



Berne, le 26 novembre 2025

Modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (Objectifs en matière de coûts et de qualité)

Rapport sur les résultats de la consultation

Contenu

1	Introduction	3
1.1	Nécessité d'agir et objectifs.....	3
1.2	Consultation	4
2	Prises de position	4
3	Aperçu	4
4	Résumé des prises de position sur la modification de l'OAMal	5
4.1	Prises de position sur le projet en général.....	5
4.2	Prises de position sur l'art. 28, al. 1 et al. 6 OAMal	9
4.3	Avis généraux sur la tarification	10
4.4	Prises de position sur l'art. 59c OAMal	11
4.5	Prises de position sur l'art. 59c ^{bis} OAMal	13
4.6	Prises de position sur l'art. 59c ^{ter} OAMal.....	15
4.7	Prises de position sur l'art. 59c ^{quater} OAMal.....	16
4.8	Prises de position sur l'art. 59d OAMal	17
4.9	Prises de position sur l'art. 75a OAMal	18
4.10	Prises de position sur l'art. 75b OAMal	23
4.11	Prises de position sur l'art. 75c OAMal	25
4.12	Prises de position sur l'art. 75d OAMal	28
4.13	Prises de position sur l'art. 75e OAMal	30
4.14	Prises de position sur l'art. 75f OAMal	30
4.15	Prises de position sur l'annexe 2 OLOGA.....	31
4.16	Autres points	32
5	Annexe : liste des participants à la consultation	32

1 Introduction

1.1 Nécessité d'agir et objectifs

Le 29 septembre 2023, le Parlement a adopté la modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal¹) visant à introduire des objectifs en matière de coûts et de qualité. Cette modification de la LAMal a été présentée en tant que contre-projet indirect à l'initiative populaire « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (« Initiative pour le frein aux coûts »)² », que le peuple a rejetée le 9 juin 2024.

Il est prévu de modifier la LAMal dans les domaines suivants :

- la fixation d'objectifs concernant la croissance des coûts dans l'assurance obligatoire des soins (AOS). Ces objectifs en matière de coûts et de qualité sont fixés par le Conseil fédéral pour quatre ans, après consultation préalable des assureurs, des assurés, des cantons et des fournisseurs de prestations. Lors de la fixation, il est tenu compte de facteurs tels que l'évolution démographique, l'évolution de l'économie, des salaires et des prix, les progrès médicaux ainsi que les possibilités de gain d'efficacité existantes. Ces objectifs doivent limiter la croissance des coûts dans l'AOS à une mesure efficace et renforcer la transparence sur l'évolution des coûts.
- la possibilité pour les cantons de fixer leurs propres objectifs en matière de coûts et de qualité, en tenant compte des directives du Conseil fédéral et en consultant au préalable les assureurs, les assurés et les fournisseurs de prestations.
- la création d'une commission pour le monitoring des coûts et de la qualité, chargée de surveiller l'évolution des coûts et de formuler des recommandations sur les mesures appropriées à l'attention de la Confédération et des partenaires tarifaires.
- la possibilité de transmettre les données par assuré, également dans le but de fixer des objectifs en matière de coûts au sens de l'art. 54 N-LAMal et de mesurer les objectifs de qualité et l'efficacité des coûts.

En lien avec la fixation d'objectifs en matière de coûts et de qualité, les dispositions suivantes, relatives à la tarification, ont été adaptées :

- Les conventions tarifaires doivent être évaluées dans un délai d'un an à compter de leur dépôt. Une prolongation unique du délai est possible.
- Lorsqu'une convention tarifaire ne répond plus aux exigences légales et que les partenaires tarifaires ne l'adaptent pas eux-mêmes ou ne la dénoncent pas, l'autorité d'approbation compétente peut exiger une adaptation. Si les partenaires tarifaires ne parviennent pas à conclure une convention adaptée dans un délai d'un an, l'autorité d'approbation fixe le tarif après avoir consulté les intéressés. Dans l'exercice de ses pouvoirs, l'autorité compétente peut fixer des tarifs différenciés pour certaines spécialités médicales ou certains groupes de fournisseurs de prestations pour les structures tarifaires nationales qui ne s'avèrent plus appropriées.

De plus, plusieurs modifications ont été effectuées dans d'autres domaines de la LAMal tels que l'évaluation des technologies de la santé (ETS) et le caractère économique des prestations :

- Les prestations qui ne sont pas ou plus efficaces, appropriées ou économiques doivent être évaluées sur la base d'une procédure fondée sur les preuves, selon des critères transparents et les connaissances scientifiques les plus récentes. Si, selon cette procédure, elles ne remplissent pas les critères précités, elles ne sont pas remboursées par l'AOS. Concernant le caractère économique des prestations, les assureurs et les fournisseurs de prestations doivent prévoir,

¹ RS 832.10

² Message relatif à l'initiative populaire « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) » et au contre-projet indirect (modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie), FF 2021 2819

dans les conventions tarifaires, des mesures visant à garantir une intervention appropriée et le principe de l'économicité.

La mise en œuvre de la modification de la LAMal nécessite une modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)³ et de l'annexe 2 de l'ordonnance du 25 novembre 1998 sur l'organisation du gouvernement et de l'administration (OLOGA)⁴. Cette modification doit notamment régler, de manière plus détaillée, le cadre juridique dans lequel seront fixés les objectifs en matière de coûts et de qualité, la composition, les tâches et compétences de la nouvelle Commission de monitoring des coûts et de la qualité dans l'AOS (CFCQ) et la collaboration avec la Commission fédérale pour la qualité (CFQ).

Elle permettra également de compléter, dans le domaine de la tarification, les principes que les conventions tarifaires doivent respecter, ainsi que les exigences auxquelles les demandes d'approbation doivent respecter.

1.2 Consultation

La procédure de consultation sur les modifications élaborées de l'OAMal a été menée du 29 janvier 2025 au 6 mai 2025 auprès des cantons, des partis politiques, des associations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne à l'échelle nationale, des associations faîtières de l'économie, des consommateurs, des fournisseurs de prestations, des assureurs et d'autres milieux intéressés à l'échelle nationale.

2 Prises de position

Au total, 125 destinataires ont été contactés. Les documents soumis à la consultation ont également été publiés sur Internet, sur le site de la Confédération⁵. Dans le cadre de la procédure de consultation, 88 prises de position ont été reçues des organisations et personnes suivantes :

- 26 cantons, la CDS ;
- 5 partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale (Le Centre, PLR, PSS, UDC, Les VERT-E-S suisses) ;
- 3 associations faîtières de l'économie suisse (economiesuisse, USS, USAM) ;
- 40 fournisseurs de prestations et associations ou organisations de fournisseurs de prestations concernés (AGZ, Aide et Soins à Domicile Suisse, AMDHS, ARTISET, ASDD, ASE, ASI, ASMAC, ASPI, ASPS, AVASAD, Bündner Ärzteverein, FMCH, FMH, FSLO, FSP, FSSF, H+, IGGH-CH, Intergenerika, Interpharma, KAeG SG, mfe, ospita, OPS, Pédiatrie Suisse, PAP [SSPP et SMHC], pharma-Suisse, physioswiss, senesuisse, SMCB, SMVS, SSDV, SSMIG, SSO, unimedsuisse, UNION, vaka, vips, VSVA) ;
- 3 associations d'assureurs (HSK, prio.swiss, tarifssuisse SA), une assurance maladie (CSS) ;
- 6 autres (Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen, FARES, Forum des consommateurs, OTMA SA, pro-salute.ch, scienceindustries).

Trois organisations ont renoncé à prendre position (CTM, Suva et swiss nurse leaders).

La liste des participants à la procédure de consultation (avec les abréviations utilisées dans le présent rapport) se trouve en annexe.

3 Aperçu

La **CDS** et la **majorité des cantons** approuvent l'orientation générale de la modification de l'OAMal. Ils saluent, notamment, particulièrement le fait que des facteurs importants tels que l'évolution de la morbidité et les progrès médico-techniques soient pris en compte dans la fixation des objectifs en matière de

³ RS 832.102

⁴ RS 172.010.1

⁵ www.fedlex.admin.ch > Procédures de consultations > Procédures de consultations terminées > 2025 > DFI

coûts, ainsi que la décision du Conseil fédéral de ne pas instaurer d'objectifs de qualité supplémentaires au-delà de ceux prévus à l'art. 58 LAMal.

Plusieurs prises de position critiquent cependant la proposition de la Confédération, dans le cadre du « paquet d'allègement 2027 », de freiner l'évolution de ses dépenses pour la réduction des primes selon la LAMal en les liant aux objectifs en matière de coûts.

Les cantons de **BE, GL et TG** sont plus critiques vis-à-vis de l'introduction d'objectifs en matière de coûts. Ils soulignent la question de leur applicabilité pratique et de leurs conséquences pour les soins. En outre, ils considèrent que les objectifs généreront une charge administrative supplémentaire importante pour les cantons.

Parmi les partis politiques, **Le Centre**, le **PLR**, le **PSS** et **Les VERT-E-S** soutiennent, dans l'ensemble le projet. Le Centre souligne qu'il est important que tous les acteurs du secteur de la santé assument leurs responsabilités face à l'augmentation constante des coûts de la santé. Le PLR, quant à lui, insiste sur l'importance d'éviter les lourdeurs administratives et de préserver l'efficacité du système. Les VERT-E-S et le PSS regrettent l'absence de règles contraignantes en cas de non-respect des objectifs en matière de coûts, ainsi que le manque d'articulation avec les autres réformes en cours, notamment le programme d'économies 2027. L'UDC reconnaît la nécessité de fixer des objectifs en matière de coûts et de qualité dans le domaine de la santé, en tenant compte du calcul des coûts globaux. Il s'oppose toutefois à la création d'une nouvelle commission et à la fixation d'objectifs en matière de coûts par groupes de coûts.

Certaines organisations faitières (**economiesuisse**, **l'USAM**) rejettent le projet, en particulier la création d'une nouvelle commission et la nouvelle réglementation en matière de tarification et relèvent le manque de clarté concernant la façon de fixer les objectifs. L'**USS**, au contraire, approuve les modifications proposées mais doute des effets de ces dernières, étant donné que le dépassement des objectifs en matière de coûts n'est assorti d'aucune mesure contraignante et que les cantons restent libres de fixer et d'appliquer leurs propres objectifs.

Les **assureurs** soutiennent le projet dans les grandes lignes, en particulier la fixation d'objectifs par groupes de coûts et relèvent que la coordination prévue concernant les objectifs de qualité est essentielle.

L'ensemble des **fournisseurs de prestations** reconnaît la nécessité de maîtriser les coûts, mais redoute que les mesures proposées nuisent à la qualité, à l'accessibilité et à la prise en charge des cas complexes. Certains critiquent, en particulier, la fixation d'objectifs par groupes de coûts et demandent une représentation plus importante des fournisseurs de prestations au sein de la nouvelle commission. Ils insistent, en outre, sur la nécessité que tous les acteurs concernés soient consultés avant la fixation des objectifs.

Les **associations de patients** expriment un soutien critique au projet. Elles reconnaissent l'objectif de maîtrise des coûts mais mettent en garde contre les risques d'exclusion ou de réduction de l'accès aux soins pour les personnes vulnérables. Elles demandent que les objectifs en matière de coûts soient étroitement coordonnés avec des critères de qualité et d'équité et qu'ils incluent les facteurs sociaux, la précarité et l'âge comme éléments centraux du pilotage.

Les **autres acteurs** présentent des avis diversifiés, mais globalement réservés. Beaucoup d'entre eux reconnaissent la nécessité d'un pilotage des coûts, mais craignent que le projet pénalise certains secteurs spécifiques.

4 Résumé des prises de position sur la modification de l'OAMal

4.1 Prises de position sur le projet en général

Cantons

La **CDS** et les cantons de **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GE, GR, JU, LU, NE, OW, SG, SH, SO, TI, UR, VD, VS** et **ZG** approuvent l'orientation générale de la modification d'ordonnance. La **CDS** salue particulièrement le fait que des facteurs d'influence importants tels que l'évolution de la morbidité et les progrès médico-techniques soient à prendre en compte lors de la fixation des objectifs en matière de coûts (cf. art. 75a). Elle soutient la position du Conseil fédéral de ne pas édicter des objectifs de qualité supplémentaires en plus de ceux visant à garantir et à encourager la qualité prévue à l'art. 58 LAMal.

La **CDS** et les cantons s'opposent formellement à ce que, dans le cadre du « Programme d'allègement budgétaire 2027 », la Confédération freine l'évolution de ses dépenses en lien avec la réduction des primes au sens de la LAMal en les rattachant aux objectifs en matière de coûts.

AR fait remarquer que, pour les petits cantons, la définition et la mise en œuvre de leurs propres objectifs en matière de coûts et de qualité seront un défi. Pour une mise en œuvre adéquate, il faudrait éventuellement envisager une solution intercantonale en raison de la complexité.

BE juge l'introduction d'objectifs en matière de coûts de manière critique. Ceux-ci sont définis de haut en bas et se pose la question de leur utilité pratique et de leurs conséquences sur la prise en charge. De plus, ils génèrent un important surcroît de travail administratif. Il manque une vision globale. Les dépendances ne sont pas thématiques, les doublons pas analysés et éliminés et les questions de mise en œuvre ne sont guère clarifiées.

BL salue les efforts visant à maîtriser les coûts des soins dans le domaine de la santé en fixant des objectifs réalistes sans mettre en péril la qualité des soins. BL demande donc que les dispositions légales soient mises en œuvre de la manière la plus légère possible et en économisant les ressources.

GL renonce à se prononcer.

NE souligne la difficulté que la mise en œuvre de la fixation d'objectifs en matière de coûts représentera, notamment pour le Conseil fédéral et représenterait pour les cantons s'ils devaient faire usage de la faculté qui leur est donnée, en la matière, par la LAMal.

NW et **SZ** approuvent le projet.

SG rejette catégoriquement le lien entre les objectifs en matière de coûts et la contribution fédérale à la réduction individuelle des primes (RIP), car elle est incompréhensible et qu'il est choquant que les cantons soient tenus, par le contre-projet indirect à l'initiative d'allègement des primes, de mettre à l'avenir nettement plus de moyens à disposition du RIP, alors qu'en contrepartie la Confédération, dans le cadre du paquet d'allègement budgétaire 2027, prévoit de réduire la contribution fédérale au RIP en la liant aux objectifs en matière de coûts.

SH renvoie à la prise de position de H+ concernant le fait qu'il faut s'assurer que les coûts présentés de manière transparente doivent être intégralement couverts en cas de fourniture efficace des prestations.

TG rejette cette modification dans sa version actuelle, la répartition des objectifs en matière de coûts par groupes de coûts ainsi que la création d'une nouvelle commission.

ZH salue l'objectif du projet, qui est de freiner l'évolution des coûts des prestations à la charge de l'AOS afin d'atténuer la hausse des primes pour les assurés.

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

Le Centre approuve la fixation d'objectifs en matière de coûts et de qualité, mais regrette le manque de caractère contraignant. En effet, la loi et l'ordonnance ne contiennent aucune disposition en cas de non-respect des objectifs.

Le **PLR** considère que certains éléments du projet sont problématiques et qu'il est possible d'améliorer les dispositions relatives aux objectifs en matière de coûts, à la fixation des tarifs et à la transmission des données permettant de mesurer les objectifs en matière de coûts et les indicateurs de qualité.

Le **PSS** considère que la fixation d'objectifs en matière de coûts et de qualité ainsi que les adaptations de l'ordonnance qui en découlent sont un pas dans la bonne direction. Il déplore toutefois que des objectifs minimaux n'aient pas été fixés, ni au niveau de la loi, ni au niveau de l'ordonnance, ou qu'ils ne soient ou ne seront pas disponibles. Il critique, en outre, le fait que les explications relatives au projet ne contiennent aucune référence à la consultation en cours sur le paquet d'économies 2027, qui contient des adaptations sur le même sujet au niveau de la loi.

L'**UDC** estime qu'il est important de mettre en œuvre l'orientation des buts en direction des objectifs de maîtrise des coûts. En ce qui concerne la fixation des tarifs, elle constate que l'accent est mis unilatéralement sur les aspects de coûts et pas assez sur les objectifs de qualité.

Les VERT-E-S ne sont pas opposés à la modification proposée, mais font part de deux préoccupations : Premièrement, les mesures proposées sont uniquement facultatives. Cette réforme risque donc de se révéler inefficace, alors qu'il est urgent d'agir pour diminuer le poids des dépenses de santé dans le budget des ménages. Deuxièmement, il est inacceptable de passer sous silence les mesures de restrictions budgétaires dans le cadre de cette consultation. Les VERT-E-S revendiquent la création de mécanismes incitatifs positifs pour encourager les cantons à réduire les coûts, tout en affirmant le caractère profondément injuste et inefficace du paquet de restrictions budgétaires.

Associations faitières de l'économie au niveau national

economiesuisse explique que les objectifs en matière de coûts et de qualité proposés dans la loi entraînent un surcroît de travail administratif sans utilité pour le système de santé, raison pour laquelle la modification de l'ordonnance doit rester aussi légère et précise que possible. Or, le projet actuel renforce la loi. **economiesuisse** considère les dispositions relatives à la fixation des tarifs comme inutiles. Elles compliqueraient les négociations entre les partenaires tarifaires et limiteraient la marge de manœuvre des autorités d'approbation.

L'**USAM** rejette le projet et relève que la modification envisagée menace non seulement l'efficacité du système, mais aussi sa capacité à s'adapter aux besoins réels de la population.

L'**USS** peut se déclarer en accord avec les modifications proposées de l'ordonnance. Elle ne s'attend toutefois guère à ce qu'elles soient efficaces, car la révision décidée est totalement « édentée » (*zahnlos*) et non contraignante. L'**USS** critique le lien entre la révision de la LAMal déjà décidée sur les objectifs en matière de coûts et de qualité et le « paquet d'allègement 2027 » actuellement en consultation, ainsi que le fait que ce dernier ne soit pas mentionné dans le rapport explicatif de la présente révision de l'OAMal.

Organisations du système de santé – Fournisseurs de prestations

L'**AGZ**, l'**AMDHS**, l'**ASDD**, l'**ÄTG**, le **Bündner Ärzteverein**, la **FMH**, la **KAeG SG**, la **SMCB**, la **SMVS**, la **SSMIG** et l'**UNION**, considèrent que l'introduction de prescriptions budgétaires est une mesure disproportionnée et ne permet pas d'atteindre les objectifs fixés. Si, après l'entrée en vigueur d'objectifs d'économie de coûts, les marges de tolérance correspondantes ne sont pas respectées, des réductions seront inévitablement opérées. Avec les présentes mesures, moins d'argent serait consacré à un traitement de haute qualité des patients, mais plus d'argent serait investi dans l'administration. L'**AGZ** et la **SMCB** craignent en outre que la fixation d'objectifs en matière de coûts ne mette en péril des soins suffisants ou la qualité des traitements de la population ainsi que la sécurité des patients.

L'**Aide et soins à domicile Suisse** fait remarquer que le principe de l'ambulatoire avant le stationnaire est politiquement voulu et qu'il faut tenir compte d'une croissance des coûts des soins ambulatoires, également attendue et souhaitée en raison de l'évolution démographique, des progrès de la médecine et des soins (liés à des séjours stationnaires moins longs). Or, l'Aide et soins à domicile Suisse rejette à l'heure actuelle le lien entre les objectifs en matière de coûts et de qualité et les contributions de la Confédération à la réduction des primes.

ARTISET est d'avis que la prescription d'objectifs en matière de coûts reste sans conséquence ou qu'elle conduit potentiellement à une lutte sur la répartition. Etant donné que le projet a été adopté par le Parlement, il doit malheureusement être mis en œuvre. **ARTISET** demande qu'une évaluation des adaptations légales soit effectuée, par exemple après deux cycles de mandat de la commission (c'est-à-dire après 8 ans).

L'**ASE** et la **FSSF** sont plutôt favorables.

Du point de vue de l'**ASI**, l'objectif de freiner l'évolution des coûts de la santé est en principe compréhensible et mérite d'être soutenu. L'**ASI** émet toutefois quelques réserves sur le projet de consultation.

Pour l'**ASMAC**, la fixation d'objectifs en matière de coûts par domaine de prestations n'est pas judicieuse. Elle empêche le passage du stationnaire à l'ambulatoire nécessaire de toute urgence et donc une prise en charge efficace, et il manque en outre une base légale formelle à cet effet.

L'**ASPI** soutient l'objectif de maîtrise des coûts dans l'AOS. Toutefois, il est essentiel que la qualité et la pertinence des soins thérapeutiques soient préservées et que les charges administratives supplémentaires soient limitées au strict nécessaire dans l'intérêt des patients.

L'**ASPS** et **senesuisse** demandent des adaptations dans la mesure où le projet doit également être mis en œuvre dans ce domaine.

L'**AVASAD** soutient, dans l'ensemble, le projet d'ordonnance mis en consultation. Plusieurs principes retenus dans les débats parlementaires concernant cet objet, ainsi que dans les commentaires du projet d'ordonnance, doivent, néanmoins, être clairement explicités dans la version finale de celle-ci.

Le **Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen** est d'avis que la présente révision de l'ordonnance, en raison d'une formulation beaucoup trop ouverte du texte de l'ordonnance, avec de nombreux passages peu clairs et des notions juridiques indéterminées, et d'un rapport explicatif succinct, laisse passer l'occasion d'éviter une augmentation massive de la bureaucratie, de l'insécurité juridique et des litiges juridiques et même, dans certaines circonstances, des blocages du système.

La **FMCH** porte un regard critique sur le projet proposé concernant les objectifs en matière de coûts et de qualité.

La **FSP**, **H+** et la **vaka** rejettent la révision de l'OAMal dans sa forme actuelle. Malgré quelques éléments bienvenus, trop de thèmes et leur mise en œuvre restent flous.

L'**IGGH-CH** soutient en principe les objectifs du projet. Elle souligne que la mise en œuvre des mesures prévues doit se faire de manière différenciée et que les particularités des petits fournisseurs de prestations doivent être prises en compte. Il convient notamment de garantir leurs possibilités de participation.

Intergenerika souligne que le projet doit, dans la mesure du possible, viser à désamorcer les zones de tensions entre l'art. 47c LAMal et les « objectifs en matière de coûts et de qualité ». Intergenerika attire en outre l'attention sur le fait que le texte de l'ordonnance contient quelques notions juridiques indéterminées qui ne sont pas définies dans le rapport explicatif dans le sens d'une précision ou d'une concrétisation.

Interpharma rejette le projet sous cette forme, car elle estime que des adaptations sont nécessaires sur différents points.

mfe et **pédiatrie suisse** estiment que les patients risquent de souffrir à moyen terme des prescriptions en matière de coûts car leur définition et leur application ont pour conséquence logique de restreindre les soins, en citant par exemple les budgets globaux.

L'**OPS** est favorable.

ospita rejette les modifications de l'ordonnance sur l'assurance-maladie et donc la mise en œuvre des nouveaux articles 54 ss N-LAMal dans leur forme actuelle. Le projet crée une insécurité juridique pour les fournisseurs de prestations, conduit à des doublons en raison de compétences déjà existantes, fait concurrence et affaiblit des organisations et institutions d'assurance qualité qui ont fait leurs preuves, centralise, « planifie » et bureaucratise encore plus les soins de santé au sein du DFI/de l'OFSP au lieu de permettre la concurrence, renchérit encore la fourniture de prestations médico-thérapeutiques et crée de nouveaux frais administratifs non couverts par les tarifs. Le projet est insuffisamment coordonné avec d'autres révisions sur la même thématique, mélange une fois de plus les rôles et crée ainsi un potentiel dangereux pour de nouveaux conflits de rôles.

La **PAP (SSPP et SMHC)** et la **SSDV** s'opposent à la focalisation sur des objectifs d'économie de coûts dans l'AOS par le biais de davantage de réglementations. Pour le contrôle des coûts axé sur l'utilité prévu dans le projet, il n'existe ni analyses d'impact de la réglementation ni informations sûres concernant les mesures proposées.

Selon **pharmaSuisse**, la proposition actuelle correspond à une charge administrative supplémentaire et coûteuse sans valeur ajoutée évidente.

physioswiss est en principe critique vis-à-vis de l'introduction d'objectifs en matière de coûts, mais souhaite apporter une contribution constructive à leur mise en œuvre.

La **SSO** indique qu'à l'exception d'un point, elle ne voit en principe pas d'écart par rapport aux dispositions légales.

Swiss nurse leaders renonce à donner son avis.

unimedsuisse rejette la révision de l'OAMal dans sa forme actuelle. Bien que la clarification de certains éléments soit bienvenue, par exemple la précision du contenu d'une demande d'approbation des conventions tarifaires soumises au Conseil fédéral, trop de sujets restent flous quant aux conséquences de leur mise en œuvre. Les hôpitaux universitaires n'ont pas besoin « au maximum », mais de manière générale, d'une tarification appropriée pour continuer à maintenir une qualité élevée. Il est donc urgent que les coûts affichés de manière transparente soient couverts si les prestations sont fournies de manière efficace.

La **vips** est d'avis que la tarification actuelle se concentre fortement sur l'efficacité des coûts, alors que des objectifs de qualité clairs et contraignants font souvent défaut. En outre, il faudrait également s'assurer que les forfaits ne contournent pas les critères EAE de la liste des spécialités.

Organisations du système de santé - Assureurs

La **CSS**, **HSK**, **prio.swiss** et **tarifswiss SA** font remarquer qu'il faut veiller à ce qu'il n'y ait pas de rationnement et à ce que le surcroît de travail bureaucratique reste dans des limites étroites.

La **CTM** et la **Suva** renoncent à donner leur avis.

Associations de consommateurs

Le **kf** est d'avis que les modifications proposées de l'OAMal vont au-delà des prescriptions légales. Il n'y aurait notamment aucune base légale pour les adaptations des prescriptions relatives à la tarification.

Autres organisations

pro-salute.ch salue le fait que la perspective des assurés soit prise en compte dans la définition des objectifs et soutient les adaptations proposées.

sciencesindustries rejette le projet sous cette forme, estimant que des adaptations sont nécessaires sur différents points.

La **FARES** salue, de manière générale, le projet. Elle constate toutefois de manière critique qu'il est surtout question de l'évolution des coûts.

4.2 Prises de position sur l'art. 28, al. 1 et al. 6 OAMal

Cantons

Selon la **CDS** et les cantons de **AI, BL, BS, FR, GE, GR, JU, LU, NE, OW, SG, SH, UR, VS** et **ZG**, il est impératif que les cantons disposent du même accès aux données. Il s'agit là d'une condition fondamentale pour fixer des objectifs cantonaux appropriés, susceptibles de contrôler la croissance des coûts ou d'améliorer la qualité du système de santé.

Pour fixer les objectifs en matière de coûts et de qualité, la création ou la mise à disposition de nouvelles bases de données peut à l'avenir s'avérer nécessaire. La **CDS** et les cantons de **BL, BS, FR, GE, GR, JU, NE, OW, SG, SH** et **VS**, estiment que les cantons et la CFCQ devraient donc pouvoir formuler des demandes en ce sens à l'attention de l'OFSP, de l'OFS ou de la CFCQ (dans le cas des cantons). Une disposition d'ordonnance correspondante réglant ce point doit être intégrée dans l'OAMal.

SO et **TI** soutiennent ce complément.

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

Le **PLR** salue, de manière générale, la réglementation prévue pour la transmission de données permettant de mesurer les objectifs en matière de coûts et les indicateurs de qualité.

Selon l'**UDC**, la mise en œuvre des objectifs nécessite une base de données suffisante pour le contrôle et la garantie. La Confédération doit veiller tout particulièrement à ce que les dispositions relatives à la protection des données soient également respectées dans les cantons.

Associations faitières de l'économie suisse

/

Organisations du secteur de la santé - Fournisseurs de prestations

L'**AGZ**, l'**AMDHS**, l'**ASDD**, l'**ASMAG**, l'**ÄTG**, le **Bündner Ärtzverein**, la **FMH**, la **KAeG SG**, **mfe**, **pédiatrie Suisse**, la **SMCB**, la **SSMIG** et l'**UNION** font remarquer que la transmission de données par fournisseur de prestations et par personne assurée est contraire au principe de proportionnalité et doit être jugée de manière critique du point de vue de la protection des données. L'**ASDD** doute en outre que des données par fournisseur de prestations et par personne assurée soient nécessaires - notamment d'un point de vue statistique - pour la mise en œuvre adéquate du mandat légal. La transmission des données doit se faire à l'Office fédéral de la statistique (OFS), car celui-ci saisit déjà des données sur la santé et des données structurelles. L'**ASE**, l'**ASI**, la **FSLO** et **physioswiss** sont également d'avis que les données doivent être transmises à l'OFS afin qu'une transmission multiple ne soit plus nécessaire.

L'**Aide et soins à domicile Suisse**, **ARTISET**, l'**ASPS** et **senesuisse** font remarquer que la collecte/l'évaluation de données encore plus nombreuses et détaillées n'améliore pas la qualité de la fourniture des prestations, et encore moins la réduction des coûts, mais entraîne en premier lieu une augmentation de la charge de travail pour toutes les parties concernées. Il faut donc veiller à ce que la collecte et l'analyse des données se limitent au minimum nécessaire.

La **FSSF** demande à quelle cadence correspond le terme « régulièrement ».

Interpharma et la **vips** saluent l'orientation de la réglementation, mais suggèrent qu'elle soit harmonisée avec le projet DigiSanté et que l'accès aux données pour la recherche et l'assurance qualité soit notamment clarifié.

L'OPS est favorable.

Selon **pharmaSuisse**, l'association des données à d'autres sources de données par l'OFSP est certes saluée, mais la disposition est formulée de manière si ouverte qu'il n'est pas possible de comprendre avec quelles sources des données ces données sont associées. Cela devrait être clairement défini, au moins au niveau de l'ordonnance.

La **vaka** souligne que la collecte des données ne doit pas représenter une charge disproportionnée pour les fournisseurs de prestations et que le principe de « once-only » (ne saisir chaque information qu'une seule fois) ainsi que l'utilisation des sources de données existantes doivent être strictement respectés.

Organisations du secteur de la santé - Assureurs

prio.swiss est d'accord avec la modification et indique qu'il est judicieux que la Confédération reçoive les données dont elle a besoin pour améliorer l'économicité et la qualité des prestations. Toutefois, il convient d'utiliser des données agrégées et de ne s'en écarter que dans des cas exceptionnels très rares et justifiés.

Associations de consommateurs

/

Autres

/

4.3 Avis généraux sur la tarification

Cantons

La **CDS** et les cantons de **AI, BL, BS, GE, NE, OW, SG, SH, TI** et **VS** approuvent les adaptations découlant du chapitre 3, section 1 « Tarification et contribution par cas », qui correspondent essentiellement à des procédures et à des normes éprouvées.

Pour **BE**, les nouveaux art. 46, al. 4^{bis} et 46a, N-LAMal doivent structurer les règles tarifaires, mais il manque des dispositions d'application essentielles. Un délai d'un an est certes prévu pour l'approbation des conventions tarifaires, mais il y a souvent des retards qui échappent au contrôle du canton. BE estime que ce délai est inefficace et demande une clarification des conséquences en cas de dépassement du délai, par exemple si une approbation automatique intervient. En ce qui concerne l'art. 46a, il n'est pas non plus précisé selon quels critères les conventions tarifaires sont considérées comme n'étant plus conformes à la loi et qui décide de l'adéquation des structures tarifaires nationales. Une simple adaptation du niveau des tarifs ne suffit pas pour remédier aux défauts structurels - la structure tarifaire elle-même doit être conçue de manière appropriée et différenciée.

SO salue la structuration plus claire des principes de la formation des tarifs ainsi que des tâches de l'autorité d'approbation. De même, SO soutient les adaptations et les précisions apportées à l'OAMal concernant les exigences relatives à une demande d'approbation de conventions tarifaires adressée au Conseil fédéral ainsi que la clarification des principes applicables aux conventions tarifaires contenant une structure tarifaire.

Selon **VD**, l'art. 46a N-LAMal soulève plusieurs zones d'ombre qui mériteraient d'être clarifiées. Les critères permettant à une autorité d'approuver ou de révoquer une convention tarifaire lorsque celle-ci ne respecte plus les exigences légales ne sont pas suffisamment définis. De plus, la possibilité pour un canton de révoquer une convention relève d'une décision éminemment politique, dont les implications ne semblent pas encore pleinement mesurées à ce stade. Avec l'entrée en vigueur de la présente modification LAMal, les cantons devraient révoquer d'éventuelles conventions tarifaires existantes, ce qui représenterait un enjeu majeur. En outre, l'organe habilité à décider qu'une structure tarifaire nationale n'est plus appropriée devrait être mentionné. Enfin, il semble important de clarifier l'intention du législateur et la mise en œuvre des cantons, sur le bien-fondé de tarifs différenciés pour certains domaines de spécialisation médicale ou groupes de fournisseurs de prestations dans certains cantons.

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

/

Associations faitières de l'économie au niveau national

/

Organisations du secteur de la santé - Fournisseurs de prestations

Pour l'**ASPI**, la recherche de cohérence tarifaire ne doit pas conduire à une uniformisation excessive. La physiothérapie couvre une large variété de contextes de soins, de l'ambulatoire à la thérapie spécialisée à domicile. Une flexibilité tarifaire permettant de refléter la diversité clinique et régionale est donc nécessaire.

Organisations du secteur de la santé – Assureurs

/

Associations de consommateurs

/

Autres

/

4.4 Prises de position sur l'art. 59c OAMal

Cantons

AI, LU et TI saluent vivement l'ajout à l'art. 59c, al. 3 selon lequel les modalités d'application des structures tarifaires doivent faire partie intégrante des conventions tarifaires, car il évite d'éventuels malentendus.

Pour **BS**, il convient de préciser les principes tarifaires en ce sens qu'ils doivent couvrir les coûts présentés de manière transparente, majorés du renchérissement attendu pour l'année d'application.

SH estime que la formulation actuelle de l'art. 59c, al. 1, let. a et b, risque de ne pas couvrir entièrement les coûts réellement encourus pour une fourniture efficace des prestations.

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

/

Associations faitières de l'économie au niveau national

/

Organisations du secteur de la santé – Fournisseurs de prestations

L'**AGZ**, l'**AMDHS**, l'**ASDD**, l'**ASMAG**, l'**ÄTG**, le **Bündner Ärzteverein**, la **FMH**, la **KAeG SG**, **mfe**, la **SMCB**, la **SMVS**, la **SSMIG**, et l'**UNION** proposent différentes modifications et de nouvelles formulations concernant l'art. 59c, al. 1 et 2. Il est nécessaire que les « tarifs économiques » soient appliqués au sens général et non pas de manière unilatérale en se concentrant uniquement sur l'évolution des primes/coûts. C'est pourquoi il est fortement souhaitable que les coûts présentés de manière transparente doivent être couverts lorsque les prestations sont fournies de manière efficace. L'exigence selon laquelle les conventions ou structures tarifaires doivent être « fondées sur des critères économiques » est sans doute partagée par tous. Seulement, il est nécessaire que les « tarifs économiques » soient mis en œuvre dans un sens général et non de manière unilatérale en se concentrant uniquement sur l'évolution des primes/coûts. C'est pourquoi il est fortement indiqué que les coûts présentés de manière transparente doivent être couverts lorsque les prestations sont fournies de manière efficace (amendement précédent à l'art. 59c, al. 1, let. a et b). En outre, concernant l'al. 2, let. b : la structure tarifaire ne devrait pas seulement se baser sur des critères économiques (coûts de la santé) mais aussi sur des critères de gestion d'entreprise (prix de revient adéquat). Les fournisseurs de prestations doivent voir leurs coûts reflétés et payés par le biais des tarifs s'ils peuvent les présenter de manière transparente et s'ils fournissent leurs prestations de manière efficace.

Du point de vue de l'**Aide et soins à domicile Suisse**, il est impératif qu'un tarif couvre les coûts, c'est également ce que dit le projet EFAS. Pour cette raison, le terme « au plus » de l'art. 59c, al. 1, let. a et let. b n'est pas suffisant et devrait être remplacé conformément à la proposition. La let. c stipule que le changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires. L'Aide et soins à domicile Suisse tient à préciser que le financement des prestations de soins à domicile n'est actuellement pas soumis à un modèle tarifaire, mais est réglé d'une autre manière dans l'OPAS. Avec la mise en œuvre d'EFAS, il s'agit d'un modèle tarifaire entièrement nouveau et non d'un changement. La let. c n'a

donc pas d'importance pour les nouvelles conventions tarifaires à créer dans le domaine des soins ambulatoires dans le cadre d'EFAS.

Pour **ARTISET**, il convient de définir ce que l'on entend par une fourniture efficiente des prestations. En outre, tous les fournisseurs de prestations ont besoin d'une tarification appropriée pour pouvoir fournir des prestations de la qualité requise. En conséquence, ARTISET part du principe que la neutralité des coûts n'a pas d'importance pour la mise en œuvre d'EFAS, d'autant plus qu'il ne s'agit pas d'un "changement de modèle tarifaire", mais d'une nouvelle création de conventions tarifaires, qui doit bien sûr se baser sur les coûts des soins déclarés jusqu'à présent (statistiques SOMED et Spitex).

Selon l'**ASE**, la représentativité doit être évaluée au cas par cas et l'al. 3 doit être complété par des structures tarifaires « appropriées ».

L'**ASI** salue la concrétisation des principes de la formation des tarifs, la définition plus claire des tâches de l'autorité d'approbation et des exigences posées à la demande d'approbation ainsi que la mention explicite du critère de représentativité. Le passage « au maximum » est certes usuel, mais il indique implicitement qu'un tarif inférieur est justement possible. Celui-ci réduit alors, entre autres, l'efficacité des prestations.

L'**ASPI** demande d'assouplir l'al. 1, let. c, pour permettre des réformes tarifaires avec un coût justifié ainsi que la reconnaissance explicite de la représentativité des associations professionnelles de plus petite taille et propose de réformer l'art. 59c, al. 1, let. a et b.

L'**ASPS** et **senesuisse** saluent la restructuration des tarifs et des prix, qui apporte plus de clarté. Pour la mise en œuvre d'EFAS, il faut encore clarifier le fait que l'al. 1, let. c (« neutralité des coûts ») n'a pas de signification, d'autant plus qu'il ne s'agit pas d'un "changement de modèle tarifaire", mais d'une nouvelle création de conventions tarifaires, qui doit bien sûr se baser sur les coûts des soins présentés jusqu'à présent (statistiques SOMED et Spitex et comptabilité analytique). Dans l'ensemble, la nouvelle réglementation ne doit pas avoir pour conséquence une vision tubulaire des coûts, après tout, l'objectif de « soins de haute qualité » est tout aussi bien ancré dans la loi.

La **FMCH** est défavorable à la modification de cet article.

La **FSLO** demande comment et par qui la représentativité est évaluée et propose un complément.

La **FSP** critique le fait que les réglementations tarifaires proposées utilisent des termes juridiques peu clairs, notamment l'expression « coûts indiqués de manière transparente ». Il n'est pas précisé ce qu'il faut entendre exactement par-là, comment ces coûts doivent être publiés et comment cela est compatible avec la protection des données. L'absence de précision dans l'ordonnance est considérée comme une occasion manquée. En outre, la situation des nouveaux fournisseurs de prestations n'est pas prise en compte. Comme leurs prestations - par exemple dans le domaine des soins ou de la psychothérapie - ne sont souvent pas comparables aux activités précédentes, leurs coûts doivent être déterminés différemment. La FSP demande donc une définition claire des « coûts présentés de manière transparente » ainsi qu'une prise en compte appropriée de la situation de départ particulière des nouveaux prestataires dans le système tarifaire.

H+ et **unimedsuisse** saluent, de manière générale, la clarification, contenue dans le présent projet, des contenus que doit comprendre une demande d'approbation adressée au Conseil fédéral. Les dispositions prévues aux art. 59c ss entraîneront toutefois inévitablement des dépenses supplémentaires qui augmenteront considérablement les coûts des hôpitaux universitaires et retarderont encore l'approbation et l'entrée en vigueur des conventions tarifaires.

Pour **Interpharma**, l'intégration d'exigences de qualité dans les principes des conventions tarifaires garantit, outre l'économicité, que la fourniture des prestations répond à des normes élevées et que la confiance des patients est préservée.

mfe et **pédiatrie suisse** font remarquer que les sections nouvellement conçues sur le « tarif » constituent une complication avec une atteinte à l'autonomie tarifaire. Le principe selon lequel ces tarifs doivent être appropriés et conformes à la gestion d'entreprise n'est ni amélioré ni concrétisé par les nouveaux articles, mais rendu plus difficile. Une restriction supplémentaire par le biais des prescriptions prévues à l'art. 59c aura pour conséquence qu'un renouvellement global et une adaptation fondamentale seront impossibles.

L'**OPS** est favorable à la modification de cet article.

Du point de vue de **pharmaSuisse**, les dispositions proposées n'apportent pas suffisamment de clarté. Ce qu'il faut entendre par « coûts transparents » n'est pas clair - outre les coûts courants, les investissements devraient également être pris en compte, car sans eux, aucun développement n'est possible. Les critères d'efficacité doivent tenir compte des différences entre les fournisseurs de prestations - par

exemple entre les pharmacies de ville et les pharmacies de campagne - car ces dernières, malgré une efficacité moindre, jouent un rôle important dans le service public. L'exigence de neutralité des coûts en cas de changement de modèle n'est supportable que si les tarifs peuvent également être adaptés au renchérissement. En outre, il faut une marge de manœuvre pour les innovations qui contribuent à long terme à l'efficacité ou à une meilleure prise en charge. En outre, la notion de « modalités d'application » à l'al. 3 reste floue, ce qui est source d'incertitude lors des négociations. Enfin, lors de l'évaluation de l'équité, il faudrait tenir compte de manière appropriée de la situation de départ inégale des différents fournisseurs de prestations.

Pour **physio.swiss**, il faut s'assurer au cas par cas que les parties qui représentent les fournisseurs de prestations ou les assureurs représentent effectivement les intérêts d'une majorité. Les structures tarifaires doivent toujours conduire à une tarification appropriée.

La **SSDV** est défavorable.

Selon la **vaka**, les tarifs doivent couvrir les coûts effectifs et non pas seulement « au maximum ». La formulation proposée entraîne une insécurité juridique et met en péril la viabilité économique de nombreuses institutions.

Organisations du secteur de la santé - Assureurs

Selon la **CSS**, **HSK**, et **tarifsuiss SA**, l'inscription de la représentativité dans les structures tarifaires uniformes pour toute la Suisse est bienvenue. Cette précision reflète la position adoptée jusqu'à présent par l'OFSP en matière de structures tarifaires uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Sans précision - d'où la formulation du projet « conventions tarifaires contenant une structure tarifaire » - le texte pourrait aussi être compris comme exigeant la représentativité des structures tarifaires, par exemple dans les forfaits régionaux selon l'art. 43, al. 5^{quater} LAMal. Cela est refusé, car cela rendrait impossible la conclusion de contrats entre certains fournisseurs de prestations et certaines sociétés d'achat.

prio.swiss fait remarquer qu'il existe certes de nombreux coûts déclarés, mais que leur transparence est douteuse et salue l'introduction de la représentativité.

Autres

Le 30 avril 2025, le Conseil fédéral a approuvé le système tarifaire global composé des forfaits ambulatoires et du TARDOC. L'**OTMA SA** soutient la modification de la loi sous réserve que le législateur parte également du principe que l'**OTMA SA** a appliqué un modèle tarifaire cohérent pour la tarification des prestations médicales ambulatoires. L'ajout de la let. c à l'article est motivé par le fait que, lors de la tarification des prestations, les données relatives aux coûts et aux prestations nécessaires à l'élaboration d'un modèle tarifaire cohérent ne sont souvent pas disponibles. Or, la tarification rapide des nouvelles prestations est nécessaire et constitue le moyen le plus rapide de générer des données sur les coûts et les prestations par l'application d'un tarif transitoire. Sans ce complément, il ne sera pas possible à l'**OTMA SA** de répondre à la demande du Conseil fédéral et des partenaires tarifaires et de pouvoir tarifier rapidement les nouvelles prestations.

pro-salute.ch renonce à commenter les structures tarifaires et les principes régissant les conventions tarifaires car il n'est pas non plus prévu à l'avenir que les représentations des assurés et des patients deviennent des partenaires contractuels lors de la fixation des tarifs. **pro-salute.ch** estime qu'il est approprié que les partenaires contractuels des conventions tarifaires soient les organisations des assureurs et des fournisseurs de prestations et que la Confédération puisse intervenir si aucun accord n'est trouvé.

Associations de consommateurs

/

Autres

/

4.5 Prises de position sur l'art. 59c^{bis} OAMal

Cantons

Selon **LU**, il convient de se demander si la précision selon laquelle la « nature et l'intensité » des prestations fournies sont définies par la « complexité et l'étendue » doit figurer telle quelle dans l'ordonnance (art. 59c^{bis}).

Pour **SH**, la différenciation selon le type et l'intensité de la prestation devrait s'appliquer à tous les forfaits, et pas seulement à ceux du domaine hospitalier. Cette restriction doit être supprimée.

TG fait remarquer formellement que la deuxième phrase du nouvel art. 59c^{bis} dans le présent projet de modification de l'OAMal est une répétition de la première phrase.

TI est favorable.

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

/

Associations faitières de l'économie au niveau national

/

Organisations du secteur de la santé - Fournisseurs de prestations

L'**AGZ**, l'**AMDHS**, l'**ASDD**, l'**ASMAC** l'**ÄTG**, le **Bündner Ärzteverein**, la **FMH**, la **KAeG SG**, **mfe**, la **SMCB**, la **SMVS**, la **SSMIG**, et l'**UNION** sont d'avis que, compte tenu de l'introduction imminente de forfaits ambulatoires et de la future égalité de traitement entre l'ambulatoire et le stationnaire dans le cadre de la mise en œuvre d'EFAS, le principe nouvellement formulé devrait s'appliquer à tous les forfaits.

L'**Aide et soins à domicile Suisse** et l'**ASPS** estiment qu'il est correct de tenir compte également du type et de l'intensité de la prestation lors de la définition de tarifs forfaitaires. Dans le domaine des soins, cela vaut en particulier pour les personnes atteintes de démence ou de maladies psychiatriques, pour lesquelles il faut plus de temps pour fournir les mêmes prestations de soins. L'**ASPS** relève qu'il est conforme à la volonté du Parlement de mieux prendre en compte les circonstances dans le financement des soins palliatifs et donc de tenir compte des dépenses supplémentaires.

Pour la **Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen**, il n'est expliqué nulle part ce qu'il faut entendre par « intensité de la prestation », respectivement selon quels critères l'« intensité de la prestation » doit être évaluée. Pour une rémunération forfaitaire, ce n'est pas « l'intensité » - quoi que l'on entende par là - qui est pertinente, mais l'homogénéité de la prestation dans les cas individuels.

La **FSLO** et l'**OPS** sont favorables.

Interpharma souligne que les principes régissant les forfaits liés à la prise en charge dans le domaine ambulatoire doivent être conçus dès le départ de manière à éviter les fausses incitations et les incompatibilités avec la liste des spécialités.

Selon **pharmaSuisse**, la distinction prévue entre les prestations selon leur type et leur intensité entraîne une augmentation considérable de la complexité du système de facturation. Un système aussi détaillé est clairement en contradiction avec l'approche de remboursement forfaitaire visée, telle qu'elle est actuellement pratiquée par exemple dans le domaine ambulatoire avec des forfaits. Si la Confédération continue à miser sur une rémunération forfaitaire, elle doit rester conséquente et cohérente dans sa réglementation. L'introduction simultanée de catégories de prestations fortement différenciées sape la logique dans ce système et conduit inévitablement à des incohérences ainsi qu'à un surcroît de travail administratif. Sans une ligne claire et uniforme, le système risque de devenir chaotique, ce qui ne sera gérable ni pour les fournisseurs de prestations ni pour les assureurs.

senesuisse estime qu'il est correct de tenir compte du type et de l'intensité de la prestation lors de la création de tarifs forfaitaires.

Organisations du secteur de la santé - Assureurs

/

Associations de consommateurs

/

Autres

L'**OTMA SA** ne tarifie que des prestations ambulatoires et n'est pas concernée par cet article.

4.6 Prises de position sur l'art. 59c^{ter} OAMal

Cantons

La **CDS** et les cantons de **AI, BL, BS, FR, GE, JU, LU, NE, OW, TG, TI, SH, UR** et **VS** ne sont pas convaincus qu'il soit possible de mettre aisément en pratique le principe figurant à l'art. 59c^{ter}, al. 2, qui prévoit que, pour les forfaits liés aux prestations, l'estimation doit comprendre les domaines concernés avant et après l'hospitalisation. De plus, l'art. 59c^{ter} devrait préciser que, outre le Conseil fédéral, le canton compétent est lui aussi habilité à obtenir les documents mentionnés.

Selon **BS**, l'art. 59c^{ter} doit être précisé au niveau de l'ordonnance afin qu'il soit défini à quelles conditions une demande d'approbation de tarif remplit l'exigence d'exhaustivité.

Pour **FR**, ce que l'art. 59c^{ter}, al. 2 exige exactement n'est pas clair, notamment en ce qui concerne l'estimation des effets des forfaits sur les traitements avant et après l'hospitalisation. Le texte est trop vague pour être mis en œuvre de manière pertinente dans la pratique, par exemple pour l'analyse des effets sur les prestations ambulatoires ou les durées de séjour en hôpital. Si ce point est maintenu, des indications plus précises sont nécessaires.

Du point de vue de **LU** et **SO**, on peut se demander si le principe prescrit à l'art. 59c^{ter}, al. 2, concernant l'estimation pour les forfaits liés aux prestations, qui doit englober les domaines concernés avant et après l'hospitalisation, peut être appliqué sans difficulté dans la pratique.

Pour **SH** et **TG**, il convient en outre de définir à propos de l'art. 59c^{ter} al. 2 ce que l'on entend par « domaines concernés avant et après l'hospitalisation ». Pour **SH**, il faut en outre préciser ce qu'on entend exactement par « rapport explicatif sur la convention tarifaire transmise » (art. 59c^{ter}, al. 1, let. b). Il s'agit en outre de s'assurer que les versions allemande, française et italienne concordent clairement sur le plan du contenu.

TI se montre critique quant à l'applicabilité de l'art. 59c^{ter}, al. 2, qui exige que les domaines concernés avant et après l'hospitalisation soient également pris en compte dans l'estimation des rémunérations forfaitaires - cela semble éloigné de la pratique.

ZG salue la différenciation entre les approbations de tarifs par la Confédération et par les cantons. Les approbations cantonales sont souvent nettement moins complexes, de sorte que les documents et les données nécessaires y sont moins complets. Il est donc judicieux que les exigences (élevées) de l'al. 1 se limitent aux demandes d'approbation de conventions tarifaires adressées au Conseil fédéral. L'al. 2 est trop complexe et le texte explicatif n'explique pas la disposition. Les explications doivent être précises.

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

/

Associations faïtières de l'économie au niveau national

/

Organisations du secteur de la santé - Fournisseurs de prestations

Pour l'**AGZ**, l'**AMDHS**, l'**ASDD**, l'**ASMAC**, l'**ÄTG**, le **Bündner Ärzteverein**, la **FMH**, la **KAeG SG**, **mfe**, la **SMCB**, la **SMVS**, la **SSMIG**, et l'**UNION**, l'estimation des effets de l'application du tarif sur le volume des prestations et sur les coûts (al. 1, let. e.) devrait également tenir compte des modifications légales (comme par exemple EFAS).

Pour l'**Aide et soins à domicile Suisse**, l'**ASPS** et **senesuisse**, le contenu soumis dans le projet se focalise sur les conventions tarifaires dans des domaines déjà existants comme les hôpitaux ou les médecins. Il reste à clarifier quels contenus sont nécessaires et utiles pour la demande d'approbation de la nouvelle convention tarifaire des soins (EMS, Spitex, indépendants).

Selon la **Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen**, il manque des explications sur la notion de « méthodes de calcul ». Il n'est pas non plus fait référence à la « pertinence » des tarifs, également ancrée dans la LAMal. A l'art. 59c^{ter} al. 1, let. e, une « estimation des effets de l'application du tarif sur le volume des prestations et sur les coûts » est exigée. Il n'est toutefois pas expliqué comment et selon quels critères de telles estimations doivent être établies.

La **FSLO** souhaite que la manière dont les coûts des documents exigés et de leur établissement sont intégrés et pris en compte dans les calculs de rentabilité du tarif soit clarifiée. En outre, la FSLO attire

l'attention sur le fait que le respect de la protection des données et la garantie de l'anonymat/ré-identification doivent être garantis.

Pour la **FSP**, il n'est pas clair ce que l'on entend par « y compris les domaines concernés avant et après l'hospitalisation ». Dans la version française, il est question de « y compris les domaines concernés avant et après l'hospitalisation ». Ce paragraphe doit absolument être clarifié. Il faut s'assurer que toutes les versions linguistiques concordent clairement. De telles tâches prennent beaucoup de temps et l'on ne sait pas exactement quelles conséquences les résultats correspondants peuvent avoir sur la possibilité d'approuver le tarif. Du point de vue de la FSP, il faudrait y renoncer.

H+ et **unimedsuisse** estiment que les directives vont trop loin et entraînent un surcroît de travail administratif. En outre, il n'est pas clair ce que l'on entend par « le rapport explicatif sur la convention tarifaire transmise » (art. 59c^{ter}, al. 1, let. b). Dans l'intérêt de la sécurité juridique, ce point doit être précisé ou supprimé sans être remplacé.

Pour **Interpharma**, une déclaration détaillée sur l'assurance qualité dans la demande d'autorisation favorise la transparence ainsi que la confiance et garantit que les mécanismes d'amélioration continue de la qualité des traitements sont effectivement mis en œuvre.

L'**OPS** est favorable.

Selon **pharmaSuisse**, lors de l'évaluation de l'impact de l'application du tarif sur le volume des prestations et les coûts, il convient également de prendre systématiquement en compte les évolutions législatives pertinentes - par exemple l'introduction d'EFAS -, car elles peuvent avoir une influence considérable sur les conditions-cadres et les flux financiers.

Concernant l'al. 1, let. f, **physioswiss** s'interroge sur l'objectif de la modification. Concernant l'al. 1, let. e, aujourd'hui déjà, les fournisseurs de prestations ambulatoires sont tenus de procéder à une estimation du suivi des coûts. L'objectif de cette modification n'est pas clair.

La notion « y compris les domaines concernés avant et après l'hospitalisation » n'est pas claire pour la **vaka**. Ce passage doit être précisé ou supprimé afin d'éviter toute marge d'interprétation, notamment dans le domaine stationnaire où une délimitation nette est essentielle.

Organisations du système de santé - Assureurs

prio.swiss est, de manière générale, d'accord, la proposition de précision à la let. f. doit s'orienter sur le wording selon l'art. 47c LAMal. Il convient de préciser ce que l'on entend concrètement par « domaines concernés avant et après l'hospitalisation ». La proposition correspond à la pratique actuelle dans le domaine des DRG. Il n'est pas clair comment cela se répercuterait sur le domaine ambulatoire (mot-clé : nouveau tarif médical, y compris les forfaits ambulatoires).

Associations de consommateurs

/

Autres

L'**OTMA SA** est d'accord avec la limitation des al. 2 et 3 aux prestations dans le domaine stationnaire. L'**OTMA SA** n'est pas concernée par cet article.

4.7 Prises de position sur l'art. 59c^{quater} OAMal

Cantons

Selon **LU**, l'idéal serait de parler de fixation des tarifs (et non des conventions tarifaires) plutôt que, comme dans le rapport explicatif, « l'alinéa 1 concerne l'examen et la fixation des conventions tarifaires ... concerne ».

TI et **ZG** sont favorables.

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

/

Associations faïtières de l'économie au niveau national

/

Organisations du secteur de la santé - Fournisseurs de prestations

Selon l'**AGZ**, l'**AMDHS**, l'**ASDD**, l'**ASMAG**, l'**ÄTG**, le **Bündner Ärzteverein**, la **FMH**, la **KAeG SG**, **mfe**, la **SMCB**, la **SMVS**, la **SSMIG**, et l'**UNION**, l'autorité d'approbation doit vérifier si, en raison d'une tarification insuffisante des prestations obligatoires, leur fourniture ne peut plus être garantie du fait qu'elles ne peuvent plus être fournies en conséquence (il y aurait là une violation du principe d'assurance de la LAMal). Il faut veiller à ce que les objectifs en matière de coûts définis ne limitent pas l'accès aux prestations nécessaires et assurées.

La **FMCH**, la **FSLO**, **Interpharma** et l'**OPS** sont favorables.

pharmaSuisse est d'avis que la disposition relative au réexamen régulier des tarifs par les partenaires tarifaires selon l'art. 59d doit également s'appliquer par analogie aux tarifs fixés officiellement. Par conséquent, l'art. 59c^{quater}, al. 2, devrait être adapté de manière à ce que les obligations d'adaptation et de vérification prévues à l'art. 59d soient également applicables par analogie avec la disposition de l'art. 59c, al. 3, de l'actuelle version OAMal. En outre, l'autorité d'approbation devrait se limiter à vérifier le respect des principes applicables aux conventions tarifaires (art. 59c OAMal). Les accords innovants entre les partenaires tarifaires respectant les prescriptions du droit de l'assurance-maladie doivent être respectés, faute de quoi un développement des systèmes tarifaires n'est pas possible, ce qui peut paralyser la tarification.

Organisations du système de santé - Assureurs

La **CSS**, **HSK** et **tarifsuisse SA** considèrent qu'il n'est pas clair pourquoi la fixation et l'approbation doivent être réglées sous le titre « Tâches de l'autorité d'approbation » et quel doit être le rôle du Conseil fédéral en ce qui concerne la « fixation ». En outre, la phrase « Si l'approbation incombe au Conseil fédéral, celui-ci applique en outre les art. 59c, al. 2 et 3, et 59c^{bis} par analogie » correspond déjà à la deuxième phrase de l'al. 1 « Si l'approbation incombe au Conseil fédéral, celui-ci examine en outre si le contrat est conforme aux principes énoncés aux art. 59c, al. 2 et 3, et 59c^{bis} ». Ils proposent de supprimer la deuxième phrase.

Associations de consommateurs

/

Autres

/

4.8 Prises de position sur l'art. 59d OAMal

Cantons

La **CDS** et les cantons de **BL**, **GE**, **NE**, **OW**, **SG**, **SH** et **VS** proposent que cet article enjoigne aux partenaires tarifaires de réviser un tarif dès lors que celui-ci ne correspond plus à la situation actuelle.

Selon **FR**, la formulation relativement ouverte à l'art. 59d, al. 1, selon laquelle le respect des dispositions des art. 59c et 59c^{bis} doit être régulièrement vérifié, laisse une grande marge de manœuvre aux partenaires tarifaires. L'introduction d'une périodicité assurerait un suivi plus rapproché. L'article pourrait ainsi par exemple prévoir une révision du tarif tous les cinq ans au plus tard ou plus tôt dès lors que celui-ci ne correspond plus à la situation actuelle.

Pour **LU** et **SO**, par exemple, les obligations de révision et d'adaptation du prix des médicaments figurant sur la liste des spécialités doivent être explicitement fixées dans la loi.

ZG est favorable.

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

/

Associations faitières de l'économie au niveau national

/

Organisations du secteur de la santé - Fournisseurs de prestations

L'**AGZ**, l'**AMDHS**, l'**ASDD**, l'**ASMAG**, l'**ÄTG**, le **Bündner Ärzteverein**, la **FMH**, la **FMCH**, **Interpharma**, la **KAeG SG**, l'**OPS**, la **SMCB**, la **SMVS**, la **SSDV**, la **SSMIG**, et l'**UNION** sont favorables.

Pour l'**Aide et soins à domicile Suisse**, l'objectif de cet article doit être que les conventions tarifaires soient et restent actuelles, c'est-à-dire qu'elles soient adaptées si nécessaire. D'autre part, il est important que l'obligation de vérification n'entraîne pas de charges administratives inutiles. Le cas échéant, il est judicieux de fixer des délais ou, si ce n'est pas le cas, de laisser aux parties contractantes le soin de définir ou de fixer les délais en commun.

Pour **ARTISET**, l'**ASPS** et **senesuisse** il est certainement judicieux de procéder à une révision régulière des tarifs en raison de l'évolution des circonstances, mais le délai prévu à cet effet devrait être suffisamment long (pas de bureaucratie excessive) et être précisé. L'objectif doit être que les conventions tarifaires restent actuelles, c'est-à-dire qu'elles soient adaptées en temps réel en cas de changements importants. C'est pourquoi il faudrait en outre définir un cadre temporel dans lequel les conventions tarifaires doivent être approuvées ou refusées par l'autorité compétente.

Selon l'**ASE**, la notion de « réexamen régulier » doit être concrétisée.

Pour l'**ASI**, les obligations de réexamen et d'adaptation des partenaires tarifaires doivent garantir que les tarifs sont conformes aux principes des art. 59c et 59c^{bis} et qu'ils satisfont au fil du temps aux exigences légales d'économicité, d'adéquation et de transparence. Si cela devait signifier que les partenaires tarifaires sont responsables de la réalisation des Health Technology Assessments (HTA), l'**ASI** considère que cela n'est pas réalisable. L'**ASI** demande une clarification de ce que l'on entend exactement dans cet article.

Pour la **FSLO**, le terme « régulièrement » n'est pas assez défini. Il doit être supprimé et remplacé par « à la demande d'un partenaire tarifaire ou de l'autorité d'approbation dans un délai de 2 ans ». Le réexamen doit pouvoir être programmé pour tous les partenaires tarifaires afin qu'ils puissent agir ensemble. L'horizon temporel apporte de la clarté.

Pour **pharmaSuisse**, la disposition relative au réexamen régulier des tarifs par les partenaires tarifaires doit également s'appliquer par analogie aux tarifs fixés officiellement. Par conséquent, l'art. 59c^{quater}, al. 2, devrait être adapté de manière à ce que les obligations d'adaptation et de révision selon l'art. 59d soient également applicables par analogie, comme le prévoit l'art. 59c, al. 3, de l'actuelle OAMal. Une approbation rapide des tarifs vérifiés et par la suite révisés par le Conseil fédéral ou l'autorité compétente doit être garantie.

physioswiss est d'avis que l'al. 1 doit être clarifié en fixant une période définie (« ...à un intervalle de 2 à 3 ans... ») au cours de laquelle un tarif doit être réexaminé.

Organisations du secteur de la santé - Assureurs

/

Associations de consommateurs

/

Autres

/

4.9 Prises de position sur l'art. 75a OAMal

Cantons

La **CDS**, et les cantons de **AI**, **BL**, **BS**, **FR**, **GE**, **LU**, **NE**, **OW**, **SG**, **SH**, **SO**, **TG**, **TI**, **VS** et **ZH** critiquent le fait que les dispositions de l'ordonnance relatives à la fixation des objectifs en matière de coûts sont formulées de manière trop ouverte. Il manque une base légale claire sur laquelle pourraient notamment s'appuyer des sanctions ou des contre-mesures en cas de non-respect systématique, injustifié et à long terme des objectifs. Les cantons soulignent la nécessité de pouvoir adapter les directives nationales au niveau régional afin de pouvoir prendre en compte les conditions spécifiques et les différences entre les groupes de fournisseurs de prestations. Parallèlement, ils demandent une coordination étroite entre les objectifs en matière de coûts nationaux de la Confédération selon l'art. 54 N-LAMal et les objectifs cantonaux selon l'art. 54a N-LAMal. En outre, le type d'objectifs autorisés n'est pas clair - par exemple s'ils doivent être formulés de manière absolue ou relative et si une comparabilité entre les groupes de coûts doit être assurée. La **CDS** propose donc de compléter l'art. 75a, al. 1, afin de garantir que la fixation d'objectifs en matière de coûts n'ait pas pour conséquence de retarder des prestations déjà fournies ou de ne pas pouvoir les facturer correctement.

Par ailleurs, pour la **CDS** et les cantons de **AI, BL, BS, FR, GE, LU, OW, NE, SG, SH, SO, TG, TI, UR, VS** et **ZG**, il importe d'impliquer de manière appropriée les cantons, qui sont compétents au premier chef pour la fourniture des soins, dans la coordination des objectifs en matière de coûts et des objectifs de qualité, en complétant l'art. 75a, al. 3.

AG constate que, parmi les critères de l'art. 75a, al. 2, ne sont pas mentionnés en particulier les critères démographiques et parmi eux notamment l'évolution de l'âge de la population, qui est généralement considérée comme un moteur essentiel des coûts de la santé. Pour une disposition d'ordonnance, l'art. 75a reste en outre remarquablement imprécis, et il manque notamment tout indicateur quantitatif ou toute définition.

BE et **BS** sont d'avis que le délai accordé aux cantons pour fixer d'éventuels objectifs propres sera très court et, selon les circonstances, inférieur à douze mois. L'organisation des travaux de base, la consultation des milieux concernés, les processus de décision cantonaux et la communication subséquente des objectifs cantonaux sur quatre ans seront difficilement réalisables. Pour **BE**, il manque, en outre, ici aussi toute explication sur les données dont disposent les cantons, avec quelle granularité, périodicité et modalité, pour pouvoir fixer leurs propres objectifs en matière de coûts pour les prestations à fournir sur leur territoire. La clarification des besoins en données des cantons a été omise, et les questions sur les conséquences de la non-réalisation des objectifs en matière de coûts ainsi que sur la responsabilité d'une correction de la trajectoire restent ouvertes.

Pour **BS**, les cantons devraient être libres de formuler soit uniquement des objectifs en matière de coûts, soit uniquement des objectifs de qualité. Ici aussi, le texte de loi est source d'ambiguïté, car il est toujours question d'« objectifs en matière de coûts et de qualité ». Il serait donc souhaitable de préciser ce point. Le fait qu'une coordination avec l'art. 58 LAMal soit prévue en ce qui concerne les objectifs de qualité et que les dispositions d'exécution de l'ordonnance ne se réfèrent qu'aux objectifs en matière de coûts est jugé positif.

GE est de l'avis que la liste des facteurs qui doivent être pris en compte pour fixer des objectifs applicables à l'ensemble des coûts devrait également tenir compte de l'évolution de la démographie. Par ailleurs, bien que le projet précise que la liste de facteurs n'est pas exhaustive, il paraît toutefois important que ce facteur soit ajouté, étant donné son influence sur les coûts de la santé.

GR suggère de réglementer le processus d'audition.

LU estime qu'il est difficile d'opérationnaliser objectivement le paramètre « progrès médico-technique ». Les possibilités de gain d'efficacité ne sont pas non plus faciles à déterminer, mais peuvent être mieux évaluées.

SG est d'avis qu'il faudrait également régler la manière dont les auditions pour la fixation des objectifs en matière de coûts nationaux et cantonaux sont coordonnées entre elles. Il manque également une base juridique pour des mesures ou des sanctions en cas de non-respect infondé et persistant des objectifs en matière de coûts.

Pour **SH**, il convient d'examiner dans quelle mesure les paramètres à prendre en compte doivent être complétés par un facteur relatif à l'évolution spécifique des coûts salariaux dans le secteur de la santé, par un facteur relatif à l'évolution de la démographie et par un facteur relatif à l'évolution du comportement des patients (y compris la couverture d'assurance). Il convient également de préciser que seules les possibilités de gain d'efficacité « avérées » doivent être prises en compte.

Selon **SO**, l'ancrage d'objectifs en matière de coûts dans l'OAMal, prévu par le Conseil fédéral, augmentera certes la transparence des coûts et des quantités dans le système de santé. Mais il ne faut s'attendre qu'à un effet modeste de frein aux coûts des prestations à la charge de l'AOS tant qu'il n'est pas défini à l'aide de quelles mesures le Conseil fédéral imposera le respect des objectifs en matière de coûts ou quelles seront les conséquences du non-respect des objectifs en matière de coûts. **SO** demande donc au Conseil fédéral d'élaborer rapidement un concept de mise en œuvre et d'accorder une attention particulière à l'interaction entre la Confédération et les cantons.

VD souligne que les objectifs de qualité, notamment pour les médicaments, sont encore insuffisamment développés dans l'OAMal. Il recommande une meilleure coordination avec la CFQ et demande une base légale claire pour l'évaluation des objectifs, qu'ils soient cantonaux ou fédéraux. Pour les hôpitaux, ces objectifs devraient être alignés sur la convention qualité approuvée par le Conseil fédéral et l'art. 58, let. a, LAMal. Il est nécessaire de prévoir des outils et procédures permettant aux cantons d'accéder facilement aux données pertinentes. Enfin, **VD** relève une incohérence entre l'art. 75a, al. 2 et le rapport explicatif concernant les critères à prendre en compte pour fixer les objectifs. Il propose d'y inclure explicitement le facteur démographique.

ZH souligne que, lors de l'introduction des objectifs en matière de coûts et de qualité, il convient de veiller à une mise en œuvre allégée. Il convient d'éviter les doublons et de délimiter clairement les tâches et les rôles de la CFCQ et de la CFQ. Par ailleurs, il est important que les objectifs en matière de coûts ou la présente ordonnance soient conçus de manière à éviter autant que possible toute incitation à modifier le comportement de facturation sur la base des objectifs. Le comportement des fournisseurs de prestations en matière de facturation peut en effet influencer l'évolution des coûts observée.

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

Le Centre critique le fait que le non-respect des objectifs n'a pas de conséquences.

Selon le **PLR**, les objectifs de qualité devraient jouer un rôle plus important dans la fixation des tarifs. Il serait donc envisageable d'ajouter des objectifs de qualité à l'art. 75a.

L'**UDC** déplore également l'absence d'objectifs de qualité clairs ou leur définition insuffisante.

Associations faitières de l'économie au niveau national

economiesuisse fait valoir que les notions ne sont pas claires et que cela soulève diverses questions, comme la manière dont les objectifs en matière de coûts sont mesurés.

L'**USAM** relève que le projet ne précise ni la forme ni les critères des objectifs en matière de coûts et que l'approche uniforme ne tient pas compte des différences régionales ou sectorielles - par exemple dans la réadaptation stationnaire ou la psychiatrie - où les besoins sont pourtant appelés à croître. En cas de dépassement des objectifs en matière de coûts, les mesures correctives envisagées sont floues et potentiellement arbitraires.

L'**USS** considère que les paramètres choisis pour fixer les objectifs en matière de coûts sont corrects et soutient leur intégration dans le texte de l'ordonnance.

Organisations du secteur de la santé – Fournisseurs de prestations

L'**AGZ**, l'**AMDHS**, l'**ASDD**, l'**ASMAC**, l'**ÄTG**, le **Bündner Ärzteverein**, la **FMH**, la **KAeG SG**, la **SMCB**, la **SMVS**, la **SSMIG**, et l'**UNION** rejettent expressément l'art. 75a OAMal. Au niveau de l'ordonnance, le contenu doit prévoir que la définition des objectifs en matière de coûts et de qualité doit être fixée après consultation des fournisseurs de prestations, des assureurs et des assurés. Il faut veiller à ce que les objectifs en matière de coûts ne restreignent pas l'accès aux prestations nécessaires et assurées. L'al. 2 contient une énumération non exhaustive des facteurs à prendre en compte. Le rapport explicatif relatif à l'al. 2 indique que « les possibilités de gain d'efficacité sont considérables » et révèle l'objectif visé par les objectifs en matière de coûts et de qualité. Les 20% de potentiel d'économie général revendiqués par Infrass sont résolument contestés. Ils considèrent que de telles mesures, surtout si elles reposent sur de simples soupçons « ex ante », ne sont pas admissibles. En effet, un tel facteur de réduction général réduirait d'emblée à néant les droits légitimes à une adaptation régulière au renchérissement, tels qu'ils existent dans tous les secteurs économiques, sauf dans celui de la santé. L'art. 75a, al. 3 a pour effet de surcharger la LAMal. Lorsque les modifications de l'OAMal renvoient à l'art. 58 LAMal, qui a une influence directe sur les conventions de qualité selon l'art. 58a LAMal, elles indiquent explicitement qu'une analyse d'impact de la réglementation sur le contenu est indispensable ou qu'il faut exposer les implications de ce renvoi dans l'OAMal à l'art. 58 LAMal.

L'**Aide et soins à domicile Suisse** salue la référence à des soins de santé appropriés et de haute qualité. Toutefois, l'art. 75a, al. 2 ne tient pas suffisamment compte des soins. L'évolution de leurs coûts ne dépend pas seulement de facteurs économiques, mais aussi de changements démographiques et sociaux tels que l'augmentation des ménages d'une personne ou la multimorbidité chez les personnes âgées. En outre, les progrès médico-techniques n'apportent guère de possibilités de gain d'efficacité dans les soins, car de nombreuses activités ne peuvent pas être numérisées. Il est également important d'intégrer aussi bien l'évolution des prix que celle des quantités dans les objectifs en matière de coûts. Une coordination avec les objectifs de qualité est nécessaire afin d'éviter les analyses unilatérales. C'est pourquoi des évolutions telles que l'évolution démographique, le transfert vers le secteur ambulatoire, les crises ou les tendances sociopolitiques devraient également être ancrées dans les objectifs globaux.

Pour **ARTISET**, de nombreux termes utilisés, tels que « soins de santé de haut niveau » ou « coûts les plus bas possibles », ne sont pas clairs et laissent trop de place à l'interprétation, ce qui crée une insécurité juridique. Afin de ne pas se focaliser uniquement sur les coûts, toutes les parties concernées devraient également être consultées sur le concept de mise en œuvre. Dans des domaines tels que les soins de longue durée, les moyens nécessaires pour mettre en œuvre des améliorations de l'efficacité font souvent défaut – les possibilités de gain d'efficacité y sont de toute façon faibles. Les coûts supplé-

mentaires voulus politiquement, par exemple par le développement des prestations ambulatoires, doivent rester possibles. En outre, les évolutions démographiques, les besoins en soins et le manque de personnel qualifié doivent être pris en compte lors de la fixation des objectifs en matière de coûts. Enfin, il faut une délimitation claire par rapport à la CFQ afin d'éviter les chevauchements de compétences.

L'**ASE** souhaite une clarification de la définition des possibilités de gain d'efficience.

Pour l'**ASI**, la coordination des objectifs en matière de coûts est d'une importance capitale. Les différents domaines de dépenses ne doivent pas être montés les uns contre les autres. Il faut s'assurer qu'une stratégie d'ensemble soit poursuivie. Si, par exemple, un objectif politique consiste à promouvoir davantage de prestations ambulatoires et qu'il en résulte une augmentation des coûts dans le secteur ambulatoire, cela ne doit pas entraîner de désavantages lors de la fixation des objectifs en matière de coûts pour ce secteur ou pour les secteurs situés en aval. L'**ASI** salue la consultation de tous les acteurs, le fait que les objectifs en matière de coûts soient fixés en lien avec des objectifs de qualité et l'introduction d'un monitoring garantissant que la qualité des soins médicaux soit au moins maintenue et que la sécurité des soins soit assurée. Il faut s'assurer qu'une stratégie globale est poursuivie.

L'**ASPI** demande que les objectifs soient complétés par des critères qualitatifs et des résultats cliniques et qu'il soit tenu compte de l'évolution des coûts des fournisseurs de prestations. Les possibilités de gain d'efficience devraient uniquement être celles démontrées et des indicateurs d'efficience adaptés à la physiothérapie, en collaboration avec les associations professionnelles devraient être développés.

ASPS et **senesuisse** saluent l'al. 1 et l'al. 3. En revanche, il ressort de l'al. 2 que l'élaboration de ce projet a eu lieu avant l'adoption d'EFAS et que les soins infirmiers n'ont donc pas été pris en compte. Dans ce domaine, parmi les critères mentionnés, c'est certainement la let. c proposée qui est pertinente (développement économique et évolution des salaires/prix), notamment, compte tenu de l'initiative sur les soins et l'évolution des salaires (« meilleures conditions de travail pour le personnel soignant »). D'autres facteurs sont beaucoup plus importants pour l'évolution des coûts des soins, notamment l'évolution démographique et sociale (y compris la taille des ménages et les possibilités de soutien au sein de la famille) ainsi que l'évolution des maladies (surtout la démence) et du besoin de soutien (déterminant pour la nécessité d'entrer en EMS). En outre, contrairement à ce qui est dit dans le rapport explicatif, les possibilités de gain d'efficience dans le domaine des soins ne sont pas « considérables », mais très faibles : les actes de soins quotidiens ne peuvent pas être numérisés, remplacés ou exécutés plus rapidement grâce aux progrès techniques.

L'**AVASAD** propose de réintroduire la notion de marge de tolérance, présentée dans le projet de loi soumis au Parlement. Lors de la fixation des objectifs quadriennaux en matière de coûts, il paraît donc important de prendre en compte les facteurs de précarisation, de l'évolution démographique et des priorités politiques en matière de santé.

La **FMCH** porte un regard critique sur le projet proposé concernant les objectifs en matière de coûts et de qualité. La FMCH se prononce en faveur d'un système de santé ouvert, dans lequel les prestations nécessaires sont fournies au moment où elles sont requises. Il convient d'en tenir compte lors de la fixation des objectifs en matière de coûts concrets. C'est pourquoi, en cas de conflits d'objectifs potentiels entre les coûts et les objectifs de qualité ainsi que le passage du stationnaire vers l'ambulatoire, la FMCH plaide pour que les objectifs de qualité et la liste AVOS aient clairement la priorité sur les objectifs en matière de coûts.

Pour la **FSP**, ce qui est considéré comme une « évolution indésirable » reste flou et, en l'absence de directives, est laissé à l'appréciation des autorités. Cela comporte le risque de corrections cantonales non uniformes et affaiblit la sécurité juridique. Même si de nouveaux développements apparaissent pendant la longue durée de validité des objectifs, aucun processus d'adaptation n'est prévu. Il faut donc des directives claires sur les facteurs que le Conseil fédéral doit impérativement prendre en compte lors de la fixation des objectifs en matière de coûts - également comme base pour le travail de la CFCQ. Les mots-clés mentionnés jusqu'à présent, tels que morbidité ou possibilités de gain d'efficience, sont trop vagues. En outre, le marché des professionnels disponibles devrait être explicitement pris en compte. Du point de vue de la FSP, il faut tenir compte des évolutions spécifiques dans le domaine de la santé mentale (par exemple, sensibilisation accrue et déstigmatisation), de la prévalence et de l'évolution démographique. En outre, les possibilités de gain d'efficience doivent être démontrées.

La **FSSF** propose de remplacer « possibilités de gain d'efficience » par « situation d'approvisionnement » et de supprimer le mot « notamment ».

H+ et **unimedsuisse** sont d'avis que les objectifs en matière de coûts dans un système de santé ouvert sont peu pertinents, en particulier pour les fournisseurs de prestations qui n'interviennent que sur prescription médicale et dont la rémunération est réglée par la loi. La charge bureaucratique qui en découle constitue une charge supplémentaire pour les hôpitaux universitaires. **unimedsuisse** rejette l'approche

d'économie planifiée des objectifs en matière de coûts et demande à la place des instruments de qualité plus forts comme la transparence des indications et des résultats. Le rejet par le Parlement des groupes de coûts par groupe de fournisseurs de prestations a été accueilli positivement. Le fait que le projet prévoie à nouveau des objectifs en matière de coûts pour certains groupes (art. 75b), bien qu'il n'existe aucune base légale pour cela, est jugé d'autant plus critique - cet article devrait être supprimé. En outre, le texte de l'ordonnance ne contient pas de moyens juridiques pour lutter contre des objectifs en matière de coûts irréalistes. Il faut des directives claires sur ce que le Conseil fédéral doit impérativement prendre en compte lors de la fixation - en particulier la démographie, le comportement des patients et les possibilités de gain d'efficience démontrables.

Interpharma demande qu'une consultation soit menée sur le concept de mise en œuvre des objectifs en matière de coûts et propose des compléments aux facteurs à prendre en compte lors de la fixation des objectifs en matière de coûts (art. 75a, al. 2).

mfe et **pédiatrie Suisse** sont de l'avis qu'au niveau de l'ordonnance, le contenu doit prévoir que la définition des objectifs en matière de coûts et de qualité doit être fixée après consultation des fournisseurs de prestations, des assureurs et des assurés.

L'**OPS** salue en particulier le fait que l'évolution économique et l'évolution des salaires et des prix soient également prises en compte à l'avenir.

ospita fait remarquer que l'unité de mesure devrait être clairement définie - précisément en vue de la possibilité de planification correspondante des cantons - et souhaiterait que l'al. 2 soit complété par les particularités et les différences régionales et/ou spécifiques au secteur, et les charges consécutives à la réglementation par la Confédération et les cantons. Il conviendrait d'expliquer comment une telle coordination entre les grandeurs quantitatives (objectifs en matière de coûts) et qualitatives (objectifs de qualité) peut réussir.

pharmaSuisse constate que le texte de loi et le projet d'ordonnance se réfèrent à plusieurs reprises à des « objectifs en matière de coûts », sans toutefois préciser sous quelle forme ou à l'aide de quels critères de mesure ceux-ci doivent être concrètement fixés. Afin de garantir une base de planification fiable pour les cantons et de permettre un pilotage efficace, il est indispensable de définir ces paramètres de manière claire et transparente. D'autres facteurs tels que - les différences régionales et sectorielles ainsi que les conditions structurelles - les charges financières supplémentaires qui devraient résulter de prescriptions réglementaires de la Confédération et des cantons doivent être intégrés en plus. Une analyse méthodologique claire est nécessaire pour garantir un lien cohérent et pratique, sans se focaliser unilatéralement sur les coûts.

Selon **physioswiss**, l'énumération de l'al. 2 devrait être exhaustive.

La **SSDV** est défavorable.

Pour la **vaka**, il faut prendre en compte, en plus du développement économique et des progrès médico-techniques, les changements démographiques, le comportement des patients ainsi que les changements structurels voulus par les politiques (par exemple, l'ambulatoire avant l'hospitalier).

Organisations du secteur de la santé – Fournisseurs de prestations

Selon la **CSS**, **HSK** et **tarifsuisse SA**, la notion de « possibilités de gain d'efficience » devrait être clairement définie.

Selon **prio.swiss**, l'introduction de nouvelles notions telles que notamment « coûts nécessaires » à la couverture (...), « besoins médicaux » et « de haute qualité et adéquats » n'est pas compréhensible. prio.swiss est en principe d'accord avec l'ajout des possibilités de gain d'efficience. Cette notion doit être clairement définie, également dans le sens d'une opérationnalisation raisonnable. D'une manière générale, il convient de noter que la fixation d'objectifs sur quatre ans n'est guère praticable et qu'elle est liée à de nombreuses incertitudes.

Associations de consommateurs

kf fait remarquer que les objectifs en matière de coûts et de qualité entrent en conflit avec d'autres dispositions de la LAMal, notamment avec l'art. 47c LAMal. En outre, diverses notions en rapport avec les objectifs en matière de coûts ne seraient pas claires.

Autres

pro-salute.ch suggère que la Confédération s'assure, par des dispositions d'ordonnance correspondantes, que les cantons procèdent à une audition conformément à l'art. 54a, al. 2, N-LAMal, lorsqu'ils

fixent eux-mêmes des objectifs en matière de coûts. En outre, pro-salute.ch propose de compléter l'al. 2, let. b, par les termes « de soins, de conseil et de thérapie » afin de couvrir tous les aspects des soins médicaux.

scienceindustries demande, en accord avec le Parlement, que les objectifs de qualité soient pris en compte de manière plus claire et plus contraignante dans l'ordonnance. Il est essentiel que la qualité des soins médicaux soit mesurable et incluse dans les objectifs au même titre que les coûts, afin de garantir que les économies visées ne se fassent pas au détriment des soins aux patients. Des directives pratiques pour mesurer les objectifs de qualité seront indispensables pour garantir un bon équilibre entre les coûts et la qualité.

4.10 Prises de position sur l'art. 75b OAMal

Cantons

Aux yeux de la **CDS** et des cantons de **AG, AI, BL, BS, FR, GE, JU, LU, NE, OW, SG, SH, SO, TI, VD, VS** et **ZG**, la raison pour laquelle ces groupes, et seulement ceux-là, figurent dans le projet d'ordonnance n'est pas évidente. Il devrait être possible de définir des objectifs en matière de coûts pour d'autres fournisseurs de prestations, voire pour tous. Par ailleurs, la let. d ne devrait pas se limiter aux médicaments, mais inclure les produits thérapeutiques en général, qui comprennent également les dispositifs médicaux. Si la Confédération ne souhaite pas élargir les groupes de coûts, les cantons devraient avoir explicitement la possibilité d'aller au-delà de l'énumération à l'art. 75b.

BE constate que les groupes de coûts définis à l'art. 75b ne sont pas non plus énumérés de manière exhaustive et il n'existe aucune disposition relative à la définition de la période de consultation. Il n'y a pas non plus d'explications sur les données dont disposent les cantons pour prendre position sur les propositions d'objectifs du Conseil fédéral, ni sur la granularité, la périodicité et les modalités de cette prise de position. Une prise de position fondée entraîne inévitablement des charges administratives supplémentaires. Le Conseil fédéral a omis de clarifier les besoins des cantons en matière de données lors de la révision de l'ordonnance. Par conséquent, les dispositions d'exécution relatives aux objectifs en matière de coûts à fixer au niveau fédéral sont insuffisantes. Elles laissent encore de nombreuses questions de mise en œuvre en suspens.

GE recommande d'intégrer explicitement dans l'art. 75b les garanties d'accès aux soins et de qualité figurant à l'art. 75a. Il serait également pertinent de préciser, comme dans ce dernier article, les facteurs que le Conseil fédéral prendra en compte, notamment le taux de couverture tarifaire et les effets de substitution entre secteurs. Les réductions de coûts devraient viser les domaines à forte marge, et éviter d'impacter ceux déjà déficitaires (ex. soins de base complexes). Il est essentiel de tenir compte des effets intersectoriels (ex. transfert de l'hospitalier vers l'ambulatoire ou le domicile), qui allègent les coûts globaux mais augmentent certaines dépenses spécifiques.

GR constate que l'art. 75b énumère les groupes de coûts pour lesquels des objectifs en matière de coûts doivent être édictés à partir de l'introduction de ces modifications, cette énumération n'étant pas exhaustive. La let. e de cet article mentionne entre autres les soins en EMS ou à domicile. Le financement résiduel des prestations de soins est assuré par les cantons. Un objectif national de coûts ne pourra guère tenir compte des différentes solutions de financement résiduel des soins dans les différents cantons sans un effort disproportionné. Tant qu'il en sera ainsi, GR recommande de supprimer cette disposition ou du moins de laisser aux cantons le soin de définir les objectifs en matière de coûts.

SG trouve le fait que la définition des objectifs en matière de coûts par la Confédération soit limitée à cinq groupes de coûts dans l'art. 75b incompréhensible.

TG est d'avis que la répartition des objectifs en matière de coûts par groupes de coûts n'est pas pertinente. Une telle différenciation encourage la pensée en silo et ne favorise guère la transparence.

VS constate une divergence dans les documents de consultation : l'art. 75b, let. e se réfère aux traitements ambulatoires par des médecins hors de l'hôpital, alors que dans la version française du tableau comparatif entre le droit en vigueur et l'avant-projet pour la consultation il est mentionné « traitements ambulatoires hors de l'hôpital » sans les limiter aux médecins.

ZH fait remarquer que la let. d ne se limite pas aux médicaments, mais vise de manière générale les produits thérapeutiques, qui comprennent également les dispositifs médicaux.

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

Le **PRD** et l'**UDC** sont d'avis que la fixation d'objectifs en matière de coûts par groupes de coûts est contraire à la volonté du Parlement et favorise la pensée en silo critiquée, raison pour laquelle la disposition correspondante doit être supprimée.

Le Centre est également critique à l'égard de la fixation d'objectifs en matière de coûts pour des groupes de coûts spécifiques, car cela va à l'encontre d'un traitement coordonné et intégré.

Associations faitières de l'économie au niveau national

Selon **economiesuisse**, il faut renoncer à fixer des objectifs en matière de coûts par groupes de coûts, car cela a déjà été rejeté par le Parlement, ce qui encouragerait l'esprit de silo et rendrait les soins moins efficaces.

L'**USS** salue le choix des groupes de coûts et leur mention explicite dans l'ordonnance.

Organisations du système de santé - Fournisseurs de prestations

L'**AGZ**, l'**AMDHS**, l'**ASDD**, l'**ASMAC**, l'**ÄTG**, le **Bündner Ärzteverein**, la **FMH**, la **KAeG SG**, **mfe**, la **SMCB**, la **SMVS**, la **SSMIG**, et l'**UNION** rejettent l'ancrage d'objectifs en matière de coûts pour des groupes de coûts spécifiques. Pour les groupes de coûts sous let. b. traitements ambulatoires à l'hôpital et let. c. traitements ambulatoires par des médecins en dehors de l'hôpital, la neutralité dynamique des coûts lors de l'introduction du TARDOC et des forfaits ambulatoires impose de facto des objectifs en matière de coûts stricts. Il faut absolument en tenir compte lors de la fixation d'objectifs en matière de coûts pour ces groupes de coûts.

Pour l'**Aide et les soins à domicile**, la pertinence d'objectifs en matière de coûts nationaux dans le domaine des soins à domicile est discutable, car de nombreuses prestations sont ordonnées par les médecins et financées par les cantons/communes. Certes, une différenciation par groupes de coûts est compréhensible, car les coûts suivent différentes lois. En même temps, cette séparation d'un setting rend difficile une évaluation globale, par exemple en cas de transferts de coûts voulus par la politique. En outre, la manière dont la représentation de tous les settings pertinents par les fournisseurs de prestations doit être assurée n'est pas claire. Il est compréhensible que le Conseil fédéral se concentre sur les plus grands blocs de coûts de l'AOS. Il est toutefois incompréhensible que les soins soient en plus mis en avant alors que des blocs de coûts plus importants ou pertinents comme les "autres prestations" ne sont pas pris en compte. Leur rôle (près de 15 % des coûts de l'AOS) doit être pris en compte dans la discussion.

Selon **ARTISET**, l'adaptation doit garantir que le fait de ne pas atteindre les objectifs en matière de coûts ne se répercute pas négativement sur les objectifs en matière de coûts des autres groupes de coûts. Aucune compensation ne doit être effectuée au détriment des autres groupes de coûts.

Selon l'**ASE**, le terme « notamment » signifie que la liste n'est pas exhaustive et qu'elle peut être complétée à tout moment par d'autres groupes de coûts. Selon cette liste, seul le domaine hospitalier ambulatoire serait concerné en ergothérapie, mais pas le domaine de l'ergothérapie ambulatoire. La formulation « notamment » crée une insécurité juridique. L'ASE demande que les prestataires soient consultés avant que le Conseil fédéral n'élargisse les groupes de coûts.

L'**ASI** salue la subdivision des groupes de coûts pour la fixation d'objectifs par domaine de dépenses. Du point de vue de l'ASI, MedTech devrait toutefois être ajouté comme groupe de coûts supplémentaire. La dynamique dans les différents domaines est différente. Dans le domaine des soins en particulier, on s'attend à une croissance dynamique en raison de l'évolution démographique. Une prise en compte séparée permet de tenir compte de cette évolution.

Pour l'**ASMAC**, la fixation d'objectifs par groupes de coûts n'a pas de sens, il manque une base légale formelle. Il doit être possible de déplacer des prestations vers des domaines ambulatoires plus avantageux.

Pour l'**ASPS**, il est important que les groupes de coûts soient considérés séparément et que le Conseil fédéral fixe ainsi des objectifs autonomes pour les différents domaines de prestations.

La **FMCH**, la **PAP (SSPP et SMHV)** et la **SSDV** sont défavorables.

H+ et **unimeduisse** sont d'avis que cette disposition n'est pas conforme à la LAMal. Il manque une base légale pour définir les groupes de coûts dans l'OAMal. De plus, les objectifs en matière de coûts ne sont pas praticables à ce niveau d'agrégation. L'art. 75b doit donc être entièrement supprimé.

Intergenerika, **Interpharma** et la **vips** se prononcent contre la définition d'objectifs en matière de coûts par groupe de coûts, car le Parlement s'y est également opposé. De plus, **Interpharma** critique le choix des groupes de coûts comme étant incompréhensible et fait - au sens d'une proposition éventuelle - des recommandations pour d'autres catégories.

L'**OPS** et **senesuisse** sont favorables.

Selon **ospita** et **pharmaSuisse**, les groupes de coûts mentionnés constituent une discrimination intolérable. Pour ce faire, il est essentiel de compléter l'art. 75a, al. 2, par des particularités et des différences spécifiques au secteur.

physioswiss est d'avis que l'énumération des groupes de coûts doit être exhaustive.

La **vaka** est d'avis que cet article doit être supprimé. Séparer les objectifs en matière de coûts par groupes de fournisseurs de prestations saperait les soins intégrés et n'est pas suffisamment étayé dans la LAMal.

Organisations du système de santé - Assureurs

prio.swiss est d'avis que les laboratoires et la physiothérapie doivent également être pris en compte.

Associations de consommateurs

kf s'oppose à la fixation d'objectifs en matière de coûts par groupe de coûts, étant donné que le Parlement s'y est également opposé.

Autres

Pour l'**OTMA SA**, les groupes de coûts visés à l'art. 75b ne sont pas des ensembles de coûts indépendants les uns des autres. D'une part, le principe de l'ambulatoire avant le stationnaire entraîne un transfert de prestations du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire. D'autre part, les modifications de la structure de l'offre dans le domaine médical ambulatoire entraînent des transferts du secteur des cabinets médicaux vers le secteur hospitalier.

Pour **scienceindustries**, l'introduction d'objectifs séparés par groupe de coûts, notamment dans le domaine des médicaments, doit être clairement rejetée du point de vue de la politique industrielle et de la politique de santé.

pro-salute.ch souhaite que la lettre c soit complétée (« ...et d'autres fournisseurs de prestations... »), car d'autres professionnels de la santé ont également le droit, selon la loi, de prendre des dispositions remboursables par les caisses.

4.11 Prises de position sur l'art. 75c OAMal

Cantons

La **CDS** et les cantons de **BL**, **GE**, **LU**, **NE**, **OW**, **SG**, **SH**, **TI**, et **VS** jugent les précisions sur la répartition des tâches entre la CFCQ et la CFQ nécessaires. Ils sont également favorables à la composition de la commission, ainsi qu'à la représentation de la CFQ.

BE souligne que la répartition des rôles entre la CFQ, qui existe depuis 2021, et la CFCQ, qui doit être instituée, doit impérativement être clarifiée. BE craint que la nouvelle commission ne rende le système déjà complexe aujourd'hui encore plus complexe et moins transparent. En raison des recoupements et afin d'éviter les doublons, il convient donc d'examiner si les nouvelles tâches ne devraient pas être assumées par la CFQ déjà existante.

GR dit qu'une consultation des acteurs du système de santé n'est pas réglée dans les dispositions de l'ordonnance sur la CFCQ. Il serait judicieux de procéder à cette consultation avant que le Conseil fédéral ne fixe les objectifs en matière de coûts. GR propose de compléter l'art. 75c dans ce sens.

SO estime que la création de la CFCQ est judicieuse. De même, SO salue les dispositions de coordination de cette commission avec la CFQ ainsi que la présence d'un membre de la CFQ au sein de la CFQ à cette fin.

TG rejette la création de la CFCQ, étant donné que tous les spécialistes devraient déjà être représentés au sein de la CFQ et que les domaines d'activité se recoupent largement. TG propose d'élargir le mandat de la CFQ de manière appropriée.

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

L'**UDC** est d'avis qu'il n'est pas opportun de créer une commission supplémentaire. Une adaptation du mandat de la CFQ serait suffisante.

Les VERT-E-S demandent, par souci d'efficacité et de transparence, qu'il soit envisagé, soit de fusionner les deux commissions en une seule, soit d'assurer une répartition claire des tâches reflétée dans le titre même de la commission.

Associations faitières de l'économie au niveau national

economiesuisse considère qu'une commission supplémentaire serait dommageable, car elle augmenterait les coûts de coordination et la complexité des réglementations LAMal. La fixation d'objectifs en matière de coûts pourrait être confiée à la Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP). Selon **economiesuisse**, l'industrie pharmaceutique devrait également être représentée au sein de cette commission.

L'**USAM** rejette la création d'une nouvelle commission parallèle, qui introduirait une double régulation inutile, source de confusion, de charges administratives supplémentaires et de surcoûts non couverts. De plus, le risque d'une représentation déséquilibrée et sans véritable indépendance ni parité entre les parties concernées, est réel.

Organisations du système de santé – Fournisseurs de prestations

L'**AGZ**, l'**AMDHS**, l'**ASDD**, l'**ASMAG**, l'**ÄTG**, le **Bündner Ärzteverein**, la **FMH**, la **KAeG SG**, **mfe**, la **PAP (SSPP et SMHC)** la **SGPP**, la **SMCB**, la **SMHC**, la **SMVS**, la **SSDV**, la **SSMIG**, et l'**UNION** constatent qu'un seul représentant des fournisseurs de prestations est prévu, contre sept représentants des milieux scientifiques, des assureurs, des assurés, des cantons et de la CFQ. La proportionnalité ou l'adéquation n'est manifestement pas donnée et doit être corrigée en conséquence. En outre, il faut s'assurer que les petits groupes professionnels, en particulier, soient pris en compte de manière appropriée dans la composition de la commission.

L'**Aide et les soins à domicile**, l'**ASI**, l'**ASPS** et **senesuisse** demandent que les fournisseurs de prestations soient représentés par deux personnes et **physioswiss** et la **FSP** par trois personnes, car la diversité des nombreux fournisseurs de prestations différents ne serait sinon pas suffisamment prise en compte et parce que les payeurs des prestations (assureurs et cantons) sont également représentés par deux personnes. En outre, **physioswiss** est d'avis que les qualifications des personnes visées à la lettre f (« personnes issues du monde scientifique ») devraient être définies plus précisément. Pour l'**Aide et les soins à domicile**, l'**ASPS** et **senesuisse**, il serait également envisageable, en raison de l'ampleur du sujet, d'élargir la taille de la commission au nombre maximal de 15 membres, afin de prendre en compte le plus grand nombre d'aspects possible.

Pour l'**Aide et soins à domicile**, il faut éviter qu'au final, ce soit une représentation de l'association la plus forte ou du plus grand bloc de coûts qui soit élue. L'Aide et soins à domicile Suisse déconseille donc une représentation purement associative et propose d'élire ici des personnes disposant d'une expérience dans différents domaines et apportant notamment une compréhension d'un point de vue transversal. Une représentation purement professionnelle ne serait pas acceptée par les fournisseurs de prestations.

ARTISET considère déjà d'un œil critique la création d'une nouvelle commission. Cela entraîne une charge administrative supplémentaire qui n'apporte guère de valeur ajoutée. En outre, il est inacceptable qu'une seule personne puisse représenter le point de vue des fournisseurs de prestations. Si la Confédération ne se laisse pas dissuader de créer une nouvelle commission, **ARTISET** propose que la personne qui représente la science au sein de la CFQ siège automatiquement au nom de la science au sein de la CFCQ. Un siège est ainsi libéré. Celui-ci doit être attribué à une représentation supplémentaire des fournisseurs de prestations.

L'**ASE** est d'avis qu'une seule personne représentant tous les fournisseurs de prestations n'est pas réaliste en raison de la diversité des fournisseurs de prestations. Proposition : il convient ici de différencier les prestataires comparables et de les compléter par des représentants correspondants.

L'**ASDD** souligne la nécessité pour les experts scientifiques de déclarer leurs liens d'intérêts et les éventuels conflits d'intérêts qui pourraient en résulter. L'aspect de la « neutralité » est essentiel pour ne pas créer de déséquilibre au sein de la commission.

Selon l'**ASPI**, une harmonisation claire entre la CFQ et la CFCQ est indispensable.

L'**AVASAD** propose de doubler le nombre de représentants des fournisseurs de prestations, des cantons, des assureurs et des assurés au sein de la CFCQ. Pour les fournisseurs de prestations, un représentant serait impliqué dans les obligations de prise en charge stationnaire et l'autre dans les obligations de prise en charge ambulatoire.

Pour la **Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen** et **Intergenerika**, la nouvelle commission doit être composée de manière à ne pas créer de conflits d'intérêts dès le départ. Avec cette marginalisation du droit de regard des fournisseurs de prestations à une seule personne, l'échec est programmé. Des conflits d'intérêts et des distorsions du système risquent de se produire.

La **FSSF** propose trois personnes représentant les fournisseurs de prestations et trois personnes issues de la recherche sur les soins et de l'économie de la santé.

H+ et **unimedsuisse** rejettent la nouvelle CFCQ. Les tâches pourraient être assumées par les partenaires tarifaires existants et la CFQ. Une nouvelle commission crée des doublons, augmente la charge administrative et ne tient pas suffisamment compte de la réalité de la pratique. Les points critiques sont les suivants : une charge supplémentaire pour les fournisseurs de prestations en raison de nouveaux processus, le risque de recommandations inutilisables en raison du manque d'expérience pratique, la représentation insuffisante des fournisseurs de prestations (1 seule personne), la « compétence professionnelle » des membres qui n'est pas clairement définie, le manque de clarté concernant les sources de données utilisées et le double relevé doit être exclu. Une mise en œuvre allégée au maximum est demandée, avec au moins trois représentants des fournisseurs de prestations pour garantir la parité. La commission ne doit avoir accès qu'à des données déjà existantes et officielles.

IGGH - CH est d'avis que les petits fournisseurs de prestations sans représentation directe sont désavantagés, car la commission prévue se voit attribuer des tâches et des compétences étendues. **IGGH - CH** demande que des spécialistes du domaine de l'obstétrique non hospitalière soient intégrés à la commission ou du moins formellement impliqués dans le processus de consultation.

Intergenerika, **Interpharma** et la **visp** ne reconnaissent pas la nécessité d'une nouvelle commission et proposent d'élargir le mandat de la CFQ et d'adapter sa composition. Ils estiment en outre que l'industrie (pharmaceutique) devrait également être représentée de manière appropriée au sein de la commission.

Interpharma recommande d'élargir le mandat de la CFQ existante et d'adapter sa composition, plutôt que de créer une commission séparée. Une représentation adéquate de l'industrie en tant que partie prenante importante dans le système de santé suisse est essentielle. Pour la composition des commissions, il est judicieux de s'inspirer de la composition de la Commission fédérale des médicaments.

ospita estime que la proposition de composition de la commission fait craindre qu'elle ne présente un grave problème de gouvernance : Les « représentations » proposées laissent penser que les membres de la commission devront avant tout défendre les intérêts de leur « groupe d'origine » plutôt que d'être à la disposition du Conseil fédéral en tant qu'experts. Elle propose soit que la commission soit composée d'experts indépendants (avec des interdictions claires de mandats dans le secteur de la santé et auprès des autorités concernées), soit que la commission soit composée de représentants d'intérêts. Dans ce cas, les deux parties du financement de l'AOS - facteurs (fournisseurs de prestations) et patients d'une part, et payeurs d'autre part (assureurs et cantons) - devraient être représentées de manière paritaire au sein de la commission, avec la voix prépondérante d'un(e) président(e) indépendant(e).

L'**OPS** est favorable. Elle demande que soient communiquées les associations qui, du côté des fournisseurs de prestations, entrent en ligne de compte pour un siège. Il faut veiller à ce que les charges administratives n'augmentent pas davantage, ni pour les fournisseurs de prestations directement, ni pour les associations.

mfe et **Pédiatrie Suisse** proposent de renoncer à une nouvelle commission et recommandent de confier à l'OFSP la tâche du monitoring des coûts. En effet, les objectifs de qualité peuvent très bien être confiés à la CFQ déjà existante, qui peut également se charger d'un monitoring de la qualité. Les chevauchements et donc les efforts de coordination pourraient ainsi être facilement évités.

Pour **pharmaSuisse**, il est extrêmement douteux qu'une seule personne puisse représenter de manière adéquate les différents types de fournisseurs de prestations. La diversité des différents fournisseurs de prestations doit être prise en compte de manière appropriée. D'une manière générale, elle est critique à l'égard d'une commission supplémentaire, qui engendre des coûts supplémentaires et n'apporte guère d'utilité supplémentaire. De plus, la composition proposée laisse supposer que les membres respectifs de la commission doivent en premier lieu apporter et défendre les intérêts des organisations représentées plutôt que d'apporter une expertise effective. Il serait plus judicieux de concevoir la commission soit comme un groupe d'experts sans représentants d'intérêts, soit comme une commission composée de tous les représentants d'intérêts. Ce faisant, il faudrait tenir compte des commissions déjà existantes.

La **SSO** s'oppose à la surreprésentation des « personnes du monde scientifique ». Il n'est pas compréhensible et pas non plus équilibré de prévoir ici 3 représentants, alors qu'il n'y en a qu'un par ailleurs. Si des clarifications scientifiques s'avèrent nécessaires, la commission peut demander des avis à des experts. Une surreprésentation n'a pas de base légale. La loi ne prévoit pas de surreprésentation des experts. L'art. 54e, al. 3 LAMal est libellé comme suit : « Le Conseil fédéral nomme les membres de la commission. Il veille à ce que les assureurs, les assurés, les cantons, les fournisseurs de prestations ainsi que les spécialistes soient équitablement représentés ».

La **vaka** s'oppose à la création d'une commission supplémentaire, car elle entraînerait un surcroît de travail administratif et ferait double emploi avec la CFQ.

Organisations du secteur de la santé - Assureurs

prio.swiss salue la participation d'experts scientifiques. Toutefois, il n'est pas clair de quelles disciplines il s'agit - ce qui rend difficile la compréhension de leur pondération avec trois sièges dans la commission. Les assureurs et les fournisseurs de prestations sont particulièrement importants pour la définition d'objectifs en matière de coûts mesurables et adaptés à la pratique. Il est donc proposé de renforcer leur représentation en leur attribuant deux sièges chacun, l'un pour le secteur ambulatoire, l'autre pour le secteur hospitalier. Il faudrait en outre examiner la possibilité d'intégrer des membres de commissions existantes afin d'exploiter les synergies. L'al. 3 est soutenu, car il garantit que tous les membres de la commission doivent disposer d'une grande compétence dans le domaine de la gestion des coûts, des données et des statistiques, indépendamment de leur représentation d'intérêts.

Associations de consommateurs

kf fait remarquer qu'une nouvelle commission entraînerait des chevauchements avec d'autres commissions (CFQ et CFPP). Le projet créerait des doublons, des compétences peu claires et des incertitudes juridiques.

Autres

pro-salute.ch est favorable à une représentation des assurés par deux personnes, car on ne pense souvent qu'à la perspective du « patient et de la patiente ». Or, il y a aussi beaucoup de personnes en bonne santé, qui n'ont pas besoin de traitement actuellement, qui sont intéressées par l'accomplissement des tâches de cette commission et qui ont les compétences nécessaires. Si elles sont représentées par deux personnes, il est possible d'atteindre une certaine diversité.

scienceindustries est d'avis que l'introduction d'une CFCQ supplémentaire comporte le risque de doublons et d'une complexité accrue. De son point de vue, il est important qu'une éventuelle nouvelle commission dispose d'une composition équilibrée sur le plan technique et institutionnel. Soit elle sera composée d'experts indépendants, à l'exclusion des représentants d'intérêts institutionnels, soit elle prévoira une représentation paritaire des différents groupes d'acteurs (fournisseurs de prestations, assureurs, cantons, industrie) avec une présidence indépendante. Il convient de tenir compte du fait que l'industrie pharmaceutique n'est pas classée comme fournisseur de prestations au sens de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), mais qu'elle disposera également d'un siège au sein de la commission en tant que partie prenante importante du système de santé si un objectif de coûts séparé pour les médicaments devait être maintenu.

4.12 Prises de position sur l'art. 75d OAMal

Cantons

AG se demande si les recommandations peuvent ou doivent également se référer aux objectifs selon l'art. 75a ss.

BE fait remarquer qu'il est nécessaire que le monitoring des coûts selon l'art. 47c LAMal et les directives relatives aux objectifs en matière de coûts selon l'art. 54 N-LAMal soient harmonisées entre elles. Les deux instruments s'adressent à des destinataires différents. Dans le rapport explicatif, l'OFSP n'explique toutefois pas comment la fixation d'objectifs en matière de coûts par la Confédération et, le cas échéant, les cantons (art. 54 à 54b N-LAMal), le monitoring des coûts par la nouvelle commission fédérale à créer (art. 54c N-LAMal) et les mesures des partenaires tarifaires (art. 47c LAMal) doivent s'imbriquer pour permettre une maîtrise efficace des coûts. Dans le cadre des préparatifs d'exécution, BE aurait attendu un examen de la Confédération et des explications correspondantes. Par ailleurs, on attendait également que, dans l'optique globale de l'exécution, les points de jonction avec les deux autres instruments de ce projet, à savoir « l'adaptation d'une convention tarifaire qui ne remplit plus les exigences légales » (art. 46a N-LAMal) et « les mesures prises par les partenaires tarifaires pour renforcer les critères EAE » (art. 56, al. 5, N-LAMal), soient examinés et discutés.

Afin de maintenir dans des limites raisonnables les charges de coordination et d'administration liées à la création de la CFCQ, **SH** estime qu'il est indiqué que la CFCQ ne collecte pas ses propres données, mais qu'elle s'appuie sur des collectes de données déjà existantes et qu'elle coordonne ses activités avec la CFQ déjà en place. Pour SH, ces deux aspects sont toutefois déjà suffisamment couverts par les art. 75d, al. 3 et 75f.

Pour **SO**, on peut se demander pourquoi la CFCQ ne devrait s'appuyer que sur les instruments de monitoring existants de la Confédération pour ses analyses et ses recommandations visant à endiguer l'évolution des coûts, et ne pas tenir compte de facteurs tels que l'évolution de la morbidité, le progrès médico-technique, l'évolution économique et l'évolution des salaires et des prix, ainsi que les possibilités de gain d'efficacité. En tant qu'organe d'experts confirmés, c'est justement lui qui serait le mieux à même d'intégrer de manière adéquate de tels indicateurs dans ses analyses et de décharger la Confédération et les cantons du travail exigeant et gourmand en ressources qu'exige l'art. 75a. **SO** attend du Conseil fédéral qu'il améliore le projet à cet égard, afin que les ressources en personnel des cantons ne soient pas sollicitées de manière excessive pour cette tâche.

TI est favorable.

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

/

Associations faitières de l'économie au niveau national

/

Organisations du secteur de la santé - Fournisseurs de prestations

L'**AGZ**, l'**AMDHS**, l'**ASDD**, l'**ASMAG**, l'**ÄTG**, le **Bündner Ärzteverein**, la **FMH**, la **KAeG SG**, **mfe**, la **SMCB**, la **SMVS**, la **SSMIG**, et l'**UNION** demandent, dans l'esprit de l'EAE, que les nombreuses réglementations visant plus ou moins le même objectif soient coordonnées et harmonisées entre elles en ce qui concerne un monitoring des coûts. Les données de la CFQ mentionnées par l'art. 75d, al. 3. n'ont pas leur place ici car, à l'al. 2, aucune tâche relative à la qualité n'est prévue.

Pour l'**Aide et les soins à domicile**, il est important que ces tâches aient obligatoirement lieu et soient coordonnées avec d'autres tâches qui sont également prévues pour la surveillance des coûts. Il s'agit par exemple des obligations nécessaires de révision et d'adaptation des conventions tarifaires (art. 59d) : les mesures qui visent le même objectif, notamment les réglementations relatives à la surveillance des coûts. Ces mesures doivent être coordonnées et harmonisées entre elles.

ARTISET et la **vaka** font remarquer qu'il ne faut pas imposer aux fournisseurs de prestations la transmission de données supplémentaires. C'est pourquoi la CFCQ doit s'appuyer sur les collectes de données existantes. Le sous-financement actuel des soins de longue durée ainsi que les évolutions voulues par les politiques (transfert du stationnaire vers l'ambulatoire) doivent être pris en compte lors de la fixation des objectifs en matière de coûts.

L'**ASPS** et **senesuisse** sont d'accord pour renoncer à un nouveau système de surveillance, mais doutent de l'utilité d'une surveillance détaillée et d'une évaluation des données (en général déjà obsolètes).

Du point de vue de la **FSP**, il serait nettement plus efficace, pour freiner la croissance des coûts, d'évaluer régulièrement les processus administratifs existants et d'accélérer leur rationalisation.

La **FSSF** souhaite supprimer le mot « notamment ».

Interpharma fait remarquer qu'il manque ici aussi des points relatifs à la qualité au lieu de la simple focalisation sur les coûts. En outre, Interpharma recommande l'élaboration de lignes directrices et de voies thérapeutiques obligatoires pour au moins cinq diagnostics particulièrement importants.

L'**OPS** est favorable.

ospita fait remarquer qu'il n'est absolument pas clair comment la surveillance supplémentaire des coûts de la commission proposée dans le projet se comportera par rapport à ces travaux selon l'art. 47c LAMal. Le double emploi est évident et doit être résolu en renonçant en conséquence dans l'OAMal aux tâches de la CFCQ. L'objectif des recommandations de la nouvelle commission, leurs effets et la manière dont elles seront communiquées restent totalement ouverts et seront probablement laissés à la première composition de la commission.

pharmaSuisse se demande pourquoi la commission introduit un monitoring supplémentaire des coûts alors que celui-ci est déjà effectué par le biais des conventions tarifaires entre les fournisseurs de prestations et les assureurs ou leurs associations (art. 47c LAMal). Cela conduit à une duplication inutile et à une double surveillance des coûts. Il serait plus judicieux que, sur la base du suivi effectué dans le cadre des conventions tarifaires, non seulement des mesures correctives soient prises en cas d'évolutions inexplicables, mais que des recommandations puissent également être formulées à l'attention de la Confédération et des partenaires tarifaires. En cas de décisions du Conseil fédéral ou d'une autre

autorité, basées sur les recommandations de la commission, les fournisseurs de prestations et les assureurs ou leurs associations doivent toujours être consultés.

Selon **physioswiss**, la commission doit non seulement surveiller les coûts, mais aussi la sécurité de l'approvisionnement. En outre, il faut garantir que les recommandations de la commission se basent toujours sur des données actuelles.

Organisations du secteur de la santé - Assureurs

prio.swiss salue l'utilisation des collectes de données existantes et donc l'évitement des doublons. La commission n'a pas de pouvoir de décision, ce qui est compréhensible. Néanmoins, elle se voit confier des travaux, notamment en matière de surveillance des coûts, qui nécessitent une certaine marge de manœuvre et surtout des ressources. Il ne ressort ni des explications données dans le commentaire, ni du texte de l'ordonnance, avec quels moyens et quelles ressources cela doit être mis en œuvre.

Associations de consommateurs

/

Autres

/

4.13 Prises de position sur l'art. 75e OAMal

Cantons

BE constate que l'art. 75d, ainsi que les explications qui les accompagnent, ne fournissent pas d'informations plus concrètes sur les tâches de la CFCQ, sur les mesures possibles ainsi que sur la responsabilité de l'exécution et du contrôle des corrections. En outre, il est indiqué que, lors de la détermination des indicateurs à surveiller, elle devrait également tenir compte du fait que les objectifs en matière de coûts (et de qualité) peuvent parfois déclencher des transferts indésirables vers des domaines qui ne sont pas soumis au contrôle de l'Etat.

TI est favorable.

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

/

Associations faîtières de l'économie au niveau national

/

Organisations du secteur de la santé – Fournisseurs de prestations

ARTISET souhaite un ajout précisant que les coûts de la commission sont pris en charge par la Confédération.

L'**OPS** suisse est favorable.

Interpharma, mfe et pédiatrie suisse sont défavorables.

Organisations du secteur de la santé - Assureurs

/

Associations de consommateurs

/

Autres

/

4.14 Prises de position sur l'art. 75f OAMal

Cantons

TI est favorable.

VD souligne que la question des objectifs en matière de qualité est encore peu développée et devrait être davantage précisée dans l'OAMal, notamment pour ce qui concerne les médicaments. Il recommande une coordination avec la CFQ avant toute fixation d'objectifs, ainsi qu'une base légale claire permettant d'évaluer et de valider les objectifs, qu'ils soient fixés à l'échelle cantonale ou fédérale.

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

/

Associations faïtières de l'économie au niveau national

/

Organisations du secteur de la santé - Fournisseurs de prestations

Pour l'**AGZ**, l'**AMDHS**, l'**ASDD**, l'**ASMAG**, l'**ÄTG**, le **Bündner Ärtzeverein**, la **FMH**, la **KAeG SG**, mfe, la **PAP (SSPP et SMHC)**, la **SMCB**, la **SMVS**, la **SSDV**, la **SSMIG**, et l'**UNION**, la délimitation entre la CFQ et les objectifs de qualité correspondants d'une part et la CFCQ et les objectifs en matière de coûts et de qualité correspondants d'autre part ne semble pas claire. En outre, l'**AGZ**, l'**AMDHS**, l'**ASDD**, l'**ASMAG**, l'**ÄTG**, le **Bündner Ärtzeverein**, la **FMH**, la **KAeG SG**, la **PAP (SSPP et SMHC)**, la **SMVS**, la **SSMIG** et l'**UNION** sont d'avis que les modifications de la LAMal et de l'OAMal n'indiquent pas clairement pourquoi elles sont intitulées « objectifs en matière de coûts et de qualité ». Seuls les objectifs en matière de coûts sont visibles. L'alinéa 1 dit « La commission (il s'agit de la CFCQ) s'appuie sur les travaux de la CFQ pour le monitoring de la qualité ». Il n'est pas clair ou compréhensible quel est l'impact de cette « coordination » sur les conventions de qualité selon l'art. 58a LAMal.

L'**Aide et les soins à domicile** est d'avis qu'une bonne coordination claire des travaux de la CFCQ et de la CFQ est impérative. Lors de l'élaboration du règlement intérieur et du cahier des charges, il faut absolument éviter les doublons, notamment en ce qui concerne les objectifs de qualité.

ARTISET est d'avis que l'art. 75f doit être entièrement supprimé. La CFQ a une mission et des objectifs complètement différents de ceux de la CFCQ. Les tâches et les objectifs de la CFQ et de la CFCQ ne doivent donc pas être confondus. La garantie de la qualité des soins ne doit en aucun cas être détournée pour endiguer les coûts.

L'**OPS** est favorable.

Selon la **vaka**, les tâches et les responsabilités des deux commissions doivent être clairement séparées. Mélanger la surveillance des coûts et la mesure de la qualité créerait une confusion inutile et augmenterait encore la charge administrative.

Organisations du secteur de la santé - Assureurs

prio.swiss salue la coordination avec la CFQ et la considère comme importante. La présence d'un membre de la CFQ permet de garantir cette coordination. Il convient d'examiner la possibilité qu'un membre de la CFCQ siège au sein de la CFQ afin de garantir la réciprocité.

Associations de consommateurs

/

Autres

/

4.15 Prises de position sur l'annexe 2 OLOGA

Cantons

/

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

/

Associations faïtières de l'économie au niveau national

/

Organisations du secteur de la santé - Fournisseurs de prestations

L'AGZ, l'AMDHS, l'ASDD, l'ASMAC, l'ÄTG, le Bündner Ärzteverein, la FMH, Interpharma, la KAeG SG, la SMCB, la SMVS, la SSDV, la SSMIG, et l'UNION sont défavorables à la modification de l'annexe 2 OLOGA.

Organisations du secteur de la santé - Assureurs

/

Associations de consommateurs

/

Autres

/

4.16 Autres points

Dans le cadre de la consultation, les participants ont parfois soulevé d'autres points en rapport avec la maîtrise des coûts.

L'UDC fait remarquer qu'il faut établir un certain rapport entre la durée du paiement des primes et les prestations des caisses-maladie.

5 Annexe : liste des participants à la consultation ⁶

Cantons / Kantone / Cantoni

Abrév. Abk. Abbrev.	Destinataires / Adressaten / Destinatari
AG	Chancellerie d'État du canton d'Argovie Staatskanzlei des Kantons Aargau Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia
AI	Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno
AR	Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno
BE	Chancellerie d'État du canton de Berne Staatskanzlei des Kantons Bern

⁶ par ordre alphabétique sur la base de l'abréviation

	Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna
BL	Chancellerie d'État du canton de Bâle-Campagne Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna
BS	Chancellerie d'État du canton de Bâle-Ville Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città
FR	Chancellerie d'État du canton de Fribourg Staatskanzlei des Kantons Freiburg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo
GE	Chancellerie d'État du canton de Genève Staatskanzlei des Kantons Genf Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra
GL	Chancellerie d'État du canton de Glaris Regierungskanzlei des Kantons Glarus Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona
GR	Chancellerie d'État du canton des Grisons Standeskanzlei des Kantons Graubünden Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni
JU	Chancellerie d'État du canton du Jura Staatskanzlei des Kantons Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura
LU	Chancellerie d'État du canton de Lucerne Staatskanzlei des Kantons Luzern Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna
NE	Chancellerie d'État du canton de Neuchâtel Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel
NW	Chancellerie d'État du canton de Nidwald

	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo
OW	Chancellerie d'État du canton d'Obwald Staatskanzlei des Kantons Obwalden Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo
SG	Chancellerie d'État du canton de St-Gall Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo
SH	Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa
SO	Chancellerie d'État du canton de Soleure Staatskanzlei des Kantons Solothurn Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta
SZ	Chancellerie d'État du canton de Schwyz Staatskanzlei des Kantons Schwyz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto
TG	Chancellerie d'État du canton de Thurgovie Staatskanzlei des Kantons Thurgau Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia
TI	Chancellerie d'État du canton du Tessin Staatskanzlei des Kantons Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino
UR	Chancellerie d'État du canton d'Uri Standeskanzlei des Kantons Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri
VD	Chancellerie d'État du canton de Vaud Staatskanzlei des Kantons Waadt Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud

VS	Chancellerie d'État du canton du Valais Staatskanzlei des Kantons Wallis Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese
ZG	Chancellerie d'État du canton de Zoug Staatskanzlei des Kantons Zug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo
ZH	Chancellerie d'État du canton de Zurich Staatskanzlei des Kantons Zürich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren
CDS	Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale / in der Bundesversammlung vertretene politische Parteien / partiti rappresentati nell'Assemblea federale

Abrév. Abk. Abbrev.	Destinataires / Adressaten / Destinatari
	Le Centre Die Mitte Alleanza del Centro
PLR	PLR. Les Libéraux-Radicaux
FDP	FDP. Die Liberalen
PLR	PLR. I Liberali Radicali
	Les VERT-E-S suisses GRÜNE Schweiz I VERDI svizzera
PSS	Parti socialiste suisse
SPS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz

	Partito socialista svizzero
UDC	Union démocratique du Centre
SVP	Schweizerische Volkspartei
UDC	Unione democratica di Centro

Associations faïtières de l'économie qui œuvrent au niveau national / Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft / associazioni mantello nazionali dell'economia

Abrév. Abk. Abbrev.	Destinataires / Adressaten / Destinatari
economiesuisse	Fédération des entreprises suisses Verband der Schweizer Unternehmen Federazione delle imprese svizzere
USAM	Union suisse des arts et métiers
SGV	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
USAM	Unione svizzera delle arti e dei mestieri
USS	Union syndicale suisse
SGP	Schweizer Gewerkschaftsverband
USS	Unione sindacale svizzera

Liste des destinataires supplémentaires / Liste der zusätzlichen Vernehmlassungsadressaten / Elenco di ulteriori destinatari

Abrév. Abk. Abbrev.	Destinataires / Adressaten / Destinatari
Millieux intéressés / Interessierte Kreise / Ambienti interessati	
Organisations du domaine de la santé / Organisationen des Gesundheitswesens / Organizzazioni del settore sanitario	
Fournisseurs de prestations / Leistungserbringer / Fornitori di prestazioni	
AGZ	Société des médecins du canton de Zurich

	Ärztegesellschaft des Kantons Zürich
Aide et soins à domicile Suisse	Association suisse des services d'aide et de soins à domicile
Spitex Schweiz	Spitex Verband Schweiz
Servizi di assistenza e cura a domicilio svizzera	Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio
AMDHS	Association des Médecins Dirigeants d'Hôpitaux de Suisse
VLSS	Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz
AMOS	Associazione dei Medici Dirigenti Ospedalieri Svizzeri
ARTISET	Fédération des associations de branche CURAVIVA, INSOS et YOVITA Föderation der Branchenverbände CURAVIVA, INSOS und YOVITA Federazione delle associazioni di settore CURAVIVA, INSOS e YOVITA
ASDD	Association suisse des diététicien-ne-s
SVDE	Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen
ASDD	Associazione Svizzera delle-dei Dietiste-i
ASPI	Association suisse des physiothérapeutes indépendants
SVFP	Schweizerischer Verband der freiberuflichen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
ASPI	Associazione Svizzera dei Fisioterapisti Indipendenti
ASE	Association Suisse d'Ergothérapie
EVS	Ergotherapie-Verband Schweiz
ASE	Associazione svizzera di Ergoterapia
ASI	Association suisse des infirmières et infirmiers
ASI	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
ASI	Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri
ASMAC	Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte
ASMAC	Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica
ASPS	Association Spitex privée Suisse

	Verband der privaten Spitex-Organisationen Associazione delle organizzazioni private di cura a domicilio
ÄTG	Société des médecins de Thurgovie Ärztegesellschaft Thurgau
AVASAD	Association vaudoise d'aide et de soins à domicile
FMCH	Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica
FMH	Fédération des médecins suisses Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Federazione dei medici svizzeri
FSLO	Fédération Suisse des Logopédistes Föderation der Schweizer Logopädinnen und Logopäden Federazione Svizzera delle Logopediste e dei Logopedisti
FSP	Fédération suisse des psychologues Föderation der Schweizer Psycholog:innen Federazione svizzera delle psicologhe e degli psicologi
FSSF	Fédération suisse des sages-femmes
SHV	Schweizerischer Hebammenverband
FSL	Federazione svizzera delle levatrici
H+	H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Gli Ospedali Svizzeri
IGGH-CH	Association suisse des maisons de naissance Interessengemeinschaft der Geburtshäuser der Schweiz Comunità d'interesse delle case nascita della svizzera
Intergenerika	Association suisse des fabricants de génériques et de biosimilaires Schweizerischer Verband der Generika- und Biosimilar-Hersteller
Interpharma	Association des entreprises pharmaceutiques suisses pratiquant la recherche Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz
KAeG SG	Société des médecins du canton de St-Gall

	Ärztegesellschaft des Kantons St.Gallen
mfe	Médecins de famille et de l'enfance Suisse Haus- und Kinderärzte Schweiz Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera
OPS	Organisation Podologie Suisse Organisation Podologie Schweiz Organizzazione Podologia Svizzera
ospita	Les entreprises suisses de santé Die Scheizer Gesundheitsunternehmen Le aziende sanitarie svizzere
PAP	Politique Groupe de travail Psychiatrie (SSPP et SMHC) Politik Arbeitsgruppe Psychiatrie (SGPP und SMHC)
	Pédiatrie Suisse Pädiatrie Schweiz Pediatria svizzera
pharmaSuisse	Société suisse des pharmaciens Schweizerischer Apothekerverband Società svizzera dei farmacisti
physioswiss	Association suisse de physiothérapie Schweizerischer Physiotherapie-Verband Associazione svizzera di Fisioterapia
senesuisse	Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées Suisse Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz
SNL	Swiss nurse leaders
SGAIM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin
SSMIG	Société Suisse de Médecine Interne Générale
SMCB	Société des Médecins du Canton de Berne
BEKAG	Aerztegesellschaft des Kantons Bern

SMVS	Société médicale du Valais
VSÄG	Walliser Ärztesgesellschaft
SSDV	Société Suisse de Dermatologie et Vénérologie
SGDV	Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie
SSDV	Società Svizzera di Dermatologia e Venereologia
SSO	Société suisse des médecins-dentistes Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft Società svizzera odontoiatri
unimedsuisse	Médecine universitaire suisse Universitäre Medizin Schweiz Medicina universitaria svizzera
UNION	UNION des sociétés suisses de médecine complémentaire UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen UNION delle associazioni mediche svizzere di medicina complementare
vaka	Association des hôpitaux, cliniques, institutions de soins et organisations Spitex du canton d'Argovie Verband der Spitäler, Kliniken, Pflegeinstitutionen und Spitex-Organisationen im Kanton Aargau
vips	Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz
VSVA	Association suisse des pharmacies de vente par correspondance Verband der Schweizerischen Versandapotheken
Assureurs / Versicherer/ Assicuratori	
CSS	CSS Assurance-maladie SA CSS Kranken-Versicherung AG CSS Assicurazione malattie SA
CTM	Commission des tarifs médicaux LAA
MTK	Medizinaltarif-Kommission UVG
CTM	Commissione delle tariffe mediche LAINF
HSK	Communauté d'achat HSK (Helsana, sanitas, kpt)

	Einkaufsgemeinschaft HSK (Helsana, sanitas, kpt) Comunità di acquisti HSK (Helsana, sanitas, kpt)
prio.swiss	L'Association des assureurs-maladie suisses Der Verband Schweizer Krankenversicherer L'Associazione degli assicuratori-malattia svizzeri
Suva	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents Schweizerische Unfallversicherungsanstalt Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni
	tarifsuisse sa tarifsuisse ag
Associations de consommateurs / Konsumentenverbände / Associazioni dei consumatori	
kf	Forum des consommateurs Konsumentenforum Forum dei consumatori
Autres / Andere / Altri	
	Alliance pour une santé publique libre Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen
FARES	Fédération des associations des retraité-e-s et de l'entraide en Suisse
VASOS	Vereinigung aktiver Senior:innen und Selbsthilfeorganisation der Schweiz
FAPAS	Federazione associazioni pensionate:ti e d'autoaiuto in Svizzera
OTMA SA	Organisation tarifs médicaux ambulatoires
OAAT AG	Organisation ambulanter Arzttarife
	pro-salute.ch
scienceindustries	Association des Industries Chimie Pharma Life Science Wirtschaftsverband Chemie Pharma Life Sciences