en outre se limiter aux structures tarifaires pour les prestations unitaires médicales. **PES** exige que la fourniture des données nécessaires aux cantons, y compris la possibilité de sanction, soit également inscrite dans la loi. **PBD** se prononce en faveur de l'obligation de transmission de données, y compris une possibilité de sanction, si celle-ci se limite aux données requises pour l'approbation des structures tarifaires. **PLR** et **UDC** sont d'accord avec l'obligation de transmission de données, mais uniquement si elle est vraiment nécessaire. Ils estiment que l'autonomie tarifaire des partenaires tarifaires doit être conservée. **PSS** et **PDC** saluent la mesure.

Les **associations faitières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national** saluent également la mesure (**SAB, UVS [Zurich], UVS [Bâle]**). Selon **UVS (Zurich)**, la définition de la transmission de données (type, étendue, périodicité, etc.) doit être réglée de manière uniforme entre les partenaires tarifaires et l'organisation tarifaire à créer.

La mesure est également soutenue par les **associations faitières de l'économie (FER, economiesuisse, USAM, USS, CP)**. **Economiesuisse** ne l'approuve toutefois que si le but de la collecte de données est clair, que l'obligation de transmission de données est objectivement fondée et que les données sont accessibles au public. **USAM** exige que la procédure ne soit pas gratuite et que les données soient transmises au Conseil fédéral en premier lieu par l'organisation tarifaire, pour des raisons d'efficacité. **USAM** considère que le Conseil fédéral doit utiliser les données exclusivement pour régler les tâches consignées à l'art. 47b, al. 2, LAMal. **CP** pense qu'il est important que les transmissions de données se fondent sur le principe de proportionnalité.

Les deux **associations de consommateurs (FRC et SKS)** soutiennent la mesure. **SKS** critique toutefois la dilution de la proposition du groupe d'experts et le fait que le Conseil fédéral ne doit pas procéder chaque année à l'adaptation de la structure tarifaire TARMED. Cette mesure donnerait au Conseil fédéral un instrument puissant pour la maîtrise des coûts.

Les associations de patients **DVSP, SPO** et **IGPZ** soutiennent la mesure. **DVSP** salue la possibilité de sanction en cas de non-respect de la transmission de données. Selon les associations de patients, la structure tarifaire doit être mise à jour fréquemment (le groupe d'expert propose chaque année). **SPO** est également du même avis que **SKS** (voir ci-dessus les associations de consommateurs). Selon **IGPZ**, les données doivent également être communiquées aux gouvernements cantonaux, et la transmission de données doit en principe être électronique.

Les **assureurs** sont certes disposés à transmettre des données, mais uniquement à certaines conditions ou avec certaines restrictions. **Santésuisse, curafutura** et **HSK** aimeraient que

l'obligation de transmission de données au Conseil fédéral se limite en premier lieu au cas des approbations de structures tarifaires et s'applique uniquement en second lieu aux compétences subsidiaires. La forme et l'étendue des données à transmettre doivent être déterminées par l'organisation tarifaire. Ils refusent en outre la responsabilité de l'association concernant les sanctions et les dispositions en matière de sanctions en général. Selon **CSS**, les sanctions doivent être limitées aux fournisseurs de prestations qui ne respectent pas l'obligation de transmission de données à l'organisation commune. En matière de sanctions, **MTK** estime que le montant des amendes est trop faible. **Curafutura** pense que les structures tarifaires pour les tarifs à la prestation dans le domaine médical ambulatoire requièrent notamment une intervention. Elle considère que l'objectif de la présente mesure peut être atteint plus aisément en complétant d'autres dispositions de la LAMal, lorsque l'organisation tarifaire fonctionne bien. Selon **Groupe mutuel**, le Conseil fédéral ne devrait recevoir les données que s'il en a besoin pour fixer ou approuver la structure. Dans ces cas, elles doivent lui être fournies par l'organisation tarifaire. **Helsana** et **CSS** jugent disproportionnée l'obligation générale d'une transmission systématique de toutes les données. Les données ne devraient être mises à disposition que si une intervention subsidiaire du Conseil fédéral est requise. **HSK** souligne que la transparence nécessaire des données ne concerne pas uniquement les négociations, les approbations ou les fixations des structures tarifaires, mais aussi les partenaires tarifaires dans le cadre des négociations, en raison de la primauté des négociations inscrite dans la LAMal. **SVV** approuve la transmission de données, pour autant qu'elle permette au Conseil fédéral d'assumer ses missions. Elle doute toutefois de la nécessité d'une base légale supplémentaire à cet effet.

La plupart des **associations de fournisseurs de prestations** rejettent la mesure ou exigent différentes adaptations. Elles critiquent notamment la disposition selon laquelle les données doivent être livrées gratuitement au Conseil fédéral. Elles estiment que le financement devrait être réglé sur le modèle de SwissDRG SA. Elles sont nombreuses à penser que leur obligation est déjà satisfaite dans le cadre du relevé de données MAS de l'Office fédéral de la statistique. L'obligation de transmission de données directe des différents fournisseurs de prestations au Conseil fédéral est par ailleurs critiquée. Le Conseil fédéral ne doit pouvoir obtenir les données qu'auprès de l'organisation. **FMH**, **APA** et **AIKidS** expliquent certes qu'ils soutiennent en principe la mesure. Selon **FMH**, le Conseil fédéral ne doit cependant recevoir les données qu'une fois que l'organisation tarifaire a adapté les tarifs, faute de quoi il s'agirait selon elle d'une atteinte à l'autonomie tarifaire. **H+** soutient une mise à jour régulière des structures tarifaires dans le domaine ambulatoire, si tous les fournisseurs de prestations et tous les assureurs ainsi que leurs associations, tout comme la nouvelle organisation tarifaire nationale sont tenus de mettre à la disposition du Conseil fédéral les données requises pour l'approbation des tarifs et des prix. L'organisation de la transmission de données (type, étendue, périodicité, etc.) doit être réglée de manière uniforme entre les partenaires tarifaires et l'organisation tarifaire à créer. **Physioswiss** ne peut pas soutenir la mesure en l'état, car elle estime qu'il n'y a pas eu de regroupement des dispositions relatives à la transmission et au traitement des données. Elle juge en outre problématique la transmission gratuite ainsi que l'obligation de transmission pour les associations. Étant donné que l'organisation collecte les données des fournisseurs de prestations, **physioswiss** estime que seule cette dernière doit être tenue de communiquer les données au Conseil fédéral. **FMCH** critique la mesure. Aucun nouveau flux de données ne doit être créé, et les doublons doivent être évités. Selon **FMCH**, il est juridiquement impossible de mandater les associations pour qu'elles transmettent les données.

4.6 Prises de position sur l'art. 47c Mesures de gestion des coûts, y c. disposition transitoire

107 participants à la consultation se sont exprimés sur cette mesure. Elle a été rejetée par une faible majorité (surtout les fournisseurs de prestations et une partie des assureurs). Elle a au contraire été accueillie favorablement, notamment par les cantons et les partis politiques, en faisant toutefois l'objet de différentes propositions de modification.

CDS et les **cantons** reconnaissent que l'introduction d'une telle disposition permet de proposer un instrument potentiellement efficace pour enrayer les coûts, qui sera susceptible de renforcer la responsabilité des fournisseurs de prestations pour les coûts, sur un marché déterminé par l'offre. La responsabilité de la prise en charge et la compétence en matière de gestion doivent cependant demeurer entre les mains des cantons, qui estiment que la réglementation proposée n'en tient pas suffisamment compte. La disposition doit donc être remaniée en tenant compte de certaines valeurs de référence. La responsabilité cantonale pour la planification des besoins en soins ne doit pas être restreinte. La primauté de la gestion étatique sur la gestion convenue contractuellement entre les partenaires tarifaires doit s'appliquer. Un mécanisme doit également être prévu pour la gestion en cas de déficit de soins. Les interférences avec d'autres projets de révision de la LAMal en cours doivent par ailleurs être éliminées. Les dispositions prévues pour les conventions nationales doivent s'appliquer par analogie aux conventions tarifaires cantonales, ce qui signifie que les mécanismes de gestion doivent également être inscrits dans les conventions cantonales. Dans ce cas, l'approbation doit incomber aux gouvernements cantonaux.

Une majorité des **partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale** se prononce en principe en faveur d'une gestion des coûts ; il s'agirait d'un élément essentiel pour freiner la hausse des coûts, qui augmenterait la pression sur les partenaires tarifaires. Deux partis s'y opposent (**PLR, PBD**). Parmi les partis gouvernementaux, **PDC** et **PSS** soutiennent la mesure. **PDC** voudrait que des mesures de limitation des coûts contraignantes soient introduites, par analogie avec son initiative pour un frein aux coûts, dès que ceux-ci augmentent nettement plus vite que les revenus. **UDC** émet des critiques quant à la mise en œuvre pratique de la mesure, et **PLR** la rejette. **Pvl** soutient la proposition du Conseil fédéral dans le sens où elle définit des incitations pour convenir d'instruments visant à freiner la hausse des coûts dans les conventions tarifaires. Le parti refuse toutefois une contrainte. **PBD** estime également que les mesures obligatoires auront pour seul effet de créer davantage de blocages dans les négociations. **PES** renvoie à la prise de position de la CDS.

UVS (Zurich) soutient le frein de la hausse des coûts, mais refuse en revanche les interventions de la Confédération dans le but de contrôler les volumes de prestations et les coûts, car elles empêchent la fourniture des prestations médicales nécessaires. **SAB** salue l'obligation faite aux partenaires tarifaires ainsi que la compétence subsidiaire du Conseil fédéral. Il suggère de prévoir aussi des objectifs contraignants concernant l'évolution des coûts, en plus de la surveillance de l'évolution quantitative des différentes positions et des coûts décomptés.

Les **associations faitières de l'économie** sont divisées sur la question. **USS** et **FER** estiment que la mesure est correcte, **economiesuisse**, le **CP** et l'**USAM** ont tendance à la rejeter. **USAM** considère qu'il ne peut pas incomber aux fournisseurs de prestations et à leurs associations d'élaborer des mesures visant à gérer les coûts, de négocier avec les assureurs et de demander l'approbation du résultat par le Conseil fédéral. **USAM** juge très problématique la compétence subsidiaire du Conseil fédéral, parce que celle-ci se traduit par une étatisation supplémentaire de notre système de santé et, dans les faits, par l'introduction d'un budget global. **Economiesuisse** refuse certes la mesure, mais estime que le monitoring des quantités offre du potentiel (également **CP**). Des évolutions inattendues pourraient être analysées, et d'éventuelles mesures pourraient être prises. **Economiesuisse** estime que la compétence subsidiaire est inutile, car le Conseil fédéral peut exercer une pression suffisante lors de l'approbation des tarifs et que l'art. 47a LAMal lui offre un instrument de pression supplémentaire. **CP** craint que cette mesure débouche sur un rationnement des prestations dans une médecine à deux vitesses. **USS** estime que la mesure est correcte, mais juge toutefois déterminant que la gestion passe en principe par des adaptations tarifaires progressives et non par des restrictions quantitatives, et que les composantes de correction spécifiques (telles que les nouvelles prestations obligatoires ou l'évolution démographique) soient prises en compte dans l'évaluation des mesures.

L'**association de consommateurs SKS** salue la mesure, mais les principes correspondants doivent également s'appliquer par analogie au niveau cantonal. Les **associations de patients**

(**VASK, IGPZ**) pensent que les associations de patients et de proches et les associations d'assurés devraient également être impliquées et que les mesures de gestion des coûts devraient parallèlement aussi renforcer la solidarité et l'adéquation de la prestation médicale.

Parmi les **assureurs**, santésuisse et Groupe mutuel se sont prononcés en faveur de la mesure, les autres assureurs sont critiques à l'égard du projet mis en consultation (curafutura, SVV, CSS, Helsana, HSK). **Santésuisse** accueille favorablement l'obligation de gestion des coûts faite aux partenaires tarifaires, mais propose différentes adaptations. Ainsi, les objectifs et les mesures de correction doivent être définis dans des conventions tarifaires cantonales. Seuls des principes communs devraient alors être déterminés dans les conventions nationales. Les augmentations injustifiées des quantités et des coûts ne doivent pas nécessairement être constatées par rapport à l'année précédente. Pour des raisons de comparabilité dans le temps et de solidité des résultats, il peut être judicieux de prévoir des périodes prolongées ou des valeurs moyennes. En principe, les domaines à gérer doivent par ailleurs être déterminés au niveau des partenaires tarifaires. Groupe mutuel se prononce également en faveur de la mesure, mais demande toutefois de biffer les compétences subsidiaires du Conseil fédéral qui y figurent. **SVV, curafutura, CSS, Helsana** et **HSK** estiment que la mesure n'est pas pertinente ; elles pensent en effet que les partenaires tarifaires sont déjà en mesure d'intégrer des mécanismes de gestion des coûts dans les conventions tarifaires, et de telles conventions existent d'ailleurs déjà. Il serait donc préférable de renoncer à une obligation, car elles craignent une multiplication des blocages lors des négociations entre les partenaires tarifaires. **CSS** estime qu'il faut en outre une pression supplémentaires produite par des objectifs de coûts contraignants selon la mesure 1 du rapport d'experts du Conseil fédéral. **Curafutura, CSS, Helsana** et **HSK** pensent que l'adaptation des conditions-cadres par la suppression de l'obligation de contracter pour les conventions tarifaires serait plus pertinente.

La plupart des **associations de fournisseurs de prestations** se prononcent contre l'obligation de convenir de mesures de gestion des coûts. Tant les partisans que les adversaires de la mesure exigent différentes adaptations du projet de consultation. De nombreuses associations de fournisseurs de prestations craignent que le projet introduise aussi en catimini un budget global, qui déboucherait selon elles sur des rationnements, une médecine à deux vitesses et une perte de qualité (p. ex., **VLSS, SBV, VSAO, FMH, mfe, SGPP, KKA, SMVS, VSÄG, BüAeV, AeGLu, GAeSO, Argomed, AeGBL, AAV, AGZ, SVM, SSO, AllKidS**). Certaines refusent la compétence subsidiaire du Conseil fédéral prévue dans le projet (**H+, AllKidS, ChiroSuisse, BFG**). Il s'agirait d'un transfert de pouvoir au Conseil fédéral et aux assureurs. Certaines associations de fournisseurs de prestations pensent qu'il faut définir plus précisément l'augmentation injustifiée des quantités et des coûts et les facteurs à prendre en compte dans cette évaluation (p. ex., **K3, Kinder- und Jugendmedizin, SGAP**). Les fournisseurs de prestations critiquent notamment aussi la brièveté de la période d'observation, à savoir une année (p. ex., **mfe, UNION, Kinder- und Jugendmedizin, SBK, orthoptics, SVDE**). Une période d'observation supérieure à un an serait en effet nécessaire pour pouvoir constater s'il y a eu une augmentation injustifiée des quantités et des coûts. Certaines associations de fournisseurs de prestations estiment que les mesures de gestion des coûts ne sont pas pertinentes dans tous les domaines, notamment dans ceux dans lesquels l'État fixe les tarifs et dans lesquels elles ne définissent pas les contributions ou les remboursements maximaux de l'AOS (**CURAVIVA, Spitex, ASPS**). Les associations de fournisseurs de prestations sont critiques à l'égard de l'obligation de transmission de données par les fournisseurs de prestations et les assureurs au Conseil fédéral (**CURAVIVA, RVBB, KKA**). Il faudrait spécifier aussi précisément que possible les données concernées, afin de minimiser la charge administrative, mais aussi d'éviter une collecte inutile de données. **KKA, SMVS** et **VSÄG** proposent que les partenaires tarifaires prévoient plutôt dans leurs conventions tarifaires un monitoring commun qui tienne compte de manière correcte et transparente des différents facteurs connus et conviennent de mesures correctrices, en cas d'évolutions imprévues et injustifiées dans les domaines de la sécurité de l'approvisionnement, de la qualité des soins ainsi que des évolutions des quantités et des coûts.

4.7 Prises de position sur le système de prix de référence pour les médicaments (M22)

102 participants à la consultation se sont exprimés sur le système de prix de référence. Cette mesure est controversée. Plus des deux tiers des participants ayant pris position la rejettent. Les critiques les plus vives ont été exprimées par les associations de l'industrie pharmaceutique, les fournisseurs de prestations, les cantons ainsi que les associations de l'économie. Ce sont principalement les partis, les assureurs ainsi que les associations de consommateurs et de patients qui se prononcent en faveur de l'introduction d'un tel système. Les acteurs ont émis des avis plus ou moins détaillés sur la proposition, raison pour laquelle les retours sur certains articles n'émanent que de quelques groupes de participants (principalement des assureurs et des fournisseurs de prestations).

La plupart des **cantons** et **CDS** refusent l'introduction d'un système de prix de référence. Ils pensent qu'un tel système ne sera pas en mesure de résoudre le problème des médicaments vraiment chers. Ils craignent en outre que la réglementation proposée ne débouche sur une situation extrêmement confuse pour les fournisseurs de prestations et les assurés. Seuls **TG, TI, GE, JU** et **VD** sont favorables à l'introduction.

Les **partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale** approuvent majoritairement l'introduction d'un système de prix de référence. **PES** est favorable à la proposition. **PDC, PLR, pvl** et **PSS** sont en principe d'accord. **PDC** est toutefois sceptique à l'égard des modèles proposés. Il charge le Conseil fédéral de vérifier si un système de prix de référence compétitif est plus simple à mettre en œuvre qu'avec les modèles qu'il propose. D'autres mesures dans le secteur des médicaments présentées dans le rapport d'experts doivent par ailleurs être mises en œuvre (notamment l'abaissement des obstacles pour les génériques). **PLR** met en outre en garde contre un excès bureaucratique et incite à la prudence concernant la sécurité de l'approvisionnement. **PSS** plaide également en faveur de la nécessité de respecter impérativement les raisons médicales qui s'opposent à un changement de médicament et de ne pas imposer de frais supplémentaires aux patients. **PBD** et **UDC** rejettent la présente proposition, car ils la jugent inopportune et ont des réserves quant à la sécurité des patients et de l'approvisionnement.

Les **associations faitières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national** ont des avis divergents. **SAB** salue l'introduction d'un système de prix de référence et exige que les critères des économies réalisées et de la sécurité de l'approvisionnement soient pris en compte en priorité lors du choix du modèle. **UVS (Zurich)** et **UVS (Bâle)** refusent clairement un système de prix de référence, car celui-ci menacerait la sécurité de l'approvisionnement du fait de sa conception. **UVS (Bâle)** suppose en outre que les spécialités délivrées aux patients par les pharmacies le seront dorénavant majoritairement en dessous du prix de référence, ce qui entraînera une guerre des prix entre les sociétés pharmaceutiques et pour finir une baisse des prix. La spirale descendante des prix qui en résultera est une mesure de réduction des coûts qu'il convient à première vue de saluer, mais le patient risque de se voir remettre un autre générique à chaque achat de ses médicaments.

Les **associations faitières de l'économie** rejettent majoritairement la mesure. **ASSGP, scienceindustries, economiesuisse** et **HKBB** estiment que le système actuel de fixation des prix doit en principe être conservé, mais qu'il doit être complété par des incitations adéquates en faveur de la remise de génériques. **Scienceindustries** rappelle qu'il est prématuré de proposer de nouvelles mesures dans le domaine des médicaments, car les effets positifs des réexamens triennaux de prix qui viennent d'être redéfinis ne peuvent pas encore être évalués de façon définitive. **Economiesuisse** voit dans le système de prix de référence une nouvelle réglementation complexe, qui est inutile dès lors que la fixation des prix est administrée. **USAM** et **CP** craignent que les prix trop bas menacent la sécurité de l'approvisionnement et nuisent au développement de préparations avec des principes actifs connus et donc des innovations utiles pour les patients. La liberté de choix des médecins, des fournisseurs de prestations et surtout des patients serait surtout entravée de manière disproportionnée. **HKBB** et **scienceindustries** refusent que le Conseil fédéral détermine des paramètres tels que l'écart de prix ou la nouvelle réduction de prix, sans consulter les partenaires industriels concernés. Une telle

situation générerait des incertitudes inacceptables chez les fabricants et les distributeurs de médicaments. **HKBB** émet également de gros doutes quant à l'introduction du principe du prix avantageux. La fixation de conditions au niveau de l'ordonnance qui définissent les médicaments comme pareillement adaptés sur le plan médical est jugée particulièrement problématique. Qui plus est, l'effet pharmacologique sur le patient ne dépend pas uniquement de la composition de principes actifs, mais aussi de la forme galénique et donc de la pharmacocinétique (Voltaren versus Voltaren Rapid). **HKBB**, **ASSGP** et **scienceindustries** refusent notamment catégoriquement l'égalité de traitement entre biosimilaires ou préparations de référence et génériques ou préparations originales. À la différence des génériques, les biosimilaires n'ont pas les mêmes principes actifs que la préparation de référence et ne peuvent pas être échangés contre celle-ci ni contre d'autres biosimilaires. **USS** et **FER** se prononcent en faveur de l'introduction d'un système de prix de référence. **FER** fait toutefois valoir d'importantes réserves. Celles-ci concernent les difficultés d'approvisionnement éventuelles d'une part, et la sécurité des patients d'autre part. Le principe actif mais aussi les aspects médicaux (efficacité et réponse des patients) doivent être pris en compte. **USS** voudrait que le système de prix de référence soit encore plus précis (p. ex., vérification annuelle des prix des médicaments, introduction du principe du prix avantageux, extension de la comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger à d'autres pays européens plus avantageux). Elle craint en outre que le système de prix de référence ne s'applique qu'à un nombre trop restreint de médicaments, à cause de la définition étroite des groupes de principes actifs (ATC-5-Level) et de la réglementation selon laquelle les principes actifs ne sont admis dans le système de prix de référence que lorsqu'il y a au moins trois médicaments correspondants sur la liste des spécialités (LS).

Les deux **associations de consommateurs (SKS et FRC)** approuvent l'introduction d'un système de prix de référence. **FRC** attire cependant l'attention sur les problèmes structurels du système de santé qui subsistent et sur un risque éventuel pour la sécurité de l'approvisionnement. Elle considère en outre que le principe actif ne doit pas constituer le seul critère à prendre en compte ; les classes de principes actifs ainsi que les indications de la même forme galénique importent également.

Les **associations de patients** saluent cette mesure. **DVSP**, **SPO** et **VASK** saluent en principe l'introduction d'un système de prix de référence pour les médicaments dont le brevet est échu. Il est important pour **DVSP** que les assureurs ne se voient pas conférer de compétences supplémentaires et que la souveraineté demeure impérativement entre les mains de l'OFSP. **DVSP** souligne par ailleurs que la sécurité des patients doit être garantie, tant pour les médicaments que pour les principes actifs. Les coûts supplémentaires lors de la remise de préparations originales ne doivent pas être répercutés sur les patients. **SPO** exige à cet égard une réglementation d'exception pour quelques cas médicalement justifiés. **SPO** propose la remise d'une demande de prise en charge des frais au médecin-conseil des assurances maladie obligatoires. La préparation plus onéreuse devrait cependant être payée pendant la période nécessaire à la décision par le médecin-conseil de la caisse-maladie, pendant les délais engagés et pendant un pourvoi éventuel à l'encontre d'une décision ainsi que d'un renvoi éventuel.

IGPZ rejette l'introduction de prix de référence, parce qu'ils ne sont pas solidaires et qu'ils manquent de pertinence dans l'optique d'une maîtrise durable des coûts des médicaments et qu'ils induisent parallèlement des problèmes d'approvisionnement et d'adhésion thérapeutique. **IGPZ** pense qu'une intervention prioritaire est requise dans le domaine des médicaments brevetés. **IGPZ** peut toutefois envisager que l'OFSP fixe des prix maximaux, mais que ceux-ci ne se limitent pas uniquement aux médicaments dont le brevet est échu. Les prix maximaux correspondraient ainsi parallèlement aux prix des médicaments figurant dans la LS. **IGPZ** exige en outre l'élaboration d'une proposition alternative axée sur la promotion de la concurrence et la prévention de la monopolisation. **BFG** rejette la proposition, parce qu'elle entraîne la perte de l'État de droit, puisqu'aucune décision susceptible d'être contestée par voie de recours ne serait prise concernant les génériques. L'effet en termes d'endiguement des coûts d'un système de prix de référence serait par ailleurs totalement incertain, et **BFG** redoute que de nombreux génériques disparaissent du marché.

Les **assureurs** saluent expressément l'ancrage d'un système de prix de référence dans la LAMal (**santésuisse, curafutura, CSS, Helsana, Groupe mutuel, SVV**). **Curafutura** souligne que la proposition répond à une exigence de longue date des assurances maladie, du surveillant des prix et des associations de consommateurs. **Santésuisse** est convaincue que l'introduction d'un système de prix de référence permettrait d'économiser environ 400 millions de francs par an, sans aucune perte de qualité pour les médicaments pris en charge par les caisses maladie. Elle rappelle cependant que le système de prix de référence pour les génériques ne peut constituer qu'une première étape et qu'il devra être étendu aux autres médicaments dans un deuxième temps. **Helsana** estime que le système de prix de référence est certes utile, mais considère que les modèles proposés par le Conseil fédéral ne sont pas encore réalisables. Elle pense que quelques principes dans la LAMal sont amplement suffisants.

Dans leur grande majorité, les **fournisseurs de prestations** sont opposés à un système de prix de référence. Seules quelques associations ou sociétés (notamment **SGAIM, SGAP, SGG, SVM, VUA**) pensent que les effets positifs d'un tel système prévalent. Une majorité de fournisseurs de prestations refuse la proposition parce qu'elle met en danger la sécurité de l'approvisionnement et des patients (notamment **FMH, H+, unimedsuisse, K3, Intergenerika, vips, SGD, SGPP, KKA/SMVS, VSAO, AeGBL, AeGLU, AllKidS, ChiroSuisse, GAeSO, Spitex**). Ils sont très inquiets de voir le système de prix de référence entraîner une pression sur le prix des génériques et des originaux dans le secteur des prix bas. D'autres médicaments seraient ensuite retirés du marché, car la distribution des médicaments en question sur un petit marché tel que la Suisse ne serait plus rentable. La part des génériques et des biosimilaires reculerait par conséquent. **MSN** estime qu'il y aurait un transfert des coûts aux patients. Une correction des incitations inopportunes à l'art. 38 OPAS est absolument nécessaire pour **pharmaSuisse**. D'aucuns prédisent en outre une sorte de médecine étatique induite par un système de prix dicté par l'État (**BBV+, VSVA, Zur Rose**). De nombreux fournisseurs de prestations craignent que la liberté thérapeutique des médecins ainsi que le libre choix des patients ne soient restreints par le système de prix de référence, qui fixe les prix. En raison des changements de prix permanents, les patients doivent sans cesse s'adapter à de nouveaux médicaments, ce qui entraîne des coûts de la santé inutiles et nuit à l'adhésion thérapeutique (*compliance*) (notamment **Intergenerika, MSD, pharmalog, SVM, APA, BEKAG, VLSS, IFAK**). Certains fournisseurs de prestations font remarquer que tous les médicaments devraient être enregistrés et remboursés par le SPR pour des questions d'égalité de traitement (**SVKH, Dakomed/OdA KT, UNION**). De nombreux fournisseurs de prestations (notamment **APA, Argomed, GSASA, SSO, IG Schweizer Pharma KMU**) redoutent une importante charge bureaucratique supplémentaire (notamment les coûts de l'information), car la plupart des cabinets médicaux n'emploient que très peu de personnes. Les adaptations administratives des prix devraient intervenir au maximum une fois par an. Les dates de référence et les nouveaux prix devraient par ailleurs être connus longtemps à l'avance. Une majorité des participants ayant pris position juge totalement inappropriée la constitution de groupes de référence fondés uniquement sur l'égalité des principes actifs (**H+, unimedsuisse, mfe, pharmalog, Kinder- und Jugendmedizin, SGG, GSASA, Rey**). Le principe actif, mais aussi la galénique d'un médicament sont essentiels pour la sécurité des patients, la tolérance et l'efficacité. Le fait que les originaux et les biosimilaires soient pris en compte dans la formation des prix de référence est en outre jugée problématique (notamment **Iph, Dakomed/OdA KT, Intergenerika**). Les biosimilaires étant non substituables, ils ne doivent pas être admis dans un système de prix de référence. **SGAP** exige la possibilité, en cas d'intolérance à un médicament d'une certaine classe de principes actifs, de pouvoir lui substituer une préparation plus coûteuse de la même classe de principes actifs avec la même composition galénique. Il faudrait éviter l'apparition d'une médecine à deux vitesses, lorsque les médicaments tolérés ne peuvent pas être payés (notamment **vips**). Certains fournisseurs de prestations soulignent en outre que des propositions alternatives seraient plus pertinentes. Selon **FMCH**, le problème de la faible pénétration du marché suisse par les génériques pèse beaucoup plus que le niveau élevé des prix des génériques dans une comparaison internationale. La création d'incitations appropriées pour une meilleure pénétration du marché par les génériques permettrait des économies durables.

Argomed souhaite également accroître la part des génériques, en offrant une incitation correspondante aux médecins pharmaciens, dans le cadre de modèles d'assurance alternatifs.

4.7.1 Art. 44, al. 1, deuxième phrase et art. 52, al. 1, let. b, al. 1^{bis} et 3

Les **assureurs curafutura, CSS et Helsana** font remarquer que la LS doit impérativement inclure tous les prix des boîtes de médicaments admises. Le prix maximal de l'original doit être répertorié en plus du prix de référence, afin d'accroître la transparence. **Santésuisse** exige que les assureurs-maladie puissent contester la LS de l'OFSP et les prix. **Helsana** suggère que les prix de référence ne soient pas fixés par une ordonnance mais par une décision. Le prix de référence devrait être fixé de manière à parvenir à un approvisionnement en médicaments avantageux et sûr, en tenant compte de l'évolution de l'offre et des prix des médicaments correspondants en Suisse et à l'étranger. La fixation d'un prix maximal ne doit en outre être prévue que sous la forme d'une disposition potestative et s'accompagner de sanctions, parce que la fixation générale des prix maximaux dans certains cas peut également être interprétée comme une reconnaissance administrative d'un certain supplément au prix de référence. Si le prix maximal n'est pas respecté par le titulaire d'une autorisation, le médicament concerné doit être radié de la LS au moyen d'une décision sujette à recours. **Helsana** exige également un amendement de la LAMal qui stipule que les dispositions de la loi sur les cartels sont également applicables aux accords en matière de concurrence. Le système de prix de référence a pour but de renforcer la concurrence par le prix entre les titulaires d'autorisations de médicaments substituables. Cette concurrence ne doit pas être entravée ou éliminée par des accords en matière de concurrence.

Parmi les **fournisseurs de prestations, KKA/SMVS** s'inquiètent du fait que des fournisseurs de prestations pourraient être contraints de vendre des moyens ou appareils et des médicaments en dessous du prix de revient. Les fournisseurs de prestations doivent par conséquent avoir la possibilité de réclamer le supplément de prix en dehors de l'assurance de base, au cas où aucun tarif couvrant les coûts ne serait accordé. **BüAeV** craint que les patients soient ainsi obligés de payer des suppléments ou de subir des changements constants de traitement. **IG Schweizer Pharma KMU, vips et Intergenerika** estiment que la réglementation prévue entraînerait une perte de l'État de droit, car la fixation des prix dans une ordonnance ne permettrait pas aux fabricants de contester les prix par voie de recours. Différentes relations entre le prix maximal et le prix de référence et par rapport au prix de fabrication ne seraient par ailleurs pas définies, ce qui générerait une incertitude juridique supplémentaire.

4.7.2 Art. 52a Prise en charge de médicaments, sans prix de référence

La reformulation de l'art. 52a est en principe soutenue par les **assureurs (santésuisse, curafutura, Helsana et Groupe mutuel)**, car le système de substitution proposé peut accroître considérablement la part des génériques et donc entraîner une réduction des coûts. **Curafutura et Helsana** rappellent que le droit de substitution ne doit cependant pas uniquement s'appliquer aux médicaments sans prix de référence, mais aussi aux médicaments avec prix de référence. **Santésuisse** juge problématique la restriction de la substitution à l'utilité médicale, car elle laisse une grande place à l'interprétation. Elle doute que le Conseil fédéral soit à même de se consacrer à cette tâche. Elle suggère de radier cette restriction du projet. Lorsque des médicaments ont les mêmes principes actifs, seul le plus avantageux doit être pris en charge par l'AOS, dans tous les cas. **Helsana** pense également que la question de la substituabilité des médicaments pourrait dépendre de la situation individuelle du patient. Une exception au système de prix de référence doit donc être prévue pour ces cas plutôt rares. Le fournisseur de prestations prescripteur ou remettant doit toutefois impérativement expliquer à l'assureur les raisons pour lesquelles la substitution par un médicament plus avantageux est impossible chez la personne concernée pour des raisons médicales. **Santésuisse et Helsana** suggèrent par ailleurs d'obliger explicitement le fournisseur de prestations qui prescrit ou remet le médicament à informer le patient du prix de référence remboursé, s'il ne reçoit pas le médicament le plus avantageux.

Les **fournisseurs de prestations** (notamment **FMH, Iph/MSD, BüAeV, VLSS**) exigent le maintien du remboursement des médicaments sans prix de référence (c.-à-d. jusqu'à la mise sur le marché d'au moins trois médicaments dont le brevet est échu) selon le droit en vigueur. **UNION, H+, unimeduisse, Dakomed/Oda KT, SVKH, KKA/SMVS** et d'autres suggèrent de biffer le principe du prix avantageux, car il est en contradiction avec le principe de la LS selon lequel le remboursement des médicaments est réglé dans la LS. La sécurité de l'approvisionnement ainsi que le principe de la liberté de prescription du médecin seraient en outre menacés, et la disposition proposée serait incompatible avec le principe fondamental de la sécurité du patient. **IG Schweizer Pharma KMU** fait valoir que tous les médicaments ayant une composition exclusivement identique de principes actifs n'ont pas des indications identiques, raison pour laquelle l'obligation de substitution n'est pas appropriée. **SGAP** et **pharmaSuisse** font observer que la galénique joue également un rôle en plus de la composition de principes actifs et que l'alinéa devrait donc être complété en conséquence. Le critère « tout aussi adéquats du point de vue médical » est également remis en question. Sa signification exacte semble incertaine, tout comme l'instance qui définit cette notion (notamment **FMH, GAeSO, AeGBL, SGKJPP, SGD/SGPP**). **Intergenerika** et **vips** exigent la définition des critères correspondants dans la LAMal, car l'OAMal et l'OPAS ne seraient que des ordonnances d'exécution. Or cette tâche ne peut et ne doit pas incomber au Conseil fédéral. **Intergenerika** et **vips** jugent la formulation trompeuse et peut-être même incorrecte. Selon **BEKAG** et **VLSS**, l'art. 52a LAMal devrait être complété par un alinéa selon lequel la restriction voulant que seul le médicament le plus avantageux soit remboursé en présence de deux médicaments comparables ne s'appliquerait pas, au moins dans le cas où le médecin ordonne expressément la remise ou l'administration d'un certain médicament du groupe de principes actifs concerné. **PharmaSuisse** exige de prévoir également une possibilité pour une justification pharmaceutique (à documenter par le pharmacien), afin de pouvoir prévenir un changement de médicaments éventuellement dommageable.

4.7.3 Art. 52b Prise en charge de médicaments, avec prix de référence, y c. disposition transitoire

Peu de **cantons** préfèrent le « modèle avec réduction de prix » [modèle 1] (**GE, TI, AI**) au « modèle avec communication des prix » [modèle 2] (**BL**). Alternativement, le canton **ZH** suggère par ailleurs de systématiquement et régulièrement adapter les prix de la LS sur la base d'une comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger. La mise en œuvre de cette variante sera plus simple pour tous les médecins pharmaciens et donc aussi plus efficace. L'objectif suprême doit cependant consister à empêcher les difficultés d'approvisionnement de la population en médicaments.

Parmi les **partis**, **PLR, pvl** et **PSS** s'expriment en outre en faveur du modèle 2, parce qu'il est jugé plus efficace et promet d'assurer une concurrence par les prix grâce à des incitations. **PSS** n'est cependant pas d'accord avec les prérogatives des assureurs leur permettant de ne rembourser que certains médicaments.

Parmi les **associations faitières de l'économie, HKBB, ASSGP** et **scienceindustries** concluent qu'aucun des deux modèles proposés ne semble en mesure d'atteindre les objectifs visés. Ils s'accompagnent en revanche de gros risques et d'incertitudes pour les patients, les fournisseurs de prestations et les fournisseurs de médicaments non protégés par un brevet. En cas de mise en œuvre des deux modèles, les patients de longue durée devraient supporter des changements de médication plus fréquents afin d'éviter une participation aux coûts accrus. De tels changements ont un effet négatif sur l'adhésion thérapeutique et le succès du traitement, ce qui entraînerait inévitablement des coûts subséquents. **USS** juge la portée du modèle 1 insuffisante et privilégie par conséquent le modèle 2.

Parmi les **associations de consommateurs, FRC** se prononce en faveur du modèle 1, parce qu'elle redoute que les caisses maladie puissent décider seules du remboursement des médicaments dans le modèle 2 et qu'un changement fréquent des médicaments nuirait à l'adhésion thérapeutique. **SKS** privilégie en revanche le modèle 2, qui instaure une concurrence et se traduit par des économies de coûts.

Parmi les **associations de patients**, **SPO** ne privilégie aucun des modèles, car elle considère qu'ils présentent tous deux des avantages et des inconvénients de taille. **DVSP** penche plutôt en faveur du modèle 2, mais se réserve la possibilité d'une évaluation définitive à une date ultérieure.

Les **assureurs** ont une nette préférence pour le modèle 2 concurrentiel en ce qui concerne les variantes de mise en œuvre. Seule **Helsana** recommande de biffer l'intégralité de l'art. 52b, car elle estime que les modèles proposés par le Conseil fédéral ne sont pas applicables. **Curafutura** suggère par ailleurs l'élaboration d'une proposition simplifiée sur la base du modèle 2, pour que la concurrence en matière de prix et de qualité puisse jouer dans le domaine des médicaments dont le brevet est échu et que l'approvisionnement soit parallèlement assuré. Le modèle 1 n'est pas assez dynamique et trop compliqué aux yeux de **CSS** et **SVV**. Au cours des dix dernières années, une réglementation similaire aurait eu pour effet que le niveau des prix de fabrique des génériques était en moyenne deux fois plus élevé qu'à l'étranger. **Santésuisse** estime que le potentiel de réduction des coûts du modèle 1 n'est pas assez ambitieux, mais le soutient néanmoins en tant que solution « *second best* ». **Groupe mutuel** et **CSS** approuvent le modèle 2, parce que les assureurs peuvent négocier des prix encore plus avantageux avec les producteurs. Cela permet désormais de trouver des solutions plus concurrentielles, qui débouchent sur une économie de coûts optimale. La faisabilité administrative doit être garantie dans tous les cas, et les conditions doivent être appropriées pour l'assuré. **CSS** et **curafutura** estiment qu'il suffit déjà de deux médicaments ayant la même composition de principes actifs au lieu de trois pour négocier un prix de référence. Le prix de référence doit correspondre au prix le plus bas déclaré par boîte et dosage et s'appliquer jusqu'à la prochaine communication. À l'échéance du brevet, les prix devraient en outre être plafonnés au niveau générique des pays de comparaison, et le prix maximal ne devrait pas excéder de plus de 20 % le niveau moyen du prix des génériques dans les pays de référence. Ils considèrent en outre que la menace pour l'approvisionnement n'est généralement pas due aux prix. Au cas où les prix seraient trop bas et ne couvriraient pas les coûts de fabrication, les fabricants de génériques peuvent proposer des prix plus élevés dans un système concurrentiel. **Santésuisse** est convaincue que la concurrence par les prix entre les médicaments ayant les mêmes principes actifs doit être stimulée pour réaliser les potentiels de réduction des coûts correspondants. L'association critique également le choix de la fixation du prix de référence sur la base du tiers le plus avantageux, mais en mesure aussi les avantages en termes de stabilisation du système. **Santésuisse** exige en outre que les réductions fondées sur une base contractuelle entre les titulaires des autorisations et les assureurs doivent être exemptées de l'obligation de communiquer. Elle estime aussi que les assureurs peuvent prévoir que seuls quelques-uns des médicaments selon l'al. 1 soient remboursés, dès lors qu'un approvisionnement plus avantageux en médicaments est ainsi garanti. Ils publient à cet effet une liste de ces médicaments et de leur composition de principes actifs.

En raison du rejet généralisé d'un système de prix de référence, les **fournisseurs de prestations** ont une vision négative des deux modèles. Ils jugent les modèles trop complexes pour pouvoir être appliqués de manière satisfaisante. **PharmaSuisse** et **AeGBL** font valoir que le critère du nombre de génériques dans la LS n'est pas suffisant pour remédier au fait que l'approvisionnement mondial en principes actifs est principalement le fait de fabricants indiens ou chinois. Le nombre de fournisseurs de principes actifs devrait plutôt être déterminant et pris en compte. **H+** observe que le passé a montré que les médicaments qui ne sont commercialisés en Suisse que par trois titulaires d'une autorisation débouchent sur une situation critique en matière d'approvisionnement au plan national, en cas de difficultés de livraison. Le principe actif, mais aussi la forme galénique d'un médicament sont déterminants selon **SGDV** et **SGKJPP**, et la loi doit également en tenir compte. **PharmaSuisse** s'oppose à la fixation d'un prix maximal qui excède le montant pris en charge par l'AOS. Le marché régulé concerne uniquement la part des coûts prise en charge par l'AOS. Le « reste » est imputable au marché libre, et les patients le payent de leur poche. Une adaptation unilatérale des prix uniquement à la baisse contredit l'égalité de traitement et est strictement rejetée par **Intergenerika** et **vips**. Il en va de même de la compétence du Conseil fédéral lui permettant de fixer les écarts de prix, les prix de référence, etc. ainsi que les exceptions. **Intergenerika**, **vips** et **SO** estiment

qu'il manque la base juridique pour ces dispositions, car l'OAMal et l'OPAS ne sont que des ordonnances d'exécution. Dans le cas présent, il manque toutefois tout critère ou indice dans les dispositions, p. ex. la manière dont les écarts de prix doivent être déterminés. Pour finir, **Intergenerika** et **vips** ne voient pas sur la base de quels critères le Conseil fédéral entend évaluer les risques pour l'approvisionnement dans ces deux modèles. **SGAIM** privilégie le modèle 1, parce que la charge bureaucratique semble moins importante et qu'une fixation schématique des prix de référence et maximaux est jugée plus pragmatique. Malgré le refus d'un système de prix de référence par **APA**, cette dernière privilégierait également le modèle 1 en cas de besoin. **FMH, Iph, Intergenerika, vips, etc.** rejettent intégralement le modèle 1, parce qu'il détruirait le marché des génériques et des biosimilaires à moyen terme. Les produits plus avantageux disparaîtraient du marché, ce qui entraînerait des coûts plus élevés à moyen-long terme et serait donc contraire aux objectifs de la LAMal. Il se traduirait certes par une baisse passagère des prix des génériques, mais engendrerait une réduction de la qualité des soins et de la sécurité de l'approvisionnement. Les patients devraient payer un supplément, pour autant qu'ils souhaitent continuer à prendre leur médicament éprouvé. L'importance de l'écart de prix ne devrait pas être fixée par le (seul) Conseil fédéral dans une ordonnance (notamment **vips**). Les fabricants ont besoin d'une sécurité juridique et ne peuvent donc pas planifier ni produire de manière prévisionnelle, si le Conseil fédéral peut modifier les baisses de prix de son propre chef. **Intergenerika** et **vips** critiquent le fait qu'il n'est pas clairement établi selon quels critères l'écart de prix approprié et la baisse de prix sont déterminés et si la comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger (CPE) est calculée avec les règles existantes. **SO** exige que le calcul du prix soit confié à l'organisation tarifaire paritaire et que des aspects médicaux soient pris en compte, parallèlement aux aspects économiques. Selon **AeGBL, SGDV** et **SGKJPP**, la périodicité du réexamen du prix devrait être d'au moins trois ans. Un réexamen annuel des prix maximaux et de référence nécessiterait davantage de personnel administratif, ce qui entraînerait des coûts supplémentaires inutiles (notamment **vips**). **FMH, AeGLU, AeGBL, APA, VLSS, chiroSuisse, GAeSO/SGKJPP, Iph, K3, mfe** et d'autres rejettent clairement le modèle 2, parce qu'il entraîne une charge administrative supplémentaire considérable et est incompatible avec la propharmacie pratiquée par des cabinets médicaux. Pour **BüAeV** et **KKV**, on peut par exemple se demander à quel prix le fournisseur doit livrer. Il est en outre choquant que la périodicité des communications de prix par les fabricants ne coïncide pas avec celle de la sélection par les assureurs. Selon **Intergenerika** et **vips**, le modèle 2 nuit non seulement à la qualité des soins (liberté de prescription des médecins) et à l'adhésion thérapeutique, mais aussi à la liberté de choix des patients et des fournisseurs de prestations. Les changements de médicaments seraient inhérents au système dans ce modèle. Au final, le marché suisse des génériques connaîtrait une situation de monopole ou de duopole. Les modifications de contrats entre les assureurs-maladie et les sociétés de génériques feraient que certains médicaments ne seraient plus vendus et devraient ultérieurement être éliminés à cause d'un dépassement de la date de péremption. **SGG** regrette en outre que les patients n'aient qu'un accès sélectif aux médicaments et qu'un seul acteur (l'assureur maladie) bénéficierait d'une position particulière lors de l'évaluation des thérapies autorisées. **Intergenerika** ne voit par ailleurs pas quels prix doivent être communiqués à l'OFSP. Il est problématique que des prix différents soient communiqués pour le même produit selon l'assureur (en fonction des contrats individuels). La fréquence prévue des communications serait en outre trop élevée et entraînerait une charge bureaucratique disproportionnée chez les fabricants.

Dans l'intérêt d'une introduction du système ordonnée et sans danger pour la sécurité de l'approvisionnement, **santésuisse** soutient une introduction échelonnée du système de prix de référence sur trois ans. **Intergenerika** et **vips** remettent en question les critères de détermination du volume de marché (uniquement à l'aide de la préparation originale ou en incluant les génériques) et suggèrent de biffer la disposition transitoire.

4.8 Prises de position sur l'art. 53, al. 1^{bis} (droit de recours des assureurs)

88 participants à la consultation se sont exprimés sur cette mesure, laquelle a été **majoritairement rejetée**, notamment par les cantons et les fournisseurs de prestations. Elle est saluée par les partis politiques et les assureurs.

CDS et les cantons rejettent résolument le droit de recours pour les organisations d'assureurs. Ils estiment que la disposition ne contribuerait pas à réduire les coûts, mais les augmenterait, en entraînant une insécurité juridique concernant la validité des mandats de prestations et des listes des hôpitaux. Les cantons craignent que les recours des assureurs pourraient être contraires à une planification hospitalière adaptée aux besoins. Seul **ZH** concède que le droit de recours devrait être accordé aux assureurs pour des raisons systémiques.

Parmi les **partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale**, la mesure est en principe saluée par **PBD, UDC, PLR, PDC** et **pvl**. **PBD** et **UDC** accueillent favorablement le fait que les fournisseurs de prestations et les assureurs seront désormais sur un pied d'égalité grâce à cette mesure et qu'il y aura davantage de *checks and balances* dans le système de santé. **PLR** soutient la mesure, car elle permet de limiter les établissements médicaux qui ne se basent pas sur la demande. **PDC** salue également la mesure parce que toutes les positions sont ainsi prises en compte. Mais les assureurs maladie ne doivent pas reprendre une partie du rôle de planification des cantons. **Pvl** soutient certes la mesure, mais rappelle qu'elle ne réduit pas les coûts en soi. **PES** et **PSS** rejettent le droit de recours pour les associations d'assureurs, car il engendre une insécurité juridique et sape la compétence de planification des cantons. Leur argumentation rejoint en principe celle de la CDS et des cantons (voir ci-dessus).

Les **associations faitières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national** rejettent majoritairement la mesure. **USAM** refuse l'octroi d'un droit de recours aux assureurs-maladie pour la planification des hôpitaux et des EMS, parce que cela peut menacer les efforts des cantons et des communes pour accélérer le développement d'offres intégrées. **UVS (Zurich et Bâle)** rejette également le droit de recours, au motif qu'il entraîne des retards et une insécurité juridique. **SAB** salue le fait que les fournisseurs de prestations et les assureurs soient de nouveau sur un pied d'égalité avec cette mesure.

Les avis des **associations faitières de l'économie** divergent quant au droit de recours des organisations d'assureurs. **FER** soutient la mesure, parce qu'elle permet de prendre en compte les intérêts des assureurs mais aussi des fournisseurs de prestations dans la planification cantonale. **USAM** salue le droit de recours pour les associations d'assureurs, parce que l'établissement des listes des hôpitaux exerce une influence déterminante sur les coûts que les assureurs-maladie doivent ultérieurement rembourser. **Economiesuisse** approuve le renforcement des intérêts des assurés, mais reste critique à l'égard du droit de recours des organisations et transférerait le droit de recours aux différents assureurs. **Scienceindustries** et **ASSGP** se prononcent contre la mesure, parce qu'ils estiment qu'elle ne répond pas à un besoin légitime des assureurs et que le système actuel offre aux assureurs des garanties suffisantes pour une planification hospitalière mise en œuvre en fonction des besoins. **USS** rejette également la mesure, parce que les assureurs qui ne sont pas démocratiquement légitimés ne doivent pas se voir accorder la compétence de contester les décisions des cantons démocratiquement légitimés concernant les listes des hôpitaux et des EMS. **CP** rejette résolument cette mesure, car elle ne renforce que le pouvoir accordé aux organisations d'assureurs et pourrait perturber l'équilibre existant.

L'avis des **associations de consommateurs** est partagé. **SKS** soutient le droit de recours pour les organisations d'assureurs, car il garantit une meilleure protection des intérêts de l'AOS. Les patients et les consommateurs devraient toutefois être impliqués, car les assureurs ne défendent pas toujours leurs intérêts. **FRC** est opposée à cette mesure, car elle estime qu'elle paralyse durablement le système au détriment des consommateurs.

La mesure est majoritairement soutenue par les **associations de patients**. **SPO** salue le droit de recours pour les organisations d'assureurs, car il garantit une meilleure protection des intérêts de l'AOS. Les patients et les consommateurs devraient toutefois être impliqués, car les assureurs ne défendent pas toujours leurs intérêts. **DVSP** et **IGPZ** saluent également le droit de recours, mais pensent qu'il devrait être étendu aux représentants des patients et aux assurés. **VASK** rejette la mesure. Tant que les assurances et les fournisseurs de prestations encouragent le recours à des prestations de santé avec leur publicité parfois agressive, aucun droit de recours ne doit être accordé aux assurances.

Les **assureurs** saluent l'introduction d'un droit de recours pour leurs organisations. **Groupe mutuel** estime que les intérêts des assureurs et donc, au final, ceux aussi des assurés sont ainsi pris en compte. **Helsana** et **curafutura** rappellent toutefois que la tâche de la planification hospitalière n'incombe pas aux assureurs-maladie, raison pour laquelle les assureurs ne doivent pas assumer une partie du rôle de planification des cantons. **Santésuisse** exige que les organisations des assureurs, mais aussi les assureurs eux-mêmes aient un droit de recours et que les différentes décisions des cantons, mais aussi leurs arrêtés devraient pouvoir être contestés. **Helsana**, **HSK** et **santésuisse** retiennent que le droit de recours concernant les prix administrés par le Département dans le domaine des médicaments (LS) recèle un potentiel de réduction des coûts bien plus important.

À quelques exceptions près, les **associations de fournisseurs de prestations** rejettent clairement le droit de recours pour les organisations d'assureurs. Elles estiment que la légitimation de ce droit de recours permettrait de paralyser en partie le système de soins hospitaliers ou de l'affaiblir considérablement avec des litiges interminables (p. ex., **VLSS**, **BEKAG**). Le pouvoir des assureurs-maladie serait encore renforcé, et leur veto entraînerait des incertitudes de planification chez les cantons et les hôpitaux, avec des conséquences inconnues sur la prise en charge des patients (p. ex., **FMH**, **APA**, **GAESO**, **mfe**, **SSO**, **VSAO**). **K3** fait valoir que l'admission des hôpitaux incombe aux cantons et que les assureurs-maladie n'assument aucune responsabilité pour les soins de santé des assurés des cantons. **AIKidS** estime que les assureurs n'ont ni la légitimation ni l'expertise nécessaire. **Physioswiss** pense que l'extension du droit de recours aux organisations d'assureurs risque d'occasionner des procédures coûteuses, dont les coûts seraient en définitive à la charge du contribuable. **MSN** exige que le droit de recours soit également accordé aux organisations de fournisseurs de prestations. Des modèles de soins et des espaces de soins intégrés et innovants, comprenant des prestations de soins ambulatoires, intermédiaires et hospitalières, verraient actuellement le jour dans les soins de longue durée, selon **CURAVIVA**. Un droit de recours à l'encontre de l'admission des EMS pourrait menacer le développement d'espaces de soins entiers et constituer un frein à l'innovation. Seules quelques associations apportent un soutien conditionnel à la mesure. Le droit de recours ne devrait toutefois être accordé qu'aux différents assureurs et non aux organisations d'assureurs (p. ex., **PKS**).

4.9 Prises de position sur l'art. 59b (M02 Article relatif aux projets pilotes)

132 participants à la consultation se sont exprimés sur l'article relatif aux projets pilotes. La mesure est en principe accueillie favorablement par une large majorité. Une partie des fournisseurs de prestations, notamment certaines sociétés cantonales des médecins, la rejettent.

CDS et les **cantons** saluent en principe la création d'un article relatif aux projets pilotes. Ils estiment cependant que la teneur du présent projet est trop restrictive et recommandent également l'extension du champ d'application aux projets pilotes dans le cadre des soins intégrés et de la prévention. Les cantons soulignent en outre le fait que le DFI ne peut être responsable que de l'autorisation de projets pilotes ayant un champ d'application national. Les cantons doivent pouvoir autoriser les projets pilotes au niveau cantonal et régional. De façon générale, ils observent que les compétences constitutionnelles des cantons ne doivent pas être affectées. Les cantons exigent en outre une garantie selon laquelle tous les projets doivent être réversibles. Une obligation des cantons à participer aux projets pilotes est rejetée. Une obligation des assurés à participer aux projets pilotes est également critiquée. Après l'achèvement d'un projet, les cantons estiment en outre que les dispositions doivent s'appliquer au maximum pour trois années supplémentaires. La condition est que l'évaluation a montré que le modèle éprouvé permet de réduire efficacement les coûts et qu'un projet législatif est immédiatement lancé. Les cantons ajoutent que certains projets pilotes requièrent un financement particulier pour leur mise en œuvre et que le financement doit donc être réglé de façon adéquate dans la LAMal. **BS** souhaite par ailleurs que les indemnités financières éventuelles qui pourraient inciter à participer à un projet pilote soient également réglées. **ZH** rejette la proposition. Il doute de la conformité de l'article relatif aux projets pilotes à l'État de droit, car il porterait atteinte à la garantie constitutionnelle du principe d'égalité de traitement des assurés ainsi

qu'au principe de proportionnalité. Au cas où l'article relatif aux projets pilotes serait néanmoins maintenu dans le projet, le canton renvoie à la prise de position de la CDS. Il serait indispensable pour ZH que la participation aux projets pilotes reste facultative pour toutes les parties impliquées et que le financement soit réglé préalablement à l'introduction de projets pilotes, sachant que le principe de l'équivalence fiscale doit être respecté. La mise en œuvre devrait alors être réalisée sans contraintes supplémentaires pour les cantons et être assortie de possibilités de compensation éventuelles pour eux.

Les **partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale** saluent majoritairement l'article relatif aux projets pilotes. **PDC** et **PES** renvoient toutefois à la marge de manœuvre existante, offerte par la LAMal aux acteurs de la santé pour la réalisation de projets pilotes. À l'exception de **PBD**, qui exige une limitation aux projets de maîtrise des coûts, les partis se prononcent en faveur d'une extension du champ d'application pour les projets pilotes, par analogie avec les cantons. **PBD**, **PLR**, **pvl**, **PES** et **UDC** soulignent en outre que la participation à des projets pilotes doit être basée sur le volontariat. **PLR** renvoie par ailleurs au caractère réversible qui doit être inhérent à un projet pilote. **Pvl** estime en outre qu'il faut vérifier si un (co-)financement des projets pilotes par la Confédération ne pourrait pas être utile. **PSS** juge le champ d'application trop restrictif et est défavorable à l'introduction d'un article relatif aux projets pilotes.

Les **associations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national** sont majoritairement favorables à l'article relatif aux projets pilotes. **UVS (Zurich et Bâle)** et **USAM** saluent l'introduction d'un article relatif aux projets pilotes, mais exigent l'extension du champ d'application. **USAM** exige que la réversibilité soit garantie et que les projets pilotes soient limités à une durée de trois ans. Il exprime en outre des réserves quant à l'efficacité de l'article, car la marge de manœuvre existante n'est pas exploitée à ce jour. **SAB** est également favorable à l'article relatif aux projets pilotes, mais aimerait conserver le principe de territorialité actuellement valable. En cas d'évaluation positive, il suggère en outre de prévoir une prolongation de l'ordonnance, qui règle les droits et les devoirs des participants au projet pilote et les écarts par rapport à la loi de telle sorte que les projets pilotes réussis puissent être poursuivis, même après l'expiration du cadre temporel initialement autorisé par le Conseil fédéral. La commune de **Bienne** s'oppose à l'article, car elle craint un transfert des charges au niveau communal du fait des projets pilotes.

La plupart des **associations faîtières de l'économie** approuvent l'introduction de l'article avec des réserves. À l'exception de **FER**, **economiesuisse**, **USAM**, **sciencesuisse**, **HKBB** et **ASSGP** plaident en faveur d'une extension du champ d'application des projets afin de renforcer la qualité, l'efficacité et l'efficacités. Les conditions-cadres telles que la réversibilité ou les limitations temporelles des projets doivent également être concrétisées. **Scienceindustries**, **HKBB** et **ASSGP** soulignent en outre que le principe de territorialité ne doit pas être assoupli. **HKBB** souligne que l'industrie des sciences de la vie doit également être autorisée à proposer des projets dans le cadre de l'article relatif aux projets pilotes. **CP** et **USS** rejettent l'introduction d'un article relatif aux projets pilotes, notamment parce que la LAMal prévoit déjà une grande latitude pour ce type de projets.

Les deux **associations de consommateurs** sont favorables à un article relatif aux projets pilotes, à condition que seuls des projets débouchant effectivement sur une réduction des coûts (**SKS**) soient réalisés et que la participation repose sur le volontariat (**FRC**).

Les **associations de patients** soutiennent l'introduction d'un article relatif aux projets pilotes. **Pro Aidants** et **VASK** soutiennent le projet sans réserves. À l'exception de **SPO**, qui ne souhaite autoriser que des projets de réduction des coûts, les associations de patients réclament une extension du champ d'application. L'article relatif aux projets pilotes doit permettre d'améliorer la qualité, le système de remboursement et plus particulièrement les soins intégrés. **KLS** et **GELIKO** exigent que des projets basés sur les résultats de la recherche sur les services de santé ou issus de la recherche clinique universitaire soient possibles. **KLS** et **oncosuisse** refusent l'obligation de participer à un projet pilote. **DVSP** souligne en outre que l'évaluation doit se concentrer sur l'utilité pour le patient et non sur l'effet sur l'évolution des coûts. **SPO** rappelle que les expériences antérieures avec des mesures visant à freiner la hausse des coûts révélaient un risque pour la qualité du traitement des patients. Les groupements de patients devraient obligatoirement être impliqués afin de faire valoir leur perspective.

BFG et **P.IP** saluent l'article relatif aux projets pilotes, à condition que son champ d'application soit étendu, que les projets soient réversibles et que la participation ne soit pas obligatoire. **GFCH** exige l'extension du champ d'application aux projets de promotion de la prévention dans les soins de santé. **SCTO**, **SAKK**, **SPOG** et ses oncologues chercheurs accueillent favorablement la proposition d'article relatif aux projets pilotes et exigent l'extension du champ d'application aux projets dans le domaine de l'optimisation de l'administration de médicaments.

Les **assureurs** approuvent en principe l'article relatif aux projets pilotes. À l'exception de **santésuisse**, les assureurs (notamment **HSK**, **MTK**, **SVV**) estiment que le champ d'application des projets pilotes doit être étendu. La participation à un projet doit en outre être fondée sur le volontariat. Seule **santésuisse** approuve l'obligation de participer, à la condition qu'il puisse être nécessaire pour certains projets d'impliquer tous les fournisseurs de prestations concernés. Dans de tels cas, il faut toutefois s'assurer qu'une majorité des fournisseurs de prestations concernés soutienne le projet. **Groupe mutuel** rejette l'article relatif aux projets pilotes, au cas où il y aurait une obligation de participer. **CSS** exige que les critères EAE soient déclarés obligatoires pour les projets pilotes et qu'une procédure d'autorisation informelle et flexible soit introduite, avec la possibilité pour l'OFSP d'intervenir en cas de non-respect des critères du projet. Selon **curafutura** et **Helsana**, l'évaluation du projet pilote doit en outre incomber aux partenaires du projet (auto-évaluation à l'aide d'un rapport à l'OFSP).

Une majorité d'**associations de fournisseurs de prestations** approuve un article relatif aux projets pilotes avec des réserves. **AVV**, **FSP**, **SMHC** et **VDPS** sont majoritairement positifs. La plupart des fournisseurs de prestations exigent une extension du champ d'application ainsi qu'une limitation explicite des projets dans la loi en termes de contenu, d'espace et de durée. Les objectifs fixés par la Confédération ne doivent pas se limiter aux mesures d'économie de coûts, mais être complétés et étendus de façon générale aux méthodes de traitement médicalement utiles (p. ex., **H+**, **Médecine universitaire suisse**, **K3**, **AllKidS**, **orthoptics**, **UNION**, **Dakomed**, **physiosuisse**, **chirosuisse**, **SVKH**, **SVBG**, **SGPP**, **SVDE**, **SGAP**, **SBK-ASI**). Les représentants des associations pharmaceutiques et des laboratoires rappellent notamment que le principe de territorialité ne doit pas être annulé par des projets pilotes et que les expériences ne doivent être réalisées qu'en Suisse (p. ex., **interpharma**, **pharmasuisse**, **FAMH**, **MSD Merck Sharp & Dohme AG**, **vips**). Ils sont en outre nombreux à souligner que les critères EAE doivent également être obligatoires pour les projets pilotes. Pratiquement tous les fournisseurs de prestations sont extrêmement critiques à l'égard de l'obligation de participation et exigent son annulation. Seule **SGAIM** salue explicitement l'obligation de participation, parce qu'elle permet de recourir aux données existantes. Elle exige cependant aussi une implication obligatoire des patients et du public dans chaque projet. **FMH** ne soutient l'article relatif aux projets pilotes qu'à la condition que les fournisseurs de prestations, les assureurs et les cantons soient des partenaires égaux. Les projets doivent être initiés, proposés, réalisés et évalués conjointement par toutes les parties prenantes (p. ex., **VSAO**, **SGKJPP**, **FSP**, **VUA**). **SSO** s'exprime en conséquence et exige de consigner dans la loi que les fournisseurs de prestations et les assureurs soient obligatoirement impliqués et auditionnés dans de tels projets pilotes. Concernant l'évaluation, de nombreux fournisseurs de prestations regrettent que le contrôle des conséquences du projet pilote se limite à l'effet d'économie. Les conséquences négatives sur la qualité des soins de santé doivent également être évaluées et, si possible, corrigées (p. ex., **VLSS**, **BEKAG**, **BüAeV**). **CURAVIVA**, **senesuisse** et **swiss orthopaedics** exigent par ailleurs une réglementation claire concernant les modalités de la prise en charge des projets. Différents fournisseurs de prestations aimeraient en outre créer un fonds d'innovation permettant de promouvoir les petits projets innovants ou contraindre la Confédération à soutenir financièrement les participants à un projet (p. ex., **mfe**, **Kinder- und Jugendmedizin**, **Spitex Schweiz**, **ASPS**). Les fournisseurs de prestations qui rejettent l'article expriment des doutes quant à la conformité à l'État de droit et à l'adéquation du projet, parce qu'ils craignent des manquements à des principes contraignants dans le cadre des expérimentations (p. ex., **KKA**, **FMCH**, **SGC**, **SGS**, **SMVS**). Ils craignent un « budget global » sous un autre intitulé et la remise en cause à long terme de la légitimité démocratique. **BBV+**, **GAESO**, **AGZ**, **Argomed**

estiment en outre que l'objectif de la réduction des coûts ne produit pas de solutions innovantes et efficaces. **FMCH** doute également que l'article de loi présenté déclenche une poussée de l'innovation. Elle est persuadée que les autorités fédérales peuvent obtenir de bien meilleurs résultats si elles encouragent les acteurs à tirer parti des marges de manœuvre existantes et approuvées par la loi et les soutiennent dans la mesure admissible. **PKS** et **SBV-ASMI** sont prêts à soutenir l'introduction de l'article, mais doutent de l'efficacité de la mesure.

4.10 Prises de position sur la LAM, LAA et LAI

47 participants à la consultation se sont exprimés sur ces mesures. La majorité, notamment les fournisseurs de prestations et les cantons, rejette ces mesures.

La plupart des **cantons (AR, BL, BS, GL, GR, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, UR, VD, VS, ZG, et ZH)**, **CDS** et **UVS (Bâle)** critiquent ces changements, car la LAI prévoit le principe de la prestation en nature et donc aucune obligation de contracter ni aucune obligation d'admission. De même, certains des principes réglés dans la LAMal ne sont pas réglés au niveau de la loi dans la LAI. Il n'apparaît donc pas clairement pourquoi une telle réglementation doit être prévue au niveau de la loi. Elle devrait plutôt figurer dans les conventions tarifaires, par analogie avec la structure tarifaire, le montant du tarif et l'obligation d'admission. Au cas où cette réglementation serait conservée, il faut s'assurer que les assureurs ne mettent pas en danger la garantie de la prise en charge avec ces mesures. Il existe déjà des domaines de prestations dans lesquels les cantons doivent intervenir pour assumer le financement résiduel, puisque les tarifs de l'AA et de l'AI ne couvrent pas l'intégralité des frais. **BE** salue les mesures concernant la LAM, la LAA et la LAI, mais souligne également qu'il faut veiller à ce que les assureurs ne mettent pas en danger la garantie de la prise en charge avec ces mesures. **JU** qualifie les mesures concernant la LAM, la LAA et la LAI de légitimes, mais remet toutefois en question leur relation avec le volet de mesures.

Parmi les **partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale**, **PES** signale qu'il faut veiller à ce que les assureurs ne mettent pas en danger la garantie de la prise en charge avec ces mesures.

Les **associations faitières de l'économie** sont divisées à propos des mesures. **FER** salue les mesures, car elles débouchent sur une application plus stricte des principes d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. **USAM** se prononce clairement contre le fait que les fournisseurs de prestations sont contraints de convenir de mesures de gestion des prestations d'assurance ou de leurs coûts avec l'assurance militaire ou avec les assureurs accidents. **Economiesuisse** approuve les mesures concernant la livraison de données, pour autant qu'il apparaisse clairement quelles données sont requises à quelle fin. Les mesures ayant une fonction de gestion sont rejetées, car une gestion des quantités est absurde dans le cadre d'une concurrence réglementée.

Les **fournisseurs de prestations** rejettent majoritairement les mesures, notamment le corps médical et les associations d'hôpitaux (**AAV, K3, AeGLU, AeGBL, SBV-ASMI, iph, SGPP, SGKJPP, mfe, GAeSO, FMH, APA, SGD, SSO, UNION** et **AIKids**). Ils rappellent qu'une révision de la LAA, de la LAM et de la LAI doit être traitée séparément et que la nécessité de prendre des mesures dans ce domaine n'est pas compréhensible (**UNION, SGD, mfe, AeGLU, AIKids**) ou que les mesures semblent étrangères au système (**AAV, AeGLU, mfe**). **Spitex** rejette les mesures et signale que la part des cas relevant de l'assurance-accidents et de l'assurance militaire est faible pour Spitex et qu'il serait par conséquent disproportionné de prendre des mesures dans ce domaine. **Physioswiss** rappelle que le principe de la prestation en nature s'applique dans la LAM et dans la LAI. C'est pourquoi une nouvelle réglementation de l'art. 26, al. 1, LAM et de l'art. 27^{bis}, al. 1, LAI est rejetée. Il n'y aurait en outre aucune nécessité d'intervenir sur les tarifs, raison pour laquelle l'art. 27^{bis}, al. 2-5, LAI est rejeté. **Physioswiss** refuse par ailleurs de contraindre les fournisseurs de prestations à transmettre des données, dans le cadre de la LAM, de la LAA et de la LAI. **Swiss orthopaedics** rappelle que l'assurance militaire règle les points évoqués dans le projet avec l'organisation tarifaire nationale, puisque toutes les parties y sont représentées de manière paritaire. La seule contrainte d'un transfert gratuit de données par les fournisseurs de prestations ne peut pas être acceptée,

et l'art. 26, al. 1 et 3^{bis}, LAM doit être adapté dans ce sens. La révision des articles de la LAI et de la LAA est rejetée. **Kinder- und Jugendmedizin** indique que la réduction des rentes chez les jeunes gens atteints de maladies psychiques constitue actuellement l'une des principales orientations de l'AI. Une réduction de l'offre de prestations médicales dans le domaine de l'enfance et de la jeunesse serait diamétralement opposée à ces efforts et n'aurait pas non plus de sens au plan économique. **SVM** est le seul **fournisseur de prestations** à approuver les mesures relatives à la LAM, à la LAA et à la LAI.

Parmi les **assureurs**, seule **MTK** s'est exprimée pour saluer les mesures. Elle rappelle qu'au cas où l'organisation tarifaire nationale ne serait pas compétente pour tous les tarifs ambulatoires, une obligation de transmission des données devrait être opportunément ancrée dans la LAA ou dans la LAM.

4.11 Mesures qui n'ont pas été poursuivies

4.11.1 M35 Organe indépendant de contrôle des factures

La création d'un organe indépendant de contrôle des factures a été explicitement évoquée par **13 participants à la consultation**. Ceux-ci l'ont **majoritairement rejetée**, notamment les assureurs et les fournisseurs de prestations ou leurs associations, ainsi qu'USAM. Ils ont souligné que le contrôle des factures en tant que mission première des assureurs-maladie bénéficiait déjà d'une grande attention en raison de la forte pression concurrentielle. La mesure a été considérée comme une centralisation forcée, contraire au système, sans valeur ajoutée reconnaissable ni garantie d'économie du côté des prestations. Les organisations de patients et de consommateurs ont regretté la renonciation provisoire et exigé la création immédiate d'un organe indépendant de contrôle des factures. La création d'un tel organe a été considérée comme une mesure visant à instaurer l'égalité de traitement entre tous les assurés, qui déboucherait sur un regroupement des ressources et un contrôle plus efficace.

4.11.2 M09 Renforcer le contrôle des factures

Le renforcement du contrôle des factures et de l'économicité a été explicitement évoquée par **24 participants à la consultation**, qui l'ont largement approuvée. Une surveillance plus stricte assurerait la mise en œuvre systématique des prescriptions légales ainsi qu'une meilleure uniformisation et normalisation du contrôle des factures. Étant donné que le contrôle des factures relève des principales missions des assureurs, la responsabilité devrait en principe leur incomber. Le renforcement du contrôle des factures devrait améliorer la qualité du contrôle et permettre de nouvelles possibilités dans ce domaine, sans entraver le cadre des assureurs défini par le législateur. Le rapport coûts-utilité de la mesure devrait en outre être préalablement contrôlé. D'autres mesures telles que la transmission électronique systématique des factures aux assureurs ainsi qu'une normalisation supplémentaire des factures devraient cependant être appliquées en sus, afin de pouvoir garantir un contrôle efficient et efficace des factures. Des mesures supplémentaires ont en outre été exigées, par exemple l'attribution au moyen d'un code d'identification à la personne exécutante pour chaque prestation LAMal ou la fourniture d'informations supplémentaires à l'assureur concernant le codage du diagnostic et du traitement dans le domaine ambulatoire. Les mesures de sanctions doivent en outre être développées à l'égard des fournisseurs de prestations.

4.11.3 M36 Autorité indépendante de fixation et d'approbation des tarifs (conflits de gouvernance des cantons)

Seules **quatre prises de positions (SKS, USAM, economiesuisse, UDC)** s'exprimant explicitement sur le conflit de gouvernance des cantons ont été reçues. Elles critiquaient à chaque fois le fait que celui-ci ne soit pas davantage réduit.

4.11.4 M16 Effets d'économie d'échelle dans la structure tarifaire

Les participants à la consultation ne se sont pas exprimés sur cette mesure dans leurs prises de position.

4.12 Autres propositions

Dans les prises de position reçues, **31 participants** ont formulé des propositions supplémentaires.

Parmi les **cantons**, **VD** et **GR** proposent une adaptation de l'art. 49, al. 2, LAMal, afin de résoudre le problème de l'intégration de curafutura dans SwissDRG SA et de confier à l'organisation tarifaire nationale la remise de la demande d'approbation au Conseil fédéral.

Deux des **partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale** ont formulé différentes suggestions. **Pvl** renvoie à trois motions qui contribueraient à la réduction supplémentaire des coûts : « Promouvoir la coordination et réduire les capacités excédentaires en définissant un maximum de six régions de santé » (motion 18.3294), « Médecins exerçant dans les hôpitaux. Mettre un terme aux incitations salariales liées à des objectifs quantitatifs » (motion 18.3293) et « Système de santé. Eviter des prestations inutiles en chargeant un organe indépendant de contrôler les factures » (motion 18.3296). **UDC** renvoie au potentiel d'économies de la numérisation et exige la mise en œuvre des autres mesures du rapport d'experts.

Parmi les **associations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national**, **ACS** propose d'intégrer la Stratégie nationale en matière de soins palliatifs dans le volet 1. **SAB** exige la création, dans le présent volet de réformes, des incitations nécessaires au renforcement des soins de médecine générale et à la réduction des inégalités régionales dans la qualité des soins. Dans le cadre de la révision en cours, le **SAB** exige par ailleurs l'ancrage légal d'un système d'incitation afin de promouvoir la médecine générale de premier recours, notamment dans les régions de montagne et les zones rurales.

Trois prises de position avec des propositions supplémentaires ont été reçues des **associations faîtières de l'économie**. **Economiesuisse** signale que les réformes devraient se baser sur le résultat afin d'être mesurables. **ASSGP** accueillerait favorablement, dans le cadre des discussions sur les coûts de la santé, l'examen, l'élaboration et la mise en œuvre de mesures visant à renforcer l'automédication ainsi que l'implication accrue des parties prenantes correspondantes et des spécialistes de ce domaine. **USS** propose la mise en œuvre du point « M28 Empêcher les tarifs abusifs dans le domaine des assurances complémentaires » du rapport d'experts.

Les **associations de patients** formulent les suggestions les plus diverses. **SPO** attend du Conseil fédéral que les points suivants soient traités : il ne doit pas y avoir de traitements inutiles, les processus et les infrastructures doivent être résolument axés sur les besoins des patients (y compris les soins intégrés) et les compétences des patients en matière de santé doivent être améliorées. **Oncosuisse** et **Krebsliga** exigent des mesures visant à renforcer les compétences des patients en matière de santé et plaident en faveur d'une loi sur l'information des patients. L'association **Pro Aidants** exige que les personnes vulnérables puissent décider elles-mêmes des personnes qui les soignent et les prennent en charge. À cet égard, elle exige plus de flexibilité dans le décompte des prestations de soins de base par le biais de l'assurance-maladie obligatoire, pour que les proches soignants, les assistants ou les auxiliaires engagés à titre privé avec une formation en soins de base correspondante soient sur un pied d'égalité avec les prestataires de services ambulatoires. Cela garantirait une vraie liberté de choix afin de tenir compte des situations complexes, telles que la prise en charge à domicile 24h sur 24, 7 jours sur 7. Elle exige par ailleurs une meilleure indemnisation financière des proches assurant la prise en charge et les soins, l'élargissement des compétences décisionnelles des soignants et la prise en compte par le système de santé d'une structure familiale moderne.

Parmi les **assureurs**, **Curafutura** et **Helsana** formulent d'autres propositions. Toutes deux proposent un amendement de la LAMal dans le sens où chaque prestation LAMal puisse être attribuée à la personne exécutante grâce à un code d'identification. Ce code est utilisé pour le

monitorage systématique des cabinets de groupe, des cabinets de spécialistes non homogènes, du domaine hospitalier ambulatoire ou des médecins conventionnés dans le domaine hospitalier. **Curafutura** et **Helsana** proposent en outre une adaptation de l'art. 42, al. 3, LAMal pour que la facture soit transmise à l'assureur sous une forme électronique et structurée. Elles proposent en outre la modification de l'art. 59, al. 1, let. c, OAMal, afin de permettre le codage du diagnostic et du traitement, car en l'absence d'un tel codage un contrôle systématique de l'économicité ainsi que de la qualité de l'indication ou du résultat est difficilement réalisable sur la facture ambulatoire. **Helsana** propose en outre une adaptation de l'art. 84a, al. 5, let. b, LAMal, pour que les prestations décomptées par les assureurs-maladie soient accessibles aux fournisseurs de prestations, dans le cadre d'un traitement.

Différentes propositions ont été formulées par les **fournisseurs de prestations**. **SVKH** et **UNION** proposent que la totalité du processus de médication soit gérée de manière électronique, après l'expiration d'un délai de transition approprié. Les travaux du groupe de travail interprofessionnel dédié au dossier électronique du patient (GTIP) doivent servir de base. **AeGBL** et **Kinder- und Jugendmedizin** signalent qu'une réduction des coûts du système de santé suisse pourrait également être obtenue grâce à des mesures de protection adéquates et efficaces et à la protection des enfants et des jeunes contre la publicité pour le tabac, dans le cadre de la révision de la loi sur les produits du tabac. **CURAVIVA** propose de compléter l'art. 7, al. 2, OPAS, afin de saisir et de financer les prestations de soins palliatifs de manière adéquate. Par ailleurs, les cotisations AOS pour les prestations dans les EMS doivent être échelonnées par paliers de 20 minutes, grâce à un amendement correspondant de l'art. 7a, al. 3, OPAS, même pour des soins requis de plus de 220 minutes par jour, en augmentant le nombre de paliers de douze à 18. **CURAVIVA** propose par ailleurs d'intégrer la proposition M10 visant à renforcer les soins coordonnés dans le premier volet de mesures, afin de réduire les coûts de l'AOS. À l'instar de **senesuisse**, elle indique que la stratégie nationale Soins palliatifs réduit les coûts et qu'elle doit être mise en œuvre en conséquence. **Spitex** se prononce également en faveur de la promotion des soins palliatifs. Elle approuve en outre la mesure de renforcement des soins coordonnés et exige une réglementation claire et rapide de l'indemnisation du matériel de soins. **Pharmasuisse** exige la mise en œuvre des motions 16.4049 Humbel, 18.4079 Ettlín, 18.3977 Humbel et 18.3397 CSSS-N. Le Conseil fédéral est par ailleurs prié de renoncer à toute réduction supplémentaire du revenu des pharmaciens et des pharmacies, infondée au plan matériel et économique. **SGAP** signale qu'une amélioration (et une uniformisation) de la qualité des prestations chez les différents fournisseurs de prestations et une meilleure mise en réseau permettent sans doute de réaliser une plus grande économie de coûts qu'une fastidieuse collecte et analyse des données ainsi qu'une limitation des prestations sur une base purement économique.

Les suggestions suivantes ont par ailleurs été soumises : **Stephan Lehner** propose d'intégrer les patients avec un syndrome post-polio dans la liste selon l'art. 31, al. 1, LAMal : Soins dentaires dus à une maladie. **Peter Zürcher** propose une révision complète de l'organisation des hôpitaux. **Kathrin Weber** exige une résolution de la question hospitalière au niveau national. Elle signale par ailleurs qu'une caisse-maladie devrait être une organisation à but non lucratif et ne devrait pas relever de l'économie de marché. **GFCH** suggère l'élargissement des perspectives dans le cadre du deuxième volet de mesures et la promotion concrète de mesures avantageuses dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention. **IG eHealth** et **GELIKO** proposent de rendre le processus électronique d'e-médication obligatoire. Elles proposent par ailleurs d'autoriser l'utilisation du DEP dans les modèles d'assurance alternatifs. Et **Medidata** signale que des plateformes pour la transmission électronique des factures existent déjà depuis des années.

Anhang: Liste der Vernehmlassungsteilnehmer¹

Annexe: Liste des participants à la consultation²

Allegato: Elenco die partecipanti alla consultazione³

Abkürzung Abréviation Abbreviazione	Name Nom Nome
Kantone Cantons Cantoni	
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

¹ in alphabetischer Reihenfolge der Abkürzungen

² en ordre alphabétique d'après les abréviations

³ 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	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS	Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
Politische Parteien Partis politiques Partiti politici	
BDP	Bürgerlich-Demokratische Partei
PBD	Parti bourgeois-démocratique
PBD	Partito borghese democratico
CVP	Christlichdemokratische Volkspartei
PDC	Parti démocrate-chrétien
PPD	Partito popolare democratico

FDP	FDP. Die Liberalen
PLR	PLR. Les Libéraux-Radicaux
PLR	PLR. I Liberali Radicali
glp	Grünliberale Partei
pvl	Parti vert'libéral
pvl	Partito verde-liberale
GPS	Grüne Partei der Schweiz
PES	Parti écologiste suisse
PES	Partito ecologista svizzero
SPS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz
PSS	Parti socialiste suisse
PSS	Partito socialista svizzero
SVP	Schweizerische Volkspartei
UDC	Union Démocratique du Centre
UDC	Unione Democratica di Centro
<i>Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete (inkl. Städte)</i> <i>Associations faïtières des communes, des villes et des régions de montagne que oeuvrent au niveau national (y. c. les villes)</i> <i>Associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna (comprese le città)</i>	
SAB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete
SAB	Groupement suisse pour les régions de montagne
SAB	Gruppo svizzero per le regioni di montagna
SGV	Schweizerischer Gemeindeverband (SGV)
ACS	Association des Communes Suisses (ACS)
ACS	Associazione dei Comuni Svizzeri (ACS)
SSV (Zürich)	Schweizerischer Städteverband (SSV) – Stadt Zürich
UVS (Zurich)	Union des villes suisses (UVS)
UCS (Zurigo)	Unione delle città svizzere (UCS)
SSV (Basel)	Schweizerischer Städteverband (SSV) – Stadt Basel
UVS (Bâle)	Union des villes suisses (UVS)
UCS (Basilea)	Unione delle città svizzere (UCS)
Biel	Stadtkanzlei Biel
Bienne	Chancellerie municipale de Bienne
<i>Dachverbände der Wirtschaft</i> <i>Associations faïtières de l'économie</i> <i>Associazioni mantello dell'economia</i>	
ASSGP	Schweizerischer Fachverband für Selbstmedikation Association Suisse des Spécialités Pharmaceutiques Grand Public Associazione Svizzera del'Industria Farmaceutica per l'Automedicazione
CP	Centre patronal (CP)
FER	Fédération des Entreprises Romandes (FER)
economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere Swiss business federation
SAV	Schweizerischer Arbeitgeberverband (SAV)
UPS	Union patronale suisse (UPS)
USI	Unione svizzera degli imprenditori (USI)
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB)
USS	Union syndicale suisse (USS)
USS	Unione sindacale svizzera (USS)

SGV-USAM USAM USAM	Schweizerischer Gewerbeverband (SGV) Union suisse des arts et métiers (USAM) Unione svizzera delle arti e dei mestieri (USAM)
scienceindustries	Wirtschaftsverband Chemie Pharma Biotech Association des industries Chimie Pharma Biotech Associazione economica per la chimica, la farmaceutica e la biotecnologia
Konsumentenverbände Associations de consommateurs Associazioni dei consumatori	
FRC	Fédération romande des consommateurs
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz (SKS) Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori
Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer Organisations du domaine de la santé – Fournisseurs de prestations Organizzazioni del settore sanitario – Fornitori di prestazioni	
AAV	Aargauischer Ärzteverband (AAV)
AegBL	Ärztegesellschaft Baselland
AeGLU	Ärztegesellschaft des Kantons Luzern
AGZ	Ärztegesellschaft des Kantons Zürich
AGPKJP	Aargauische Gesellschaft für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie
AllKidS	Allianz Kinderspitäler der Schweiz Alliance des Hôpitaux pédiatriques Suisses
APA	Schweizerische Vereinigung der Ärzte mit Patientenapotheke (APA)
Argomed	Argomed Ärzte AG
ARLD	Association romande des logopédistes
ASPS	Verband der privaten Spitex-Organisationen Association Spitex privée Suisse (ASPS) Associazione delle organizzazioni private di cura a domicilio
BBV+	Berner Beleg-Ärzte Vereinigung+ (BBV+)
BEKAG	Ärztegesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) Société des médecins du canton de Berne (SMCB) Società dei medici del Cantone di Berna (SMCB)
BüAeV	Bündner Ärzteverein Uniun grischuna da medis Ordine dei meidici grigioni
BFG	Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen Entente Système de santé libéral
ChiroSuisse	Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft (SCG) Association suisse des chiropraticiens (ASC) Associazione svizzera dei chiropratici (ASC)
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz (CURAVIVA) Association des homes et institutions sociales suisses Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri
Dakomed	Dachverband Komplementärmedizin (Dakomed) Fédération de la médecine complémentaire (Fedmedcom)
FAMH	Die medizinischen Laboratorien der Schweiz (FAMH) Les laboratoires médicaux de Suisse I laboratori medici della Svizzera

FMCH	Foederation Medicorum Chirurgicorum Helvetica (FMCH) Dachverband 21 chirurgisch und invasiv tätiger Fachgesellschaften und 3 Berufsorganisationen Association faitière de 21 sociétés de Disciplines médicales chirurgicales et invasives et de trois associations professionnelles
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri
FSP	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen Fédération Suisse des Psychologues (FSP) Federazione Svizzera delle Psicologhe e degli Psicologi (FSP)
GAeSo	Gesellschaft der Solothurner Ärztinnen und Ärzte
GSASA	Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker (GSASA) Association suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux Associazione svizzera dei farmacisti dell'amministrazione e degli ospedali
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri
IFAK	Verein für die unabhängige Apotheke (IFAK Verein) Association pour la pharmacie indépendante
IG Schweizer Pharma KMU	Interessengemeinschaft Schweizer Pharma KMU Groupement d'intérêt PME Pharma Suisse Gruppo d'interessi PMI Pharma Svizzera
Intergenerika	Schweizerischer Verband der Generika- und Biosimilar-Hersteller Organisation faitière des fabricants de génériques et de biosimilaires
iph	Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz (interpharma) Association des entreprises pharmaceutiques suisses pratiquant la recherche
K3	Konferenz kantonale Krankenhausverbände (K3)
KKA	Konferenz der kantonalen Ärztesgesellschaften (KKA) Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) Conferenza delle società mediche cantonali (CMC)
Merck	MSD Merck Sharp & Dohme AG
mfe	Haus- und Kinderärzte Schweiz Médecins de famille et de l'enfance Suisse Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera
MSN	medswiss.net - Schweizer Dachverband der Ärztenetze - Association suisse des réseaux de médecins - Associazione svizzera delle reti di medici

Kinder- und Jugendmedizin	<p>Organisationen der Kinder- und Jugendmedizin/Organisations de médecine pour enfants et adolescents/Organizzazioni della medicina per bambini e adolescenti</p> <ul style="list-style-type: none"> – Vertretung Schweizerische Gesellschaft für Kinderchirurgie (SGKC) Représentation Société Suisse de Chirurgie Pédiatrique (SSCP) Rappresentazione Società Svizzera di Chirurgia Pediatrica (SSCP) – Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) Société Suisse de psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent (SSPPEA) – Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) Société Suisse de Pédiatrie (SSP) Swiss Society of Paediatrics (SSP) – Schweizerische Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychologie (SKJP) Association Suisse de Psychologie de l'Enfance et de l'Adolescence (ASPEA) Associazione Svizzera di Psicologia dell'Età Evolutiva (ASPEE) – Swiss Medi Kids
OdA KT	OdA KomplementärTherapie OdA KT
Pharmalog	Pharmalog.ch
pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti
physioswiss	Schweizer Physiotherapie Verband Association Suisse de Physiothérapie Associazione Svizzera di Fisioterapia
P.IP	Plattform Interprofessionalität in der primären Grundversorgung Plateforme Interprofessionnalité dans les soins de santé primaires
PKS	Privatkliniken Schweiz (PKS) Cliniques privées suisses (CPS) Cliniche private svizzere (CPS)
RVBB	Regionalverband beider Basel physioswiss
SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI)
SBV	Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV) Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux (ASMI) Associazione svizzera dei medici indipendenti che lavorano in cliniche private (ASMI)
senesuisse	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées
SGAIM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG) Società Svizzera di Medicina Interna Generale (SSMIG)
SGC	Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie (SGC) Société Suisse de Chirurgie (SSC)
SGAP	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)
SGDV	Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) Société suisse de dermatologie et vénéréologie (SSDV) Società svizzera di dermatologia e venereologia (SSDV)

SGG, IBDnet, CCS	Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie, IBDnet (Inflammatory Bowel Disease), Crohn Colitis Schweiz Société Suisse de Gastroentérologie (SSG), IBDnet, Crohn colite suisse Società Svizzera di Gastroenterologia (SSG), IBDnet, Colite di crohn svizzera
SGKJPP	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie d'Enfants et d'Adolescents (SSPPEA) Società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapie Infantile e dell'Adolescenza (SSP-PIA)
SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP) Società svizzera di psichiatria e psicoterapia (SSPP)
SGS	Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie (SGS) Société Suisse de Chirurgie Du Rachis Società Svizzera di Chirurgia Spinale
SMHC	Swiss Mental Healthcare Gesamtschweizerische Vereinigung der Psychiatrischen Kliniken und Dienste Association regroupant les cliniques et hôpitaux psychiatriques dans l'ensemble de la Suisse
SMVS	Société Médicale du Valais (SMVS) Walliser Ärztegesellschaft (VSÄG)
SOG	Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft (SOG) Société Suisse d'Ophtalmologie (SSO) Società Svizzera di Ofalmologia (SSO)
Spitex	Spitex Verband Schweiz Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio
SSO	Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft (SSO) Société suisse des médecins-dentistes Società svizzera odontoiarti
SVBG	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen (SVBG) Fédération Suisse des Associations professionnelles du domaine de la Santé (FSAS) Federazione Svizzera delle Associazioni professionali Sanitari (FSAS)
SVDE	Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen (SVDE) Association suisse des diététicien-ne-s (ASDD) Associazione Svizzera delle-dei Dietiste-i (ASDD)
SVKH	Schweizerischer Verband für komplementärmedizinische Heilmittel (SVKH) Association suisse pour les médicaments de la médecine complémentaire (ASMC) Associazione Svizzera per i medicinali della medicina complementare (ASMC)
SVM	Société vaudoise de médecine
swiss orthopaedics	Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie Société Suisse d'Orthopédie et de Traumatologie Società Svizzera di Ortopedia e Traumatologia
orthoptics	Swiss Orthoptics Schweizer Berufsverband der Orthoptistinnen und Orthoptisten Association professionnelle suisse des orthoptistes
UNION	UNION schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen UNION des sociétés suisses de médecine complémentaire UNION delle associazioni mediche svizzere di medicina complementare

unimedsuisse	Universitäre Medizin Schweiz Médecine universitaire suisse Associazione medicina universitaria svizzera
VDPS	Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (VDPS) Association des directeurs de cliniques et hôpitaux psychiatriques en Suisse (ADPS) Associazione dei direttori delle cliniche e dei servizi psichiatrici della Svizzera (ASDCP)
VIPS	Vereinigung der Pharmafirmen in der Schweiz Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse Associazione delle imprese farmaceutiche in Svizzera
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)
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique (ASMAC) Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica (ASMAC)
VSVA	Verband der Schweizerischen Versandapotheken (VSVA)
VUA	Vereinigung unabhängiger Ärztinnen und Ärzte und Medizinstudierender
ZGKJPP	Zürcher Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (ZGKJPP)
Zur Rose	Zur Rose Suisse AG
Organisations des Gesundheitswesens – Versicherer Organisations du domaine de la santé – Assureurs Organizzazioni del settore sanitario – Assicuratori	
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
Helsana	Helsana Versicherungen AG Helsana Assurance SA Helsana Assicurazioni SA
HSK	Einkaufsgemeinschaft HSK Communauté d'achat HSK Cooperativa di acquisti HSK
MTK	Medizinertarif-Kommission UVG Commission des tarifs médicaux LAA Commissione delle tariffe mediche LAINF
santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses Gli assicuratori malattia svizzeri
SVV	Schweizerischer Versicherungsverband (SVV) Association suisse d'assurances (ASA) Associazione svizzera d'assicurazioni (ASA)

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientInnen / BenutzerInnen	
Organisations du domaine de la santé – Patients / Usagers	
Organizzazioni del settore sanitario – Pazienti / Utenti	
DVSP	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen (DVSP) Fédération suisse des patients (FSP)
IGPZ	Interessengemeinschaft Prämienzahler IGPZ
Krebsliga	Krebsliga Schweiz Ligue suisse contre le cancer Lega svizzera contro il cancro
oncosuisse	Schweizerische Vereinigung gegen Krebs Union suisse contre le cancer
Pro Aidants	Verein Pro Aidants
SPO	Stiftung Patientenschutz (SPO) Fondation Organisation suisse des patients (OSP) Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti (OSP)
VASK	Dachverband der Vereinigungen von Angehörigen psychisch Kranker (VASK)
Andere	
Autres	
Altri	
GELIKO	Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz Conférence nationale suisse les ligues de la santé Conferenza nazionale svizzera delle leghe per la salute
GFCH	Gesundheitsförderung Schweiz Promotion Santé Suisse Promozione Salute Svizzera
HKBB	Handelskammer beider Basel
IG eHealth	Interessengemeinschaft eHealth
MediData	MediData AG
SAKK/SPOG	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung und Schweizerische Pädiatrische Onkologie Gruppe
SCTO	Swiss Clinical Trial Organisation
Privatpersonen	
Personnes privées	
Persone private	
Gonella	Gonella Beatrice
Lehner	Lehner Stephan
Rey	Marie-Josèphe Rey
Weber	Weber Kathrin
En	Zürrer Peter