Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
**Office fédéral de la santé publique OFSP**

# 16.419 Initiative parlementaire. Dispositifs médicaux figurant sur la liste des moyens et appareils. Instaurer la concurrence sur les prix

## Rapport sur les résultats de la consultation

Berne, le 9 mars 2020

# Table des matières


1 Contexte ..... 3
2 Prises de position ..... 4
3 Aperçu ..... 5
4 Prises de position sur le projet en général ..... 7
4.1 Cantons ..... 7
4.2 Partis politiques ..... 9
4.3 Associations faîtières de l'économie ..... 10
4.4 Associations de défense des consommateurs ..... 11
4.5 Fournisseurs de prestations ..... 12
4.6 Assureurs ..... 16
4.7 Autres ..... 18
5 Prise de position sur les différents articles de la LAMal ..... 21
5.1 Article 37*a* ..... 21
5.2 Article 38 ..... 22
5.3 Article 44 ..... 22
5.4 Article 45 ..... 22
5.5 Article 52 ..... 23
5.6 Article 52*b* ..... 23
5.7 Article 52*c* ..... 24
5.8 Article 52*d* ..... 25
5.9 Dispositions transitoires ..... 25
6 Annexe : Liste des participants à la consultation ..... 26

# 1 Contexte

Le 17 mars 2016, la conseillère nationale Ruth Humbel a déposé l'initiative parlementaire 16.419 « Dispositifs médicaux figurant sur la liste des moyens et appareils. Instaurer la concurrence sur les prix ». Cette initiative vise à modifier la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal), de manière à ce que les prix des dispositifs médicaux figurant sur la liste des moyens et appareils (LiMA) puissent être négociés entre les fournisseurs de prestations, les fabricants ou fournisseurs d'une part et les assureurs (ou leurs fédérations) ou les centrales d'achat d'autre part[1].

Le 15 mai 2017, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a donné suite à l'initiative par 13 voix contre 5 et 1 abstention.
Son homologue du Conseil des États (CSSS-E) a approuvé cette décision le 26 octobre 2017, par 9 voix contre 1 et 3 abstentions.

La CSSS-N a consacré six séances à l'examen des questions en lien avec cette initiative et a élaboré un avant-projet assorti d'un rapport explicatif.

Les cantons, les partis politiques, les associations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne de toute la Suisse, les associations faîtières de l'économie suisse, les consommateurs, les fournisseurs de prestations, les assureurs et d'autres parties intéressées ont été consultés du 13 septembre 2019 au 16 décembre 2019[2].

[1] Cf. https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20160419

[2] Cf. https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/droit-federal/procedures-consultation.html. Procédures de consultation terminées/2019/CP (commissions parlementaires)

# 2 Prises de position

Au total, 128 destinataires ont été contactés. 76 prises de position ont été enregistrées. Elles provenaient des organisations suivantes :

- La CDS et les 25 cantons suivants : Appenzell Rhodes-Extérieures (AR), Appenzell Rhodes-Intérieures (AI), Argovie (AG), Bâle-Campagne (BL), Bâle-Ville (BS), Berne (BE), Fribourg (FR), Genève (GE), Glaris (GL), Grisons (GR), Jura (JU), Lucerne (LU), Neuchâtel (NE), Nidwald (NW), Obwald (OW), Saint-Gall (SG), Schaffhouse (SH), Schwytz (SZ), Soleure (SO), Tessin (TI), Thurgovie (TG), Uri (UR), Vaud (VD), Valais (VS), Zurich (ZH)
- 4 partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale : Parti démocrate-chrétien (PDC), Les Libéraux-Radicaux (PLR), Parti socialiste suisse (PSS), Union démocratique du centre (UDC)
- 2 associations faîtières de l'économie suisse : Union suisse des arts et métiers (usam), Union syndicale suisse (USS) ; 2 associations faîtières de l'économie régionales : Centre Patronal (CP), Handelskammer beider Basel (HKBB) et Syndicat suisse des services publics (SSP)
- 2 associations de consommateurs : Fédération Romande des Consommateurs (FRC), Fondation pour la protection des consommateurs (FPC)
- 26 associations de fournisseurs de prestations : Association Spitex privée Suisse (ASPS), Association des homes et institutions sociales suisses (CURAVIVA), Association suisse du diabète (diabètesuisse), Les Hôpitaux de Suisse (H+), Médecins de famille et de l'enfance (mfe), Association des entreprises pharmaceutiques suisses pratiquant la recherche (Interpharma), Ligue pulmonaire suisse (LLS), Association d'optométrie et d'optique (Optiquesuisse), Ortho Reha Suisse (ORS), Société suisse des pharmaciens (pharmaSuisse), Association suisse de la technologie médicale (Swiss Medtech), Société suisse des médecins-dentistes (SSO), Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (Aide et soins à domicile Suisse), Association des grossistes pharmaceutiques à assortiment complet (pharmalog.ch), Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées (senesuisse), Fédération des médecins suisses (FMH), Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse (AMDHS), les laboratoires médicaux de Suisse (FAMH), Association des industries Chimie Pharma Biotech (scienceindustrie), Société suisse de médecine interne générale (SSMIG), Société suisse d'endocrinologie et diabétologie (SSED), Section d'endocrinologie et de diabétologie clinique (SEDC), Société des médecins du canton de Berne (BEKAG), Bündner Ärzteverein (BüAeV), Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM), Conférence des associations cantonales d'hôpitaux (K3)
- 2 fédérations d'assureurs : Les assureurs-maladie innovants (curafutura), Les assureurs-maladie suisse (santésuisse) ; 2 assurances-maladie : Groupe Mutuel Services (Groupe Mutuel), Helsana et la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM)
- 8 autres prises de position : Conférence nationale suisse des ligues de la santé (COLISA), Promotion santé Valais (PSV), diabeteszürich, Ligue pulmonaire neuchâteloise (LPNE), Lungenliga Zentralschweiz, Fondation de l'association suisse du diabète (SDS), Swiss Diabetes Kids, Verein Lunge Zürich (Lunge Zürich)

# 3 Aperçu

67 participants à la procédure s'opposent explicitement au projet, tandis que 6 se prononcent en faveur de ce dernier et que 3 sont favorables à l'idée de l'initiative parlementaire mais n'approuvent pas le projet de loi proposé.

Tous les cantons participants, la CDS, les associations de consommateurs, les associations cantonales de fournisseurs de prestations et les « autres » participants s'opposent au projet. Il en va de même des 5 acteurs de la catégorie économique et de 24 des associations de fournisseurs de prestations (sur 26). Seul pharmalog.ch soutient le projet alors que la FAMH est favorable à la concurrence sur les prix mais pas au projet en tant que tel. 2 assureurs saluent explicitement le projet, la CTM le rejette, tandis que les 2 fédérations d'assureurs approuvent l'idée de l'initiative parlementaire, mais pas sous sa forme actuelle. 3 des 4 partis politiques adhèrent au projet, seul le PSS s'y oppose.

En résumé, on constate que parmi les détracteurs du projet, la crainte d'un surcroît de charges administratives est l'une des raisons les plus citées. En effet, tous les cantons, la CDS, les représentants de l'économie, le PSS, les associations de consommateurs, 12 des 26 fournisseurs de prestations, la CTM et tous les « autres » participants à la procédure évoquent ce motif.

Les effets ultérieurs redoutés par les participants à la procédure, si l'initiative parlementaire était mise en œuvre, sont les suivants :

- Avantage des grands fournisseurs de prestations par rapport aux plus petits
- Répercussion du risque financier des centres de remise sur les patients
- Surcroît de charges pour les partenaires contractuels / autorités / patients ainsi que complexité et absence de transparence du système
- Opacité du système, longues procédures juridiques
- Accès restreint à l'innovation
- Échec des négociations contractuelles et charge supplémentaire pour les cantons

Par ailleurs, de nombreux participants indiquent que la pression sur les petits fournisseurs de prestations se traduirait par une pénurie (régionale) de moyens et d'appareils. Il faudrait aussi s'attendre à des baisses de qualité.

Parmi les autres points jugés négatifs figure la formulation peu claire des mesures que les cantons pourraient prendre en cas de pénurie. Ici, les participants critiquent le manque de clarté concernant la définition de ce terme, la nécessité de réaction des cantons qui constatent une telle situation et les mesures à cet égard. Ils redoutent la formation de 26 systèmes qui ne pourraient pas tous garantir un approvisionnement adéquat.

Nombre d'entre eux sont satisfaits du système actuel de la LiMA, qui définit des montants maximaux de remboursement et représente en ce sens un point important en défaveur de la mise en œuvre de l'initiative parlementaire. Cela reflète la complexité des produits et permet une maîtrise des coûts. Autres motifs cités : les mesures actuellement mises en œuvre par le DFI et l'OFSP, à savoir la révision de la LiMA, la baisse des montants maximaux de remboursement et la comparaison systématique avec les prix pratiqués à l'étranger. De nombreux participants souhaitent d'abord réaliser et évaluer les mesures en cours avant d'en prendre des nouvelles.

Parmi les partisans, 3 s'opposent au projet sous sa forme actuelle ; ils l'approuveraient s'ils n'étaient pas soumis au droit des cartels. 6 soutiennent explicitement le projet, car ils identifient un grand potentiel d'économies et expliquent que la concurrence fait baisser les prix. Ils estiment important d'autoriser des solutions associatives pour les négociations et par conséquent, qu'il n'y ait pas de soumission au droit des cartels. Par ailleurs, ils soulignent que le système actuel n'incite en rien les fournisseurs à négocier des prix bas et que les

montants maximaux de remboursement sont bien trop élevés par rapport à ce qui est pratiqué à l’étranger. Outre la modification en termes de dispositions du droit des cartels, il faudrait aussi prolonger la période d’introduction.

# 4 Prises de position sur le projet en général

## 4.1 Cantons

*Assertions générales*
La CDS et la totalité des cantons s'opposent à la modification de la LAMal. Ils exigent un maintien des réglementations actuelles, impliquant une adaptation régulière des montants maximaux de remboursement à l'évolution du marché, sur la base d'une comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger. La CDS et les cantons estiment en effet qu'il n'est ni judicieux ni réalisable de passer à des prix fixés par contrat. Tout comme la CDS, AG, AI, BL, BE, JU, NW et TG demandent de préserver les réglementations actuelles, impliquant une adaptation régulière des montants maximaux de remboursement à l'évolution du marché, sur la base d'une comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger.

UR refuse le projet en raison de la charge trop importante pour la Confédération, les cantons et les partenaires contractuels. ZH le rejette également et demande de garder la réglementation actuelle. OW, TI, NE, BE, GE, GR, SG, FR, SH et SZ s'expriment en défaveur du projet et renvoient à la prise de position détaillée de la CDS, datée du 28 juin 2019. TG, AI et AR y sont également défavorables et se réfère à la prise de position / réponse de la consultation de la CDS. AG s'oppose au projet et cite la recommandation de la Surveillance des prix (SPR) qui, tout comme la CDS, conseille d'optimiser le système actuel, impliquant une comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger. SO n'identifie pas non plus de nécessité d'agir pour la modification proposée. AI, BL, BS, BE, GL, GR, JU, LU, NW, SZ, SG, TI, TG, VD, VS et ZH expliquent que le projet n'est ni réalisable, ni judicieux.

12 des 25 cantons (BL, BE, FR, GL, JU, LU, NE, NW, TI, VD, VS, SH) demandent explicitement de « ne pas entrer en matière sur le projet », tout comme le propose également la minorité de la CSSS-N.

*Le surcroît de charges annule les bénéfices*
La CDS, AG, AI, BL, BS, BE, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NW, SZ, SG, TI, TG, UR, VD, VS et ZH expliquent que le surcroît de charges élevé à supporter par les acteurs annule les économies espérées grâce à la concurrence sur les prix.

*Répercussions sur les fournisseurs de prestations*
BL, GL, JU, LU, NW, VD, VS et ZH soulignent que les grands centres de remise jouissent de davantage de pouvoir de négociation grâce à des rabais de quantité, tandis que les petits fournisseurs de prestations sont parfois tenus d'accepter des prix qui ne couvrent pas leurs frais. Or, dans l'optique de soins intégrés et d'une primauté de l'ambulatoire sur le stationnaire, ces acteurs revêtent une certaine importance pour éviter une pénurie régionale.

BS indique que le risque financier passe du patient au centre de remise et que l'exclusion de certains de ces centres pourrait compromettre les soins destinés aux groupes vulnérables.

*Surcroît de charges pour les partenaires contractuels / les autorités concernées*
AG, BL, BE, GL, JU, LU, NW, OW, SG, TI, UR, VD et VS écrivent que la Confédération, les cantons et les partenaires contractuels doivent s'attendre à un surcroît de charges par rapport au système actuel, qui serait particulièrement difficile à surmonter pour les petits cantons.

GL, LU et NW ajoutent qu'empêcher une réserve d'approbation ou l'ancrage de tarifs fixés par contrat (et non par les autorités) serait contraire à l'esprit de la LAMal. Ce point ne peut pas non plus être compensé par un organe cantonal de contrôle qui n'existe pas encore.

*Encouragement des financements croisés*
AG, BE et SG pensent que la pression des assureurs pourrait entraîner la négociation de prix ne permettant pas aux fournisseurs de prestations de couvrir leurs coûts. Une situation qui encouragerait les financements croisés illicites.

*Absence de contrôle et de transparence*
AG, BL, BS, GL, JU, LU, NW, SG, TI, VD et VS soutiennent que la Confédération n'a plus d'effet sur la fixation des prix des dispositifs médicaux figurant sur la LiMA, remboursés par les assureurs et utilisés par les patients eux-mêmes. Ni la Confédération ni les cantons n'ont accès aux contrats et même si les conditions prévues par le droit des cartels sont respectées, il n'est désormais plus possible de procéder à des contrôles et à un pilotage dans un tel système.

AG, BS, BE, GL, JU, LU, NW, SG, TI, VD, VS et ZH soulignent le fait que les cantons ne peuvent intervenir qu'à partir du moment où la couverture des soins est manifestement insuffisante. Il s'agit d'un point difficile à prouver, car la distance raisonnablement exigible jusqu'à la pharmacie la plus proche qui dispose d'un contrat LiMA avec l'assureur du patient n'est définie nulle part. Le canton ne peut pas contraindre les assureurs à adapter leurs contrats, même en cas de risque de pénurie.

En outre, UR fait remarquer que la sécurité de l'approvisionnement est notamment compromise dans les régions rurales. SO explique que la preuve d'une couverture insuffisante des soins est extrêmement difficile à fournir dans la pratique.

*Médecine à deux vitesses / pertes de qualité*
BL, GL, JU, LU, NW, VD, VS et ZH craignent que les prestations de l'AOS dans leur qualité actuelle ne soient menacées et illustrent cette inquiétude au moyen de différents exemples.

BL, GL, JU, LU, NW, UR, VD et VS n'excluent pas qu'une pression accrue sur les prix puisse avoir des répercussions sur la qualité des produits utilisés, car la rémunération prévue suffit uniquement à couvrir les coûts des produits bon marché.

*Évaluation du système actuel*
LU, BL, BE, ZH, GL, JU, NW, VD et VS soulignent qu'il est déjà possible de fixer des prix inférieurs aux montants maximaux de remboursement. BS et NW indiquent qu'il n'a pas véritablement été prouvé qu'à l'heure actuelle aucun prestataire n'est incité à demander un prix inférieur au prix maximal. BL et GL ajoutent que la pratique de facturation abusive des montants maximaux a uniquement pu être prouvée pour des groupes de produits isolés.

La CDS, AG, AI, BL, BS, BE, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SO, SG, TI, TG, VD, VS et ZH expliquent que la Confédération lutte d'ores et déjà contre des pratiques de remboursement abusives dans le cadre de la révision de la LiMA. AG, BS, GE, GL, GR, JU, LU, NW, VD et VS soutiennent explicitement (parfois en mentionnant la recommandation de la SPR) la révision systématique de la structure et des montants de remboursement de la LiMA, sur la base de l'adaptation régulière des montants maximaux de remboursement à l'évolution du marché, à savoir aux prix pratiqués à l'étranger.

BL, GL, LU, NE, NW, OW, SO, VD et VS déclarent qu'il n'y a pas lieu d'édicter de nouvelle réglementation avant que la révision concernée ne soit arrivée à terme et qu'une évaluation ait été effectuée.

*Nouvelles solutions*
En guise de compromis, AG propose un modèle impliquant des prix minimaux (plutôt bas) fixés par la Confédération. Ces derniers entreraient en jeu à chaque fois que les centres de remise et les assurés ne pourraient pas s'accorder sur des prix (plus élevés) pour les dispositifs médicaux figurant sur la LiMA et les fixer dans une convention. De cette manière, les parties contractuelles s'évertueraient à conclure un contrat. Et dans le cas contraire, le canton n'aurait pas à intervenir, dans la mesure où le prix minimal s'appliquerait

automatiquement. Il ne serait donc pas nécessaire de créer des services (supplémentaires) désignés par le gouvernement cantonal. Ainsi, la charge administrative cantonale pourrait être maintenue à un faible niveau. Un système impliquant des prix de référence part de la même idée. Ici, les prix de référence s'appliqueraient à chaque fois que les parties contractuelles ne parviendraient pas à un accord.

*Autres affaires politiques*
Au vu des autres affaires politiques en cours (motion 18.3710 CSSS-CN), BE trouverait inutile de venir alourdir de modifications cette thématique déjà bien complexe.

AG et SG ajoutent que la nouvelle jurisprudence (arrêt C-3322/2015 du 1er septembre 2017 du Tribunal fédéral) rendra le système encore plus compliqué en raison de la coexistence des mécanismes d'utilisation par les assurés et par des tiers.

*Déclarations ultérieures*
SO refuse d'impliquer un organe cantonal de contrôle dans la remise de moyens et d'appareils. Le canton explique que la surveillance de l'assurance-maladie incombe à l'OFSP : il serait contraire au système et inconsistant d'obliger les cantons à veiller à ce que les assureurs-maladie garantissent que les moyens et appareils soient fournis de manière appropriée et dans une qualité élevée.

BE fait remarquer que le système de santé n'est pas un marché traditionnel, car le consommateur n'est pas celui qui endosse les coûts. Il ne faudrait pas croire qu'un marché de dispositifs médicaux libre aboutirait à un prix maximisant le bénéfice global de la société. L'émergence de situations oligopolistiques (cartels de prix) au détriment des consommateurs n'est pas à exclure.

FR doute du fait que des négociations contractuelles concernant la LiMA puissent fonctionner, car les évènements récents dans d'autres domaines de la LAMal ont prouvé l'échec de ce type de négociations.

AG souligne que les déclarations de Mme Humbel (incitation à des montants maximaux de remboursement plus bas) ne sont pas vraiment fondées et que le rapport cité repose sur les données de la SPR de 2010. Par conséquent, le rapport est discutable en termes de pertinence. La première comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger, effectuée en 2014, révèle en outre que les montants maximaux en Suisse se situent majoritairement en dessous des prix moyens des autres pays.

BL, GL, LU, NW, TI, VD, et VS regrettent que la CSSS-N n'ait repris dans l'avant-projet aucun des points critiques de la prise de position de la CDS concernant la consultation préalable de l'été 2019.

## 4.2 Partis politiques

*Assertions générales*
Alors que le PS soutient la requête de la minorité de ne pas entrer en matière, le PDC, l'UDC et le PLR sont favorables au projet. Le PDC et le PLR sont d'avis que même s'il est d'ores et déjà possible de négocier des prix plus bas, il n'existe aucune incitation à cet égard, ce qui se traduit par un niveau de coûts élevé.

Le PDC salue le fait que cette demande, qui avait déjà été faite il y a10 ans dans le cadre de deux autres motions, soit à nouveau abordée. L'UDC souligne que les travaux préliminaires au Parlement (motions de 2009) révèlent que le système des montants maximaux de remboursement représente une fausse incitation.

Le PDC, le PLR et l'UDC défendent l'idée que des prix plus bas que ceux pratiqués aujourd'hui seraient possibles dans un nouveau système axé sur la concurrence.

*Arguments du PS contre le projet*
Le PS trouve que la bureaucratie liée au projet ferait plutôt augmenter que baisser les coûts. Il déplore le fait que les pouvoir publics ne seraient plus responsables du contrôle des coûts et que la tâche du DFI se limiterait à actualiser la LiMA en termes de produits. La sécurité de l'approvisionnement serait menacée en raison du nombre colossal de contrats à négocier. Les patients devraient s'attendre à davantage de dépenses. En outre, le droit des cartels peut poser problème lorsque les contrats sont négociés entres des associations ou des grands fournisseurs de prestations. Il critique le fait qu'une initiative parlementaire telle que la présente ait permis d'octroyer un si long délai d'attente pour la révision. Qui plus est, le projet est trop peu précis, notamment en ce qui concerne les compétences cantonales en matière de pénurie. Il faut d'abord attendre et évaluer la révision actuelle, qui bénéficie de la priorité requise depuis 2015, avant de pouvoir aborder d'autres mesures. La plus-value d'un changement de système est mise en doute, car il est d'ores et déjà possible de négocier des prix plus bas.

*Demandes du PDC et du PLR*
Le PDC souligne la requête concernant l'importance de protéger les tarifs. Il faut également garantir la sécurité et la qualité de l'approvisionnement dans le nouveau système. Sinon, les cantons doivent pouvoir prendre des mesures temporaires pour y remédier (comme le prévoit le projet). Le PLR soutient également les rôles des cantons.

## 4.3 Associations faîtières de l'économie

*Assertions générales*
Les quatre associations économiques (usam, USS, HKBB, CP) ainsi que le SSP rejettent le projet. L'USS, la HKBB et le SSP plaident pour ne pas entrer en matière sur le projet selon le souhait de la minorité Heim. La HKBB renvoie en outre à la prise de position détaillée de Swiss Medtech. Le CP explique que, malgré sa sympathie pour les objectifs de l'initiative, il s'oppose au projet en raison des problèmes qu'il génère. S'il venait tout de même à entrer en vigueur, il demande de préserver l'art. 44 LAMal.

Sur le fond, le CP déplore l'avant-projet trop peu élaboré de la Commission. Il approuverait davantage de concurrence mais ce projet ne le convainc pas. L'usam ne peut pas non plus adhérer au projet de révision sous cette forme. Elle sera prête à revoir sa position en présence d'une analyse d'impact de la réglementation incluant une quantification fiable les économies.

*Le surcroît de charges annule les bénéfices*
L'usam écrit que le potentiel d'économies est limité, car les charges administratives (et juridiques) supplémentaires prévalent, en particulier en termes de volume total des dépenses consacrées aux moyens et aux appareils. L'USS partage cet avis et ajoute que le projet représente une nouvelle attaque contre le contrôle démocratique dans le domaine de la santé ou du service public.

Le CP explique qu'il est nécessaire d'analyser les effets (coûts), un avis partagé par l'usam. La HKBB suppose que le principe d'une convention tarifaire n'allègerait pas les coûts mais augmenterait la charge de travail. Il y aurait le risque de monopole et de concurrence de façade. Selon le SSP, les modifications sont laborieuses, compliquées et elles menacent la sécurité de l'approvisionnement.

*Absence de contrôles et de transparence*
L'USS écrit que le changement de système peut compromettre les soins et que les cantons doivent donc pouvoir prendre des mesures temporaires. La preuve d'une couverture des soins insuffisante représente beaucoup de travail et elle est difficile à fournir. L'USS craint des procès longs et chers, tel que l'avait déjà expliqué la CDS dans son texte du mois de

juin 2019. L'objectif de ce projet est d'assouplir l'obligation de contracter, ce qui compromet la sécurité de l'approvisionnement.

Le SSP s'oppose à cette tentative de retirer les soins de santé du contrôle démocratique et de les faire passer sous la coupe des caisses-maladie.

*Évaluation du système actuel*
La HKBB salue les mesures conduisant à des adaptations des systèmes de remboursement aux prix et aux produits et considère que la modification de la LiMA est le meilleur moyen d'y parvenir. L'USS est favorable à des mesures qui permettent de réaliser des économies tout en maintenant la sécurité de l'approvisionnement et la même qualité, ce qui n'est pas le cas dans le cadre de ce projet.

L'usam refuse d'introduire la concurrence sur les prix et souhaite clarifier cette question lors de la révision totale à venir, notamment parce que le système actuel fonctionne et qu'il n'existe pas de bases suffisantes indiquant que la concurrence sur les prix fait baisser les coûts. Comme il faut s'attendre à une révision de la loi dans un avenir proche, elle ne comprend pas pourquoi il faudrait considérer un élément de manière isolée.

La HKBB constate que les mesures d'optimisation et les contrôles réguliers (y compris comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger) sont plus faciles à réaliser dans le système actuel.

L'USS et le SSP veulent attendre les résultats de la révision en cours de la LiMA et demandent d'ensuite introduire un système d'actualisation régulière de cette dernière avec une comparaison des prix pratiqués à l'étranger.

## 4.4 Associations de défense des consommateurs

*Assertions générales*
La FRC souligne la complexité de ce système et refuse le changement ; elle ne soutient ni l'avant-projet ni le projet, car ils n'apportent aucune simplification et génèrent un surcroît de charges. Selon la FRC, le projet de la CSSS-N ne résout aucun problème, bien au contraire. La FPC refuse elle aussi explicitement l'initiative parlementaire Humbel.

*Le surcroît de charges annule les bénéfices*
La FPC est d'avis que la négociation de contrats pour près de 600 positions s'accompagne d'une charge administrative considérable. Le volume des coûts de la LiMA s'élevait à 720 millions de francs en 2017. Même si la concurrence génère des économies, la FPC se demande si les coûts supplémentaires inhérents à la charge administrative pourront être compensés. La FRC mène une réflexion similaire : comment les 51 assureurs feront-ils pour négocier 20 000 moyens et appareils ? En particulier, s'il faut respecter la loi du 6 octobre 1995 sur les cartels (LCart). La concurrence, telle qu'elle est prévue par ce projet, ne peut pas générer d'économies.

*Répercussions sur les fournisseurs de prestations / les cantons / la Confédération*
Selon la FRC, les petits fournisseurs de prestations seront défavorisés, ce qui pourrait se traduire par une pénurie. La possibilité de choisir des assurés pourrait également en pâtir.

La FPC explique que le projet représente un surcroît de charges à supporter par les cantons et peut entraîner de longues procédures juridiques. Il est irréaliste de supposer que chaque assureur et chaque pharmacie négocie des contrats ; on peut présumer qu'il en découlera des structures oligopolistiques et des ententes sur les prix, qui lèseraient les patients et les assurés.

La FRC déclare que le pouvoir passera aux assureurs-maladie, sans prévoir de contrepoids. Le cas échéant, la pénurie n'est pas clairement définie, ni d'ailleurs la base sur laquelle les

assurés peuvent la déclarer. Si chaque assureur négocie avec un prestataire, des prix très différents peuvent en résulter, ce qui favorise l'inégalité de traitement des assurés.
Les négociations sont trop complexes, ce qui implique des répercussions négatives.

*Évaluation du système actuel*
Depuis 10 ans, la FRC soutient une réforme des prix des dispositifs médicaux figurant sur la LiMA, qui sont en partie inadéquats. Par conséquent, elle préconise une procédure identique à celle de la tarification des médicaments (réexamen triennal). La CSSS-N n'a pas du tout abordé cette option.

La FPC est favorable à la révision en cours de la LiMA ainsi qu'à un maintien et à un développement du système actuel, ce qui générerait une charge administrative moindre et des économies. Elle estime qu'un changement de système n'est pas judicieux à l'heure actuelle.

## 4.5 Fournisseurs de prestations

*Assertions générales*
24 des associations de fournisseurs de prestations sur 26 ayant pris position s'opposent au projet. Seul pharmalog.ch soutient le projet. La FAMH est favorable à la concurrence sur les prix mais pas au projet en tant que tel.

16 des 26 associations de fournisseurs de prestations concernées demandent explicitement de ne pas entrer en matière sur le projet, selon le souhait de la minorité de la CSSS-N (ASPS, diabètesuisse, Swiss Medtech, Aide et soins à domicile Suisse, FMH, AMDHS, H+, mfe, CCM, BEKAG, BüAeV, ORS, SSMIG, SSED, SEDC, scienceindustrie). Par ailleurs, diabètesuisse souligne que l'implication des parties concernées n'a pas assez été prise en considération et que seule l'exigence de prix bas figurait au centre des préoccupations. Les organisations suivantes pensent que la mise en œuvre du projet ne sera que difficilement possible : FAMH, ORS, Swiss Medtech, pharmaSuisse, diabètesuisse. ORS précise qu'il faut négocier des prix pour plusieurs douzaines de millions de produits dans les contrats.

En outre, 14 des 26 associations de fournisseurs de prestations se prononcent en défaveur du projet (ASPS, CURAVIVA, mfe, Interpharma, K3, BEKAG, CCM, Aide et soins à domicile Suisse, Ligue pulmonaire, pharmaSuisse, SSO, senesuisse, scienceindustrie, SSMIG). Idem pour senesuisse,et CURAVIVA, même s'ils soutiennent des mécanismes basés sur l'économie de marché.

La FAMH souligne que pour des raisons d'efficacité, la concurrence et la négociation des prix devraient être possibles entre les représentants du secteur. La FAMH plaide également en faveur d'un filet de sécurité (organe désigné disposant d'un pouvoir de décision) au cas où les parties ne parvenaient pas à s'accorder.

Optiquesuisse estime qu'une situation contractuelle neutre sur le plan de la concurrence n'est réaliste que si les principes essentiels sont ancrés dans la LAMal. Il pourrait en résulter une situation particulière pour la LiMA, sans utilité manifeste.

La FMH, la BEKAG, la CCM, BüAeV et l'AMDHS soulignent que le projet va à l'encontre du Conseil fédéral et était également controversé dans la CSSS-N, avec un résultat de vote de 13 contre 5. BüAeV rejette explicitement la concurrence sur les prix pour la LiMA et renvoie également à la prise de position de la BEKAG pour son argumentation.

La Ligue pulmonaire invoque la prise de position de la CDS, de la COLISA, de la FMH et de Swiss Medtech. Cette dernière soutient fondamentalement la position de la CDS du 28 juin 2019. Interpharma et scienceindustrie renvoient à la prise de position de Swiss Medtech.

Pharmalog.ch est le seul prestataire à soutenir l'avant-projet.

*Le surcroît de charges annule les bénéfices*
20 des 26 organisations de fournisseurs de prestations indiquent que la charge administrative liée au projet est gigantesque et en annule ainsi les avantages (BEKAG, BüAeV, CURAVIVA, Aide et soins à domicile Suisse, Interpharma, FMH, AMDHS, SSO, ASPS, H+, mfe, Optiquesuisse, ORS, pharmaSuisse, Swiss Medtech, senesuisse, SSED, SEDC, SSMIG, scienceindustrie).

Scienceindustrie trouve que le projet représente un énorme surcroît de charges administratives et financières, ce qui dessert l'accès aux produits. L'ASPS, CURAVIVA, Swiss Medtech, Interpharma et senesuisse craignent que le projet entrave l'accès aux innovations.

La CCM et K3 affirment que la charge administrative liée au projet est gigantesque et en annule ainsi les bénéfices. La CCM ajoute que l'obligation d'autorisation et de contrôle des cantons représente une tâche administrative supplémentaire ne profitant pas au traitement des patients.

*Répercussions sur les fournisseurs de prestations / cantons / patients*
Swiss Medtech et la CCM sont d'avis que le surcroît de charges à supporter par les centres de remise serait colossal, tandis qu'il ne changerait pas pour la Confédération. Senesuisse, la SSO et CURAVIVA évoquent un travail colossal en lien avec les négociations de tous les fournisseurs de prestations et centres de remise pour chaque produit. La FMH, pharmaSuisse, Swiss Medtech et l'AMDHS déclarent que les cantons et les assureurs doivent eux aussi s'attendre à une surcharge de travail. CURAVIVA, la FMH, l'AMDHS et senesuisse ajoutent que la charge fédérale restera identique ou augmentera. CURAVIVA en conclut que ce travail supplémentaire génère aussi des coûts additionnels considérables. Les organisations BEKAG et BüAeV reconnaissent que la charge administrative ne changera que peu pour le DFI, car il faudrait continuer de traiter les demandes de manière permanente. Toutefois, le travail pour les cantons augmenterait. Ils devraient contrôler, enregistrer et archiver les contrats et, en cas de pénurie, prendre des mesures pour garantir l'approvisionnement.

CURAVIVA, l'ASPS et senesuisse expliquent que si les négociations n'aboutissent pas, chaque canton doit trouver sa propre solution. Selon Swiss Medtech, CURAVIVA, FAMH et senesuisse, le surcroît de charges à supporter par les cantons est colossal et quasiment insurmontable. Diabètesuisse, la SSED et la SEDC en concluent que remplacer le partenaire actuel unique (OFSP) par des organes cantonaux de contrôle se traduirait par 26 organes, chacun organisé à sa manière. En cas de contrats conclus par les cantons ou pour chaque établissement sanitaire, la CCM craint une opacité du système ainsi que de longues procédures juridiques étant donné que les conventions tarifaires devront être approuvées par l'autorité compétente.

Selon la BEKAG et BüAeV, l'acquisition de connaissances représente une condition *sine qua non* aux négociations pour tous les partenaires : actuellement, entre 10 000 et 20 000 produits de marque seraient concernés. Aujourd'hui, le DFI ne détermine de manière souveraine et ne vérifie périodiquement que 600 positions. La LCart s'applique pour les contrats, et les négociations des tarifs médicaux ont démontré qu'une « défaillance du marché » ne peut être exclue. Par conséquent, d'autres organisations demandent d'introduire un bureau tarifaire national.

Selon la FMH, la BEKAG, BüAeV, la CCM et l'AMDHS, un surcroît de charges s'appliquerait aussi aux patients, car le nouveau système est plus compliqué, moins clair et aboutit finalement à un approvisionnement de moins bonne qualité. Selon la Ligue pulmonaire, CURAVIVA, ORS et pharmaSuisse, il y aurait d'autres répercussions sur les patients, comme un choix restreint de produits, une limitation des possibilités de choisir et des accès aux moyens et aux appareil différents en cas de changement d'assurance. La BEKAG et

BüAeV indiquent que la suppression du principe d'échange modifiera également la situation pour les patients. Ce changement empêchera la population de s'approvisionner volontairement en produits plus chers pour lesquels elle endosse actuellement uniquement les coûts supplémentaires. En effet, à l'avenir, les patients devront payer 100 % du prix pour de meilleurs produits, car seuls leurs homologues moins chers faisant l'objet d'un contrat seront remboursés.

ORS indique que les petits commerçants seront défavorisés. PharmaSuisse pointe également du doigt la pression sur les prix pour les fabricants.

L'ASPS, CURAVIVA et senesuisse mentionnent que les EMS ne seront plus automatiquement des centres de remise, un point toutefois nécessaire et efficace pour aboutir à des soins de qualité. Selon l'ASPS et Aide et soins à domicile Suisse, sans les services d'aide et de soins à domicile exerçant comme centres de remise, il faudra s'attendre à des coûts supplémentaires. Aide et soins à domicile Suisse ajoute que la gestion des EMS est très hétérogène depuis l'arrêt du Tribunal fédéral. Les deux organisations soulignent que les stocks des EMS ont fortement diminué. Même la facturation est très disparate, remarque Aide et soins à domicile Suisse.

*Protection tarifaire / droit des cartels*
CURAVIVA et senesuisse expriment des doutes quant au droit des cartels, car un certain regroupement est inévitable. L'ASPS, la CCM et Aide et soins à domicile Suisse écrivent que le droit des cartels interdit les négociations collectives, ce qui augmente considérablement la charge en termes de négociations.

Constat de la FMH : le rapport explicatif prévoit de retirer la fonction de centres de remise aux cabinets médicaux.

La FMH, la BEKAG, BüAeV et l'AMDHS attestent que la protection tarifaire génère un surcroît de charges par rapport au système actuel simple des montants maximaux de remboursement. Selon eux, aucune modification n'est nécessaire et les propositions ne sont pas appropriées, car elles engendrent de nouveaux coûts pour les différents acteurs.
La FMH et l'AMDHS trouvent que la protection tarifaire entrave le libre choix des patients en faveur de produits plus chers.

K3 fait remarquer que des négociations dans d'autres contextes n'ont pas non plus abouti. La CCM appréhende une défaillance du marché en raison de contrats plus complexes, raison pour laquelle d'autres parties prônent l'introduction d'un bureau tarifaire national.

La Ligue pulmonaire constate que, dans le projet, les contrats relatifs à la remise respectant le droit des cartels sont estimés à plusieurs centaines (contrats entre fédérations non valides). Rien que pour la Ligue pulmonaire, le nombre de contrats s'élèverait à 1102, soit un surcroît de charges colossal.

*Qualité et pénurie*
PharmaSuisse, la FMH, l'AMDHS, l'ASPS, ORS et senesuisse abordent la qualité : les économies ne doivent pas être réalisées au détriment de la qualité, le projet complique le système et les patients pourraient subir des pertes de qualité. La FAMH et la Ligue pulmonaire mentionnent que la concurrence influe uniquement sur le prix et non sur la qualité, une situation peu judicieuse pour les patients. La FMH évoque aussi des exemples (en provenance d'Allemagne), où les prix ont bel et bien chuté, toutefois moins spectaculairement que la qualité. Sur la base de ces exemples, scienceindustrie explique que la concurrence visant des prix bas fait diminuer le choix des produits et compromet la sécurité des patients et la qualité. La CCM soutient que les économies ne doivent pas être réalisées au détriment de la qualité : le projet complique le système et les patients pourraient subir des pertes de qualité.

L'ASPS, Interpharma, Aide et soins à domicile Suisse, Swiss Medtech, la SSO, pharmaSuisse, H+, l'ASPS et ORS évoquent la pénurie : les critères à cet égard ainsi que les mesures à prendre par les cantons ne sont pas clairs. Le principe d'une convention tarifaire mène à une concurrence de façade et à une perte de qualité des soins. Le monopole du prestataire le moins cher est ainsi promu.

Diabètesuisse, la SSED et la SEDC identifient une menace de pénurie dans le domaine du diabète en raison des aides techniques non substituables.

*Possibilités de gestion et cadre de négociation*
La Ligue pulmonaire, diabètesuisse, Interpharma et Swiss Medtech constatent que la décision thérapeutique passe du médecin aux assurances-maladie : une situation qu'ils ne soutiennent pas. La SSED et la SEDC expliquent que la liberté thérapeutique des médecins doit être assurée, alors que le projet fait passer la décision en question du médecin à l'assurance-maladie.

Optiquesuisse et H+ font remarquer que des négociations dans d'autres contextes n'ont pas non plus abouti. Quant à la Ligue pulmonaire, elle indique que le cadre de négociation sera posé à l'avenir, ce qui est en opposition avec des coûts plus bas. La FMH et l'AMDHS craignent une défaillance du marché en raison de contrats plus complexes, raison pour laquelle d'autres organisations prônent l'introduction d'un bureau tarifaire national. PharmaSuisse identifie un déséquilibre en ce qui concerne les négociations contractuelles, car les assureurs décident, d'une part, des partenaires et, d'autre part, de l'autorisation.

La Ligue pulmonaire déclare que le domaine des appareils d'inhalation et de respiration est complexe et ne peut être comparé à d'autres positions.

*Exigences*
Swiss Medtech expose les domaines où elle estime qu'il serait nécessaire d'agir si le projet était mis en œuvre, ce à quoi elle s'oppose. Le terme « pénurie » n'est pas clairement défini, tout comme les mesures cantonales à prendre dans un tel cas. Selon Swiss Medtech, l'avenir sera peut-être fait de longues procédures juridiques, et le principe de rémunération uniforme dans l'AOS disparaîtra, car les assureurs-maladie décideront des négociations à mener, avec qui et sur quoi.

PharmaSuisse déplore que les pharmaciens se voient encore imposer des obstacles supplémentaires par le biais de conventions, ce qu'ils considèrent comme une interprétation arbitraire de l'art. 55 OAMal, prévu pour l'admission de parties normalement non autorisées à exercer une activité de fournisseurs de prestations.

Aide et soins à domicile Suisse exige de définir des exigences et des critères de qualité pour les centres de remise.

6 des 26 organisations (mfe, CCM, BüAeV, BEKAG, FMH, AMDHS) demandent une « dérogation » en cas d'entrée en matière sur le projet (ce à quoi elles s'opposent). En effet, si le projet est adopté, elles réclament que l'on ne touche pas aux art. 44 et 52 LAMal. Diabètesuisse, la SEDC et la SSED exigent qu'en cas d'aboutissement du projet, les appareils pour le diabète soient exclus de la nouvelle réglementation.

Diabètesuisse se prononce en faveur d'un assouplissement du principe de territorialité plutôt que pour le présent projet. L'ASPS et Aide et soins à domicile Suisse défendent des déductions contractuelles. Elles souhaitent en outre une optimisation de la procédure de demande. Ces deux organisations, ORS et Interpharma soutiennent également l'actualisation périodique et régulière de la LiMA. PharmaSuisse propose que le DFI / l'OFSP détermine le catalogue de prestations de la LiMA, que les fournisseurs de prestations annoncent leurs produits (dette portable) et déterminent librement leur prix de fabrique de vente maximal, qui serait inscrit et publié dans la liste. Ils n'auraient le droit d'adapter ce dernier qu'une seule fois par an. Les parts maximales relatives à la distribution seraient,

dans la mesure du possible, déterminées indépendamment du prix coûtant (comme pour la LS) pour éviter d'inciter à remettre des variantes plus chères sans raisons inhérentes aux patients. Si cette option n'est pas souhaitée, ils adhèrent à la révision. Swiss Medtech est en faveur de la révision de la LiMA, d'un contrôle périodique selon les critères EAE, d'une procédure de demande plus efficace et d'une possibilité de recours en cas de rejet des demandes. L'organisation se déclare prête à participer à la mise en place d'une collecte de données uniforme et à définir des exigences et des critères de qualité clairs pour les centres de remise.

Optiquesuisse soulève l'éventuelle nécessité de retravailler toutes les listes positives et négatives en cas de modification du système de la LiMA.

Scienceindustrie approuve les mesures à mettre en œuvre dans le cadre de la révision mais pas l'élargissement du principe d'une convention. Par exemple, la baisse de 10 % des montants maximaux de remboursement a conduit à un recul impressionnant des produits qui se vendaient bien.

*Évaluation du système actuel et autres affaires politiques*
15 des 26 organisations soutiennent explicitement le système actuel, car il a fait ses preuves, aussi bien concernant les coûts que la large structure de la LiMA ou les montants maximaux de remboursement (SSO, BEKAG, BüAeV, CCM, K3, Ligue pulmonaire, Swiss Medtech, ASPS, CURAVIVA, Interpharma, FMH, AMDHS, senesuisse, H+, ORS). ORS, l'ASPS et Aide et soins à domicile Suisse signalent que le système actuel permet déjà de fixer des prix plus bas. Scienceindustrie défend le système actuel moyennant une réduction systématique et conséquente des montants maximaux de remboursement, car la nouvelle réglementation ne génère ni davantage de concurrence ni baisse de prix.

Swiss Medtech, ORS, la FMH, l'AMDHS, la CCM, la BEKAG, BüAeV, Aide et soins à domicile Suisse et l'ASPS considèrent la révision actuelle judicieuse, car elle implique de vérifier les catégories de produits, d'éliminer les incitations inopportunes et de contrôler les montants maximaux de remboursement. En ce qui concerne la compétence des autorités à déterminer ces montants, le DFI dispose de suffisamment d'instruments. Partant, le système actuel est relativement simple et bien calibré.

7 organisations préconisent d'évaluer la révision en cours avant de considérer de nouvelles mesures (diabètesuisse, H+, mfe, ORS, SSMIG, SSED, SEDC).

L'ASPS, Aide et soins à domicile Suisse, senesuisse et CURAVIVA soulignent que les discussions politiques concernant l'utilisation par la personne assurée et par des tiers (motion 18.3710 et arrêt du Tribunal administratif fédéral) auront une influence sur ce projet et devront donc impérativement être prises en compte dans les réflexions.

## 4.6 Assureurs

*Assertions générales*
Les deux assureurs Groupe Mutuel et Helsana soutiennent la révision de loi. Helsana souligne qu'au vu de la diversité des produits et des fournisseurs de prestations, des négociations de prix concurrentielles mènent à des conditions plus avantageuses pour les assurés.

Curafutura soutient les revendications de l'initiative parlementaire mais pas l'avant-projet tel que proposé. Cette dernière ajoute que l'avant-projet diffère de l'exigence de l'initiative parlementaire, car il ne prévoit pas de possibilité claire de négocier pour les associations ou les centrales d'achat.

Santésuisse salue les efforts dans le domaine de la LiMA visant à faire davantage jouer la concurrence. Toutefois, si l'art. 52*a*, al. 2, LAMal, demeure comme le prévoit le projet, l'association n'approuve pas la modification. Il faut adapter le projet de manière à permettre des contrats à l'échelon des associations. Santésuisse trouverait idéal que la LCart et les cantons ne posent pas de limitations et que les assureurs puissent conclure des contrats librement.

La CTM apprécierait qu'un organe fédéral détermine les prix de manière centralisée ou que les centres de remise et les fournisseurs soient légalement obligés de divulguer les prix. Santésuisse estime qu'il faut empêcher l'OFSP de différencier davantage les positions, car il s'agit d'une tâche incombant au marché.

Groupe Mutuel indique que le volume lié à la LiMA n'est pas anodin et que l'on pourrait économiser quelque 20 millions de francs.

*Charges et bénéfices*
Helsana trouve que les assureurs de tous les domaines doivent s'évertuer à proposer des solutions avantageuses, et ce, indépendamment du volume des coûts. Comme il ne s'agit pas de réglementer 20 000 produits mais de trouver des partenaires contractuels pour 600 groupes de produits, la charge administrative demeure raisonnable. Curafutura explique que si la solution proposée est cohérente avec le droit des cartels, le nombre de produits et de centres de remise génère des coûts de transaction très élevés : les coûts additionnels pourraient donc dépasser les bénéfices. Curafutura est d'avis que l'on pourrait aboutir à une concurrence sur les prix d'une manière bien plus efficace. Santésuisse mène des réflexions similaires.

La CTM reproche au projet de ne pas atteindre son objectif de baisse des coûts, car cette solution génère un énorme surcroît de charges. Les assureurs peuvent se sentir obligés d'élargir leurs réseaux de distribution, ce qui peut, certes, mener à des prix plus bas mais implique cette énorme charge.

*Protection tarifaire / droit des cartels*
Helsana estime qu'introduire une protection tarifaire représente un avantage dont bénéficieraient les patients. Curafutura, Groupe Mutuel et santésuisse critiquent la soumission au droit des cartels, car cette réglementation fait diminuer le potentiel d'économies. Helsana souligne que si la mise en œuvre de ce droit est laborieuse au départ, elle permet d'obtenir des produits de qualité à moindre coûts. Santésuisse ajoute que tout regroupement sans motif d'efficacité est irrecevable. Or faire baisser les coûts administratifs au niveau des fédérations ne peut être réputé motif d'efficacité, c'est pourquoi les groupements d'achat ont la possibilité d'agir dans ce domaine sans contrevenir à la LCart.

Santésuisse souligne aussi que les fournisseurs de prestations n'ayant pas conclu de contrat relatif à la remise peuvent porter plainte auprès de l'autorité de la concurrence, ce qui bloque le nouveau système. Par conséquent, il est judicieux de regrouper les contrats relatifs à la remise pour 1 à 3 sociétés d'achat et centres de remise, organisés en chaînes ou en fédérations, et ce, pour réduire les coûts administratifs.

*Introduction de la modification de loi*
Groupe Mutuel et santésuisse critiquent le fait que le canton peut prendre des mesures en cas de pénurie mais qu'une telle situation n'est pas clairement définie. Partant, le droit fédéral devrait déterminer des critères pour définir l'adéquation, et il faudrait effectuer les contrôles au niveau fédéral, et non cantonal, afin d'économiser des coûts administratifs et d'éviter la formation de 26 systèmes. En ce qui concerne le système d'information, Groupe Mutuel approuve l'avant-projet. Santésuisse s'interroge quant aux critères d'approvisionnement suffisants, qu'il s'agira de définir.

Helsana indique que les nouvelles solutions encouragent l'aboutissement à d'autres solutions d'approvisionnement attrayantes. Si la part de la LiMA dans les coûts totaux est plutôt faible et représente un défi aussi bien pour l'autorité de régulation que pour les assureurs-maladie, une croissance de l'efficacité demeure judicieuse.

Au vu de la quantité énorme de positions, santésuisse et Groupe Mutuel plaident en faveur d'une introduction graduelle sur la base de groupes de produits définis, et ce, afin de pouvoir contrôler les risques liés aux coûts administratifs des assureurs-maladie. Groupe Mutuel ajoute que la phase transitoire de 3 ans est un peu courte. Qui plus est, l'assureur demande une étude évaluant plus précisément les avantages potentiels et les risques liés à la modification et permettant une réglementation transitoire équitable. Enfin, il faudrait que des contrats prévoyant des remises soient possibles pour les assureurs ou leurs associations.

*Évaluation du système actuel*
Selon Groupe Mutuel, le système actuel ne comporte quasiment pas d'incitations à négocier des prix plus bas. Pour Helsana, la réglementation en vigueur implique des montants maximaux de remboursement trop élevés et davantage de coûts par rapport aux pays voisins. La CTM constate que la LiMA présente des lacunes, car l'existence même de montants maximaux de remboursement incite à s'en rapprocher.

*Autres affaires politiques*
Santésuisse considère comme un facteur aggravant le fait que des efforts politiques soient actuellement entrepris pour élargir le champ d'application de la LiMA. La motion 18.3710 requiert que l'utilisation par le personnel infirmier de produits figurant sur la LiMA soit également remboursée par l'AOS.

## 4.7 Autres

*Assertions générales*
8 autres prises de position nous sont parvenues ; parmi elles, 6 rejetaient explicitement le projet (LPNE, Lungenliga Zentralschweiz, PSV, COLISA, Lunge Zürich, Swiss Diabetes Kids). La SDS s'est montrée surprise, car elle n'a pas reçu d'invitation à la procédure de consultation. 2 organisations ont demandé explicitement de ne pas entrer en matière sur le projet (diabeteszürich, SDS).

La COLISA et diabeteszürich soulignent que la mise en œuvre est difficilement réalisable. La LPNE, Lungenliga Zentralschweiz, la COLISA, Lunge Zürich et PSV renvoient à la ligne d'argumentation de la CDS, de la COLISA, de la Société suisse de pneumologie, de la FMH et de Swiss Medtech.

La LPNE, Lungenliga Zentralschweiz, la COLISA et Lunge Zürich expliquent que le changement de système fait passer le prix au cœur des négociations, au détriment de la qualité et de la sécurité des patients.

*Le surcroît de charges annule les bénéfices*
Swiss Diabetes Kids et la SDS estiment que le nouveau système implique des charges supplémentaires considérables pour toutes les parties impliquées et qu'il n'est donc pas avantageux. PSV indique aussi que le surcroît de charges annule les bénéfices et fait exploser les coûts.

La LPNE, Lungenliga Zentralschweiz, la COLISA et Lunge Zürich sont d'avis que les négociations entre les différents centres de remise et les caisses-maladie s'opposent aux baisses de coûts souhaitées.

*Répercussions sur les cantons / patients*

La SDS, la COLISA et diabeteszürich affirment qu'introduire des organes cantonaux de contrôle à la place d'un partenaire unique (jusqu'ici l'OFSP) se traduirait par la formation de 26 centres de contrôle, tous organisés différemment.

Lunge Zürich fait remarquer que, dans le domaine de la thérapie respiratoire, on favorise le personnel mal formé utilisant des appareils en provenance de l'étranger. Swiss Diabetes Kids pense que des incertitudes juridiques concernant la définition des fournisseurs de prestations et des centres de remise menacent le projet.

La LPNE, Lungenliga Zentralschweiz, la COLISA, PSV et Lunge Zürich trouvent que l'achat de prestations pour les patients deviendra plus compliqué et qu'un changement d'assurance-maladie s'accompagnera d'obstacles administratifs. Swiss Diabetes Kids souligne qu'il est disproportionné et peu judicieux d'encombrer les patients de conditions complexes.

La LPNE, Lungenliga Zentralschweiz, la SDS, PSV, diabeteszürich, la COLISA et Lunge Zürich expliquent que la liberté thérapeutique des médecins doit être assurée, alors que le projet fait passer la décision en question du médecin à l'assurance-maladie.

*Pertes de qualité / interchangeabilité des appareils*
La SDS, la COLISA, Swiss Diabetes Kids et diabeteszürich soulignent que les propositions du projet impliquent la substituabilité des aides techniques. Toutefois, dans de nombreux domaines, la possibilité de choisir est inexistante et il s'agit de trouver le moyen auxiliaire adapté. Même sans ce projet, on constate d'ores et déjà plutôt une pénurie qu'une offre excédentaire dans certains domaines.

La LPNE, Lungenliga Zentralschweiz, Lunge Zürich et PSV expliquent qu'il règne une grande complexité dans le domaine des appareils respiratoires.

Swiss Diabetes Kids s'oppose au projet, car il favoriserait une médecine à deux vitesses, augmenterait le pouvoir des assurances-maladie et compliquerait l'accès des assurés aux prestations.

Selon PSV, les négociations n'abordent que le prix, au détriment de la qualité.

La LPNE, Lungenliga Zentralschweiz, PSV et Lunge Zürich remarquent que, dans le projet, les contrats relatifs à la remise respectant le droit des cartels sont estimés à plusieurs centaines (contrats entre fédérations non valides). Rien que pour la Ligue pulmonaire, le nombre de contrats s'élèverait à 1102, soit un surcroît de charges colossal.

*Évaluation du système actuel*
La LPNE, Lungenliga Zentralschweiz, la COLISA et Lunge Zürich identifient des éléments positifs dans l'initiative. Toutefois, ils sont d'avis que le système actuel comporte déjà des mécanismes fondamentaux, tels que l'obligation de contracter entre les centres de remise et les assureurs. Les assureurs-maladie devraient néanmoins mieux mettre en œuvre ces contrats.

Diabeteszürich, la SDS et la COLISA souhaitent que la révision en cours soit d'abord évaluée avant de mettre en œuvre d'autres mesures dans le domaine de la LiMA.

*Exigences*
La SDS, Swiss Diabetes Kids et diabeteszürich demandent comme « dérogation », qu'en cas d'adoption du projet, les chapitres concernant le diabète soient exclus de la nouvelle réglementation. Swiss Diabetes Kids ajoute qu'en cas de refus de cette dérogation, ils demanderaient que la nouvelle réglementation ne s'applique pas aux assurés de moins de 18 ans avec une position dans la LiMA.

La SSMIG soutient la minorité souhaitant que les cantons aient accès aux contrats en vertu du devoir d'information.

Diabeteszürich explique que les préoccupations portent uniquement sur l’exigence de prix plus bas, au détriment de l’implication des parties concernées. Par ailleurs, diabeteszürich serait favorable à un assouplissement du principe de territorialité.

# 5 Prise de position sur les différents articles de la LAMal

44 des 76 participants à la procédure n'ont pas de remarque concrète à faire sur les différents articles de loi[3].

## 5.1 Article 37*a*

*Cantons*
JU explique que la réglementation des centres de remise au sens de l'art. 37*a* représente un risque pour les patients, car les centres ne disposant pas de contrats ne seront plus pris en compte.

*Assureurs*
Santésuisse et Groupe Mutuel demandent de supprimer l'art. 37*a*, al. 1, let. b.

*Fournisseurs de prestations*
Diabètesuisse exige que l'on présente les solutions techniques concernant la manière dont les assurés peuvent voir quelle assurance-maladie prend en charge quel produit et dans quelle mesure.

PharmaSuisse demande de supprimer l'article.

La CTM indique que l'art. 37*a* ne peut être mis en œuvre dans la pratique en raison de l'absence d'une définition claire du terme « centre de remise ». Selon l'étendue de la définition, le nombre de contrats peut être très élevé.

Aide et soins à domicile Suisse renvoie au surcroît de charges qu'impliquent les contrats.

L'ASPS, senesuisse et CURAVIVA demandent de renoncer à l'art. 37*a*, voire à la totalité de la révision.

La SSED et la SEDC exigent que l'on présente les solutions techniques concernant la manière dont les assurés peuvent voir quelle assurance-maladie prend en charge quel produit et dans quelle mesure.

K3 souligne que l'article rend l'autorisation d'un centre dépendante du contrat relatif à la remise. Les fournisseurs de prestations devraient donc se soumettre à la volonté des assureurs-maladie ou renoncer à remettre des dispositifs médicaux. Cette deuxième situation mettrait en péril l'approvisionnement.

*Autres*
Swiss Diabetes Kids demande de supprimer l'art. 37a.
Diabeteszürich, la COLISA et la SDS exigent que l'on présente les solutions techniques concernant la manière dont les assurés peuvent voir quelle assurance-maladie prend en charge quel produit et dans quelle mesure.

[3] BüAeV, PDC, FAMH, H+, PLR, HKBB, mfe, Interpharma, AG, AR, AI, BS, BE, FR, GE, GR, NE, OW, SH, SZ, SO, SG, TI, TG, UR, ZH, CCM, FRC, Optiquesuisse, Ortho Reha Suisse, PS, Swiss Medtech, SSMIG, CDS, UDC, SSO, usam, USS, SSP, FPC, pharmalog.ch, FMH, AMDHS, scienceindustrie

## 5.2 Article 38

*Fournisseurs de prestations*
L'ASPS, pharmaSuisse et Aide et soins à domicile Suisse demandent de supprimer l'art. 38.

Diabètesuisse, la SSED et la SEDC exigent que les listes des centres de remise autorisés soient déjà révélées et réparties en catégories de fournisseurs de prestations.

*Autres*
Diabeteszürich, la SDS et Swiss Diabetes Kids exigent aussi que les listes des centres de remise autorisés soient déjà révélées et réparties en catégories de fournisseurs de prestations.

La COLISA remarque que le projet n'indique pas assez clairement quels fournisseurs de prestations rempliront les conditions d'admission.

## 5.3 Article 44

*Associations faîtières de l'économie suisse*
Le CP demande de garder la partie supprimée de l'art. 44, al. 1 : « La disposition sur la rémunération des moyens et des appareils diagnostiques ou thérapeutiques (art. 52, al. 1, let. a, ch. 3) est réservée. ».

*Fournisseurs de prestations*
Aide et soins à domicile Suisse et pharmaSuisse demandent de supprimer l'art. 44.
L'ASPS, senesuisse et CURAVIVA souhaitent que l'on renonce à l'art. 44, al. 1.

La BEKAG refuse la reformulation de l'art. 44, 1re phrase. La 2e phrase devrait être maintenue telle quelle et la LiMA exclue de la protection tarifaire.

*Autres*
Swiss Diabetes Kids demande de supprimer l'art. 44, al. 1.

## 5.4 Article 45

*Fournisseurs de prestations*
L'ASPS, senesuisse, Aide et soins à domicile Suisse et CURAVIVA voudraient supprimer l'art. 45, al. 2.

*Assureurs*
Groupe Mutuel et santésuisse demandent de modifier l'art. 45, al. 2. Ils souhaitent renoncer à la partie « de manière appropriée et dans une qualité élevée ». La CTM déclare que la mise en œuvre des mesures cantonales et la définition de « limitées dans le temps » ne sont pas claires. Il n'y a pas de précision concernant la possibilité d'action et plus un canton est rural, plus la situation se complique.

*Autres*
Swiss Diabetes Kids demande la suppression de l'art. 45, al. 2, ou une dérogation sous forme de règles de procédure fixes permettant aux patients de savoir comment exercer leur droit à des soins de santé vitaux et sûrs et à une égalité de traitement à cet égard.

## 5.5 Article 52

*Associations faîtières de l'économie suisse*
Le CP demande de maintenir l'ancienne disposition (art. 52, al. 1, let. a).

*Assureurs*
Helsana exige que l'art. 52, al. 1, let. a, ch. 3, soit précisé comme suit : « 3. des dispositions sur l'obligation de prise en charge et les éventuelles limitations des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques ; »

Curafutura souhaite également préciser l'art. 52, al. 1, let. a, ch. 3, comme suit : « des dispositions sur l'obligation de prise en charge et les éventuelles limitations des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques ; »

Santésuisse exige un nouvel art. 52, al. 1 bis, formulé comme suit : « Le Département est habilité à déterminer des prix maximaux pour les moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques si cela lui semble approprié. »

*Fournisseurs de prestations*
PharmaSuisse et Aide et soins à domicile Suisse demandent de supprimer l'art. 52, al. 1, let. a.
Diabètesuisse, la SSED et la SEDC exigent que l'on s'en tienne à une seule autorité de réglementation (art. 52, al. 1, let. a).

*Autres*
Diabeteszürich, Swiss Diabetes Kids, la SDS et la COLISA demandent aussi que l'on s'en tienne à un seul organisme de réglementation (art. 52, al. 1, let. a).

## 5.6 Article 52*b*

*Cantons*
GL indique que la LCart empêche les associations de négocier des contrats, ce qui génère une énorme charge administrative.

BL, NW, GL, JU, LU, VD et VS s'interrogent concernant l'art. 52*b*, al. 1 : quels sont les critères pour « veiller à ce que les prix soient structurés de manière appropriée et à ce qu'ils soient calculés selon les règles applicables en économie d'entreprise » et peut-on exiger cela des partenaires tarifaires ?

BL, NW, GL, JU, LU, VD et VS se questionnent aussi sur la signification des moyens et appareils « fournis dans le canton concerné de manière appropriée et dans une qualité élevée » (art. 52*b*, al. 2), et à partir de quand ce critère est rempli et qui décide de ce dernier point ?

*Fournisseurs de prestations*
Diabètesuisse, la SSED et la SEDC demandent de supprimer l'art. 52*b*, al. 2, car la Confédération ne devrait pas édicter de dispositions incitant à contrevenir au droit des cartels. Aide et soins à domicile Suisse demande de renoncer à tout l'art. 52*b.*
PharmaSuisse, senesuisse, CURAVIVA et l'ASPS souhaitent supprimer l'art. 52*b*, al. 1 et 2. Aide et soins à domicile Suisse et l'ASPS demandent également de renoncer à l'al. 3. En cas de changement de système, CURAVIVA et senesuisse plaident pour tenir compte de la variante de la minorité Heim afin que les cantons restent informés.

*Assureurs*
Santésuisse propose de modifier l'art. 52*b*, al. 3, de manière à ce que la Confédération (et non les cantons) soit responsable des listes. Santésuisse ajoute que l'art. 52*b*, al. 1, renvoie aux montants maximaux de remboursement (au sens de l'art. 52, al. 1bis, nouvellement exigé), qui servent de plafond afin de contrer des exigences de prix exagérées des centres de remise.

Helsana déclare qu'elle approuve la soumission à la LCart (en lien avec l'art. 52*b*, al. 2).

Groupe Mutuel et santésuisse proposent de modifier l'art. 52*b*, al. 2, comme suit : supprimer les parties « une offre appropriée et de haut niveau de qualité » et « dans chaque canton ». La disposition relative à la LCart devrait également être retirée. Il faudrait modifier l'art. 52*b*, al. 3, pour que la Confédération (et non les cantons) doive être informée.

En ce qui concerne l'art. 52*b*, al. 1, curafutura et Helsana expliquent qu'il faudrait éliminer la dernière phrase, car elle est superflue et déconcertante. Curafutura demande également de barrer le renvoi à la LCart dans l'art. 52*b*, al. 2, et de permettre que les centres de remise passent des contrats avec les assureurs ou leurs fédérations.

La CTM indique que la ligne d'argumentation concernant le droit des cartels est en opposition avec l'art. 70*b*, al. 1, OLAA, et que les stocks de clôture au sens de l'art. 3 LCart ne sont pas thématisés. Si, dans les faits, un assureur se trouve dans l'impossibilité juridique de conclure des contrats avec un groupe de fournisseurs de prestations, le projet n'est pas réalisable dans la pratique.

*Autres*
La COLISA, la SDS et diabeteszürich demandent de supprimer l'art. 52b, al. 2, car la Confédération ne devrait pas édicter de dispositions incitant à contrevenir au droit des cartels. Swiss Diabetes Kids souhaite que l'on renonce à l'art. 52b, al. 1 et 2, et exigerait, en guise de dérogation, une obligation de contracter entre les associations d'assureurs et tous les fabricants de dispositifs médicaux.

## 5.7 Article 52*c*

*Cantons*
GL indique que cet article représente un surcroît de charge considérable pour les assureurs, les assurés et les centres de remise.

*Assureurs*
La CTM souligne une énorme charge administrative supplémentaire (art. 52c, al. 1, let. a). Elle trouve aussi que la tenue de la liste par les assureurs n'est pas réalisable (art. 52*c*, al. 1, let. b). La CTM approuve l'art. 52*c*, al. 3.

*Fournisseurs de prestations*
Diabètesuisse, la SSED et la SEDC demandent de supprimer l'art. 52*c*, al. 1 et 2.

L'ASPS, CURAVIVA, senesuisse et Aide et soins à domicile Suisse demandent de renoncer à l'art. 52*c*.

*Autres*
Diabeteszürich, la SDS et Swiss Diabetes Kids exigent de supprimer l'art. 52c, al. 1 et 2.

En outre, Swiss Diabetes Kids souhaite renoncer à l'al. 3 de ce même article.

La COLISA estime que le devoir d'information au sens de l'art. 52*c*, al. 1, n'est pas réalisable. Tout comme l'al. 2 de ce même article.

## 5.8 Article 52*d*

*Cantons*
En cas de poursuite du projet, BL, NW, GL, JU, LU, VD et VS demandent la contrepartie suivante : « L'assureur transmet à l'organe cantonal ; a. (...) » pour l'art. 52*d*, al. 2. Si l'organe cantonal de contrôle ne reçoit les contrats qu'en cas d'annonce, il ne peut vérifier continuellement la qualité et l'adéquation de l'approvisionnement.

*Fournisseurs de prestations*
L'ASPS, senesuisse et Aide et soins à domicile Suisse ne sont pas certains que les assurés soient en mesure de reconnaître une situation de pénurie. Ils demandent de supprimer l'art. 52*d*. CURAVIVA souhaite renoncer à la révision et supprimer l'art. 52*d*. PharmaSuisse doute de la capacité des assurés à reconnaître une situation de pénurie et demande aussi de renoncer à l'art. 52*d*.

*Assureurs*
Curafutura demande de supprimer l'art. 52*d*, car le principe de sécurité de l'approvisionnement est déjà abordé à l'art. 45, al. 2 (nouveau). Helsana et santésuisse souhaitent que la partie « ou un centre de remise » soit supprimée de l'art. 52*d*, al. 1 ; seuls les assurés devraient pouvoir déclarer une pénurie. La CTM souligne que l'art. 52*d* génère un surcroît de charges inutiles, car les cantons seront submergés de demandes. Santésuisse exige différentes adaptations de l'art. 52*d*. L'organe de contrôle devrait être confié à la Confédération, il conviendrait de ne pas définir plus précisément l'approvisionnement (supprimer « pas une offre appropriée et de haut niveau de qualité ») et la liste des assureurs ne devrait mentionner que les centres de remise (supprimer « pris en charge par chaque centre de remise »). Groupe Mutuel demande que l'organe de contrôle soit confié à la Confédération et invite à supprimer « pris en charge par chaque centre de remise » de l'art. 52*d*, al. 2, let. a.

*Autres*
Swiss Diabetes Kids souhaite supprimer l'art. 52*d*, car un simple droit d'aviser sera introduit.

## 5.9 Dispositions transitoires

*Fournisseurs de prestations*
CURAVIVA et senesuisse sont d'avis qu'une phase de transition de 3 ans ne suffit pas pour réaliser ce changement de système et demandent de renoncer à la révision.

*Assureurs*
Curafutura et Helsana indiquent que les dispositions transitoires soumises mineraient les contrats existants. C'est pourquoi une précision est nécessaire (« a. les prix des moyens et des appareils diagnostiques ou thérapeutiques conclus avec un ou plusieurs assureurs » et suppression de « diagnostiques et thérapeutiques » dans la dernière phrase de la disposition transitoire).

# 6 Annexe : Liste des participants à la consultation[4]

| Abréviation | Expéditeur |
|---|---|
| **Cantons** | |
| AG | Staatskanzlei des Kantons Aargau<br>Chancellerie d'État du canton d'Argovie<br>Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia |
| AI | Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden<br>Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures<br>Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno |
| AR | Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden<br>Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures<br>Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno |
| BE | Staatskanzlei des Kantons Bern<br>Chancellerie d'État du canton de Berne<br>Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna |
| BL | Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft<br>Chancellerie d'État du canton de Bâle-Campagne<br>Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna |
| BS | Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt<br>Chancellerie d'État du canton de Bâle-Ville<br>Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città |
| FR | Staatskanzlei des Kantons Freiburg<br>Chancellerie d'État du canton de Fribourg<br>Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo |
| GE | Staatskanzlei des Kantons Genf<br>Chancellerie d'État du canton de Genève<br>Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra |
| GL | Regierungskanzlei des Kantons Glarus<br>Chancellerie d'État du canton de Glaris<br>Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona |
| GR | Standeskanzlei des Kantons Graubünden<br>Chancellerie d'État du canton des Grisons<br>Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni |
| JU | Staatskanzlei des Kantons Jura<br>Chancellerie d'État du canton du Jura<br>Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura |
| LU | Staatskanzlei des Kantons Luzern<br>Chancellerie d'État du canton de Lucerne<br>Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna |
| NE | Staatskanzlei des Kantons Neuenburg<br>Chancellerie d'État du canton de Neuchâtel<br>Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel |
| NW | Staatskanzlei des Kantons Nidwalden<br>Chancellerie d'État du canton de Nidwald<br>Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo |
| OW | Staatskanzlei des Kantons Obwalden<br>Chancellerie d'État du canton d'Obwald<br>Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo |
| SG | Staatskanzlei des Kantons St. Gallen |

[4] Par ordre alphabétique des abréviations

| | |
|---|---|
| | Chancellerie d'État du canton de Saint-Gall<br>Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo |
| SH | Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen<br>Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse<br>Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa |
| SO | Staatskanzlei des Kantons Solothurn<br>Chancellerie d'État du canton de Soleure<br>Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta |
| SZ | Staatskanzlei des Kantons Schwyz<br>Chancellerie d'État du canton de Schwytz<br>Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto |
| TG | Staatskanzlei des Kantons Thurgau<br>Chancellerie d'État du canton de Thurgovie<br>Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia |
| TI | Staatskanzlei des Kantons Tessin<br>Chancellerie d'État du canton du Tessin<br>Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino |
| UR | Standeskanzlei des Kantons Uri<br>Chancellerie d'État du canton d'Uri<br>Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri |
| VD | Staatskanzlei des Kantons Waadt<br>Chancellerie d'État du canton de Vaud<br>Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud |
| VS | Staatskanzlei des Kantons Wallis<br>Chancellerie d'État du canton du Valais<br>Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese |
| ZH | Staatskanzlei des Kantons Zürich<br>Chancellerie d'État du canton de Zurich<br>Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo |
| GDK<br><br>CDS | Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren<br>Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé<br>Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità |
| **Partis politiques** | |
| CVP<br>PDC<br>PPD | Christlichdemokratische Volkspartei<br>Parti démocrate-chrétien<br>Partito popolare democratico |
| FPD<br>PLR<br>PLR.I | Die Liberalen<br>Les Libéraux-Radicaux<br>Liberali Radicali |
| SPS<br>PSS<br>PSS | Sozialdemokratische Partei der Schweiz<br>Parti socialiste suisse<br>Partito socialista svizzero |
| SVP<br>UDC<br>UDC | Schweizerische Volkspartei<br>Union Démocratique du Centre<br>Unione Democratica di Centro |
| **Associations faîtières de l'économie suisse** | |
| CP | Centre patronal (Paudex) |
| HKBB | Handelskammer beider Basel |
| SGB<br>USS<br>USS | Schweizerischer Gewerkschaftsbund<br>Union syndicale suisse<br>Unione sindacale svizzera |

| | |
|---|---|
| sgv<br>usam<br>usam | Schweizerischer Gewerbeverband<br>Union suisse des arts et métiers<br>Unione svizzera delle arti e mestieri |
| VPOD<br>SSP<br>SSP | Verband des Personals Öffentlicher Dienste<br>Syndicat Services publics<br>Sindacato dei servizi pubblici |
| **Cercles intéressés** | |
| **Associations de défense des consommateurs** | |
| FRC | Fédération romande des consommateurs |
| SKS<br>FPC | Stiftung für Konsumentenschutz<br>Fondation pour la protection des consommateurs<br>Fondazione per la protezione dei consumatori |
| **Organisations du secteur de la santé** | |
| **Fournisseurs de prestations** | |
| ASPS | Verband der privaten Spitex-Organisationen<br>Association spitex privée<br>Associazione delle organizzazioni private di cura a domicilio |
| BEKAG | Ärztegesellschaft des Kantons Bern<br>Société des médecins du canton de Berne |
| BüAeV | Bündner Ärzteverein<br>Ordine dei medici grigoni |
| CURAVIVA | Verband Heime und Institutionen Schweiz<br>Association des homes et institutions sociales suisses<br>Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri |
| diabetesschweiz<br>diabètesuisse<br>diabetesvizzera | Schweizerische Diabetesgesellschaft<br>Association suisse du diabète<br>Associazione Svizzera per il Diabete |
| FAMH | Die medizinischen Laboratorien der Schweiz<br>Les laboratoires médicaux de suisse<br>I laboratori medici della svizzera |
| FMH | Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte<br>Fédération des médecins suisses<br>Federazione dei medici svizzeri |
| H+ | H+ Die Spitäler der Schweiz<br>H+ Les Hôpitaux de Suisse<br>H+ Gli Ospedali Svizzeri |
| Interpharma | Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz<br>Association des entreprises pharmaceutiques suisses pratiquant la recherche |
| K3 | Konferenz kantonale Krankenhausverbände |
| KKA<br>CCM | Konferenz der kantonalen Ärztegesellschaften<br>Conférence des sociétés cantonales de médecine<br>Conferenza delle società mediche cantonali |
| LPS | Lungenliga Schweiz<br>Ligue pulmonaire suisse<br>Lega polmonare |
| mfe | Haus- und Kinderärzte Schweiz<br>Médecins de famille et de l'enfance<br>Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera |
| Optikschweiz<br>Optiquesuisse | Der Verband für Optometrie und Optik<br>L'association d'optométrie et d'optique |
| ORS | Ortho Reha Suisse |

| | |
|---|---|
| pharmalog.ch | Swiss pharma logistics association |
| pharmaSuisse | Schweizerischer Apothekerverband<br>Société suisse des pharmaciens<br>Società svizzera dei farmacisti |
| scienceindustrie | Wirtschaftsverband Chemie Pharma Biotech<br>Association des industries Chimie Pharma Biotech<br>Associazione economica per la chimica, la farmaceutica e la biotecnologia |
| senesuisse | Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen<br>Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées |
| SGAIM<br>SSMIG | Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin<br>Société suisse de médecine interne générale |
| SGED<br>SSED | Schweizerische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie<br>Société suisse d'endocrinologie et diabétologie |
| SKED<br>SEDC | Sektion für klinische Endokrinologie und Diabetologie<br>Section d'endocrinologie et de diabétologie clinique<br>Divisione di Endocrinologia Clinica e Diabetologia |
| Swiss Medtech | Schweizer Medizintechnikverband<br>Association suisse de la technologie médicale |
| SSO | Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft<br>Société suisse des médecins-dentistes<br>Società svizzera odontoiatri |
| Spitex<br>Services d'aide et de soins à domicile | Spitex Verband Schweiz<br>Association suisse des services d'aide et de soins à domicile<br>Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio |
| VLSS<br>AMDHS | Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz<br>Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse<br>Associazione medici dirigenti ospedalieri svizzeri |
| **Assureurs** | |
| curafutura | Die innovativen Krankenversicherer<br>Les assureurs-maladie innovants<br>Gli assicuratori-malattia innovativi |
| Groupe Mutuel | Groupe Mutuel |
| Helsana | Helsana |
| MTK<br>CTM<br>CTM | Medizinaltarifkommission UVG<br>Commission des tarifs médicaux LAA<br>Commissione delle tariffe mediche LAINF |
| santésuisse | Verband der Schweizer Krankenversicherer<br>Les assureurs-maladie suisses<br>Gli assicuratori malattia svizzeri |
| **Autres** | |
| diabeteszürich | diabeteszürich |
| GELIKO<br>COLISA | Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz<br>Conférence nationale suisse des ligues de la santé<br>Conferenza nazionale svizzera delle leghe per la salute |
| GFW<br>PSV | Gesundheit Förderung Wallis<br>Promotion santé Valais |
| LPNE | Ligue pulmonaire neuchâteloise |
| Lunge Zürich | Verein Lunge Zürich |
| Lungenliga Zentralschweiz | Lungenliga Zentralschweiz |
| SDS | Schweizerische Diabetes-Stiftung |

| | |
|---|---|
| | Fondation de l’Association Suisse du Diabète |
| Swiss Diabetes Kids | Swiss Diabetes Kids |