



17.480

Initiative parlementaire

Urgences hospitalières. Taxe pour les cas bénins

Rapport sur les résultats de la consultation

Berne, avril 2025



.....

Table des matières

1	Contexte	3
2	Procédure de consultation et restitution des résultats	3
2.1	Avis exprimés	3
2.2	Restitution des résultats	4
3	Résumé des avis	5
4	Avis	5
4.1	Avis défavorables et soutien de la minorité de non-entrée en matière	5
4.1.1	CDS et cantons	5
4.1.2	Partis politiques	10
4.1.3	Associations faïtières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national	11
4.1.4	Associations faïtières de l'économie qui œuvrent au niveau national	12
4.1.5	Conférences cantonales.....	12
4.1.6	Associations de consommateurs	12
4.1.7	Fournisseurs de prestations et leurs associations	12
4.1.8	Assureurs et associations d'assureurs	17
4.1.9	Patients et usagers.....	17
4.1.10	Divers	18
4.1.11	Avis spontanés	18
4.2	Avis favorables	20
4.2.1	Cantons	20
4.2.2	Partis politiques	21
4.2.3	Assureurs et associations d'assureurs	22
4.2.4	Fournisseurs de prestations	23
5	Liste des destinataires	24
5.1	Cantons.....	24
5.2	Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale.....	26
5.3	Associations faïtières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national	27
5.4	Associations faïtières de l'économie qui œuvrent au niveau national	27
5.5	Milieux intéressés.....	28
5.5.1	Conférences cantonales.....	28
5.5.2	Associations de consommateurs	29
5.5.3	Organisations de la santé publique	29
5.6	Avis spontanés	37

1 Contexte

Le taux de recours aux urgences hospitalières augmente régulièrement, entraînant une hausse de la charge de travail pour le personnel médical et soignant et une augmentation des délais d'attente. Forte de ces constats, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) considère qu'il y a lieu d'agir pour réduire la surcharge des services d'urgence des hôpitaux et assurer ainsi le bon fonctionnement d'un élément essentiel du système de santé suisse.

L'initiative parlementaire (Weibel) Bäumle 17.480 « Urgences hospitalières. Taxe pour les cas bénins » (iv. pa. [Weibel] Bäumle) prône l'introduction d'une « taxe » pour les cas bénins, qui permettrait de créer un effet dissuasif et de les détourner des urgences en les orientant vers une prise en charge plus adéquate et plus économique. La commission a analysé la compatibilité de la proposition avec les dispositions constitutionnelles et évalué plusieurs options de mise en œuvre. Après de longues délibérations, elle a identifié une solution pragmatique et efficace, sous la forme d'une augmentation ciblée de la participation aux coûts à la charge des assurés.

Ce projet vise à conférer aux cantons la compétence de relever de 50 francs le montant maximal annuel de la quote-part à verser pour toute consultation aux urgences hospitalières. Sont exemptés de cette réglementation les femmes enceintes et les enfants, ainsi que les personnes ayant une demande écrite par un médecin, un centre de télémédecine ou un pharmacien. L'élément financier a pour objectif de dissuader les assurés de se rendre aux urgences pour des cas bénins. La mise en œuvre de cette réglementation requiert l'introduction d'un nouvel art. 64, al. 3^{bis}, dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)¹.

Une minorité (Crottaz, Brenzikofer, Gysi Barbara, Hess Lorenz, Marti Samira, Meyer Mattea, Piller Carrard, Roduit, Weichelt, Wyss) propose de ne pas entrer en matière sur le projet. Pour des raisons de lisibilité, cette minorité est nommée **minorité de non-entrée en matière** dans le présent rapport.

Une autre minorité (Nantermod, Dobler, Sauter, Silberschmidt) propose de renoncer à déléguer la décision aux cantons, ce qui aurait pour effet d'introduire l'augmentation du montant maximal de la quote-part à l'échelle nationale. Elle est nommée **minorité du projet** dans le présent rapport.

La minorité I (Glarner, Aellen, Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, de Courten, Gutjahr, Sauter, Silberschmidt, Thalmann-Bieri, Vietze, Wyssmann) propose, de son côté, que les assurés s'acquittent d'un supplément de 50 francs à la quote-part à chaque fois qu'ils se rendent aux urgences hospitalières. Sont exemptés de cette réglementation les femmes enceintes et les enfants, ainsi que les personnes adressées par un médecin, un centre de télémédecine ou un pharmacien. Il est prévu ici que la compétence d'introduire un tel supplément soit déléguée aux cantons. Ce groupe est nommé **minorité I** dans le présent rapport.

La minorité II (Nantermod, Dobler, Sauter, Silberschmidt) est favorable au supplément à la quote-part tel que proposé par la minorité I. Elle demande toutefois de renoncer à la délégation aux cantons, ce qui aurait pour effet d'introduire la mesure à l'échelle nationale. Ce groupe est nommé **minorité II** dans le présent rapport.

2 Procédure de consultation et restitution des résultats

Le 27 septembre 2024, la commission a ouvert la procédure de consultation relative au projet de mise en œuvre de l'iv. pa. (Weibel) Bäumle. La consultation courait jusqu'au 10 janvier 2025.

2.1 Avis exprimés

Au total, la commission a reçu 75 avis : 55 émanaient de destinataires consultés, et 20 de personnes et entités qui se sont exprimées spontanément. Cinq partis représentés à l'Assem-

¹ RS 832.10

blée fédérale qui étaient consultés n'ont pas remis d'avis. Parmi les conférences cantonales invitées à participer, seule la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) s'est exprimée. Parmi les associations de consommateurs consultées, seule l'Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana (ACSI) a remis un avis.

Catégorie ²	Avis défavorables / minorité de non-entrée en matière ³	Approbation				
		Total des avis favorables	Projet	Minorité du projet	Minorité I	Minorité II
Cantons	21	5	3	2 ⁴		2 ⁵
Partis politiques	3	3	1		1	1
Associations faitières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national	2					
Associations faitières de l'économie qui œuvrent au niveau national	4					
Conférences cantonales	1					
Associations de consommateurs	1					
Fournisseurs de prestations	27	1	1			
Assureurs et associations d'assureurs	3	1	1			
Patients et usagers	1					
Divers	2					
Total	65	10				

Tableau 1 : Aperçu des avis reçus

2.2 Restitution des résultats

Le présent rapport a pour objet la restitution des résultats de la procédure de consultation sous une forme synthétique. Les avis sont à la fois circonstanciés et d'une teneur très diverse. Afin que la vue d'ensemble qui en est donnée ici soit aussi complète que possible, ils sont présentés sous une forme résumée. Pour plus de précisions, se référer aux avis originaux.

Le tableau ci-dessus recense les participants invités à se prononcer ainsi que ceux qui ont remis spontanément un avis.

² Pour en savoir plus sur les catégories, voir ch. 1.

³ Le rejet du projet par un participant équivaut à une non-entrée en matière.

⁴ TI et BE sont favorables à la variante de la minorité du projet comme à la variante de la minorité II.

⁵ Voir note de bas de page 4.

3 Résumé des avis

Une importante majorité des participants à la consultation rejettent le projet. Sur le fond, ils sont favorables à des mesures visant une organisation plus efficace des soins et, partant, susceptibles de freiner les coûts. Dans leur très grande majorité, ils partagent les objectifs du projet, soit renforcer la conscience des coûts et décharger les services d'urgence des hôpitaux. Ils estiment cependant que la solution proposée ne permet pas d'atteindre ces objectifs avec un rapport coût/bénéfice approprié, et qu'il convient d'étudier de meilleures solutions.

La plupart des cantons et CDS rejettent le projet. AR, BE, GL, TI et ZH approuvent le projet ou les variantes soumises par la minorité du projet ou par la minorité II.

PSS, AL et Les VERT-E-S rejettent le projet. PVL, PLR et UDC le soutiennent. Les autres partis politiques ne se sont pas prononcés.

Les associations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne et les associations faîtières de l'économie consultées qui se sont exprimées rejettent le projet. Les avis rendus par les associations de consommateurs, les organisations de patients et les associations de fournisseurs de prestations consultées vont dans le même sens.

Tous les fournisseurs de prestations invités à se prononcer rejettent également le projet. En revanche, un fournisseur de prestations qui s'est exprimé de manière spontanée accueille favorablement la proposition.

Parmi les assureurs et les fédérations d'assureurs, Groupe Mutuel et Curafutura s'opposent au projet. De son côté, Santésuisse souscrit à la variante de la minorité II.

4 Avis

4.1 Avis défavorables et soutien de la minorité de non-entrée en matière

4.1.1 CDS et cantons

CDS ainsi qu'**AG, AI, BL, BS, FR, GE, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, UR, VD, VS et ZG** remettent en question l'effet visé par le projet.

CDS indique que, de manière générale, elle approuve les mesures ayant pour but une organisation plus efficiente des soins et produisant de ce fait un effet de maîtrise des coûts. De même, elle partage les objectifs de la commission de renforcer la prise de conscience des personnes assurées face aux coûts et d'alléger la charge des urgences hospitalières. Cependant, elle rejette le projet, estimant que celui-ci accentue les obstacles déjà importants qui entravent l'accès aux soins pour une partie de la population. Elle craint que les personnes à faibles revenus n'attendent trop longtemps avant de faire appel à un médecin, ce qui peut avoir des conséquences sanitaires et financières et impliquer des questions de responsabilité. Selon elle, le supplément prévu par le projet déstabilisera nombre de patients. Dans les cas d'urgence, il fera courir le risque de perdre de précieuses minutes, puisqu'il faudra prendre préalablement contact avec un cabinet médical, une pharmacie ou un centre de télémédecine. Pour être exonérés de la « taxe pour les cas bénins », les patients devront consulter dans tous les cas un médecin, un centre de télémédecine ou un pharmacien pour obtenir d'être adressés aux urgences. Cette première consultation entraînera forcément des coûts supplémentaires pour l'assurance obligatoire des soins (AOS), qui ne seront compensés que pour les cas bénins puisque la consultation évitera un traitement d'urgence plus onéreux. **CDS** remet aussi en question le rapport charge/bénéfice et la contribution à la réalisation des objectifs visés. D'après elle, l'effort que les cantons et tous les autres acteurs devront fournir pour introduire le supplément et le mettre en œuvre est disproportionné par rapport à un effet incitatif selon toute probabilité modeste. Indépendamment de la variante retenue, les coûts dépasseront de beaucoup les bénéfices escomptés. En outre, **CDK** voit d'un œil critique le champ d'application restreint de la réglementation, celle-ci ne s'appliquant ni aux touristes ni aux personnes assurées selon la

.....

loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA)⁶ ou la loi fédérale sur l'assurance militaire (LAM)⁷. Elle juge aussi choquant que les personnes accidentées soient traitées différemment au regard de la « taxe pour les cas bénins » selon qu'elles sont assurées contre les accidents au titre de la LAA ou de la LAMal. En outre, elle déplore qu'en vertu de la réglementation envisagée, les secours ne soient pas autorisés à réorienter les patients, bien qu'ils confient chaque année à eux seuls des milliers de « véritables » cas d'urgence aux services ad hoc des hôpitaux. Elle s'attend à ce que le projet soulève davantage de questions de responsabilité civile, tout en alourdissant la charge administrative pour l'ensemble des acteurs du système de santé. Elle craint aussi que la délégation de compétence aux cantons complique la mise en œuvre. En effet, des réglementations cantonales différentes risquent de se traduire par de très nombreuses incertitudes et difficultés, notamment en cas de recours extracantonal aux urgences médicales. Enfin, CDK relève que les cantons et en particulier les fournisseurs de prestations peuvent d'ores et déjà déployer des mesures structurelles afin de réduire le taux de recours inutiles aux urgences hospitalières, par exemple en créant des points d'accueil et de triage téléphoniques ou des cabinets d'urgence tenus au sein d'un hôpital par un médecin généraliste exerçant une fonction de « *gatekeeper* ».

FR, SZ et ZG se rallient entièrement à la position de CDK. AI, BL, BS, GE, GR, NE, OW, SG, SO, UR et VD partagent l'avis de CDK, tout en formulant d'autres remarques. AG, JU, LU, NW, SH, TG et VS se prononcent individuellement sans se référer à CDK.

Pour **AG**, le projet ne résout pas le problème de la hausse du taux de recours aux urgences hospitalières. Le canton fait remarquer qu'à certains moments, par exemple durant la nuit, il ne sera pas possible d'obtenir une demande écrite. Il estime en outre que le projet manque de clarté quant aux exigences formelles auxquelles une telle demande doit se conformer. Il relève que celui-ci vise à renforcer la conscience des coûts au sein de la population, mais ne précise pas ce que ce supplément de 50 francs est censé couvrir, faute de lien direct avec l'examen pratiqué aux urgences. AG déplore aussi l'absence d'information sur la durée de l'augmentation de la quote-part. Enfin, la charge administrative pour le personnel hospitalier ne doit pas être sous-estimée. Le canton est d'avis qu'il faut éclaircir les questions ci-dessus et remanier en profondeur le projet.

Selon **AI**, avec un tel supplément d'urgence, les patients risquent de se sentir – à tort – légitimés à se rendre directement aux urgences d'un hôpital. Au lieu de décharger ces services, le supplément envisagé produirait alors l'effet inverse.

BL se déclare favorable à la poursuite des débats parlementaires sur l'introduction d'un supplément d'urgence à la condition de remédier à l'inégalité de traitement évoquée par CDK et à la surcharge administrative qui affecterait les institutions concernées et les cantons. Il demande aussi que les services de secours soient habilités à demander l'admission des patients aux urgences.

BS ne voit quant à lui pas en quoi un réseau décentralisé et non coordonné de cabinets médicaux, de pharmacies, de centres de télémédecine et de services de santé communaux serait mieux à même de trier les cas d'urgence de manière fluide et efficace que le service d'urgence d'un hôpital. Il redoute que, loin d'améliorer le système de santé et de réduire les coûts, la mise en œuvre du projet ne conduise à une détérioration de la qualité des soins et à une hausse des coûts totaux. Le canton relève aussi les conséquences négatives du projet sur l'aide sociale et ses bénéficiaires, faisant remarquer que ces derniers ne seront guère en mesure d'assumer eux-mêmes les coûts supplémentaires. Il s'attend *de facto* à un transfert des coûts de la santé vers l'aide sociale ou à une augmentation des factures non réglées pour cause d'échec de la poursuite avec, dans un cas comme dans l'autre, un accroissement de la charge administrative en corollaire. De plus, une mise en œuvre variant selon les cantons constitue à ses yeux un facteur d'incertitude et de complication, en particulier en cas de recours aux urgences d'un autre canton. Il fait aussi observer que le projet confère aux cantons la compétence d'in-

⁶ Loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20)

⁷ Loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire (LAM ; RS 833.1)

.....

tervenir dans l'étendue des prestations ainsi que dans le montant des prestations d'assurance-maladie, une nouveauté dans la mesure où il s'agissait jusqu'ici d'une prérogative fédérale. BS doute par ailleurs de la compatibilité d'un tel transfert de compétence avec le système de la LAMal.

GE constate que le contexte actuel n'est pas favorable à l'introduction d'une mesure de cet ordre. En effet, une partie de la population n'a d'ores et déjà pas d'autre choix que de se reporter sur les urgences hospitalières. Le canton estime qu'il existe de meilleures solutions que celles préconisées par le projet. Ainsi, il œuvre actuellement à la création d'une ligne téléphonique de tri et d'orientation et d'une plateforme en ligne pour les personnes recherchant une consultation d'urgence. Il propose d'améliorer la coordination des acteurs en place, d'encourager le développement de solutions innovantes et de renforcer les compétences en matière de santé.

GR fait valoir que la pénurie de médecins de famille oblige souvent la population des zones rurales du canton à recourir aux urgences hospitalières. Il souligne que, dans le cadre de l'organisation commune des services d'urgence avec les médecins généralistes, les hôpitaux contribuent dans une mesure déterminante aux soins médicaux décentralisés dont la population a besoin. Dans les zones où la densité médicale est insuffisante, il objecte également que les patients pourraient être dans l'impossibilité d'obtenir, en cas d'urgence, une demande écrite d'un médecin ou d'une pharmacie avant de se rendre à l'hôpital. Il faudrait alors mettre en place un service de triage téléphonique, seul moyen d'éviter le supplément, à l'échelle cantonale, en amont des urgences. GR fait aussi remarquer que, compte tenu d'une densité médicale variable selon les endroits, le projet conduit à des inégalités de traitement au sein de la population. Il pointe également la surcharge de travail administratif pour les hôpitaux qui résultera de la solution proposée, avec à la clé une importante hausse des coûts. Il souligne par ailleurs que la majoration de la quote-part n'est pas le meilleur moyen de gérer les flux de patients, car ce n'est qu'au moment du remboursement, donc après la consultation, que les personnes assurées en prennent connaissance. De son point de vue, on peut légitimement se demander si la double charge que représente la consultation préalable dans un cabinet médical, une pharmacie ou un centre de télémédecine avant tout passage aux urgences ne va pas en définitive entraîner des coûts supplémentaires, et si les patients ne seront pas de toute manière adressés aux urgences par crainte des conséquences au regard de leur responsabilité civile. Enfin, le canton insiste sur le fait qu'il sera difficile d'expliquer les raisons des disparités réglementaires cantonales aux payeurs de primes.

JU reproche au projet de ne pas tenir compte des personnes qui se présentent aux urgences hospitalières avec un besoin avéré de prise en charge médicale urgente sans disposer d'une demande écrite d'un médecin, d'un centre de télémédecine ou d'un pharmacien. Ces cas sont loin d'être rares, et les patients dans une telle situation ne peuvent passer par un intermédiaire pour obtenir d'être adressés par écrit. Le canton ajoute que, selon le projet, le supplément ne peut être prévu pour les enfants. Pourtant, il est fréquent que les parents se rendent à l'hôpital avec leur enfant pour un problème de santé bénin, ce qui est un facteur réel d'engorgement des urgences. Le canton insiste aussi sur le surcroît de tâches administratives pour les fournisseurs de prestations concernés. À ses yeux, il est préférable d'orienter les patients vers les structures existantes. En conclusion, il souligne qu'il existe de nombreuses autres approches plus adéquates pour soulager les urgences des cas bénins.

LU fait remarquer qu'une hausse du montant maximal annuel de la quote-part ou la facturation d'un supplément pour chaque recours aux urgences hospitalières fait encore davantage obstacle à l'accès aux soins d'une partie de la population. Les personnes à bas revenus risquent d'attendre trop longtemps avant de consulter, ce qui peut mettre leur santé en danger, coûter finalement beaucoup plus cher et soulever en outre des questions de responsabilité. Le canton remet aussi en question l'effet de maîtrise des coûts visé par le projet, sachant que cette première consultation entraînera forcément des coûts supplémentaires pour l'AOS, qui ne seront compensés qu'à de rares occasions – lors de cas bénins, justement – puisqu'elle évitera un traitement d'urgence plus onéreux. En outre, il relève que l'introduction d'une « taxe pour les cas bénins » se traduira par une hausse considérable de la charge administrative pour l'ensemble des prestataires impliqués. LU fait par ailleurs observer que les personnes assurées

.....

selon la LAA ou la LAM, ainsi que les touristes, ne sont pas concernées par la réglementation. Il juge aussi choquant que les personnes accidentées soient traitées différemment, en ce qui concerne la « taxe pour les cas bénins », selon qu'elles sont assurées contre les accidents dans le cadre de la LAA ou celui de la LAMal. LU déplore en outre qu'en vertu de la réglementation envisagée, les secours ne soient pas autorisés à réorienter les patients, bien qu'ils confient chaque année à eux seuls des milliers de « véritables » cas d'urgence aux services ad hoc des hôpitaux – des patients dont ils ne peuvent parfois pas requérir le consentement. Il craint aussi que la délégation de compétence aux cantons n'alourdisse par trop la charge administrative de la mise en œuvre. Enfin, il précise qu'il existe des solutions plus adéquates, comme en témoignent les mesures structurelles que les cantons et en particulier les fournisseurs de prestations peuvent d'ores et déjà déployer afin de réduire le taux de recours inutiles aux urgences hospitalières. La création, que le canton envisage aussi, d'un point d'accueil et de triage téléphoniques ou d'un cabinet d'urgence tenu au sein d'un hôpital par un médecin généraliste exerçant une fonction de « *gatekeeper* » permet de décharger non seulement les médecins de famille, mais aussi les services d'urgence interdisciplinaires des hôpitaux, qui peuvent ainsi se concentrer sur les cas les plus graves. Par ailleurs, renforcer les compétences en matière de santé permet à la population d'y voir plus clair dans le système, de mieux évaluer ses problèmes de santé et de se rendre moins souvent aux urgences hospitalières pour les cas bénins.

NE évoque des approches existantes ou à développer qu'il juge plus appropriées du point de vue de la santé publique pour désengorger les urgences des hôpitaux. Il souligne que l'organisation des services d'urgence incombe aux cantons et répond à des besoins divers. Tant les cantons que les fournisseurs de prestations peuvent mettre en œuvre des mesures organisationnelles structurelles pour réduire le nombre de recours inutiles aux urgences hospitalières, ce que beaucoup d'entre eux font déjà. Selon le canton, le désengorgement passe aussi par un accès facilité à la médecine de premier recours pour la population. Enfin, il recommande d'œuvrer au renforcement des compétences de la population en matière de santé.

NW considère que l'augmentation prévue de la quote-part ne permet pas de gérer les flux de patients comme souhaité, si bien que l'effet incitatif escompté ne sera probablement pas atteint. Le canton estime que les suppléments spéciaux introduits pour certains traitements médicaux sont éthiquement discutables, car ils touchent avant tout les personnes défavorisées sur les plans social ou économique ainsi que les malades chroniques, qui risquent de renoncer à des soins nécessaires pour des raisons financières. En outre, NW reproche au projet d'alourdir les tâches administratives et d'induire des coûts supplémentaires.

OW estime que le projet implique un net alourdissement administratif pour un bénéfice incertain. En effet, de nombreux assurés ont choisi une franchise à option et règlent les frais de traitement de leur poche. Dans ces situations, la « taxe pour les cas bénins » ne peut déployer aucun effet incitatif, un effet qu'il juge également faible pour les personnes ayant opté pour la franchise ordinaire.

Pour sa part, **SG** souligne qu'il est aussi dans l'intérêt du canton de renforcer la responsabilité individuelle des assurés et d'éviter les consultations inutiles aux services d'urgence des hôpitaux. À cet égard, il évoque les mesures structurelles, telles que les cabinets d'urgence intégrés exploités sur plusieurs sites par les réseaux hospitaliers saint-gallois, et qui permettent d'ores et déjà de désengorger efficacement les urgences des hôpitaux. Il explique par ailleurs que le recours croissant aux urgences hospitalières est aussi la conséquence de la pénurie de médecins de famille. Le canton estime que le projet ne permet en aucun cas d'atteindre les objectifs visés et qu'il faut le rejeter en raison de son rapport coût/bénéfice défavorable, car il conduit à une hausse considérable de la charge administrative pour l'ensemble des parties concernées. S'agissant des « véritables cas d'urgence », la demande écrite nécessaire pour éviter le supplément occasionnera des surcoûts. De plus, le projet ne prévoit pas que les services de secours et les centrales téléphoniques avec fonction de « *gatekeeper* » exploitées par les assureurs-maladie soient habilités à adresser des patients aux urgences. SG craint que cela n'entraîne en outre des frais médicaux plus élevés si les personnes concernées renoncent à se rendre aux urgences ou décident de le faire plus tard. Il pourrait aussi en résulter des questions de responsabilité civile. Selon le canton, l'effet du supplément préconisé sera limité, dans

.....

la mesure où seuls quelque 10 % des assurés AOS seront affectés. De son point de vue, il faut absolument éviter – et refuser – que l’augmentation de la quote-part ou l’introduction d’une participation aux coûts varie d’un canton à l’autre, car il en résultera une charge administrative de mise en œuvre encore plus élevée pour tous les fournisseurs de prestations concernés, pour les assureurs et pour les cantons.

SH formule plusieurs griefs à l’encontre du projet. Il estime d’abord qu’un supplément pour les consultations d’urgence dans des cas bénins constituerait un facteur d’incertitude et entraverait l’accès aux soins d’urgence. Cet aspect du projet risque aussi de soulever davantage de questions de responsabilité civile. De même, il lui semble qu’il serait nécessaire d’examiner sur le plan juridique la possibilité pour les pharmaciens d’envoyer des patients aux urgences. Il voit également d’un œil critique le champ d’application restreint du supplément d’urgence : seuls les assurés selon la LAMal étant visés, il en résulte une inégalité de traitement par rapport à d’autres groupes de personnes (touristes et assurés selon la LAA ou la LAM). Pour lui, il faudra en outre s’assurer que les patients hospitalisés après une admission aux urgences et les résidents des établissements médico-sociaux et des homes pour personnes handicapées ne sont pas concernés par le relèvement du montant maximal de la quote-part. SH fait encore remarquer qu’introduire un supplément pour les cas bénins entraînera nécessairement une importante surcharge administrative et des coûts supplémentaires substantiels. Il est en particulier difficile selon lui d’estimer ce qu’il en coûtera d’adapter la législation cantonale et d’assurer son respect. Au vu de ce qui précède, il considère que les objectifs visés par le projet ne peuvent guère être atteints dans un rapport coût/bénéfice approprié.

SO affirme que dans les cas d’urgence, le projet risque de faire perdre un temps précieux. Il craint notamment que les personnes à faibles revenus n’attendent trop longtemps avant de solliciter une aide médicale, ce qui peut mettre leur santé en danger, avoir des conséquences financières et, finalement, entraîner des questions de responsabilité. Selon lui, le supplément prévu déstabilisera nombre de patients, ce qui peut avoir des conséquences tragiques, en particulier pour les non-spécialistes. Il juge aussi que l’effet de réduction des coûts est discutable. La majoration de la quote-part prévue n’aura d’effet qu’une fois la franchise et la quote-part maximale atteintes, un cas de figure qui ne concerne que 10 % des assurés, et surtout des personnes gravement atteintes dont la maladie occasionne des coûts élevés. Or ce n’est absolument pas elles que cible le projet, mais plutôt celles qui se rendent aux urgences pour des cas bénins.

TG formule plusieurs reproches à l’encontre du projet. Il souligne d’abord que ce dernier crée une inégalité de traitement. Selon lui, il n’est pas admissible que des personnes domiciliées dans un pays de l’UE ou de l’AELE soient exclues de la réglementation. Il n’est pas non plus concevable que les cas bénins et les cas d’urgence couverts par la LAA ou par la LAM échappent à la modification envisagée. De son point de vue, le projet alimenterait par ailleurs la suradministration croissante au sein du système de santé. Le canton fait également remarquer qu’au regard de la loi, les pharmaciens ne sont pas habilités à transmettre une demande écrite, et que le décompte via l’AOS n’est pas défini. Par ailleurs, il estime que rien dans leur parcours de formation ne permet de conclure que les pharmaciens ont compétence pour effectuer le triage des urgences. La responsabilité civile en cas de négligence, tant dans le cas des télé-médecins que dans celui des pharmaciens, conduirait selon lui à une pratique plutôt généreuse de l’orientation sur les urgences, ce qui réduirait la diminution des coûts visée. TG souligne également que la disponibilité des fournisseurs de prestations habilités à adresser un patient par écrit aux urgences est limitée la nuit et le week-end. Renforcer leur disponibilité à cette fin entraînerait des coûts substantiels et réduirait encore l’attrait de la profession de médecin de famille. En outre, la nécessité pour les patients d’obtenir d’être adressés par écrit est susceptible de se traduire par un retard dans l’administration d’un traitement potentiellement salvateur, mais aussi de les pousser à renoncer à consulter ou à minimiser l’urgence de leur situation, en particulier lorsqu’il s’agit de personnes à bas revenus. Enfin, TG relève que la majoration de la quote-part induira probablement aussi une hausse des retards de paiement dans l’AOS, et donc des actes de défaut de biens, avec une incidence financière pour le canton, ainsi que le prévoit l’art. 64a, al. 4, LAMal.

.....

UR se rallie à l'avis de CDK, tout en ajoutant que le projet risque de conduire à davantage d'actions en responsabilité civile si des patients devaient souffrir de complications après avoir renoncé à se rendre dans un service d'urgences sur le conseil de l'intervenant consulté.

VD rappelle que les urgences hospitalières jouent un rôle central dans le système de santé. Pour lui, les missions premières des hôpitaux sont le tri, l'évaluation et le traitement. Il revient à des médecins urgentistes de déterminer le degré de gravité des raisons ayant mené la personne aux urgences, de poser le diagnostic et de conduire l'anamnèse médicale. Des pathologies apparemment bénignes peuvent se révéler graves à l'issue de cette évaluation, raison pour laquelle il ne faut en aucun cas dissuader les patients de consulter au moyen d'une pénalisation financière. L'introduction d'une taxe augmenterait encore les besoins en ressources des hôpitaux en raison de la lourdeur administrative qu'elle impliquerait. L'obligation d'obtenir une attestation écrite de délégation induirait en outre une charge administrative supplémentaire pour les hôpitaux. Par ailleurs, le projet renforcerait encore les obstacles déjà importants qui entravent l'accès aux soins pour une partie de la population. Enfin, VD estime que le dispositif envisagé ne prend pas en compte la difficulté de trouver un médecin traitant. Il ne considère pas non plus les efforts conséquents déployés par les cantons, dont VD, pour mieux orienter les patients vers une prise en charge adéquate en cas d'urgence.

VS juge que l'introduction d'un supplément pour les cas bénins ne répond ni aux besoins des patients ni aux exigences de qualité de notre système de santé. Il souligne que les services d'urgences hospitalières représentent un pilier de ce système en garantissant un accès aux soins sans discrimination. En introduisant des restrictions d'accès, le projet proposé entraînera une inégalité d'accès aux soins et une charge administrative importante pour les professionnels de la santé, sans présenter de potentiel d'économies. VS relève que l'approche envisagée aura certes un effet dissuasif puisque les patients seront orientés vers d'autres structures de santé telles que les cabinets médicaux, les centres de télémédecine et les pharmacies, mais que plusieurs de ces structures sont déjà fortement sollicitées. Depuis un an, le canton conduit des campagnes d'information pour encourager le recours à des solutions alternatives en cas d'urgences non vitales, telles que la régulation médicale par téléphone ou l'usage d'applications de santé. Pour lui, bien que cette démarche de sensibilisation n'ait pas encore déployé tout son potentiel, elle aide à réduire la pression sur les urgences tout en assurant aux patients un accès immédiat aux soins en cas de besoin.

4.1.2 Partis politiques

PSS rejette le projet, estimant qu'il est absolument inefficace et pousse les coûts à la hausse au lieu de les réduire. De plus, il crée une inégalité entre les personnes assurées au titre de la LAMal ou de la LAA. Il est établi, relève-t-il, que seuls quelque 10 % des assurés atteignent la franchise et la quote-part maximale de 700 francs. Seules ces personnes ressentiraient l'effet de dissuasion, et encore, à la condition qu'elles n'aient pas été adressées par écrit. PSS suppose qu'il sera aisé d'obtenir une telle demande écrite, puisque les fournisseurs de prestations ne se risqueront sans doute pas – essentiellement par crainte des conséquences juridiques – à refuser d'adresser un patient aux urgences d'un hôpital. Sans compter que, le cas échéant, il reste à celui-ci la possibilité de tenter sa chance auprès d'un autre intervenant. Par ailleurs, PSS estime que les économies attendues sont certainement sans rapport avec les surcoûts administratifs qui résulteront du projet pour les hôpitaux et les fournisseurs de prestations appelés à adresser des patients par écrit. Pour lui, il est faux de croire que l'augmentation des coûts de la santé est essentiellement le fait du comportement des patients : une étude d'Hel-sana⁸ montre que les cas bénins enregistrés dans les services d'urgence des hôpitaux ont diminué au cours de la dernière décennie, passant de 10 % en 2014 à 7 % en 2023. À cela s'ajoute que le taux de recours élevé est le plus souvent imputable à des utilisateurs multiples. Pour PSS, le recours « non justifié » aux services d'urgence des hôpitaux pour des cas bénins est le résultat d'un manque d'information de la population. Il ajoute que la solution proposée introduit une inégalité de traitement entre deux personnes qui se rendent aux urgences après le même accident, lorsque l'une est assurée par la LAMal et l'autre par la LAA. Il résulte du projet examiné que seule la personne assurée par la LAMal doit s'acquitter du supplément. La commission ayant renoncé à préciser ce qu'est un cas bénin, PSS déplore en outre que

⁸ <https://standpunkt.helsana.ch/fr/cas-bagatelle-aux-urgences>.

.....

sous sa forme actuelle, le projet n'ait plus grand-chose à voir avec le titre initial de l'objet. Il se demande aussi s'il est bien justifié d'exiger également le paiement de ce supplément de la part de patients dont l'état de santé se détériore gravement. À son avis, en cas de « véritable » urgence, il est peu vraisemblable que la personne concernée ait le temps de se rendre chez un fournisseur de prestations avant de se présenter aux urgences, sans compter que la nuit et le week-end, elle ne saura pas davantage vers qui se tourner pour obtenir un bon de délégation. Une mesure efficace pour réduire les coûts consisterait pour lui à informer la population sur les différents services et intervenants auxquels s'adresser en cas de problème médical. De son point de vue, alléger efficacement les urgences des hôpitaux nécessite par exemple la présence en amont de cabinets médicaux de premier recours à même d'assurer la prise en charge des cas les plus simples.

Les VERT-E-S rejettent le projet. Ce parti juge problématique la pénalisation financière des patients. Il déplore que l'article proposé ne change rien aux mauvaises conditions de travail et à la sollicitation excessive du personnel médical dans les services d'urgence, et que la participation financière de la population augmente encore. En comparaison européenne, la participation aux coûts de la santé de la population suisse est déjà très élevée. Les VERT-E-S considèrent qu'il est effectivement nécessaire de prendre des mesures pour lutter contre la surcharge et les mauvaises conditions de travail dans le domaine médical et dans les services d'urgence des hôpitaux. Pour ce parti, il est important d'informer plus largement la population sur les situations dans lesquelles il est justifié de se rendre aux urgences. Enfin, les VERT-E-S relèvent que le projet induit une charge administrative supplémentaire inutile, tout en comportant des risques financiers et en matière de responsabilité qu'il reste à préciser.

4.1.3 Associations faitières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national

UVS estime que le projet manque son objectif et le rejette pour plusieurs raisons. Elle pointe en premier lieu l'absence de délimitation entre cas bénins et situations d'urgence : le supplément d'incitation est perçu sans considération de la gravité de la pathologie. Elle fait aussi remarquer qu'une demande écrite pourrait être particulièrement difficile à obtenir la nuit, les dimanches et les jours fériés, de sorte que le relèvement de la quote-part trouverait également à s'appliquer en cas de véritable urgence. Elle déplore ensuite que le projet contribue à accroître les inégalités : les personnes sans médecin de famille (pour cause de pénurie de médecins généralistes) peineraient à obtenir une consultation rapide en cas de besoin. Ces personnes, le plus souvent déjà défavorisées, seraient dès lors indûment pénalisées. Le supplément financier frapperait donc le plus durement une frange vulnérable ou à bas revenus de la population. UVS souligne encore que le relèvement de la quote-part pourrait faire naître des incertitudes quant aux situations où il est justifié de se rendre aux urgences. Le risque est alors pour les personnes concernées de renoncer à des traitements indispensables par crainte de coûts élevés. Par ailleurs, UVS fait observer que la nécessité d'être adressé par écrit alourdit la charge administrative, tant pour les fournisseurs de prestations ambulatoires que pour toute consultation aux urgences. Elle relève en outre que le projet manque son objectif dans le cas de bénéficiaires de l'aide sociale et des prestations complémentaires, puisque dans ce cas d'espèce, les coûts sont pris en charge par la collectivité. Enfin, elle estime qu'un tel supplément pourrait également entraîner un effet paradoxal : le fait de devoir s'acquitter d'un supplément pour s'être présenté aux urgences pourrait légitimer ce comportement et instiller l'idée qu'il en résulte un droit individuel. À son sens, des solutions telles que l'aménagement au sein même de l'hôpital d'un cabinet de garde ou d'un point d'accueil assurant un triage rapide et peu coûteux des cas sur place seraient plus efficaces que le projet proposé. Dans ce contexte, il convient d'indemniser de manière appropriée les services de permanence et d'urgence des cabinets ambulatoires afin qu'ils puissent maintenir une offre complémentaire moins coûteuse que les services d'urgence des hôpitaux.

SAB s'oppose au projet et demande qu'il soit remanié. Il relève que dans les régions rurales et de montagne, un supplément pour les cas bénins constituerait un obstacle supplémentaire et inutile aux soins médicaux de base. De plus, pour les hôpitaux eux-mêmes, la perception de ce supplément générerait une charge administrative peut-être plus élevée que les 50 francs

perçus. Enfin, SAB estime que ce supplément ne devrait être acquitté que s'il est prouvé qu'il n'était pas nécessaire de se rendre aux urgences.

4.1.4 Associations faitières de l'économie qui œuvrent au niveau national

Economiesuisse rejette le projet. La fédération le juge inefficace et estime qu'il constitue l'exemple parfait d'une mauvaise réglementation. Elle se réfère à une étude d'Helsana⁹ qui examine la surcharge des urgences sur la base des données de décompte. Cette étude révèle que la proportion des cas bénins a reculé ces dernières années. Le défi de désengorger les services d'urgence pour qu'ils soient en mesure d'accueillir les cas médicaux vraiment urgents tout en gardant les coûts de la santé sous contrôle reste cependant entier. Economiesuisse relève que le supplément ne concernerait potentiellement que quelque 10 % des assurés, qui plus est surtout des personnes atteintes de pathologies chroniques, pour lesquelles on ne peut guère considérer qu'il s'agit de cas bénins. Le supplément cible les personnes en bonne santé qui se rendent spontanément aux urgences pour un problème bénin. Comme ces personnes n'atteignent généralement pas le montant maximum de la quote-part, elles ne seraient cependant pas impactées par son relèvement, en conséquence de quoi le projet rate sa cible. En outre, l'introduction du supplément alourdirait le processus administratif et le rendrait plus complexe. Pour Economiesuisse, il vaudrait mieux renforcer les modèles d'assurance alternatifs que d'introduire une nouvelle réglementation à la fois inefficace et source de lourdeurs bureaucratiques.

UPS renonce à rendre un avis distinct et renvoie à celui d'Economiesuisse.

USS rejette le projet et estime que toute nouvelle augmentation de la participation aux coûts est socialement et économiquement inacceptable. Elle considère que le projet affaiblit la promotion de la santé publique. Pour elle, un tel supplément repose en outre, du point de vue du système de santé, sur une compréhension aberrante de la réalité. Personne n'aime se rendre sans raison aux urgences. Et ceux qui le font quand même n'ont souvent pas d'autre choix, principalement en raison de la pénurie de médecins généralistes. De plus, le supplément prévu crée, selon USS, de nouvelles inégalités de traitement à la fois indéfendables et infondées sur le plan actuariel. Dans le cas des accidents, le modèle proposé lui paraît parfaitement arbitraire : une personne exerçant une activité professionnelle, et donc assurée contre les accidents au titre de la LAA, n'a pas à s'acquitter du supplément. Quiconque est assuré contre les accidents au titre de la LAMal y est par contre tenu. Pour USS, il s'agit d'une inégalité de traitement injustifiable.

USAM rejette le projet et pointe l'augmentation de la charge administrative qui en résulterait.

4.1.5 Conférences cantonales

La position de CDK figure parmi celles des cantons au ch. 4.1.1.

4.1.6 Associations de consommateurs

ACSI rejette le projet. L'association estime qu'il ne permet pas d'atteindre l'objectif visé, qui est de désengorger les urgences des hôpitaux, et qu'il pénalise les personnes vulnérables.

4.1.7 Fournisseurs de prestations et leurs associations

FMH rejette le projet en substance, mais souscrit à la nouvelle approche choisie par rapport à l'idée initiale d'une taxe. La fédération juge problématique l'accroissement de la charge administrative. Le supplément à la quote-part ajoute encore à la lourdeur bureaucratique sans s'attaquer à la véritable cause de l'engorgement des urgences (trop faibles capacités des cabinets médicaux de premier recours et pénurie de personnel qualifié, nombre insuffisant de médecins formés en Suisse et manque de compétences de la population en matière de santé). En outre, FMH pense que le projet pourrait désavantager des groupes vulnérables, notamment les personnes issues de milieux socio-économiques défavorisés, et entraîner à long terme un accroissement des coûts pour la collectivité. Elle doute de la proportionnalité et de l'efficacité du

⁹ <https://standpunkt.helsana.ch/fr/cas-bagatelle-aux-urgences>.

.....

projet. À son sens, son effet dissuasif serait très limité, sur le plan tant quantitatif que qualitatif, et sans rapport avec la charge administrative résultant de son application. FMH considère que le surcoût occasionné dépasserait les économies attendues. L'effet « souhaité » – que les malades renoncent à se rendre aux urgences d'un hôpital – aboutirait au résultat inverse. Les « économies » réalisées dans le cas d'une personne vulnérable sur le plan social pourraient se payer plus tard par un coût thérapeutique bien plus lourd. En outre, FMH fait remarquer que les pharmaciens ne sont fondamentalement pas habilités à poser un diagnostic détaillé fondant la décision d'adresser un patient aux urgences d'un hôpital. Les pharmaciens risquent par conséquent, dans le cadre d'un traitement facilement accessible, d'envoyer des patients aux urgences de manière prématurée et sans nécessité, ce qui serait contraire à l'objectif visé. À l'inverse, le risque que le degré d'urgence soit sous-estimé et que le patient ne soit pas adressé à un tel service est bien réel. Le triage des situations d'urgence requiert dans tous les cas l'expérience d'un médecin, et quand celle-ci fait défaut ou est déléguée à d'autres professions de santé pour des motifs financiers, il en résulte un risque qualitatif et une mise en danger des patients. À ce propos, FMH fait observer que les pays anglo-saxons ont déjà fait des expériences tout sauf concluantes avec les *physician associates*. Si la commission devait malgré tout approuver l'augmentation du montant maximal de la quote-part ou l'introduction d'un supplément, FMH considère qu'une telle solution doit être réglementée et introduite à l'échelle nationale. Dans le cas contraire, il en résultera inévitablement des malentendus. Les patients pourront se tourner vers les urgences hospitalières d'un autre canton où ce dispositif n'est pas mis en œuvre, et les caisses-maladie, les services d'urgence des hôpitaux et les personnes habilitées à y adresser des patients devront de plus vérifier le canton de domicile des patients pour déterminer si la réglementation s'applique. FMH propose, en lieu et place du projet examiné, de soutenir l'installation de cabinets médicaux de garde, afin de permettre un triage des situations plus efficace et moins coûteux, et de prévoir des mesures d'accompagnement, comme l'amélioration de la communication et la promotion des compétences en matière de santé. Enfin, FMH recommande la conduite d'une étude pilote limitée dans l'espace et dans le temps.

FSP demande que les urgences psychiatriques soient exemptées de tout supplément d'urgence. La fédération fait remarquer qu'un tel supplément pourrait entraver l'accès à un soutien psychothérapeutique urgent, en particulier pour les personnes à bas revenus ou en situation de danger immédiat. Elle souligne qu'aujourd'hui déjà, il arrive souvent que les patients recourent trop tard à une aide psychothérapeutique, et uniquement en cas de troubles avancés. Quand l'urgence est là, l'issue peut être fatale.

Mfe rejette le projet et renvoie à des initiatives similaires qui ont échoué, à l'instar de la réforme relative aux réseaux de soins intégrés et de la motion 09.3623 sur le renforcement de la responsabilité personnelle. L'association considère que le présent projet manque d'efficacité, dans la mesure où la proportion de cas bénins dans les services d'urgence a d'ores et déjà diminué et où le texte proposé ne définit pas clairement ce qu'est un cas bénin. Elle relève que seul un petit groupe d'assurés serait touché par la mesure envisagée. Elle voit aussi qu'il en résulterait une charge de travail excessive pour les fournisseurs de prestations. L'espoir que les cas bénins soient absorbés par la médecine de premier recours lui paraît illusoire puisque la pénurie de médecins continue de s'aggraver, ajoutant que les récents arrêts du Tribunal fédéral ont encore péjoré la situation. Par ailleurs, des mesures similaires ont été mises en œuvre dans d'autres pays comme l'Allemagne et l'Autriche avant d'être abandonnées faute de résultat. Au lieu d'introduire un élément financier de dissuasion, mfe demande que l'on s'efforce plutôt d'améliorer les compétences de la population en matière de santé. Pour ce faire, elle considère que les cantons devraient développer des programmes visant à améliorer l'information et la prévention.

H+ rejette le projet. À son avis, il est opportun de se demander si l'exigence de la demande écrite ne génère pas des coûts supplémentaires en raison de la double charge que représente la consultation requise avant tout passage aux urgences. Même si les urgences se révèlent être le bon choix dans un cas d'espèce, la consultation préalable devra elle aussi être prise en charge. H+ craint que les personnes défavorisées sur le plan social ou économique, ou

.....

celles qui n'ont pas de médecin de famille, renoncent à solliciter un examen en urgence pourtant indiqué. L'association relève également que cette mesure induit une charge administrative supplémentaire pour l'hôpital. En effet, celui-ci doit vérifier pour chaque traitement d'urgence s'il existe une demande écrite et, le cas échéant, la transmettre à l'assureur-maladie. Le projet de la commission ne prévoit pas d'indemnisation de cette charge supplémentaire. En outre, H+ pointe la responsabilité des pharmaciens, qui reste floue. Pour l'association, le projet ne tient pas compte du fait que, même en cas de « véritable » urgence, il n'est pas toujours possible d'obtenir une demande écrite. Les situations d'urgence peuvent par exemple survenir la nuit, un moment où les patients n'auront aucun moyen de solliciter un service de télémédecine, une pharmacie ou un médecin. Si la décision d'entrer en matière devait néanmoins être prise, H+ préconise de suivre la proposition de la majorité de la commission. À son avis, il convient de prévoir une exemption du relèvement du montant maximal de la quote-part pour les patients hospitalisés après une admission aux urgences ainsi que pour les résidents des établissements médico-sociaux et des homes pour personnes handicapées. Enfin, le rôle de prescripteur du pharmacien nécessiterait, selon H+, une clarification juridique. Au lieu de poursuivre le projet, H+ demande au Parlement d'examiner des mesures réellement efficaces, comme le développement du triage d'urgence dans le domaine de la télémédecine, ainsi qu'une offensive de formation dans le domaine de la médecine de famille, afin de contrer la pénurie dans ce secteur. Enfin, H+ suggère de mettre en place un groupe de travail réunissant tous les acteurs concernés et chargé d'élaborer une proposition praticable.

PharmaSuisse rejette le projet, bien qu'elle ne soit pas opposée sur le fond à l'introduction d'un supplément pour les cas bénins. La société estime que si le projet est maintenu, il faudra clarifier la réglementation concernant le rôle des pharmacies. Elle fait remarquer que les pharmaciens disposent de connaissances dans le domaine du diagnostic et du traitement des affections courantes et qu'ils sont donc compétents pour ce qui est d'assurer une fonction de triage et d'adresser par écrit les patients aux services d'urgence des hôpitaux. Cependant, contrairement aux médecins et aux télémédecins, leurs prestations ne sont pas rémunérées. Pour PharmaSuisse, il faut donc adapter les dispositions de la LAMal et de ses ordonnances d'application. De son point de vue, les pharmacies peuvent aussi jouer pleinement leur rôle d'instance de premier recours compétente et facilement accessible, assurer le triage des cas et, lorsque c'est indiqué, adresser les patients aux urgences des hôpitaux. En outre, si le projet est maintenu, PharmaSuisse estime qu'il y a lieu de prévoir une exception supplémentaire pour les situations qui ne sont manifestement pas des cas bénins. La société fait remarquer que trier les cas en amont des urgences hospitalières comporte des risques considérables. Cela peut être particulièrement dangereux lorsque la survie est en jeu, car cette étape supplémentaire fait perdre un temps précieux. Selon PharmaSuisse, ce triage préalable alourdirait inutilement la charge des médecins de premier recours et allongerait le temps d'attente, ce qui pourrait beaucoup retarder l'accès aux soins. Cette approche nuirait à l'efficacité du système de santé, tout en compromettant la sécurité des patients. En outre, il importe de clarifier la question de la responsabilité civile. Enfin, PharmaSuisse fait valoir qu'une solution applicable à l'ensemble de la Suisse serait préférable. Dans le cas contraire, les patients des cantons n'ayant pas prévu de majorer le montant maximal de la quote-part seraient privilégiés par rapport aux habitants des autres cantons, ce qui va à l'encontre du principe de justice sociale. De plus, laisser aux cantons la haute main sur l'introduction du dispositif pourrait se traduire par des structures parallèles inefficaces et des coûts plus élevés, ce qui desservirait l'objectif même de la solution proposée. Une approche incluant l'information, la prévention et les autres modèles de soins servirait mieux le but visé.

SBK rejette le projet. Pour l'association, le dispositif envisagé se traduira surtout par un alourdissement administratif, une hausse des coûts pour les personnes vulnérables et de condition modeste, mais guère de changement dans les flux de patients. En outre, elle estime qu'un supplément peut entraîner des retards susceptibles de mettre les patients en danger s'il faut que ceux-ci obtiennent d'être adressés aux urgences par écrit avant d'y être admis. Les problèmes d'accès aux soins de premier recours et le manque d'information de la population sont des motifs fréquents de consultations d'urgence inutiles. La solution envisagée aurait pour effet d'aggraver la pénurie de médecins généralistes. De plus, bon nombre de centres de télémédecine recommanderaient aux patients mis en attente de se rendre dans un service d'urgence

.....

si l'attente se prolongeait trop longtemps. ASB considère qu'il incombe aux cantons de veiller à ce que des offres ad hoc facilement accessibles, comme des policliniques ou des centres de santé, voient le jour à des endroits stratégiques et d'en informer la population de manière adéquate. De son point de vue, il convient, en lieu et place du projet soumis à consultation, d'examiner les possibilités suivantes : analyser soigneusement les raisons pour lesquelles les patients se rendent souvent aux urgences ou le font pour des motifs bénins, élaborer à partir de là des mesures visant à décharger les urgences, des modèles de bonnes pratiques, et renforcer les soins de base.

SDV rejette le projet. L'association fait en particulier remarquer que la LAMal ne prévoit pas que des pharmaciens soient habilités à offrir des prestations de diagnostic et de traitement et puissent par exemple décider si un patient doit se rendre aux urgences d'un hôpital. Ces prestations ne pourraient dès lors pas être délivrées à la charge de l'AOS, et les coûts occasionnés devraient être assumés par l'assuré. En outre, SDV estime que les questions de responsabilité ne sont pas résolues. Elle relève enfin que les drogueries endossent d'ores et déjà une fonction de triage. Elles sont donc en mesure d'évaluer si et, le cas échéant, quand une personne a besoin d'un traitement médical.

SVFP rejette le projet. L'association considère que la surcharge des services d'urgence des hôpitaux ne peut pas être résolue par l'instauration d'un supplément. Elle fait observer que si les patients se rendent fréquemment aux urgences, c'est parce qu'ils n'ont pas la possibilité d'obtenir rapidement un rendez-vous médical. Une réforme efficace consisterait de son point de vue à soutenir la médecine de premier recours, à améliorer la prévention et à tirer parti des compétences de professionnels de la santé tels que les physiothérapeutes, de façon à désengorger les services d'urgence.

Unimedsuisse rejette le projet. Sur le fond, l'association salue toutefois la volonté de décharger les services d'urgence des hôpitaux. Selon elle, la commission propose une variante de mise en œuvre épargnant au personnel des urgences d'avoir à décider s'il s'agit d'une « véritable » urgence ou non, ce dont elle se félicite. À ses yeux, la charge administrative liée à la transmission de la demande écrite émanant d'un intervenant médical devrait rester raisonnable pour l'hôpital. Unimedsuisse fait toutefois observer que par peur des conséquences juridiques, peu de prescripteurs se risqueront à refuser d'adresser aux urgences un patient qui le souhaite, et que cette réalité limitera substantiellement l'effet dissuasif visé par le projet. En outre, elle craint que les personnes défavorisées sur le plan social ou économique ou celles qui n'ont pas de médecin de famille renoncent à solliciter un examen en urgence pourtant indiqué. Elle souligne que la majorité des patients admis aux urgences en Suisse se trouvent dans un état médical sérieux et doivent être traités sans délai. Elle relève aussi que l'exigence de la forme écrite de la demande d'admission aux urgences pose des problèmes de mise en œuvre, en particulier aux pharmaciens. Ces derniers ne peuvent pas facturer des prestations de diagnostic et de traitement au titre de la LAMal, de sorte qu'ils ne peuvent pas non plus adresser des patients au service d'urgence d'un hôpital. Ils ne peuvent que leur recommander par oral de se rendre aux urgences. Unimedsuisse fait aussi remarquer que la responsabilité des pharmaciens n'est pas claire. Le même problème se pose lorsque le conseil de se rendre aux urgences provient d'un centre de télémédecine. Par ailleurs, l'iv. pa. (Weibel) Bäumle précise à raison qu'une hospitalisation consécutive à l'admission aux urgences pourrait constituer un motif recevable d'exemption de la taxe, au même titre que l'existence d'une demande émanant d'un médecin. Pour Unimedsuisse, il faut donc absolument que ce critère d'exemption soit ajouté dans le projet. L'association signale toutefois qu'aujourd'hui, le traitement est ambulatoire dans la grande majorité des cas, mais que cela ne dit rien de la gravité de la pathologie. Elle pointe le fait que, même en cas de « véritable » urgence, il n'est pas toujours possible d'obtenir une demande écrite, ce dont le projet ne tient pas compte. Les situations d'urgence peuvent par exemple survenir la nuit, un moment où il est impossible pour les patients de solliciter un service de télémédecine, une pharmacie ou un médecin. Unimedsuisse ajoute que les cantons sont responsables de la planification et de l'organisation des soins. En leur donnant la possibilité d'introduire cette mesure sans pour autant les y obliger, la Confédération tient compte des différences considérables entre les cantons en matière de recours aux urgences des hôpitaux. Cela ne change toutefois rien au fait qu'il incombe toujours à la Confédération de définir la quote-part. Par ailleurs, Unimedsuisse fait valoir qu'un supplément à la quote-part pour

.....

chaque consultation dans un service d'urgence en l'absence d'une demande écrite serait plus incisif que l'augmentation du montant maximal de la quote-part, car il s'appliquerait plus tôt. Enfin, si le projet est maintenu, elle considère qu'il faut exempter de la mesure non seulement les enfants jusqu'à 18 ans et les femmes enceintes, mais aussi les résidents des établissements médico-sociaux et des homes pour personnes handicapées.

FMCH rejette le projet. L'association estime que ce n'est pas la meilleure manière de réduire l'engorgement des services d'urgence des hôpitaux. Elle pointe en particulier la charge bureaucratique et le surcroît de tâches administratives qui en résulteraient. Pour elle, l'effet dissuasif du projet est en outre discutable. À son avis, la complexité du problème appelle des solutions plus élaborées et plus durables : d'abord, l'approche doit être globale et répondre aussi bien aux besoins individuels des patients qu'aux défis structurels auxquels le système de santé doit faire face ; ensuite, il faut impérativement renforcer les soins de premier recours, améliorer la coordination entre les différents acteurs du système et promouvoir la prévention de manière ciblée ; enfin, il est souhaitable d'adopter une stratégie à long terme prévoyant notamment de développer des parcours de soins communs, d'encourager les offres de télémédecine et de renforcer la coopération entre les secteurs.

VSAO rejette le projet. L'association considère qu'il ne permet pas d'alléger les urgences hospitalières, au lieu de quoi il accroît la charge administrative pesant sur le personnel de santé et pénalise des personnes qui procèdent pourtant de la bonne manière. Elle craint que cette proposition de mise en œuvre ne constitue un obstacle pour certaines catégories vulnérables de la population, avec à la clé un risque pour leur santé, et coûte en fin de compte plus cher à la collectivité. Elle doute également de l'effet dissuasif visé et met en garde contre un alourdissement supplémentaire de la charge administrative pesant sur l'instance qui envoie un patient aux urgences. VSAO signale que d'autres pays ont fait de mauvaises expériences avec des instruments similaires : le dispositif proposé est comparable en bien des points à la taxe de consultation qui était perçue en Allemagne entre 2004 et 2012. Les assurés devaient payer 10 euros par trimestre en cas de consultation médicale. L'Allemagne a fait marche arrière en 2012, la taxe n'ayant pas permis de réduire le nombre de consultations médicales et ayant généré une bureaucratie inutile. Pour VSAO, relever le défi réel de la surcharge des urgences hospitalières impose d'investir dans les compétences de la population en matière de santé et dans le renforcement des capacités des cabinets des médecins de famille et des pédiatres. La solution peut passer par des services médicaux de garde fonctionnant 24 heures sur 24 ou par du personnel soignant spécialisé chargé de trier les cas lors de leur admission aux urgences. Enfin, l'association demande que la Confédération et les cantons prennent des mesures pour former davantage de médecins, renforcer les compétences de la population en matière de santé et améliorer les conditions de travail des médecins en activité.

SGNOR rejette le projet, relevant qu'il n'est ni défendable sur les plans médical et éthique, ni satisfaisant au regard de l'organisation. La société pointe l'absence d'effet éducatif, puisque les patients ne prennent connaissance de la hausse du plafond de la quote-part que lors du remboursement de la prestation par leur caisse-maladie. La solution proposée ne permet donc pas d'influer sur leur comportement. SGNOR fait également valoir que les personnes défavorisées pourraient renoncer à consulter les urgences alors que la situation l'exige, ce qui pourrait mettre leur santé en danger. Elle déplore en outre que la mesure concerne exclusivement l'AOS, tandis que les traitements relevant de la médecine d'urgence dispensés dans le cadre de la LAM et surtout de la LAA ne sont pas concernés. Or, selon les régions, ces derniers peuvent représenter une part importante des soins urgents. SGNOR regrette également que l'efficacité du projet soit encore réduite par l'exemption des femmes enceintes et des enfants. Elle fait par ailleurs remarquer que de nombreux hôpitaux disposent de leur propre système de triage par téléphone. Ce dispositif n'étant pas considéré comme un cas d'exemption, le supplément serait tout de même perçu. SGNOR souligne encore que les pharmaciens ne peuvent pas délivrer des prestations de diagnostic et de traitement à la charge de l'AOS. Ils peuvent donc recommander oralement à un patient de se rendre aux urgences, mais ne sont pas habilités à le faire par écrit. Sans compter que la question de leur responsabilité n'est pas réglée. Autre sujet de préoccupation : l'absence d'effet dissuasif pourrait générer des coûts supplémentaires. Enfin, SGNOR fait observer qu'une mise en œuvre fédéraliste minerait l'efficacité de la mesure. En lieu et place de la solution proposée, elle en appelle au renforcement de

.....

la médecine de premier recours, au financement adéquat des cabinets médicaux de garde et à la mise en place de mesures de formation préventives. C'est à son avis à cette condition que l'on obtiendra une organisation plus efficace des soins.

4.1.8 Assureurs et associations d'assureurs¹⁰

Curafutura rejette le projet. Elle y voit plusieurs défauts. D'abord, le supplément à la quote-part est dû même pour des consultations motivées par une véritable urgence. Ensuite, la disposition ne s'applique pas aux enfants, alors qu'il s'agit de la catégorie de la population qui fréquente le plus les urgences des hôpitaux. En outre, le seuil à partir duquel ce supplément doit être acquitté est élevé, de sorte que la mesure ne déploiera pas souvent son effet dissuasif. Enfin, ce supplément alourdit encore la charge administrative et pose des problèmes de délimitation. Autant d'inconvénients qui pèsent plus lourd que les avantages de la solution envisagée. Pour dissuader les assurés de se rendre aux urgences pour des cas bénins, Curafutura souligne qu'il vaudrait mieux renforcer l'efficacité des structures de soins régionales, et cite trois mesures envisageables à cet effet : la validation de systèmes de triage et de services de télémédecine en tant qu'instances de premier recours, l'implication de prestataires de premier recours tels que les cabinets médicaux et les pharmacies, ainsi que l'information spécifique des patients qui se rendent de manière répétée aux urgences.

Groupe Mutuel rejette le projet tel qu'il se présente, mais sur le fond, il se déclare favorable aux mesures qui permettraient le bon usage des services d'urgence. Il considère qu'il revient aux cantons d'améliorer la planification hospitalière, par exemple au moyen de modèles de triage. Selon lui, le supplément proposé n'est pas une mesure de maîtrise des coûts, mais un moyen de dissuasion, sans compter que l'introduction d'un système punitif est contraire à l'esprit de la LAMal. Groupe Mutuel concède que, dans un premier temps seulement, un tel supplément peut inciter les utilisateurs à une certaine retenue. Mais avec le temps, il sera banalisé et intégré aux habitudes de consommation. Le montant fixé au départ perdra en outre de son importance sous l'effet de l'inflation. Groupe Mutuel reproche au système du supplément d'accroître la charge administrative de tous les acteurs de la santé. Il souligne que le risque d'augmentation des coûts est bien réel et pourrait réduire à néant l'économie envisagée. Si le projet devait être maintenu, Groupe Mutuel serait favorable à une variante prévoyant une application à l'échelle nationale, autrement dit soit celle de la minorité au projet, soit celle de la minorité II. Plutôt que de poursuivre le projet, il estime qu'il faudrait mener régulièrement des campagnes de sensibilisation afin d'informer la population des solutions autres que celle d'un recours aux services d'urgence.

MTK rejette le projet pour plusieurs raisons. Pour la commission, seul un médecin peut juger s'il s'agit d'un cas bénin ou d'une urgence. Le recensement des cas bénins alourdit par ailleurs la charge administrative des fournisseurs de prestations et des agents payeurs. De plus, des modifications dans la répartition des cas entre l'AOS, l'AA, l'AM ou l'AI impliqueraient de revenir sur des prestations déjà fournies. Compte tenu de la quote-part et des franchises dans l'AOS, le supplément d'urgence impacterait en premier lieu les personnes atteintes d'une grave affection sous-jacente. Pour les personnes sollicitant annuellement peu de prestations remboursées par l'AOS, en revanche, la charge financière resterait inchangée. Pour MTK, si l'on veut désengorger les services d'urgence des hôpitaux, il faut considérer d'autres modèles de soins et développer les modèles intégrés, les systèmes de triage et les services de télémédecine. Il faut également impliquer davantage les prestataires de premier recours tels que les cabinets médicaux et les pharmacies. Enfin, il importe d'informer spécifiquement les personnes qui se rendent de manière répétée aux urgences des autres solutions s'offrant à elles.

4.1.9 Patients et usagers

Pro-salute.ch rejette le projet. À son avis, la pénalisation financière envisagée constituerait un risque pour la santé, en particulier celle des personnes ayant de faibles compétences en la matière. De plus, elle désécuriserait encore davantage un grand nombre de patients en situation d'urgence médicale. L'introduction d'une « taxe pour les cas bénins » ferait perdre

¹⁰ Depuis début 2025, Santésuisse et Curafutura ont laissé la place à une nouvelle faitière qui les regroupe, prio.swiss. Dans le cadre de la présente consultation, Santésuisse et Curafutura ont encore déposé deux avis distincts.

.....

de précieuses minutes en cas d'urgence, car il y aurait d'abord lieu de joindre le cabinet médical, la pharmacie ou le service de télémédecine dont il faudrait ensuite requérir l'accord. Pro-salute.ch considère qu'il vaudrait mieux s'attaquer à la véritable cause de la surcharge des services d'urgence des hôpitaux : la capacité des cabinets médicaux. En effet, plus cette capacité est faible, plus ces services sont surchargés. Pro-salute.ch estime qu'il n'est pas juste de faire payer aux patients la pénurie de médecins de premier recours.

4.1.10 Divers

Plattform IP rejette le projet, notamment en raison de la surcharge de travail qu'il induit pour les fournisseurs de prestations. À ses yeux, il n'est guère prometteur, ce que confirment les expériences malheureuses réalisées en Allemagne et en Autriche, où des taxes similaires ont été introduites avant d'être supprimées, faute de résultat. Plattform IP relève que dans les soins de premier recours, on observe déjà une dynamique susceptible d'amener une certaine détente dans les services d'urgence des hôpitaux : ce secteur prend en charge un nombre accru de consultations tout en assurant une meilleure orientation des patients, grâce aux nouveaux rôles qu'offre l'approche de l'interprofessionnalité aux groupes professionnels existants ou aux nouveaux venus. Plattform IP propose l'adoption d'un modèle qui dépasse l'organisation classique des soins médicaux et mise notamment sur l'inclusion de professionnels de la santé aux compétences élargies. La plateforme souligne que la qualité du triage doit être garantie à tout moment, et que l'intégration de systèmes spécifiques d'intelligence artificielle pourrait apporter des améliorations substantielles dans ce domaine (p. ex. en Finlande).

VASOS rejette le projet. La fédération explique que la pénurie de médecins de premier recours ainsi que les contraintes professionnelles, notamment lors de conditions de travail précaires, obligent de nombreux patients à se rendre aux urgences hospitalières. Le supplément envisagé dans ce projet impacterait en particulier les personnes défavorisées sur le plan social, sans toutefois réduire efficacement les coûts de la santé. En outre, VASOS déplore l'absence de définition claire des « cas bénins », ce qui rend la mesure injuste et inefficace, surtout pour les patients atteints de troubles anxieux. Elle condamne l'inaction des instances politiques, qui ont négligé pendant des années de renforcer la médecine de premiers recours.

4.1.11 Avis spontanés

AGBA rejette le projet et soutient, au nom de Bezirksärztesgesellschaft des Knonaueramtes, la réponse à la consultation d'AGZ.

AGZ rejette la proposition, car elle entraîne une charge administrative élevée, induit un effet dissuasif limité et peut porter préjudice aux groupes socialement défavorisés. En lieu et place de ce projet, la société juge plus adéquat de renforcer les soins d'urgence dispensés par les médecins de premier recours tout en privilégiant une information et des mesures de prévention bien ajustées. Une étude pilote et une réglementation fédérale aideraient à mieux évaluer la solution envisagée, ses effets et sa faisabilité pratique.

AL rejette le projet. De son point de vue, il est antisocial, injuste et n'est pas pertinent sur le plan économique. Les patients ne sont pas responsables du fait que les instances politiques ont ignoré pendant des années la nécessité de former un nombre suffisant de médecins de premier recours et négligé l'amélioration des tarifs.

BEKAG rejette le projet sous cette forme. La société relève en particulier que les pharmaciens ne sont pas habilités à adresser des patients par écrit. En outre, elle fait remarquer qu'il existe de meilleurs moyens pour décharger les urgences hospitalières – des solutions qui permettraient de réaliser des économies plus importantes tout en limitant la charge administrative (p. ex. cabinets de consultation sans rendez-vous).

BüAeV rejette le projet. La société relève plusieurs problèmes, à commencer par l'inégalité de traitement entre les assurés de l'AOS et ceux de la LAA. Elle trouve aberrant que le supplément soit dû pour toutes les urgences, indépendamment de la gravité de la situation (sauf pour ce qui est des exceptions prévues). Ce serait le cas même dans les situations où l'urgence est avérée et où le patient est envoyé directement dans un service d'urgence hospitalier, par

exemple en ambulance, s'il n'est pas accompagné par un médecin durant son transport. De plus, BùAeV signale que de nombreux hôpitaux de Suisse gèrent des services d'urgence de jour, afin de s'occuper efficacement des urgences mineures. À l'heure de la pénurie des médecins généralistes, ces services contribuent grandement à assurer les soins à la population. Il paraît donc injuste et contre-productif que les patients traités dans les services d'urgence des hôpitaux soient soumis au supplément, alors que ce n'est pas le cas des patients sortant d'une consultation chez un médecin de famille. La société fait valoir que dans le canton des Grisons, les services d'urgence de premier recours sont souvent organisés en collaboration avec les hôpitaux des régions de soins afin de pallier la pénurie de médecins de famille. Elle ajoute que la révision partielle de la loi sur les soins infirmiers du canton des Grisons, récemment mise en consultation, prévoit la possibilité de transformer les hôpitaux en centres de soins ambulatoires. Dans ce canton, les hôpitaux jouent – et joueront encore à l'avenir – un rôle important dans la décentralisation des soins à la population, en particulier dans les situations d'urgence. Les services d'urgence des hôpitaux sont par conséquent essentiels aux soins médicaux d'urgence assurés 24 h/24 et 7 j/7 à la population grisonne. Dans ce contexte, il n'est pas envisageable que les patients soient pénalisés par une augmentation du montant maximum de la quote-part.

Forel Klinik rejette le projet au motif qu'il n'est pas applicable et ne permet pas d'atteindre le but visé. La clinique suggère de confier l'élaboration d'une nouvelle proposition à un groupe de travail.

GAZ rejette le projet, car il entraîne une charge administrative excessive, induit un effet dissuasif limité et peut porter préjudice aux personnes socialement défavorisées. En lieu et place de ce projet, la société juge plus adéquat de renforcer les soins d'urgence dispensés par les médecins de premier recours tout en privilégiant une information et des mesures de prévention bien ajustées. Une étude pilote et une réglementation fédérale aideraient à mieux évaluer les effets du projet et sa faisabilité pratique.

VKJZ partage l'avis de FMH, précisant encore que les cas de pédiatrie représentent près de 40 % des consultations d'urgence. Pour les parents en quête d'un avis médical, un conseil dispensé par téléphone ne suffit pas toujours. Une consultation sur place est souvent indispensable. En lieu et place de la solution envisagée, VKJZ propose plutôt de créer un centre national de triage et de conseil téléphonique de grande qualité, d'assurer une rémunération appropriée de l'activité médicale en cas d'urgence et, partant, de soutenir les services d'urgence des cabinets de médecine générale et de pédiatrie.

MFÄF rejette le projet, déplorant qu'il porte surtout atteinte aux personnes vulnérables. À ses yeux, l'origine du problème réside dans le manque de capacités actuel dans le domaine de la médecine de famille, et la solution consiste plutôt à promouvoir les cabinets médicaux de garde.

MNZ rejette le projet. La fondation estime que, si ce dernier était accepté, elle devrait rédiger plus de 8000 demandes de transfert par an, ce qui ralentirait et renchérirait inutilement le processus de triage. Étant donné que seul le personnel médical serait habilité à s'en charger, la fondation devrait augmenter ses effectifs de 10 %, avec à la clé une hausse des coûts et une utilisation inefficace des ressources, sans aucun bénéfice médical. Elle fait observer que les cabinets médicaux de garde soulageraient déjà les services d'urgence de bon nombre d'hôpitaux. En résumé, elle considère le projet comme inutile et inefficace : il alourdit la charge administrative sans tirer parti de solutions existantes et éprouvées, notamment les cabinets médicaux de garde.

Notfallpflege Schweiz rejette le projet et partage l'avis de SBK. L'association estime que le projet affecterait surtout les personnes vulnérables. À son avis, il faut au contraire prendre en compte l'importante ressource que constitue le personnel soignant afin de garantir la qualité des soins de premier recours. Elle fait observer que retarder les soins médicaux pour des considérations financières peut avoir de graves conséquences. Elle suggère d'abandonner le projet et de faire plutôt le point sur les autres solutions concrètes envisageables.

SGPP rejette le projet. La société met en garde contre l'instauration d'un supplément d'urgence qui pourrait empêcher des groupes particulièrement vulnérables, comme les personnes atteintes de troubles psychiques ou socialement défavorisées, de se rendre aux urgences pour des soins nécessaires. Un tel obstacle pourrait mettre leur santé en danger et entraîner des coûts plus élevés pour la collectivité. SGPP souligne qu'en cas de risque important de suicide ou de crise psychique, le libre accès aux urgences est crucial. Elle recommande de ne pas entraver cet accès par une augmentation des coûts.

SAGES rejette le projet. L'association estime en substance qu'il doit être abandonné, car il affecterait particulièrement les groupes défavorisés sur les plans économique et social. Elle relève qu'il renforce les inégalités dans l'accès aux soins.

SGAIM rejette le projet. La société relève que selon les chiffres de Helsana, la proportion de cas bénins n'a cessé de reculer entre 2014 et 2023. Par ailleurs, elle pointe l'absence d'une définition claire de ce qu'est un cas bénin dans le projet et émet des doutes sur le rapport coût/bénéfice de la proposition. L'exigence de la demande écrite représente à son sens une charge administrative supplémentaire pour les médecins de premier recours. De son point de vue, l'espoir que la nouvelle disposition débouche sur une prise en charge des cas bénins par les médecins de famille est illusoire : il faudrait pour cela qu'un nombre suffisant de médecins généralistes assurent les soins, ce qui n'est pas le cas. SGAIM ne peut pas soutenir une solution consistant finalement à faire porter la charge de travail résultant du dispositif aux fournisseurs de prestations, à en faire assumer les coûts supplémentaires aux assurés et à réserver le « bénéfice » de ce processus aux assureurs. Elle signale aussi que de telles taxes ont déjà été supprimées en Allemagne et en Autriche par manque de résultats. Elle explique par ailleurs qu'une mesure de dissuasion financière n'a pas pour effet d'encourager la responsabilité individuelle, mais plutôt d'inciter les patients à ne pas se rendre à l'hôpital en cas d'urgence, ce qui les met en danger. Selon SGAIM, il faut de préférence améliorer les compétences de la population en matière de santé.

VZI soutient la réponse d'AGZ et rejette par conséquent le projet.

ZGPP rejette le projet. La société précise qu'il risque de dissuader ou de désavantager particulièrement les groupes vulnérables, comme les personnes issues de milieux socio-économiques défavorisés ou dont les compétences en matière de santé sont limitées. Elle pointe le coût administratif de la proposition, soulignant aussi que son bénéfice sera moins important qu'attendu. Elle fait également remarquer que le projet ne règle pas les véritables causes de la situation : la capacité insuffisante des cabinets de médecine de famille et de pédiatrie, la pénurie de médecins formés en Suisse et les faibles compétences de la population en matière de santé.

4.2 Avis favorables

4.2.1 Cantons

AR soutient le projet. Il admet que le rapport ressources/bénéfice de la proposition n'est pas exempt de toute critique et que le potentiel de réduction des coûts peut être questionné. Néanmoins, il est convaincu qu'à terme, le projet peut amener à alléger les services d'urgence des hôpitaux et qu'il peut contribuer à la maîtrise des coûts plus durablement que d'autres options. De son point de vue, il n'entraîne aucune charge supplémentaire pour les professionnels sur le terrain et contribue en outre à sensibiliser la population.

BE souscrit en substance à la variante de la minorité du projet ainsi qu'à celle de la minorité II. Ce canton souligne l'importance que revêt la simplicité administrative de la mise en œuvre. En outre, il serait favorable à l'inscription d'autres exceptions, par exemple pour les personnes amenées par les services d'urgence, ou pour les cas d'urgence médicale grave. Il relève également que, s'agissant des personnes atteintes de pathologies chroniques ou de handicaps, il faut considérer le risque que l'attente d'un traitement médical n'entraîne des dommages permanents. Il préconise de renoncer à déléguer aux cantons le choix de l'introduction d'un supplément.

.....

GL est favorable à la variante de la minorité II. Ce canton estime en effet que le projet présenté n'est guère dissuasif, puisque la proportion d'assurés atteignant le montant maximum de la quote-part est faible. La proposition de la minorité II, qui prévoit un supplément direct à la quote-part, toucherait en revanche tous les assurés qui épuisent leur franchise. Le dispositif, s'il était introduit à l'échelle nationale, déploierait un effet dissuasif plus fort. À l'appui de cette considération, GL rappelle que la compétence de définir la quote-part revient à la Confédération. Il fait également valoir que l'introduction d'une nouvelle compétence pour les cantons entraînerait pour ces derniers une importante charge de travail liée à la réglementation et à la mise en œuvre. En outre, les différences intercantionales dans l'application de la LAMal engendreraient des incertitudes et des difficultés de mise en œuvre, tout particulièrement dans les cas où l'assuré d'un canton se rend dans le service d'urgence d'un autre canton.

TI soutient les variantes de la minorité du projet et de la minorité II. Il convient que le projet permet de renforcer la conscience des coûts et la responsabilité individuelle des assurés. Toutefois, il fait remarquer que l'effet de cette sensibilisation reste plus théorique qu'économique, au vu des modalités de mise en œuvre, assez éloignées de la perception d'une « taxe » supplémentaire de 50 francs par cas bénin. Outre la dissuasion financière, les hôpitaux pourraient déjà mettre en œuvre et devraient renforcer les mesures organisationnelles et logistiques pour orienter les patients non urgents vers des prises en charge plus adaptées que les services d'urgence. Il est également important, selon lui, d'améliorer l'accès aux médecins de famille. Le canton pointe le risque que le projet renforce les difficultés d'accès aux soins de certains groupes de population : les personnes à bas revenus pourraient en effet attendre trop longtemps avant de se rendre aux urgences. Le projet pourrait aussi être source d'incertitude pour les patients. Le canton signale que, dans les cas d'urgence où chaque minute compte, cette « taxe sur les cas bénins » pourrait faire perdre de précieuses minutes aux patients ou à leurs proches, qui devraient commencer par joindre un cabinet médical, une pharmacie ou un centre de télémédecine. Il rappelle aussi que la consultation préalable devrait elle aussi être indemnisée et entraînerait donc inévitablement des coûts à la charge de l'AOS. Le projet pourrait par ailleurs inciter les assurés qui n'ont pas opté pour un modèle d'assurance alternatif à l'envisager, avec à la clé un effet positif sur le niveau des primes. Pour finir, TI attire l'attention sur le flou entourant les questions de responsabilité.

ZH soutient le projet. Il suggère d'ajouter dans l'article de loi que l'augmentation de la quote-part n'est pas due quand c'est un numéro d'urgence cantonal qui envoie un patient aux urgences. À son avis, il convient également d'exempter du supplément les patients qui sont amenés aux urgences d'un hôpital par un service de transport de malades ou de sauvetage. Selon lui, relever le montant maximal de la quote-part en cas de recours injustifié aux services d'urgence devrait renforcer la conscience des coûts et la responsabilité individuelle des assurés tout en déchargeant les urgences hospitalières des cas bénins. Pour ce qui est de la mise en œuvre, ZH présume que la charge administrative devrait rester limitée pour les hôpitaux, puisque leur seule tâche supplémentaire consisterait à vérifier, au moment de l'admission, si la personne a bien été adressée par écrit. Les cantons doivent en revanche s'attendre à une certaine charge de travail liée au contrôle de la mise en œuvre et à l'information de la population. Quant aux médecins, aux centres de télémédecine et aux pharmaciens, ZH estime qu'ils devront faire face à une légère hausse de leur charge de travail du fait de l'exigence de la demande écrite. Pour finir, il voit d'un bon œil que les cantons puissent décider dans le cadre de leurs compétences s'ils entendent relever le montant maximal de la quote-part.

4.2.2 Partis politiques

PLR soutient la variante de la minorité II. L'introduction d'un supplément d'urgence peut contribuer selon lui à réduire la surcharge des services d'urgence des hôpitaux et à garantir leur bon fonctionnement. En outre, un tel supplément renforcerait la conscience des coûts et la responsabilité individuelle des assurés. Selon PLR, l'incitation financière qu'il constitue peut dissuader les patients de se rendre aux urgences pour des cas bénins et les orienter vers un traitement plus adéquat et moins coûteux, avec pour résultat d'éviter des coûts inutiles à la charge des payeurs de primes.

.....

PVL soutient le projet. Il demande que les cantons disposent d'une plus grande latitude pour désengorger les services d'urgence. Selon lui, les urgences hospitalières doivent accueillir prioritairement les cas urgents, afin que leurs capacités soient utilisées de manière ciblée. Toutefois, PVL estime qu'il est indispensable que les enfants de moins de 18 ans, les femmes enceintes et les personnes adressées par un médecin, un centre de télémédecine ou une pharmacie soient exemptés de la participation aux coûts.

UDC adhère à la variante de la minorité I. Sur le fond, ce parti demande que l'initiative parlementaire soit mise en œuvre à la lettre. Il regrette que la commission ait opté pour un projet édulcoré et que la variante de la majorité soit dès lors dépourvue d'effet dissuasif. À son avis, la variante de la minorité I est une solution plus efficace, puisque l'augmentation de la participation aux coûts sous la forme d'un supplément de 50 francs est due sans attendre que le montant maximal annuel de la quote-part soit atteint. En outre, UDC demande que l'on prévoie d'autres mesures efficaces, comme un encaissement anticipé pour les cas bénins et le doublement du supplément pour les personnes dont l'assurance-maladie est entièrement prise en charge par le contribuable.

4.2.3 Assureurs et associations d'assureurs

Santésuisse souscrit à la variante de la minorité II. Sur le fond, l'association faïtière juge toutefois le projet très éloigné de l'idée initiale d'une taxe d'incitation efficace. Pour renforcer la conscience des coûts, une taxe à payer sur place par les patients aurait été un meilleur choix. Santésuisse considère que la charge administrative supplémentaire est acceptable, aussi bien pour les assureurs que pour les fournisseurs de prestations. Cependant, elle fait remarquer qu'un relèvement du plafond de la quote-part tel que prévu dans la variante de la majorité ne déploie des effets que pour une faible proportion d'assurés. Elle ajoute que, techniquement, la mise en œuvre de quotes-parts différenciées et dynamiques serait à la fois très lourde et très complexe. L'effet incitatif d'un supplément pour les cas bénins tel qu'envisagé dans les variantes des minorités I ou II serait meilleur. Le supplément intervient en effet plus tôt que l'augmentation de la quote-part : il déploie son effet dès que la franchise est atteinte, le montant maximum de la quote-part ne jouant aucun rôle. Santésuisse est favorable à une solution à l'échelle nationale, car si le relèvement du montant maximum de la quote-part est laissé à l'appréciation des cantons, l'incitation sera encore plus limitée. Les différences attendues dans la mise en œuvre par les cantons se solderont par davantage de travail administratif pour les assureurs. L'association faïtière souligne par ailleurs l'importance d'éviter que l'accès aux urgences des personnes à bas revenus ne soit entravé. À ses yeux, il est aussi essentiel qu'un supplément pour cas bénins ne se traduise pas par une charge administrative excessive pour les assureurs-maladie. Elle signale que pour distinguer les véritables urgences des cas bénins, on peut se référer à la définition de la prestation relevant de la médecine d'urgence que l'on trouve à l'art. 64a, al. 7, LAMal. Donner une forme négative à cet alinéa permet de définir le cas bénin : le supplément doit être acquitté chaque fois que l'on n'est pas en présence d'une prestation relevant de la médecine d'urgence au sens de l'art. 64a, al. 7, LAMal. Si cette option est trop lourde à mettre en œuvre, ou à titre de mesure complémentaire, il est aussi envisageable de mettre en place un système de triage entre urgences et cas bénins, par exemple sur le modèle du canton de Zurich : le canton et les communes ont passé un contrat de prestations avec AGZ, aux termes duquel la société est chargée d'exploiter un centre de triage des cas d'urgence pour l'ensemble du canton et d'organiser le service médical d'urgence. Pour ce qui est du service d'urgence pédiatrique, le triage doit prendre en compte les circonstances de chaque cas d'espèce. Face à un cas potentiellement bénin, il revient au fournisseur de prestations d'urgence de déterminer, une fois le traitement prodigué, s'il est effectivement en présence d'un cas ne relevant pas de la médecine d'urgence et, dans l'affirmative, de le déclarer comme tel. Pour des raisons de simplicité de la mise en œuvre, la solution doit être nationale et s'appliquer à l'ensemble du secteur ambulatoire hospitalier. Santésuisse considère qu'il n'est pas justifié d'exclure d'emblée les enfants du supplément à la quote-part : un récent rapport de l'Obsan établit que ce sont précisément les enfants en bas âge qui affichent le taux de recours aux urgences le plus élevé. Un effet dissuasif est particulièrement souhaitable pour ce groupe de patients, d'autant que les services d'urgences pédiatriques affirment peiner à dispenser les soins dont ont besoin les petits patients en situation d'urgence en raison des nombreux cas

.....

bénins. Enfin, SantéSuisse ajoute que, le cas échéant, il convient d'examiner des mesures d'accompagnement appropriées.

4.2.4 Fournisseurs de prestations

Medswissnet est favorable au projet et recommande la mise en œuvre de la variante de la minorité II. L'association souligne que l'idée d'une mise en œuvre au gré des cantons doit être abandonnée, une telle solution étant compliquée et difficile à expliquer à la population. Une inégalité de traitement des assurés serait, selon elle, contraire à l'esprit de solidarité de la LAMal. Medswissnet suggère par ailleurs que les recettes de l'élément financier de dissuasion soient affectées aux objectifs de soins visés (mise en place de structures destinées à dissuader les patients de se rendre aux urgences pour des cas bénins).

5 Liste des destinataires

5.1 Cantons

Abkürzung	Bezeichnung	Stellungnahme	Begrüsst Vorlage
AG	Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'État du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia	JA	NEIN
AI	Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno	JA	NEIN
AR	Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno	JA	JA
BE	Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'État du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna	JA	JA
BL	Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'État du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna	JA	NEIN
BS	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'État du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città	JA	NEIN
FR	Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'État du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo	JA	NEIN
GE	Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'État du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra	JA	NEIN
GL	Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'État du canton de Glaris	JA	JA

	Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona		
GR	Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'État du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni	JA	NEIN
JU	Staatskanzlei des Kantons Jura Chancellerie d'État du canton du Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura	JA	NEIN
LU	Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'État du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna	JA	NEIN
NE	Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'État du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel	JA	NEIN
NW	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'État du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo	JA	NEIN
OW	Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'État du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo	JA	NEIN
SG	Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'État du canton de St-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo	JA	NEIN
SH	Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa	JA	NEIN
SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'État du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta	JA	NEIN
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'État du canton de Schwytz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto	JA	NEIN

TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'État du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia	JA	NEIN
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'État du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino	JA	JA
UR	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'État du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri	JA	NEIN
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'État du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud	JA	NEIN
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'État du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese	JA	NEIN
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'État du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo	JA	NEIN
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'État du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo	JA	JA

5.2 Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

Abkürzung	Bezeichnung	Stellungnahme	Begrüssst Vorlage
Die Mitte	Die Mitte Le Centre Il Centro	NEIN	-
EDU	Eidgenössisch-Demokratische Union Union démocratique Fédérale Unione democratica Federale	NEIN	-
EVP	Evangelische Volkspartei der Schweiz Parti évangélique Suisse Partito evangelico svizzero	NEIN	-
FDP	FDP. Die Liberalen PLR. Les Libéraux-Radicaux	JA	JA

Abkürzung	Bezeichnung	Stellungnahme	Begrüssst Vorlage
	PLR. I Liberali Radicali		
glp	Grünliberale Partei Parti vert'libéral Partito verde-liberale	JA	JA
GRÜNE	GRÜNE Schweiz Les VERT-E-S suisses I VERDI Svizzera	JA	NEIN
Lega	Lega dei Ticinesi	NEIN	-
MCG	Mouvement Citoyens Genevois	NEIN	-
SPS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz Parti socialiste suisse Partito socialista svizzero	JA	NEIN
SVP	Schweizerische Volkspartei Union démocratique du centre Unione democratica di Centro	JA	JA

5.3 Associations faitières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national

Abkürzung	Bezeichnung	Stellungnahme	Begrüssst Vorlage
SAB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete Groupement suisse pour les régions de montagne Gruppo svizzero per le regioni di montagna	JA	NEIN
SGV	Schweizerischer Gemeindeverband Association des communes suisses Associazione dei Comuni Svizzeri	NEIN	-
SSV	Schweizerischer Städteverband Union des villes suisses Unione delle città svizzere	JA	NEIN

5.4 Associations faitières de l'économie qui œuvrent au niveau national

Abkürzung	Bezeichnung	Stellungnahme	Begrüssst Vorlage
economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere	JA	NEIN

KV Schweiz	Kaufmännischer Verband Schweiz Société suisse des employés de commerce Società svizzera degli impiegati di commercio	NEIN	-
SAV	Schweizerischer Arbeitgeberverband Union patronale suisse Unione svizzera degli imprenditori	JA	NEIN
SBVg	Schweizerische Bankiervereinigung Association suisse des banquiers Associazione svizzera dei banchieri	NEIN	-
SBV	Schweizerischer Bauernverband Union suisse des paysans Unione svizzera dei contadini	NEIN	-
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund Union syndicale suisse Unione sindacale svizzera	JA	NEIN
SGV	Schweizerischer Gewerbeverband Union suisse des arts et métiers Unione svizzera delle arti e dei mestieri	JA	NEIN
	Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere	NEIN	-

5.5 Milieux intéressés

5.5.1 Conférences cantonales

Abkürzung	Bezeichnung	Stellungnahme	Begrüssst Vorlage
FDK	Konferenz der kantonalen Finanzdirektorinnen und Finanzdirektoren Conférence des directrices et directeurs cantonaux des finances Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali delle finanze	NEIN	-
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità	JA	NEIN
SODK	Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales	NEIN	-

	Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali delle opere sociali		
VKS	Vereinigung der Kantonsärzte und Kantonsärztinnen der Schweiz Association des médecins cantonaux de Suisse Associazione dei medici cantonali della Svizzera	NEIN	-
VKZS	Vereinigung der Kantonszahnärztinnen und Kantonszahnärzte der Schweiz Association des médecins-dentistes cantonaux de Suisse Associazione dei medici dentisti cantonali della Svizzera	NEIN	-
KAV	Kantonsapothekervereinigung Association des pharmaciens cantonaux Associazione dei farmacisti cantonali	NEIN	-

5.5.2 Associations de consommateurs

Abkürzung	Bezeichnung	Stellungnahme	Begrüsst Vorlage
ACSI	Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana	JA	NEIN
FRC	Fédération romande des Consommateurs	NEIN	-
kf	Konsumentenforum Forum des consommateurs Forum dei consumatori	NEIN	-
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori	NEIN	-

5.5.3 Organisations de la santé publique

a. Fournisseurs de prestations

Abkürzung	Bezeichnung	Stellungnahme	Begrüsst Vorlage
ARISSET	ARTISET	NEIN	-
APA	Ärzte mit Patientenapotheke	NEIN	-
ASP	Association Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Association suisse des psychothérapeutes	NEIN	-

	Associazione Svizzera degli Psicoterapeuti		
ASPS	Association Spitex privée Suisse	NEIN	-
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz Association des homes et institutions sociales suisses Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri	NEIN	-
EVS	ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz Association Suisse des Ergothérapeutes Associazione Svizzera degli Ergoterapisti	NEIN	-
FAMH	Die medizinischen Laboratorien der Schweiz Les laboratoires médicaux de Suisse I laboratori medici della Svizzera	NEIN	-
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri	JA	NEIN
FSP	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen Fédération suisse des psychologues Federazione svizzera delle psicologhe e degli psicologi	JA	NEIN
mfe	Haus- und Kinderärzte Schweiz Médecins de famille et de l'enfance Suisse Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera	JA	NEIN
	Heilbäder und Kurhäuser Schweiz Espaces Thermaux et Maison de Cure Suisses	NEIN	-
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri	JA	NEIN
	IG Schweizer Pharma KMU	NEIN	-
KMH	Kollegium für Hausarztmedizin Collège de médecine de premier recours Collegio di medicina di base	NEIN	-
K3	Konferenz der kantonalen Krankenhausverbände	NEIN	-

	Konferenz der Schweizerischen Berufsverbände der Logopädinnen und Logopäden	NEIN	-
OPTIKSCH-WEIZ	Verband für Optometrie und Optik Association d'optométrie et d'optique	NEIN	-
Ospita	Die Schweizer Gesundheitsunternehmen Les entreprises suisses de santé Le aziende sanitarie svizzere	NEIN	-
Pharmalog.ch	Verband der Pharma-Vollgrossisten Association des grossistes pharmaceutiques à assortiment complet Unione dei grossisti svizzeri di medicinali	NEIN	-
pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband Société Suisse des Pharmaciens Società Svizzera dei Farmacisti	JA	NEIN
Physioswiss	Schweizerischer Physiotherapie-Verband Association suisse de physiothérapie Associazione svizzera di fisioterapia	NEIN	-
PULSUS	PULSUS	NEIN	-
SBV	Schweizerische Belegärzte-Vereinigung Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux Associazione svizzera dei medici indipendenti che lavorano in cliniche private	NEIN	-
ChiroSuisse	Schweizerischen Chiropraktoren-Gesellschaft Association suisse des chiropraticiens Associazione svizzera dei chiropratici	NEIN	-
	Gerontologie CH	NEIN	-
SVS	Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren Fédération suisse des directrices et directeurs d'hôpitaux	NEIN	-
SVPC	Schweizerische Vereinigung psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte Association suisse des médecins-chefes et médecins-chefs en psychiatrie	NEIN	-
SULM	Schweizerische Union für Labormedizin Union suisse de médecine de laboratoire	NEIN	-

	Unione svizzera di medicina di laboratorio		
SSO	Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft Société suisse des médecins-dentistes Società svizzera odontoiatri	NEIN	-
SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner Association suisse des infirmières et infirmiers Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri	JA	NEIN
SDV	Schweizerischer Drogistenverband Association suisse des droguistes Associazione svizzera dei droghieri	JA	NEIN
	Schweizerischer Hebammenverband Fédération suisse des sages-femmes Federazione svizzera delle levatrici	NEIN	-
SVBG	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen Fédération suisse des associations professionnelles du domaine de la santé Federazione Svizzera delle Associazioni professionali sanitarie	JA	Verzicht
Intergenerika	Schweizerischer Verband der Generika- und Biosimilar-Hersteller Organisation faïtière des fabricants de génériques et de biosimilaires	NEIN	-
SVDE	Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen Association suisse des diététiciens-nés Associazione Svizzera delle-dei Dietiste-i	NEIN	-
SVFP	Schweizerischer Verband Freiberuflicher Physiotherapeuten Association suisse des physiothérapeutes indépendants Associazione Svizzera Fisioterapisti Indipendenti	JA	NEIN
SVKH	Schweizerischer Verband für komplementärmedizinische Heilmittel Association suisse pour les médicaments de la médecine complémentaire Associazione Svizzera per i medicinali della medicina complementare	NEIN	-

GSASA	Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker Association suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux Associazione svizzera dei farmacisti dell'amministrazione e degli ospedali	NEIN	-
SVPL	Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter Association Suisse des Directrices et Directeurs des Services Infirmiers Associazione Svizzera dei Capi Servizio Cure Infermieristiche	NEIN	-
	scienceindustries	NEIN	-
Senesuisse	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées	NEIN	-
SMSR	Société Médicale de la Suisse Romande	NEIN	-
Spitex	Spitex Verband Schweiz Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio	NEIN	-
SVMTT	Schweizerischer Verband der medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Gesundheitsberufe Association suisse des professions médico-techniques et médico-thérapeutiques de la santé Associazione svizzera delle professioni sanitarie medico-tecniche e medico-terapeutiche	NEIN	-
Swiss Medtech	Schweizer Medizintechnikverband Association Suisse de la Technologie Médicale Associazione Svizzers delle Tecnologie Mediche	NEIN	-
SW!SS REHA	Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz Association des cliniques de réadaptation suisses Associazione delle cliniche di riabilitazione svizzere	NEIN	-
unimedsuisse	Universitäre Medizin Schweiz Médecine universitaire suisse Medicina universitaria svizzera	JA	NEIN

FMCH	Verband der chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften Association Suisse des médecins avec activité chirurgicale et invasive Associazione Svizzera dei medici con attività chirurgica e invasiva	JA	NEIN
Interpharma	Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz Association des entreprises pharmaceutiques suisses pratiquant la recherche	NEIN	-
vpz	Verband der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Zentral-schweiz	NEIN	-
VEDAG	Verband deutschschweizerischer Ärztesgesellschaften	NEIN	-
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica	JA	NEIN
VLSS	Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse Associazione medici dirigenti ospedalieri svizzeri	NEIN	-
VIPS	Vereinigung der Pharmafirmen in der Schweiz Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse Associazione delle imprese farmaceutiche in Svizzera	NEIN	-
SGNOR	Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin Société suisse de médecine d'urgence et de sauvetage Società svizzera di medicina d'urgenza e di salvataggio	JA	NEIN

b. Assureurs

Abkürzung	Bezeichnung	Stellungnahme	Begrüsst Vorlage
Curfutura	Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi	JA	NEIN
GEKVG	Gemeinsame Einrichtung KVG Institution commune LAMal	NEIN	-

	Istituzione comune LAMal		
MTK	Medizinaltarifkommission UVG Commission des tarifs médicaux LAA Commissione delle tariffe mediche LAINF	NEIN	NEIN
RVK	Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer Fédération des petits et moyens as- sureurs-maladie Associazione dei piccoli e medi as- sicuratori malattia	NEIN	-
santésuisse	Verband der Schweizer Krankenver- sicherer Les assureurs-maladie suisses Gli assicuratori malattia svizzeri	JA	JA
SVV	Schweizerischer Versicherungsver- band Association suisse d'assurances Associazione svizzera d'assicura- zioni	NEIN	-
SVK	Schweizerischer Verband für Ge- meinschaftsaufgaben der Kranken- versicherer Fédération suisse pour tâches com- munes des assureurs-maladie Federazione svizzera per compiti comunitari degli assicuratori malat- tia	NEIN	-

c. Patients, usagers

Abkürzung	Bezeichnung	Stellungnahme	Begrüsst Vorlage
ASSUAS	Schweizerischer Verband der Versi- cherten Association Suisse des Assurés Associazione Svizzera degli Assicu- rati	NEIN	-
DVSP	Dachverband schweizerischer Pati- entenstellen Fédération suisse des patients	NEIN	-
	Ombudsstelle Krankenversicherung Office de médiation de l'assurance- maladie Ufficio di mediazione dell'assicura- zione malattie	NEIN	-
	Patientenstelle Zürich	NEIN	-

Pro-salute.ch	Pro-salute.ch	JA	NEIN
SSR	Schweizerischer Seniorenrat Conseil suisse des aînés Consiglio svizzero degli anziani	NEIN	-
SPO	SPO Patientenschutz Organisation suisse des patients Organizzazione svizzera dei pazienti	NEIN	-

d. Divers

Abkürzung	Bezeichnung	Stellungnahme	Begrusst Vorlage
	Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen	NEIN	-
	Centre patronal	NEIN	-
	Gesundheitsförderung Schweiz Promotion Santé Suisse Promozione Salute Svizzera	NEIN	-
Plattform Interprofessionalität	Plattform Interprofessionalität in der primären Gesundheitsversorgung Plateforme interprofessionnalité dans les soins de santé primaires	JA	NEIN
IGMG	Interessengemeinschaft der medizinischen Grundversorgung	NEIN	-
	Patientensicherheit schweiz Sécurité des patients suisse Sicurezza dei pazienti svizzera	NEIN	-
	Public Health Schweiz Santé publique Suisse Salute pubblica Svizzera	NEIN	-
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften Académie suisse des sciences médicales Accademia svizzera delle scienze mediche	NEIN	-
SAV	Schweizerische Aktuarvereinigung Association Suisse des Actuaires ASA Associazione Svizzera degli Attuari	NEIN	-
SGV	Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte Société Suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances	NEIN	-

SGGP	Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik Société suisse pour la politique de la santé Società svizzera per la politica della salute	NEIN	-
GELIKO	Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz Conférence nationale suisse des ligues de la santé Conferenza nazionale svizzera delle leghe per la salute	NEIN	-
	Allianz 'Gesunde Schweiz'	NEIN	-
	Swiss Insurance Brokers Association	NEIN	-
VASOS	Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfe-Organisationen der Schweiz Fédération des associations des retraités et de l'entraide en Suisse Federazione associazioni dei pensionati e d'autoaiuto in Svizzera	JA	NEIN

5.6 Avis spontanés

Abkürzung	Bezeichnung	Stellungnahme	Begrüssst Vorlage
AGBA	Ärztegesellschaft des Bezirks Affoltern	JA	NEIN
AGZ	Aerztegesellschaft des Kantons Zürich	JA	NEIN
AL	Alternative Liste Zürich	JA	NEIN
	Bezirksärztegesellschaft des Knonaueramtes	JA	NEIN
BEKAG	Aerztegesellschaft des Kantons Bern	JA	NEIN
	Bündner Ärzteverein	JA	NEIN
Forel Klinik	Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit	JA	NEIN
GAZ	Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte am Zürichsee	JA	NEIN
vkjz	Vereinigung Kinder- und Jugendärztinnen Zürich	JA	NEIN

Medswissnet	Schweizerischer Dachverband der Ärztenetze Association suisse des réseaux de médecins Associazione svizzera delle reti di medici	JA	JA
MFÄF	Médecins Fribourg	JA	NEIN
MNZ	Stiftung Medizinische Notrufzentrale	JA	NEIN
Notfallpflege Schweiz	Notfallpflege Schweiz Soins d'urgence Suisse	JA	NEIN
SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie Société suisse de psychiatrie et psychothérapie Società svizzera di psichiatria e psicoterapia	JA	NEIN
SAGES	Schweizerischer Fachverband für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit Association suisse pour le travail social en lien avec la santé	JA	NEIN
SGAIM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin Société suisse de médecine interne générale Società Svizzera di Medicina Interna Generale	JA	NEIN
VZI	Vereinigung Allgemeiner und Spezialisierter Internistinnen und Internisten Zürich	JA	NEIN
ZGPP	Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie	JA	NEIN