



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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

---

## **Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (admission des fournisseurs de prestations)**

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

---

Berne, le 9 mai 2018

# Table des matières

---

<b>1</b>	<b>CONTEXTE .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>PRISES DE POSITION.....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>VUE D'ENSEMBLE .....</b>	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>RECAPITULATIF DES PRISES DE POSITION .....</b>	<b>4</b>
<b>4.1</b>	<b>Prises de position concernant le projet en général.....</b>	<b>4</b>
<b>4.2</b>	<b>Prises de position concernant l'art. 36 .....</b>	<b>12</b>
4.2.1	Prises de position concernant l'art. 36, en général .....	12
4.2.2	Prises de position concernant l'art. 36, al. 1 et 2 .....	16
4.2.3	Prises de position concernant l'art. 36, al. 3 .....	18
4.2.4	Prises de position concernant l'art. 36, al. 3 <sup>bis</sup> .....	21
4.2.5	Prises de position concernant l'art. 36, al. 4 .....	23
4.2.6	Prises de position concernant l'art. 36, al. 5 et 6 .....	26
4.2.7	Prises de position concernant l'art. 36, al. 7 .....	29
<b>4.3</b>	<b>Prises de position concernant l'art. 36a .....</b>	<b>30</b>
<b>4.4</b>	<b>Prises de position concernant l'art. 37 .....</b>	<b>30</b>
<b>4.5</b>	<b>Prises de position concernant l'art. 55a .....</b>	<b>30</b>
4.5.1	Prises de position concernant l'art. 55a, en général .....	30
4.5.2	Prises de position concernant l'art. 55a, al. 1 .....	34
4.5.3	Prises de position concernant l'art. 55a, al. 2 .....	36
4.5.4	Prises de position concernant l'art. 55a, al. 3 .....	38
4.5.5	Prises de position concernant l'art. 55a, al. 4 .....	40
4.5.6	Prises de position concernant l'art. 55a, al. 5 .....	41
4.5.7	Prises de position concernant l'art. 55a, al. 6 .....	41
<b>4.6</b>	<b>Prises de position concernant l'art. 59 .....</b>	<b>43</b>
<b>4.7</b>	<b>Prises de position concernant les dispositions transitoires.....</b>	<b>43</b>
4.7.1	Prises de position concernant les dispositions transitoires, en général.....	43
4.7.2	Prises de position concernant les dispositions transitoires, al. 1 .....	44
4.7.3	Prises de position concernant les dispositions transitoires, al. 2 .....	44
<b>4.8</b>	<b>Autres propositions .....</b>	<b>45</b>
	<b>ANNEXE : LISTE DES PARTICIPANTS A LA CONSULTATION.....</b>	<b>47</b>

## 1 Contexte

Le Conseil fédéral, en date du 5 juillet 2017, a chargé le DFI de mener jusqu'au 25 octobre 2017 une consultation auprès des cantons, des partis politiques, des associations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national, des associations faîtières de l'économie qui œuvrent au niveau national et des autres milieux concernés sur la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant l'admission des fournisseurs de prestations.

Le projet mis en consultation se fonde sur un modèle à trois niveaux. Il augmente les exigences concernant la qualité et le caractère économique pour l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. En même temps, il met à la disposition des cantons un instrument efficace de maîtrise des coûts dans le domaine ambulatoire. D'abord, il établit, pour toutes les personnes exerçant une profession médicale ou de la santé, un lien avec les lois correspondantes s'agissant des conditions requises pour l'exercice de ces professions. Ensuite, pour améliorer à l'avenir la qualité et le caractère économique de la fourniture des prestations, il accorde au Conseil fédéral une compétence étendue lui permettant de régler dans la LAMal l'admission de tous les fournisseurs de prestations ambulatoires et, en particulier, d'édicter des conditions et des charges relatives à la qualité et au caractère économique. Enfin, il met l'accent sur une nouvelle réglementation de l'art. 55a LAMal qui permet aux cantons de limiter l'admission des médecins à fournir des prestations ambulatoires dans un ou plusieurs domaines de spécialité dès qu'un plafond donné est atteint. À cet égard, il prévoit que, lorsqu'ils définissent les plafonds applicables, les cantons tiennent compte du taux d'occupation des médecins concernés.

## 2 Prises de position

91 prises de position ont été reçues dans le cadre de la consultation :

- tous les cantons, ainsi que CDS et CLASS ;
- 7 partis politiques représentés à l'assemblée fédérale (CSPO, PDC, PES, PLR, PSS, pvl, UDC) ;
- Groupement suisse pour les régions de montagne (SAB) ;
- 3 fédérations des assureurs (santésuisse, curafutura, SVV) et 1 assureur (Groupe mutuel) ;
- 3 associations faîtières de l'économie qui œuvrent au niveau national (economiesuisse, USAM, USS) et 1 association de l'économie qui œuvre au niveau régional (CP) ;
- 2 associations de consommateurs (FRC et SKS) ;
- 3 fédérations de patients (SPO, DVSP, Inclusion Handicap) ;
- 26 fédérations de fournisseurs de prestations concernées (ChiroSuisse, CURAVIVA, FMH, H+, mfe, OPS, physioswiss, pharmaSuisse, PKS, RVBB, SBK, SBV, senesuisse, SGH, SHV, SOS Médecins, Spitex, SSO, SVBG, SVDE, Swiss Medi Kids AG, SVPL, SWISS REHA, VAKA, VLSS, VSAO) ;
- KKA et 13 sociétés médicales cantonales (AGZ, AMGe, BEKAG, AeG BL, GAeSO, VZK, MedGes BS, OMCT, SMSR, SMVS, SMCJU, SVM, VHBB) ;
- BFG et GUMEK.

## 3 Vue d'ensemble

La consultation a démontré que si la plupart des participants ne contestent pas la nécessité de gérer les admissions, les avis sont partagés quant au projet proposé.

CSPO, PSS, CDS, CLASS et les cantons (à l'exception de AG, GR, JU, LU, TG) soutiennent clairement le projet mis en consultation. SAB, les associations de consommateurs, mfe, OPS, senesuisse, VZK de même que DVSP soutiennent également clairement le projet.

Au contraire, PLR, UDC, les associations faîtières de l'économie (à l'exception de l'USS), les associations d'assureurs, de nombreuses associations de fournisseurs de prestations (ChiroSuisse, FMH, H+, PKS, RVBB, SBK, SBV, SOS Médecins, SVBG, SVDE, SVPL, SWISS REHA, VAKA, VLSS), la KKA et la plupart des sociétés cantonales ou régionales de médecine (à l'exception de l'AMGe, SMSR, SMCJU, SVM) rejettent clairement le projet.

PDC, pvl, PES ne soutiennent ni ne rejettent clairement le projet, mais émettent des critiques importantes. Il en va de même de certaines associations de fournisseurs de prestations (CURAVIVA, pharmaSuisse, physioswiss, SGH, SHV, Spitex, SSO, Swiss Medi Kids AG, VSAO), de Groupe mutuel, des associations de patients Inclusion Handicap et SPO et de GUMEK.

La formalisation du processus d'admission rencontre un relativement large soutien parmi les participants. En revanche, confier la gestion de ce processus aux assureurs est perçu comme un premier pas vers la levée de l'obligation de contracter et est largement combattu par certains acteurs, notamment les cantons, les fournisseurs de prestations et les certains partis, qui estiment que l'admission doit être gérée par les cantons. Ceux-ci sont en effet déjà compétents en matière de santé publique et pour délivrer les autorisations de pratique professionnelle conformément à la LPMéd. Confier la gestion des admissions aux cantons serait également cohérent avec un éventuel financement uniforme des prestations exigé à moyen terme par certains partis, les assureurs et les milieux de l'économie. Réunir l'ensemble de la procédure d'autorisation et celle d'admission sous la même autorité diminuerait en outre la bureaucratie, ce que souhaitent de nombreux acteurs.

Concernant les critères d'admission, une majorité des participants estime que les médecins devraient avoir pratiqué pendant au moins 3 ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade et fournir la preuve d'un niveau de langue suffisant pour être admis à fournir des prestations à la charge de l'AOS. La proposition du Conseil fédéral d'exiger la preuve de connaissances du système de santé suisse au moyen d'un examen est relativement bien perçue, alors que l'instauration d'un délai d'attente réunit une majorité des participants contre lui. Pour les fédérations de fournisseurs de prestations, il conviendrait de contrôler que les fournisseurs de prestations admis satisfont à leurs devoirs professionnels, en particulier qu'ils participent à la formation professionnelle continue conformément aux directives professionnelles.

Une majorité des partis exige de lier à moyen terme la limitation des admissions des médecins avec le financement uniforme des prestations. Cependant, elle n'exclut pas dans l'intervalle une prolongation de la limitation, y compris certaines améliorations du système. Les cantons quant à eux tiennent à pouvoir limiter les admissions sans interruption, car une nouvelle situation sans possibilité de pilotage entraînerait un nouvel afflux massif de médecins européens, en particulier dans les cantons frontaliers, faisant augmenter fortement les coûts à la charge de l'AOS, comme ce fut le cas entre le 1<sup>er</sup> janvier 2012 et le 30 juin 2013. Les cantons demandent par contre une simplification du projet, en particulier en ce qui concerne la coordination avec les autres cantons et la prise en compte du taux d'activité des médecins. Alors que les cantons et les assureurs saluent l'idée d'un mécanisme d'intervention rapide en cas de hausse massive des coûts, certains partis, les fournisseurs de prestations et les fédérations de patients s'y opposent.

## **4 Récapitulatif des prises de position**

### **4.1 Prises de position concernant le projet en général**

#### **Cantons**

AR, BE, BL, GL, NW, SG, TG, VD, VS et ZH soutiennent explicitement la position de CDS.

CDS, ainsi que AI, BE, BS, GE, GL, LU, NE, OW, SH, SZ, TG, TI, UR, VD et ZH soutiennent le projet du Conseil fédéral de remplacer directement la limitation de l'admission prenant fin le 30 juin 2019 (art. 55a LAMal) par une solution non limitée dans le temps et plus maniable. Ils estiment que les interventions à trois niveaux sont pertinentes.

CDS ainsi que BE et LU saluent le fait que ni l'introduction de tarifs différenciés, ni la levée de l'obligation de contracter, n'aient été retenues.

AI, GL, LU, OW et TG souhaitent disposer d'un instrument facile à mettre en œuvre et techniquement peu contraignant leur permettant de piloter eux-mêmes, si besoin, l'offre de soins. Ils estiment cependant, comme CDS, BE et VD, que l'instrument de pilotage proposé doit être encore simplifié sur certains points déterminants. Il ne devrait selon eux pas y avoir de directives légales trop complexes dans la mise en œuvre ou qui supposent la disponibilité de données qui n'est aujourd'hui pas assurée.

AG estime que la mise en œuvre du projet exigera une hausse trop importante des ressources nécessaires dans les cantons. Il doute en outre de l'efficacité de la limitation des admissions et considère que le Conseil fédéral envoie des signaux contradictoires aux jeunes médecins, alors qu'il investit pour une augmentation des capacités de formation. Finalement, il estime qu'il n'est pas possible de piloter le domaine ambulatoire des hôpitaux.

BS craint qu'en l'absence de solution lorsque la limitation des admissions arrivera à échéance, on n'assiste à une augmentation de l'offre incontrôlée principalement chez les spécialistes, qui entraînera une augmentation des coûts.

CLASS et GE estiment que la maîtrise des coûts de la santé autant que l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicale passent impérativement par la possibilité de limiter le nombre de prestataires de soins ambulatoires. Ils seront toutefois attentifs à ce que le deuxième volet ne soit pas une porte ouverte à la liberté pour les assureurs de refuser des prestataires pour des raisons uniquement économiques ou administratives.

FR se rallie à la position de CDS, et subsidiairement considère que les propositions de CLASS constitueraient une alternative à laquelle il pourrait aussi se rallier, en particulier pour les propositions relatives à l'art. 55a, al. 2 et 3, LAMal.

GR refuse le projet de gestion des admissions par une organisation désignée par les assureurs, estimant que les cantons doivent rester compétents en la matière.

JU estime que la clause du besoin a certes fait ses preuves par le passé, du moins dans les cantons avec une forte densité médicale, néanmoins une difficulté majeure n'a pas permis l'utilisation de cette clause de manière simple : la loi sur le marché intérieur qui exige qu'un professionnel ayant une autorisation dans un canton ne doit pas se voir refuser une autorisation de pratique dans un autre canton. Une autre difficulté réside dans l'estimation des besoins pour une ou plusieurs spécialités. Il salue ainsi le fait que dans la nouvelle révision, certains de ces aspects ont été pris en compte. Il estime cependant que la validation des prestataires par les assureurs risque de devenir une forme de (levée de) l'obligation de contracter déguisée et de ce fait une porte ouverte aux assureurs pour refuser des prestataires pour des raisons uniquement économiques ou administratives.

NW salue l'orientation générale du projet et est partiellement d'accord avec les modifications proposées. Il demande que les dispositions d'application permettent une mise en œuvre simple et techniquement peu exigeante par les cantons.

SG salue les efforts du Conseil fédéral en faveur d'une solution à long terme pour la gestion des admissions. Il soutient en particulier l'introduction de critères de qualité

SH estime que les cantons doivent avoir un rôle prépondérant en ce qui concerne l'évaluation du besoin, que l'instrument doit permettre un pilotage efficace et pouvoir être mis en œuvre facilement et sans délai. Il regrette que le projet ne tienne pas compte de la relation qui existe selon lui entre le niveau des tarifs et la densité de fournisseurs de prestations et dont il faudrait tenir compte dans une perspective à moyen terme lors de la fixation des tarifs, de manière à supprimer les incitations qui en découlent.

SO salue en particulier les mesures prévues pour augmenter les exigences envers les fournisseurs de prestations pour pratiquer à la charge de l'AOS. Il estime notamment qu'une procédure d'admission formelle et un examen sont des instruments adéquats pour améliorer la qualité dans le domaine ambulatoire.

SZ salue aussi bien les mesures visant à assurer et à améliorer la qualité des prestations que les mesures permettant un pilotage de l'offre par les cantons.

TI souligne l'importance d'une solution pour la gestion des admissions sans interruption. Mais, bien que soutenant le projet, il craint que celui-ci ne comporte trop de thèmes risquant de mettre à mal une acceptation sans interruption. Il propose donc de scinder le projet en deux, à savoir, la gestion des admissions par les cantons et l'éventuelle introduction d'une autorisation formelle à fournir des prestations à charge de l'AOS délivrée par les assureurs après prise en compte d'un certain nombre de critères de qualité. Toutefois, par rapport à l'admission par les assureurs, il demande qu'il soit assuré qu'il ne s'agisse pas d'une introduction de la liberté de contracter et que les critères à prendre en compte par les assureurs répondent à un intérêt général et qu'ils se limitent à une vérification de type administratif. TI demande que les cantons puissent participer à la définition des critères de qualité. En outre il demande que les cantons disposent de critères aptes à différencier les autorisations en fonction des besoins locaux. Enfin, il souligne encore le manque de données statistiques nécessaires à un pilotage efficace dans le domaine ambulatoire.

VS accueille de façon générale favorablement les nouvelles dispositions légales proposées, estimant que la maîtrise des coûts de la santé et l'amélioration de la qualité des soins passent impérativement par la pérennisation de la clause du besoin, ainsi que par le contrôle du caractère économique et de la qualité des prestations. Tout en se ralliant aux positions exprimées par CDS et par CLASS, il estime néanmoins que le projet doit être nuancé sur certains points. ZG soutient le projet du Conseil fédéral de remplacer directement la limitation de l'admission prenant fin le 30 juin 2019 (art. 55a LAMal) afin d'éviter une augmentation incontrôlée du nombre de fournisseurs de prestations. Il estime en revanche qu'il ne s'agit que d'une solution transitoire, en attendant que les discussions relatives à un assouplissement de l'obligation de contracter aboutissent à une solution pérenne. Il souhaite une simplification du projet. Il demande aussi des clarifications sur les liens entre l'art. 55a LAMal, la loi fédérale sur le marché intérieur et la réglementation des travailleurs détachés (règle des 90 jours). Il demande enfin qu'il soit précisé que l'art. 55a s'applique aussi pour les dentistes.

### **Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale**

Pour PDC, la gestion des admissions est indispensable. Introduire des critères pour l'ouverture d'un cabinet serait bénéfique en termes de qualité et de sécurité des patients et permettrait d'éviter une hausse encore plus marquée des coûts de la santé et des primes. PDC considère que le projet proposé concernant la gestion des admissions contient un certain nombre d'améliorations par rapport à la limitation des admissions qui prévaut actuellement.

PLR s'oppose à la pérennisation de la limitation des admissions. Fondamentalement, la solution la plus judicieuse serait la liberté de contracter pour les médecins et les assureurs ou, à tout le moins, un assouplissement de l'obligation de contracter, l'objectif étant non seulement d'améliorer la qualité, mais aussi d'empêcher un accroissement du volume des prestations et la consommation excessive de soins médicaux. Proposer des prestations de meilleure qualité à des coûts moindres freinerait ainsi l'augmentation des primes. Concrètement, le législateur pourrait permettre aux cantons de lever l'obligation de contracter en cas de densité médicale trop forte.

PvI approuve le projet. Il salue en particulier l'idée de mettre l'accent sur les conditions relatives à la qualité et les attestations de formation. La qualité ne se résume pas exclusivement à la formation de base et postgrade. On constate aujourd'hui un manque de données relatives à la qualité des diagnostics et des thérapies des fournisseurs de prestations, notamment dans le domaine ambulatoire.

PES se montre sceptique en ce qui concerne l'introduction d'une procédure formelle d'admission, mais soutient la compétence donnée aux cantons de limiter le nombre de fournisseurs de prestations.

PSS estime que la direction générale proposée dans l'avant-projet du Conseil fédéral est bonne et que ce dernier constitue une base intéressante pour la suite des débats. Il considère que des solutions extrêmes telles que la levée de l'obligation de contracter ou encore l'admission moyennant une tarification différenciée conduiraient inévitablement au naufrage de la présente révision. C'est pourquoi PSS n'est en aucun cas prêt à entrer en matière sur de telles

mesures. En outre, PSS insiste de manière générale pour que l'encouragement de la formation en médecine humaine reste à l'avenir important.

UDC rejette clairement le projet de révision. En adoptant le postulat 16.3000, le Parlement a chargé le Conseil fédéral d'examiner des alternatives au système actuel de gestion en matière d'admission de fournisseurs de prestations. UDC estime regrettable que le Conseil fédéral ait ignoré dans son rapport les orientations principales du postulat et qu'il n'ait ainsi pas rempli le mandat confié par le Parlement. UDC considère également que le Conseil fédéral n'a pas non plus rempli sa mission avec son projet de révision de la LAMal. En outre, il demande que le Conseil fédéral présente une révision prévoyant un assouplissement de l'obligation de contracter en cas de sur-approvisionnement ainsi que la possibilité d'introduire une différenciation des tarifs selon les régions.

CSPO observe que la situation initiale concernant l'approvisionnement en médecins diffère considérablement entre de nombreuses régions de montagnes et les régions urbaines, ce qui mettrait fortement en péril les soins médicaux de base. CSPO souligne l'importance de l'abolition du numerus clausus, de la réforme de la structure tarifaire TARMED concernant la mise sur pied d'incitations financières destinées à encourager les médecins à s'établir à la campagne, de la promotion de cabinets de groupe et des mesures visant à renforcer la médecine de premier recours dans le cadre de la formation médicale de base.

Étendre les compétences des cantons, tel que proposé dans le projet, est envisageable pour PDC, PLR et UDC à condition que les incitations inopportunes dues aux différences de financement entre les domaines ambulatoire et stationnaire soient supprimées. Dans ce contexte, il est fait référence aux travaux relatifs à un modèle de la sous-commission « Moniste » de la CSSS-N préconisant un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires. Les cantons participeraient désormais aux coûts de la médecine ambulatoire et verraient leur part de financement des prestations stationnaires diminuer. Toutefois, selon ces partis, les cantons insistent sur le fait qu'ils refusent de financer le secteur ambulatoire s'ils ne disposent pas des instruments nécessaires permettant de réguler les coûts. Les compétences élargies des cantons prévues dans le projet mis en consultation concernant la gestion des admissions pourraient faire partie d'un tel instrument de pilotage. À cet égard, PDC, PLR et UDC estiment judicieux d'intégrer les compétences élargies des cantons dans le modèle de la sous-commission « Moniste » afin de promouvoir le financement uniforme dans les domaines ambulatoire et stationnaire. En supprimant les incitations inopportunes et en renforçant les incitations pour les soins intégrés, l'AOS pourrait réaliser des économies allant jusqu'à 3 milliards de francs. Dans ces circonstances, PDC, PLR et UDC pourraient accepter de prolonger temporairement la limitation de l'admission des médecins (avec les améliorations mentionnées) afin que la sous-commission « Moniste » puisse poursuivre ses travaux. L'objectif consiste à regrouper les thèmes « financement uniforme » et « gestion des admissions » dans un seul et même projet, et à les faire appliquer. Pvl demande également un financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires afin que les compétences élargies des cantons puissent atteindre les objectifs en matière de maîtrise des coûts dans le secteur ambulatoire. Finalement, PSS revendique aussi d'instaurer dans les plus brefs délais un système de financement uniforme des domaines stationnaires et ambulatoires. Au surplus, cela aurait le mérite d'asseoir davantage la légitimité des cantons à assumer la responsabilité de régulateur.

### **Associations faitières des communes, des villes et des régions de montagne**

D'une manière générale, SAB souligne que la situation qui règne dans de nombreuses régions de montagne est fondamentalement différente de celle des régions urbaines. Dans les zones de montagne, les soins médicaux de base seraient fortement en péril. Il serait de plus en plus difficile de trouver des médecins de famille dans le domaine de la médecine générale. Selon SAB, la médecine de pointe est de toute manière concentrée dans les grands centres urbains. Comme il y a de moins en moins de médecins de famille, il est fait de plus en plus appel à des prestations spécialisées, ce qui occasionne des coûts supplémentaires. C'est pourquoi SAB considère que les orientations suivantes sont importantes : abolition du numerus clausus ; réforme de TARMED en vue de mettre en place des incitations financières pour encourager les

médecins à s'établir dans les zones rurales ; promotion de cabinets de groupe ; mesures visant à renforcer la médecine de premier recours dans le cadre de la formation médicale de base.

### **Associations faitières de l'économie**

CP n'est pas favorable aux modifications proposées. Il juge que le projet risque de mettre rapidement en péril une relève qualifiée et la qualité de notre système de santé.

Economiesuisse rejette le projet du Conseil fédéral et regrette qu'il ne propose pas d'alternative de nature concurrentielle à l'actuel pilotage de l'admission.

USS soutient a priori le pilotage de l'admission par les cantons comme proposé, mais n'est pas d'accord avec la proposition d'octroyer aux cantons la compétence de prononcer un arrêt immédiat des admissions à cause de l'évolution des coûts.

USAM rejette entièrement le projet proposé. Elle ne peut pas accepter des limitations à l'admission pour certaines catégories de fournisseurs de prestations, ce qui serait un instrument de l'économie planifiée et représenterait une atteinte à la liberté économique. Elle doute de l'efficacité économique d'une telle mesure et constate que son efficacité n'a jamais été démontrée. Elle estime que la révision mettrait à mal la sécurité du droit et qu'il serait de plus en plus difficile pour les fournisseurs de prestations de planifier leur carrière de manière fiable. Elle constate que ce projet induirait un surplus de bureaucratie.

### **Associations de consommateurs**

FRC soutient le dispositif à trois niveaux proposé par le Conseil fédéral qui augmentera les exigences envers les fournisseurs de prestations tout en créant de nouveaux outils de contrôle de l'offre. Selon elle, ces différents instruments ont le potentiel de freiner la hausse des coûts dans le secteur ambulatoire.

SKS approuve expressément le fait que la révision partielle permet de réguler l'offre de prestations et de définir des exigences plus élevées en termes de qualité et d'économicité des prestations. Elle juge ces mesures indispensables au vu de l'évolution des coûts dans le secteur ambulatoire et des hausses de primes qui en résultent pour l'AOS.

### **Fournisseurs de prestations**

ChiroSuisse rejette l'introduction d'une limitation des admissions et doute que les mesures prévues fassent baisser les coûts. Les médecins et/ou les autres fournisseurs de prestations devraient pouvoir exercer après leur longue formation base et leur formation postgrade. Au lieu d'introduire une limitation des admissions, il faudrait privilégier la régulation des places de formation de base et postgrade disponibles.

FMH considère que l'orientation et les mesures prises dans le cadre du projet de loi ne contribuent ni à faire baisser les coûts, ni à améliorer l'accès aux soins médicaux. Le système de pilotage en matière d'admission devrait tenir compte du fait que la Suisse est dépendante des médecins étrangers. Il s'agit de garantir la qualité des soins médicaux sans induire un surplus de bureaucratie. FMH, tout comme VSAO, demandent donc que trois critères de qualité efficaces soient remplis cumulativement en vue de l'admission de médecins exerçant une activité sous leur propre responsabilité professionnelle (indépendants ou salariés). À noter que ces critères sont faciles à mettre en œuvre et à démontrer.

- Activité médicale d'au moins trois ans dans la discipline visée pour l'admission
- Attestation de la formation continue tout au long de la carrière professionnelle
- Vérification des compétences linguistiques

Dans ce contexte, SGH demande elle aussi que les médecins, une fois leur titre postgrade obtenu (médecin spécialiste), suivent une formation continue tout au long de leur carrière professionnelle. L'attestation de formation continue doit être exigée périodiquement dans les 46 domaines de spécialité. S'agissant des compétences linguistiques, les médecins doivent avoir réussi un examen en Suisse, démontrant ainsi qu'ils maîtrisent la langue de la région dans laquelle ils exercent.

H+ et PKS sont favorables au premier niveau d'intervention, mais rejettent le deuxième niveau d'intervention (art. 35 à 38 et art. 59 projet LAMal) car il instituerait un troisième obstacle pour les fournisseurs de prestations. Les mesures et structures prévues engendreraient un accroissement de la bureaucratie et des coûts, sans la moindre utilité. H+ juge inutile le troisième niveau d'intervention (art. 55a), mais pourrait s'en accommoder à titre de compromis afin de mettre un point final à ce thème et de garantir à long terme la sécurité juridique pour les hôpitaux, les cliniques et les institutions de soins. PKS estime que la limitation des admissions est inutile et s'y oppose.

H+ relève, en outre, qu'il est juste que le Conseil fédéral ait renoncé aux pistes telles que la liberté de contracter et les tarifs échelonnés. L'introduction de la première est vouée politiquement à l'échec, au plus tard dans les urnes. Alors que les tarifs échelonnés artificiellement aboutiraient à des effets indésirables et à une régulation excessive.

Globalement, mfe se félicite que la révision partielle vise une solution à plus long terme instaurant ainsi une sécurité juridique quant à l'admission des fournisseurs de prestations. La nouvelle réglementation non limitée dans le temps permettrait d'augmenter la sécurité de planification et d'atténuer d'autres évolutions indésirables inhérentes au système.

OPS approuve les grandes orientations du projet mis en consultation. Toutefois, dans l'optique d'une révision durable et orientée vers l'avenir, il faudrait d'ores et déjà tenir compte des dossiers amorcés et traités par le Parlement et en prendre bonne note également eu égard à la future révision de l'ordonnance sur l'assurance-maladie. Il serait dès lors judicieux de créer maintenant déjà les conditions nécessaires dans le cadre de la révision de la LAMal et de l'OAMal afin que les podologues diplômés ES puissent être considérés à l'avenir comme des fournisseurs de prestations pratiquant à la charge de l'AOS.

Pour pharmaSuisse, la présente révision est l'occasion de privilégier, par le biais de mesures favorisant la concurrence axée sur la qualité, les fournisseurs de prestations qui s'engagent activement contre les incitations inopportunes et qui se montrent disposés à développer, pour l'efficacité du traitement et la sécurité des patients, des procédés interprofessionnels et structurés au niveau de la fourniture de prestations ; il s'agit en particulier de développer et d'utiliser des instruments en vue de partager cette responsabilité, tels que le dossier électronique du patient (DEP).

Physioswiss observe que le projet de loi fait de l'amélioration de la qualité un élément essentiel, mais l'objectif réel consiste à limiter l'approvisionnement en soins par le biais de procédures d'admission renforcées et ainsi à réaliser des économies. Physioswiss déplore cette situation d'autant plus que la pénurie de spécialistes fait rage, ce qui engendre un sous-approvisionnement de la population et de longs délais d'attente. L'association regrette également le manque de coordination avec la LPSan dans le projet de loi.

SOS Médecins salue vivement la volonté d'appliquer pleinement l'ACLP et ses dispositions annexes dans le cadre de l'art. 36 LAMal. Il estime en revanche, en se fondant sur diverses sources, qu'aucune étude ne démontre une relation entre le nombre de médecins installés en cabinet et l'augmentation des coûts de la santé. SOS Médecins considère également que l'art. 55a proposé est contraire à la Constitution fédérale.

SSO approuve de nombreux points présentés par FMH dans sa prise de position du 20 octobre 2017, du moins en ce qui concerne les spécialistes en médecine humaine.

Selon Swiss Medi Kids AG, le gel des admissions restreint les possibilités de recruter suffisamment de pédiatres pour les sites principaux avec un important rayon d'activité afin de garantir l'approvisionnement en soins des plus jeunes. Swiss Medi Kids AG demande donc que dans la révision partielle, il soit précisé que les pédiatres ne sont pas touchés par la réglementation en matière d'admission et, subsidiairement, que les formations suivies dans des établissements hospitaliers allemands et autrichiens comparables soient mises sur le même pied d'égalité que celles suivies en Suisse.

SWISS REHA et VAKA n'approuvent pas les mesures prévues pour limiter l'admission des fournisseurs de prestations. À leurs yeux, la révision partielle telle que proposée occasionnerait une charge administrative nettement plus lourde et un pilotage plus important par la Con-

fédération, les cantons et les assureurs, sous prétexte de faire baisser les coûts tout en améliorant la qualité. Selon SWISS REHA, les mesures prévues engendreraient de fait un système à trois obstacles parallèlement aux trois niveaux d'intervention proposés, qui seraient liés, à leur tour, à de nombreux sous-critères réglementaires qui pourraient être renforcés du moins en partie, voire de manière illimitée.

VLSS observe que le projet de loi contient un certain nombre d'améliorations par rapport à la réglementation actuelle, mais qu'il va bien au-delà de l'objectif, dans le sens d'une régulation excessive. Dans ce contexte, VLSS se déclare opposé au projet de loi.

### **Sociétés cantonales de médecine**

KKA et AeG BL s'opposent fondamentalement au projet. Cela ne signifie pas qu'elles rejettent toute réglementation. Mais pour le corps médical, le projet semble inacceptable dans la forme proposée. Tous les acteurs seraient notamment astreints à davantage de bureaucratie. Les nouvelles réglementations d'admission de cette révision de la LAMal renforceraient et accroîtraient massivement la planification et le contrôle étatiques de l'offre de prestations ambulatoires et de l'admission des médecins en tant que fournisseurs de prestations. À leurs yeux, le projet reposerait de façon monocausale sur la thèse d'une demande pilotée par l'offre. La densité de médecins serait toutefois inappropriée pour servir d'instrument quantitatif et de pilotage. Il n'existerait pas de corrélation claire entre la densité de médecins et les prestations médicales fournies aux patients. En réalité, la demande serait déterminée par de multiples facteurs, notamment le comportement de la population. Mais la demande est, pour des raisons d'ordre politique, traitée avec réserve.

AGZ, MedGes BS et VHBB considèrent que, parallèlement à la limitation globale du nombre de médecins ambulatoires, la création et l'exploitation de cabinets médicaux se heurteraient à encore davantage de barrières administratives. Compte tenu de la détérioration programmée des revenus réalisés par les cabinets en raison des tarifs qui ne sont plus calculés correctement selon des principes d'économie d'entreprise et de valeurs du point trop basses, l'ensemble de mesures ne ferait que renforcer considérablement une tendance déjà manifeste : la profession de médecin indépendant est de moins en moins attrayante, et les médecins bien formés sont toujours plus nombreux à préférer exercer dans les hôpitaux plutôt que d'oser sauter le pas et ouvrir un cabinet ; on constate également que des médecins cessent leur activité en cabinet pour retourner en tant que salariés dans des institutions médicales ambulatoires.

Au lieu de cela, KKA, MedGes BS, VHBB, GAeSO, AGZ et AeG BL estiment qu'en ce qui concerne l'activité médicale dans la discipline visée pour l'admission, il faut exiger que les médecins aient exercé la discipline concernée au minimum trois ans dans un établissement de formation postgrade reconnu. En ce qui concerne l'attestation de formation continue, les médecins doivent continuer à se former tout au long de leur vie professionnelle, après l'obtention du titre postgrade (spécialiste). L'attestation de formation continue doit être exigée périodiquement dans les 46 domaines de spécialité. C'est un critère de qualité facile à prouver et à vérifier. Quant aux compétences linguistiques, il faut exiger que les médecins attestent des compétences linguistiques nécessaires dans leur région d'activité par un examen de langue effectué en Suisse.

AMGe et SMSR constatent que les médecins de certains cantons romands, Genève notamment, ont adhéré au principe d'une régulation des admissions à pratiquer. Ils ont reconnu sa nécessité en observant l'arrivée de médecins manquant d'expérience du système de santé suisse, disposant dans certains cas d'une formation lacunaire, et engagés par des sociétés occupant des créneaux lucratifs en étant peu attachées à subvenir à long terme aux besoins de la population. Elles citent en exemple le modèle consultatif mis en place dans le canton de Genève. Elles estiment que les médecins ne sont pas responsables de la croissance des coûts et que des mesures bureaucratiques arbitraires ne feront qu'accélérer la dégradation des conditions de travail, induisant une perte d'efficacité et un découragement des prestataires.

AGZ estime que, dans ce débat, on tire des conclusions erronées et que, s'agissant du pilotage du domaine ambulatoire, des mesures inadéquates sont prises. À ses yeux, il y a lieu de

craindre que l'objectif consistant à endiguer les coûts ne puisse pas du tout être atteint et qu'au contraire, cela aboutirait à une augmentation supplémentaire des coûts.

Pour GAESO, cette révision est à nouveau essentiellement conditionnée et motivée par l'aspect pécuniaire. Le projet ainsi présenté comporterait certes quelques améliorations, mais irait bien au-delà de l'objectif, dans le sens d'une régulation excessive. Avant d'essayer de maîtriser les coûts de la santé, on ferait mieux de procéder à une analyse de la situation afin de voir sur quels points il faudrait intervenir le cas échéant. La base actuelle ne suffirait pas pour disposer d'une vision claire.

Pour SMCJU, il semble effectivement cohérent de mettre en place un système de répartition géographique de la pratique médicale selon les besoins. Tout comme il lui semble important que cela puisse être régulé au niveau cantonal. Par contre, elle demande de remanier le deuxième niveau d'intervention en supprimant cette liberté de contracter que le Conseil fédéral envisage de donner aux assureurs et de confier cette tâche de contrôle à un organe indépendant explicitement séparé des assureurs afin d'éviter tout conflit d'intérêts.

SMVS soutient pleinement les prises de position de FMH, KKA et de BEKAG.

Elle estime que l'augmentation des primes n'a pas de rapport direct avec le nombre de médecins admis à pratiquer à charge de l'assurance de base, de surplus dans le domaine ambulatoire. Elle considère que l'augmentation des coûts est due à l'augmentation réelle des besoins en ressources médicales liées à une augmentation du nombre de cas, en partie liée au vieillissement de la population, aux progrès de la médecine, ainsi qu'à une meilleure prise en charge de différentes maladies chroniques et rares. Pour elle, toute modification substantielle du système sanitaire actuel présente un risque majeur par rapport au système dans son ensemble. Elle pense qu'il y a un acharnement sur les médecins, particulièrement ceux exerçant dans le domaine ambulatoire, alors qu'il lui semble évident qu'une pénurie médicale plus ou moins prononcée selon les régions, est annoncée. Elle estime qu'un rattrapage par rapport au nombre de spécialistes nécessaires afin d'assurer des délais de consultations raisonnables dans différentes spécialités pour des consultations non vitales dans certains domaines doit encore se poursuivre en Valais.

SVM avertit que l'introduction d'une forme ou l'autre de liberté de contracter et toutes ses implications pour la profession médicale et les patients ne pourra qu'entraîner le lancement automatique et obligatoire d'un référendum par FMH, ceci conformément aux décisions prises par sa chambre médicale.

VZK se rallie intégralement à la position de mfe.

## **Assureurs**

Curafutura rejette le projet mis en consultation dans sa forme actuelle, car les responsabilités des résultats et du financement ne sont pas cohérentes. Elle estime que pour supprimer les conflits d'intérêts, il est nécessaire d'introduire en même temps un financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires à la charge de l'AOS. Pour curafutura, le projet limite la liberté des fournisseurs de prestations et des assureurs, renforce les inégalités de traitement entre fournisseurs de prestations et conduit à une augmentation de la bureaucratie.

Groupe mutuel considère que le mandat défini par la CSSS-E dans son postulat 16.3001 n'a pas été respecté, mais soutient la volonté du Conseil fédéral d'influencer l'évolution des coûts de la santé en introduisant la limitation de l'admission à pratiquer comme instrument de pilotage du domaine ambulatoire tout en émettant des réserves. Comme SantéSuisse et Curafutura, il estime que le financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires devrait être introduit. Il considère que les données nécessaires, les méthodes et les critères pour définir les plafonds doivent être uniformes et donc définis au niveau de la Confédération, afin de garantir un cadre cohérent pour l'approvisionnement des soins. Groupe mutuel préférerait l'introduction de la liberté de contracter.

Santésuisse rejette complètement le projet mis en consultation, malgré certains éléments jugés positivement. Elle estime que des discussions concernant des alternatives plus libérales doivent être menées. SantéSuisse estime aussi qu'il est contreproductif de donner la compétence aux cantons de gérer eux-mêmes le nombre de fournisseurs de prestations et que cela

va renforcer les conflits d'intérêts déjà existants. Elle estime que pour supprimer ces conflits d'intérêts, il est nécessaire d'introduire en même temps un financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires à la charge de l'AOS. Elle estime également que les cantons devraient devoir planifier l'offre, aussi bien stationnaire qu'ambulatoire, de manière intercantonale. Selon elle, en cas de défaut de coordination, les cantons devraient être appelés à financer eux-mêmes l'excédent de charges qui en découle. Elle se réfère concernant la planification intercantonale à une étude de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM).

SVV rejette le projet du Conseil fédéral. Elle craint qu'il n'en ressorte 26 variantes de pilotage des admissions différentes. À cause du financement différent des domaines ambulatoire et stationnaire, elle estime que les cantons n'auront que peu d'intérêt à planifier soigneusement et correctement le domaine ambulatoire. Pour elle, une intervention de l'État ne se justifie qu'en cas de sous-appvisionnement. Si elle approuve la volonté du Conseil fédéral d'agir pour maîtriser l'évolution des coûts de la santé, elle plaide pour un désenchevêtrement des différentes tâches des cantons et un assouplissement de l'obligation de contracter. Elle estime que le Conseil fédéral n'a pas suffisamment étudié les alternatives au pilotage de l'offre.

### **Patients, utilisateurs**

En ce qui concerne le contenu même du projet, DVSP se montre globalement satisfaite. Elle apprécie particulièrement le fait de lier la gestion des admissions avec des critères de qualité. Ceci doit permettre aussi bien de contrôler les coûts que d'améliorer la prise en charge des patients de manière générale. DVSP relève avec plaisir que l'ensemble des fournisseurs de prestations sont concernés par le projet de loi, ce qui permet une approche globale de la gestion des coûts et de la qualité. En revanche, DVSP rejette complètement la proposition d'accorder aux assureurs la compétence de désigner une organisation statuant sur les demandes d'admission des fournisseurs de prestations. DVSP exige que les propositions en matière d'introduction de la liberté de contracter ou de différenciation des tarifs selon les régions soient abandonnées au profit de la solution présentée par le Conseil fédéral.

Selon SPO, le pilotage de l'admission des médecins doit essentiellement intervenir sur la base de critères qualitatifs. SPO pourrait accepter un assouplissement de l'obligation de contracter s'il est lié à des critères de qualité, tels que de bonnes connaissances linguistiques, une formation spécialisée adéquate, trois ans de pratique dans la discipline concernée dans un établissement de formation postgrade reconnu.

### **Autres**

BFG constate que le projet mélange des mesures sanitaires et des mesures en matière de politique de la santé et qu'il porte atteinte à la liberté économique à différents égards. Il serait fondamentalement erroné de réduire les réglementations sanitaires visant à garantir la sécurité des patients au caractère aléatoire de la source de financement d'un traitement. Les mesures sanitaires incomberaient aux cantons, qui sont chargés de l'admission des fournisseurs de prestations. Les cantons pourraient ainsi coordonner leurs activités dans le cadre de concordats. Quant aux mesures en matière de politique de la santé, elles sont également rejetées par BFG.

## **4.2 Prises de position concernant l'art. 36**

### **4.2.1 Prises de position concernant l'art. 36, en général**

#### **Cantons**

CDS ainsi que AI, BE et LU proposent d'examiner encore une fois la procédure et l'instance prévue pour le contrôle des exigences en matière d'admission et de les simplifier dans le sens de leurs réflexions. Si ces dispositions devaient être un obstacle pour l'ensemble du projet, il conviendrait selon eux de renoncer à la nouvelle disposition dans le projet du Conseil fédéral.

CLASS estime que les critères que les assurances seront à même de valider doivent représenter un intérêt collectif, raison pour laquelle elle souhaite que les cantons soient associés à

leur choix. Ces critères ne devront par ailleurs pas être redondants avec les prérogatives constitutionnelles des cantons en termes de police sanitaire.

JU émet des réserves quant aux types d'offres ambulatoires. Le fait de soumettre d'autres professions du domaine ambulatoire à des contrôles par les caisses-maladie (par exemple les pharmacies) risque d'alourdir le système et ne lui semble pas nécessaire à ce stade.

NE préconise que le contrôle des conditions d'admission soit confié aux cantons plutôt qu'aux assureurs-maladie, ou à tout le moins que les cantons soient associés à l'organe prévu. Si le contrôle du respect des conditions d'admission par les assureurs-maladie devait être maintenu, NE demande qu'il soit précisé explicitement que ce contrôle par les assureurs ne conduise pas à la fin de l'obligation de contracter. À cet égard, il lui paraît important d'associer étroitement les cantons à la définition des conditions d'admission et de veiller à ce que ces dernières soient objectives et non redondantes avec celles déjà existantes dans les cantons pour l'octroi des autorisations de pratiquer.

NW estime que la séparation des procédures d'autorisation et d'admission complique le règlement des successions, dans un contexte où celles-ci sont déjà difficiles dans les régions périphériques. Il estime en outre que si des émoluments sont prévus à tous les niveaux, ceux-ci ne devraient être perçus qu'en cas de décision positive.

OW demande que la compétence de décision soit clairement attribuée aux cantons et que le contrôle administratif par les assureurs encore à préciser n'ait qu'un caractère de recommandation.

SG estime que la compétence d'organiser l'approvisionnement en soins revient constitutionnellement aux cantons. Il considère que la désignation d'une organisation par les assureurs est inutile et pourrait au final leur donner la compétence de piloter eux-mêmes le domaine ambulatoire. Il demande de biffer les dispositions qui s'y rapportent.

SH approuve en principe le changement de paradigme proposé, qui consiste à instituer, à côté de l'autorisation de police sanitaire par les cantons, une nouvelle procédure d'admission basée sur le droit des assurances.

SZ salue la compétence donnée au Conseil fédéral de prévoir des mesures supplémentaires pour assurer la qualité des prestations fournies dans le domaine ambulatoire. Il relève toutefois que la LPMéd et la LPSan bientôt en vigueur fixent les règles valables uniformément au niveau suisse concernant la formation, les conditions d'autorisation, les devoirs professionnels et les sanctions, etc. et remarque que seules les personnes exerçant à la charge de l'AOS sont concernées par les dispositions du projet visant à améliorer la qualité. Il remarque que l'attribution de compétences pour l'assurance de la qualité à l'organisation désignée par les assureurs, parallèlement au maintien des compétences actuelles des cantons, engendrera un important surplus de travail organisationnel et financier.

TG rejette les doublons introduits dans la procédure d'admission prévue à l'art. 36.

VS est d'avis qu'il revient exclusivement aux cantons d'examiner les exigences qualitatives (connaissances, exigences concernant la formation, connaissances linguistiques) concernant l'admission à pratiquer à charge de l'AOS. Il ne lui semble en effet pas judicieux de donner aux assureurs un rôle de premier plan dans les demandes d'admission, car cela risquerait de voir des demandes refusées pour des motifs étrangers à la LAMal (p. ex. pour des raisons uniquement économiques ou administratives). De même, cela risquerait d'entraîner des lourdeurs administratives supplémentaires dans une procédure déjà longue.

ZH est sceptique quant à l'introduction d'une procédure formelle d'admission par un organisme désigné par les assureurs ou subsidiairement par le Conseil fédéral. Il craint que cet article ne puisse pas être mis en œuvre en temps voulu en raison du besoin de réglementation et n'induit des doublons avec la procédure d'autorisation sanitaire dirigée par les cantons.

### **Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale**

PvI salue le fait que l'admission ne soit plus automatique et qu'une procédure formelle d'admission axée sur la qualité soit mise en place. Toutefois, la nouvelle procédure ne devrait pas engendrer un travail administratif inutile pour les requérants. C'est pourquoi il faudrait faire

attention à ce que seuls soient collectés les renseignements qui n'avaient pas dû être transmis dans le cadre de l'autorisation de l'exercice de la profession au sens de la LPMéd et des autres lois en rapport avec l'exercice de la profession.

PSS soutient la mise en relation de l'admission des fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire avec la LPMéd et la LPSan. En ce contexte, il revendique que les médecins étrangers soient tenus de passer un examen linguistique et d'atteindre le niveau B2 du Cadre européen commun de référence. En vue d'un renforcement de l'assurance qualité, PSS soutient l'obligation d'effectuer régulièrement une formation continue tout au long de leur carrière professionnelle pour les personnes exerçant une profession médicale universitaire à titre d'activité économique privée sous leur propre responsabilité professionnelle.

### **Associations faitières de l'économie**

CP estime que l'art. 58 LAMal permet déjà au Conseil fédéral de prévoir des contrôles de la qualité, il n'est donc selon lui nul besoin d'étendre encore ses compétences au moyen de nouvelles dispositions de la LAMal.

Economiesuisse estime que les cantons doivent rester compétents pour l'admission. Elle estime que le Conseil fédéral devrait commencer par mieux appliquer les dispositions légales existantes concernant l'économicité et la qualité des prestations, et que les partenaires tarifaires doivent définir des critères de qualité et éventuellement prévoir des incitations financières.

USS est sceptique sur la procédure d'admission proposée, en particulier parce qu'elle a l'impression qu'elle va engendrer un monstre bureaucratique. Si une telle mesure devait être instaurée, elle devrait prévoir l'obligation de prouver que les fournisseurs de prestations suivent une formation continue tout au long de leur vie professionnelle et l'accréditation, par une instance créée par les cantons, des filières d'études. USS rejette la proposition d'une procédure d'admission relevant d'une instance définie par les assureurs, ne serait-ce que pour des raisons de bonne gouvernance.

### **Associations de consommateurs**

FRC se réjouit du fait qu'un renforcement des conditions d'admission permettra de réguler l'afflux de praticiens en cabinet, mais s'étonne que le projet prévoit une désignation de l'organe par les assureurs. Elle propose au contraire que l'organe soit désigné par une entité pluridisciplinaire ou publique, dont CDS.

SKS estime que l'organe chargé d'examiner les demandes d'admission doit être composé de tous les principaux stakeholders (assureurs, fournisseurs de prestations et organisations de patients), pour une meilleure acceptabilité. Elle salue en outre que l'admission soit liée à des charges relatives à l'économicité et à la qualité et qu'il soit prévu que les fournisseurs de prestations soient contraints de livrer les données nécessaires au contrôle du respect de ces charges. Elle estime cependant que la participation à des programmes d'amélioration de la qualité est insuffisante pour améliorer la qualité. Elle demande que des exigences relatives à la qualité effective des prestations soient fixées et les données y relatives exigées. Pour que les modifications prévues dans le cadre de la révision partielle puissent déployer leurs effets, il est essentiel pour SKS que les fournisseurs de prestations actuels et futurs pratiquant à la charge de l'AOS soient mis sur un pied d'égalité.

### **Fournisseurs de prestations**

FMH estime que la responsabilité en matière de gestion des admissions incombe aux cantons et non aux assureurs ou à une organisation soutenue par les assureurs.

Mfe voit d'un œil critique l'approche visant à ancrer une procédure formelle d'admission et plaide en faveur du *statu quo* selon lequel, une fois l'autorisation de l'exercice de la profession délivrée par le canton, le numéro RCC peut être délivré. En outre, mfe insiste sur le fait que ce projet de loi doit se distinguer de celui visant à renforcer la qualité et l'économicité.

Pour SVPL, de nouvelles pistes de réflexion sont nécessaires pour améliorer la qualité et assurer sa transparence. On ne peut plus la réglementer uniquement de l'extérieur ou au moyen de critères d'admission. Il suffit de penser à la promotion active de programmes tels que les « peer reviews interprofessionnels », qui mettent l'accent sur le dialogue et sur la culture de l'apprentissage au sein d'une entreprise.

SVBG, SBK, SHV, ChiroSuisse et SVDE saluent la nouvelle compétence du Conseil fédéral lui permettant de fixer les conditions d'admission des fournisseurs de prestations, et apprécient les efforts en vue d'une fourniture de prestations appropriée et de haute qualité. SHV trouverait judicieux que la Confédération soutienne financièrement les mesures visant à assurer la qualité (p. ex., au moyen d'un financement de départ).

VSAO se montre sceptique quant aux buts visés, qui induisent une charge administrative plus lourde, et s'élève notamment contre les compromis politiques qui renforcent le pouvoir des assureurs compte tenu de la majorité bourgeoise au Parlement.

### **Fournisseurs de prestations - Sociétés (cantonales ou régionales)**

KKA constate un renforcement massif du pouvoir des assureurs et des cantons au détriment des médecins, en particulier des libres praticiens. KKA estime donc que la procédure d'admission doit être confiée soit à une organisation indépendante ou au corps médical lui-même. Il en va de même pour le contrôle des connaissances du système de santé suisse et la procédure de vérification prévue à cet effet dans le projet de loi. KKA estime qu'en ce qui concerne l'activité médicale dans la discipline visée pour l'admission, il faut exiger que les médecins aient exercé la discipline concernée au minimum trois ans dans un établissement de formation postgrade reconnu et que les médecins attestent des compétences linguistiques nécessaires dans leur région d'activité par un examen de langue effectué en Suisse. L'attestation de formation continue doit être exigée périodiquement dans les 46 domaines de spécialité.

AMGe et SMSR rejettent l'entier du nouvel art. 36 proposé. Elles considèrent que les critères actuels sont simples et éprouvés et recommandent d'y adjoindre uniquement le critère d'une activité de trois ans, dans la discipline considérée, au sein d'un établissement de formation reconnu en Suisse.

Pour SMCJU, le premier niveau d'intervention prévu dans le projet est essentiel. Le deuxième niveau d'intervention ne lui paraît en revanche pas adéquat pour améliorer la qualité des soins. La délégation aux assureurs de la délivrance des droits de pratique n'est pas correcte selon elle. Elle y voit un grand risque de dérive. Il n'est pas acceptable pour elle que les assurances puissent contrôler, voire sanctionner, les médecins sur des critères subjectifs de qualité. Elle estime que les critères de qualité et un monitoring devraient être définis par les différents partenaires de la santé, avec une participation active du corps médical.

SVM est totalement opposée à une procédure d'admission qui constitue une liberté de contracter. Elle voit mal comment le Tribunal administratif fédéral pourra juger dans des délais acceptables les recours qui seront déposés contre les décisions de refus prononcées par l'organisation désignée par les assureurs. Par ailleurs, elle peine à comprendre la raison pour laquelle les sociétés de médecine sont exclues de toute compétence dans le processus visé par le Conseil fédéral.

Selon BEKAG et AGZ, il est inconcevable que les assureurs-maladie décident de la procédure formelle d'admission. Étant donné que le canton est également responsable de la gestion des admissions, BEKAG considère qu'il est impératif que l'autorisation selon la procédure ordinaire soit délivrée par le canton dans le cas de prestations à la charge de l'AOS. AeG BL, BEKAG, KKA, MedGes BS et VHBB appellent de leurs vœux les mêmes modifications que celles proposées par FMH.

Pour AGZ, si les assureurs devaient définir et vérifier d'autres conditions d'admission et exigences de qualité concernant la pratique d'une profession médicale malgré la hausse des coûts administratifs et l'impact discutable que cela entraîne, cette lourdeur bureaucratique serait la goutte d'eau qui ferait déborder le vase. Aujourd'hui déjà, de trop nombreux médecins jettent l'éponge en raison des formalités administratives croissantes imposées par les autorités et les caisses-maladie.

## **Assureurs**

Groupe mutuel considère que le premier axe d'intervention du présent projet est un simple rappel à la loi, puisque tous les critères mentionnés existent déjà dans la LPMéd. Il considère que le développement des critères de qualité et d'économicité est, à ce stade, difficile à évaluer puisqu'il se base sur des travaux en cours dont on ne connaît ni le terme ni les résultats. De plus, il considère que le développement de ces critères est l'affaire des partenaires tarifaires, le Conseil fédéral pouvant intervenir subsidiairement dans ce domaine. Il salue par contre le contrôle du respect de ces critères par les partenaires tarifaires par l'entremise d'une organisation définie par leurs soins.

## **Patients, utilisateurs**

De manière générale, DVSP soutient la coordination entre les différentes législations, qui offre de la cohérence et permet de fonder le système d'admission sur des critères liés à la qualité. En particulier, DVSP salue la volonté de fixer des exigences minimales quant aux compétences linguistiques. Selon DVSP, les exigences liées à la formation continue sont aussi indispensables pour garantir une prise en charge de qualité. De plus, DVSP soutient l'institution d'autorités cantonales de surveillance. En revanche, elle plaide pour que les associations de défense des patients soient intégrées aux autorités de surveillance.

## **Autres**

Selon BFG, le « deuxième niveau d'intervention » constitue une forme hybride : tandis que le délai d'attente de deux ans est une mesure de politique de la santé, le délai de trois ans actuellement en vigueur au sens de l'art. 55a, al. 2, LAMal relève de la police sanitaire.

### **4.2.2 Prises de position concernant l'art. 36, al. 1 et 2**

#### **Cantons**

CDS ainsi que AI, BE, GE et OW saluent la base légale permettant de lier l'admission des fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a à g, m et n, aux conditions qui portent sur la formation de base et la formation postgrade et sur les structures nécessaires pour assurer la qualité des prestations.

CLASS ainsi que GE, NE et VD émettent des doutes sur la nécessité de soumettre d'autres prestataires que les médecins (et les centres de remises de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques pour VD) - par exemple les pharmaciens - à des conditions supplémentaires contrôlées par les caisses avant de pouvoir être remboursés. Ils estiment que la limitation des fournisseurs de prestations risque d'alourdir la tâche des autorités en charge des contrôles et que le risque d'imposer des chicaneries administratives de la part des assurances à certains fournisseurs de prestations doit être évité.

GR salue l'intention de faire dépendre de critères l'admission des fournisseurs de prestations, mais estime que les critères d'admission doivent être fixés dans la loi et refuse que la délégation en soit donnée au Conseil fédéral.

JU estime que la limitation des fournisseurs (hormis les médecins et les centres de soins ambulatoires dirigés par les médecins) risque d'alourdir la tâche des autorités en charge des contrôles.

NE salue la règle selon laquelle les fournisseurs concernés ne peuvent facturer à charge de l'assurance obligatoire des soins que s'ils sont admis. Il demande que le Conseil fédéral consulte les cantons lorsqu'il règle les conditions.

SO estime que les conditions à remplir par les fournisseurs de prestations devraient être définies précisément dans la loi et non au niveau de l'ordonnance.

TG et ZH estiment que les conditions relatives à la qualité et à la structure des prestations fournies doivent être clairement définies pour éviter qu'elles soient comprises comme un assouplissement de l'obligation de contracter, ce qui mettrait tout le projet en péril. Ils estiment que pour éviter des doublons, aucun critère déjà existant dans la LPMéd, devant déjà être

vérifié par les cantons, ne devrait en plus être fixé comme critère pour l'admission. Seuls des critères supplémentaires visant la fourniture de prestations de haute qualité et avantageuses doivent être prévus. En outre, aucun critère supplémentaire ne doit être prévu pour les pharmaciens, les conditions nécessaires étant déjà prévues dans la LPT.

TI salue l'introduction d'une autorisation formelle à pratiquer à charge de l'AOS.

### **Fournisseurs de prestations**

FMH et VLSS proposent de reformuler l'al. 1 en ce sens que les fournisseurs de prestations ne peuvent pratiquer dans le domaine ambulatoire que si le canton a décidé de leur admission. FMH et VLSS ne soutiennent pas la délégation des compétences au Conseil fédéral prévue à l'al. 2 et demandent la suppression de cet alinéa. Concernant cet alinéa, mfe insiste sur le fait que le projet du Conseil fédéral de modification de la LAMal dans le domaine du renforcement de la qualité et de l'économicité vise déjà à améliorer la qualité dans le domaine de la santé. Le contenu du présent projet de loi doit donc être clairement séparé du projet sur la qualité.

Les compétences linguistiques des personnes dispensant des soins de santé constituent un critère important en matière de qualité. Selon SVBG, SVPL, SBK, SHV et SVDE, il est indispensable que les professionnels de la santé apportent la preuve qu'ils maîtrisent la langue nationale dans laquelle ils exercent. Le niveau de langue B2 est absolument nécessaire.

Bien qu'au sens de l'art. 15, al. 1, LPMéd, la personne souhaitant pratiquer la médecine soit déjà tenue de démontrer ses connaissances d'une langue nationale, il convient, selon mfe, de mentionner une nouvelle fois cet aspect dans la cadre du pilotage du domaine ambulation, étant donné qu'il s'agit d'une question centrale.

En ce qui concerne l'al. 2, H+ relève que les compétences professionnelles des médecins et des autres professionnels de la santé sont garanties par leur formation et qu'elles sont constatées dans le registre des professions médicales ou dans le registre des professions de la santé. Cela est également valable pour les étrangers. Des exigences supplémentaires clairement définies pourraient être aisément consignées dans les registres existants. En revanche, pour H+, senesuisse et Spitex, le dossier électronique du patient (DEP) constitue un critère préalable important que le Conseil fédéral devrait introduire comme condition d'admission pour les nouveaux fournisseurs de prestations dans le secteur ambulatoire.

CURAVIVA et senesuisse ne voient pas le bien-fondé de la soumission des hôpitaux et des EMS à l'obligation d'entretenir des dossiers électroniques de patients alors qu'une partie des acteurs de la chaîne de soins en est libérée. Dans ce contexte, CURAVIVA, senesuisse et Spitex proposent que l'admission de nouveaux médecins admis à facturer des prestations à la charge de l'AOS soit explicitement soumise à l'obligation d'adhérer à une communauté ou une communauté de référence. Cette condition doit être ancrée dans la loi par un complément à l'art. 36, al. 2, LAMal. À noter que la proposition de CURAVIVA et senesuisse ne concerne que l'admission des « nouveaux » requérants.

Pour SSO, il n'apparaît pas clairement quelles réglementations, parmi celles proposées, s'appliquent aux dentistes.

Selon physioswiss, si l'on élargit les compétences permettant au Conseil fédéral de compléter les conditions d'admission à l'aide de modifications d'ordonnance, il convient de garder une juste vision des choses.

ChiroSuisse demande que, pour être admis, un chiropraticien prouve, d'une part, qu'il a obtenu un diplôme délivré par l'Université de Zurich ou qu'il a obtenu le titre fédéral de chiropraticien après avoir fréquenté l'une des universités mentionnées dans l'ordonnance du DFI sur les filières d'études de chiropratique reconnues offertes par des hautes écoles universitaires étrangères et, d'autre part, qu'il a suivi une formation postgrade de deux ans et demi auprès de l'Académie suisse de chiropratique, sanctionnée par le diplôme fédéral de chiropraticien spécialiste. Ce n'est qu'ainsi que la sécurité des patients pourra être garantie.

## **Fournisseurs de prestations - Sociétés (cantonales ou régionales)**

KKA et AeG BL considèrent qu'il existe déjà de nombreuses prescriptions du droit fédéral, mais aussi du droit cantonal et des sociétés de discipline, qui se réfèrent à la qualité, à la formation de base et postgrade, etc. Il est absurde que le Conseil fédéral édicte des conditions supplémentaires au niveau de l'ordonnance. Par ailleurs, cette habilitation permettant à un pouvoir exécutif de fixer des normes est aussi discutable du point de vue de l'État de droit. Dans les grandes lignes, les réglementations restrictives devraient être réglées dans une loi.

AMGe et SMSR estiment que ce n'est pas en ajoutant une couche d'exigences supplémentaires, appliquées à tous les demandeurs, qu'il sera possible de résoudre le problème de la non-équivalence des formations européennes, reconnues automatiquement en vertu des accords bilatéraux.

SVM considère qu'un examen de langue de niveau B2 est insuffisant et qu'il faudrait plutôt viser le niveau C1.

Pour GAeSO, il est erroné de ne pas préciser les conditions requises dans la loi à l'al. 2 ou à tout le moins dans les principes de base.

### **Assureurs**

Santésuisse soutient une séparation entre l'autorisation professionnelle de pratique et l'admission à pratiquer à la charge de l'AOS. Elle soutient également l'élargissement des critères pour l'admission à des éléments qualitatifs. Elle estime cependant que la participation à des mesures d'assurance qualité, bien que nécessaire, n'est pas suffisante pour améliorer la qualité des résultats, qui est l'élément déterminant pour les patients comme pour les assureurs. Elle estime que les patients n'ont véritablement de choix que s'ils connaissent à l'avance la qualité des prestations d'un hôpital ou d'un médecin.

### **Patients, utilisateurs**

De manière générale, DVSP adhère à la proposition du Conseil fédéral de soumettre les fournisseurs de prestations visés à des exigences supplémentaires, outre celles figurant dans la LPMéd et la LPSan.

Selon SPO, de nombreux médecins étrangers ne disposent pas d'une formation comparative aussi bonne que les médecins indigènes. Ils ne connaissent pas le système social et leurs connaissances linguistiques sont souvent mauvaises, voire insuffisantes. Si ces facteurs étaient examinés, il en résulterait une situation où chacun serait gagnant.

S'agissant de la fixation de conditions au sens de l'al. 2, Inclusion Handicap relève que ces conditions doivent être conformes à la législation relative à l'égalité des personnes handicapées.

### **Autres**

Selon GUMEK, pour assurer un bon suivi des patients, il est tout aussi important de disposer de connaissances linguistiques suffisantes que de remplir les conditions mentionnées à l'art. 36, al. 2. GUMEK regrette qu'elles ne fassent pas partie des prérequis à l'admission. Par ailleurs, les connaissances linguistiques nécessaires devraient être exigées et vérifiées non seulement pour les médecins étrangers, mais également pour les médecins suisses souhaitant exercer dans une région linguistique autre que la leur. Dans ce contexte, GUMEK demande d'adapter le projet en conséquence.

#### **4.2.3 Prises de position concernant l'art. 36, al. 3**

### **Cantons**

CDS ainsi que AI, BE, BS, GR, OW, SH, TG, TI, VD et ZH considèrent que la réglementation en vigueur dans l'art. 55a LAMal, qui fixe comme condition une activité dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade pendant au moins trois ans, est une disposition plus

appropriée qu'un délai de carence de deux ans, car elle a en même temps pour conséquence une qualification supplémentaire et n'est pas, pour les jeunes médecins qui sont formés ici, un obstacle à l'entrée dans la profession ou ne les conduit pas à tourner le dos à la profession. Ils demandent par conséquent le remplacement de la règle proposée par la règle actuelle.

AG, tout comme CDS, estime que la réglementation actuelle est plus appropriée qu'un délai d'attente de 2 ans, qui accentuerait encore le manque de médecins de premier recours. Selon lui, un tel délai d'attente est également nuisible à la relève pour les pharmaciens. Il estime également qu'un niveau de langue supérieur au B2 devrait être exigé.

CLASS ainsi que GE, NE et VD trouvent la solution actuelle plus claire que le délai de carence prévu aux al. 3 et 3<sup>bis</sup> de deux ans après la fin de la formation de base et postgrade, car il n'indique notamment pas que la formation en question doit être dispensée dans une institution suisse de formation reconnue. Ils proposent d'ajouter l'exigence d'une expérience d'au moins trois ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade aux conditions d'admission.

JU demande qu'il soit précisé si les fournisseurs en attente de deux ans doivent être au bénéfice d'une expérience de trois ans dans un établissement de formation reconnu ou si après les deux ans ils en sont exemptés.

LU s'oppose à la possibilité prévue d'introduire un délai d'attente après la fin de la formation de base et postgrade, qui selon lui n'aurait aucun effet de limitation des prestations, mais un déplacement en faveur du domaine ambulatoire des hôpitaux. Il demande, comme CDS, une activité dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade pendant au moins trois ans comme condition d'admission.

NW craint qu'un délai de deux ans après la fin de la formation postgrade ne détériore l'attractivité de la Suisse pour les jeunes médecins formés en Suisse.

SG estime qu'un délai d'attente de deux ans n'apporte aucun avantage par rapport à la situation actuelle. Il constate notamment qu'un médecin ne serait pas obligé de pratiquer la médecine durant cette période, ce qui aurait un effet néfaste sur ses compétences médicales. Il demande donc le maintien du critère actuel.

SO critique le fait que le texte proposé laisse ouvert quels fournisseurs de prestations seront soumis ou non à un délai d'attente de deux ans.

ZG doute qu'un délai d'attente de deux ans puisse améliorer la qualité des prestations, remarquant qu'une personne ayant terminé sa formation postgrade depuis deux ans mais n'ayant pas travaillé dans ce domaine durant cette période remplit l'exigence formulée. Il demande d'en rester au critère actuel des trois années pour les médecins, et estime qu'aucun délai d'attente n'est nécessaire pour les autres fournisseurs de prestations, mais qu'une expérience professionnelle doit être exigée, lorsque c'est adéquat.

### **Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale**

En lieu et place du délai de carence, PDC demande de maintenir la réglementation actuelle, qui fixe comme condition d'admission une activité dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade pendant au moins trois ans ; il s'agit, à ses yeux, d'un gage de qualité.

PvI rejette l'al. 3 car la formulation potestative serait arbitraire et ne permettrait pas de réguler l'afflux de fournisseurs de prestations sur le marché de l'assurance-maladie, ni d'améliorer leurs qualifications et leurs connaissances. Selon PvI, un requérant pourrait mener une autre activité pendant le délai d'attente sans que ses compétences s'en trouvent améliorées durant ce laps de temps. Si, en revanche, un candidat travaillait comme salarié au sein d'un hôpital ou d'une autre structure ambulatoire, l'effet visé par cette réglementation ne serait pas atteint. Si le Conseil fédéral entend favoriser l'acquisition des connaissances nécessaires concernant le système de santé suisse, un « délai d'attente », dont la formulation est vague, ne permettrait pas de garantir cet objectif.

En lieu et place d'un délai d'attente de deux ans avant une admission, PSS privilégie la proposition de FMH prescrivant que les médecins doivent avoir exercé une activité médicale d'au

moins trois ans, à un taux d'activité d'au moins 80 %, dans un établissement de formation postgrade reconnu dans la discipline demandée.

### **Fournisseurs de prestations**

FMH et VSAO considèrent que l'introduction d'un délai d'attente de deux ans après la fin d'une longue formation de base et postgrade est en contradiction avec la stratégie Santé2020, qui prévoit notamment un financement initial de 100 millions de francs sur quatre ans pour pallier la pénurie de médecins et réduire la dépendance croissante vis-à-vis de l'étranger. FMH et VSAO estiment que ce délai d'attente est incompréhensible et inacceptable et demandent que l'al. 3 soit biffé dans son intégralité. FMH et VLSS insistent sur le fait qu'un délai d'attente conduirait à une discrimination des médecins indigènes et à une restriction de l'accès au marché pour les jeunes praticiens. Selon FMH, une telle réglementation favorise unilatéralement la formation postgrade des spécialistes, étant donné que le délai d'attente de deux ans après la fin de la formation de base et postgrade pousse les médecins à suivre une spécialisation. Mfe s'oppose également au délai d'attente.

FMH souligne l'efficacité de la réglementation actuelle selon laquelle les médecins ayant exercé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade ne sont pas soumis à la preuve du besoin. FMH et mfe considèrent qu'il est judicieux que les fournisseurs de prestations apportant la preuve d'une expérience pratique de trois ans dans le domaine visé pour l'admission soient dispensés de l'examen, car ils ont pu se familiariser avec le système de santé durant ce laps de temps. Cette mesure permet ainsi de garantir des prestations de qualité. Étant donné qu'il s'agit pour les fournisseurs de prestations d'assurer des soins de santé de haut niveau et de mieux connaître le système de santé suisse et que des motifs objectifs justifient cette restriction, mfe considère que les engagements pris par la Suisse en matière de libre circulation des personnes dans l'UE/AELE sont respectés. SGH demande elle aussi qu'avant d'être admis, les médecins aient exercé au moins trois ans au sein d'un établissement reconnu de formation postgrade dans le domaine de spécialité visé pour l'admission, et ce conformément aux programmes de formation postgrade de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM).

VLSS souhaite que l'al. 3 soit adapté en ce sens que les fournisseurs de prestations doivent fournir la preuve d'une pratique de plusieurs années au sein d'un établissement suisse de formation postgrade et que leurs connaissances d'une langue nationale doit être du niveau de la maturité gymnasiale. Les cantons doivent également être habilités à se prononcer sur des admissions extraordinaires pour de justes motifs.

Physioswiss et RVBB estiment que le « délai d'attente » correspond à l'activité pratique dont il est question à l'art. 47, al. 1, OAMal. Ils sont également d'avis que le diplôme (ou la reconnaissance d'un diplôme équivalent obtenu à l'étranger suite à un examen ou à une procédure de qualification) reste la condition sine qua non pour satisfaire à l'art. 47, al. 1, let. a, OAMal. Quant à l'art. 47, al. 1, let. b, OAMal, il devrait lui aussi être conservé.

Le délai d'attente de 2 ans avant de se lancer dans l'exercice indépendant de sa profession est salué par SHV et OPS. Toutefois, SHV rejette catégoriquement un délai d'attente plus long visant à différer l'admission des professionnels de la santé exerçant de manière indépendante car l'approvisionnement conforme aux besoins s'en trouverait entravé.

Pharmasuisse, SSO, svbg, SVPL, SBK, ChiroSuisse et SVDE sont opposés au délai d'attente de deux ans. En outre, SBK attire l'attention sur le fait que si le personnel infirmier était soumis à un délai d'attente de deux ans, il serait désavantagé par rapport aux organisations d'aide et de soins à domicile : comme ces organisations disposent déjà d'une autorisation, le personnel infirmier salarié ne devrait pas avoir besoin d'une autorisation de pratique professionnelle. En d'autres termes, les organisations d'aide et de soins à domicile pourraient simplement renforcer leurs effectifs, qu'il s'agisse de personnel qualifié ou non.

### **Fournisseurs de prestations - Sociétés (cantonales ou régionales)**

KKA demande de biffer cet alinéa, estimant que cette mesure toucherait massivement avant tout les jeunes médecins et se demandant comment les jeunes médecins seraient censés

passer ces deux années. KKA, BEKAG, MedGes BS, VHBB et AeG BL rejettent le délai d'attente après la fin de la formation postgrade. BEKAG demande, au lieu de cela, une nouvelle réglementation pour l'al. 3, proposition également reprise par VLSS.

AMGe et SMSR estiment qu'un délai d'attente de deux ans avant admission ne saurait contribuer à améliorer la formation et pourrait signifier, pour ceux qui arriveraient au terme d'un engagement hospitalier, une interdiction de travailler dans le domaine des soins ambulatoires. Elles considèrent en revanche pertinent d'imposer une période de formation postgrade de trois ans dans le domaine d'activité, dans un établissement reconnu en Suisse, comme le demande FMH.

SVM constate que, pour autant qu'un tel délai d'attente soit effectivement introduit, seul le domaine stationnaire serait ouvert aux médecins au bénéfice d'un titre postgrade de spécialiste, ce qui doit impérativement conduire le Conseil fédéral à user d'une telle compétence avec la plus grande retenue.

### **Assureurs**

Curafutura estime qu'un délai d'attente de deux sera sans effet et ne contribuera pas à orienter l'admission selon des critères de qualité.

Santésuisse estime qu'un délai d'attente de deux ans ne fait que différer l'admission et représente donc une fausse solution. Elle pense que comme les médecins ne devraient pas rester inactifs durant cette période, ils devraient facturer leurs prestations sous un numéro de code-crancier existant, ce qui au final n'aura aucun effet pour l'évolution des coûts à la charge de l'AOS.

### **Patients, utilisateurs**

DVSP estime que le délai de deux ans tel qu'il est prévu n'est pas idéal. Elle préfère la solution préconisée par FMH de soumettre les médecins à l'obligation d'exercer durant trois ans au moins, à 80 % dans un établissement de formation postgrade reconnu.

D'une part, SPO considère qu'un médecin ne peut être admis que s'il a exercé en Suisse dans son domaine de spécialité pendant au moins trois ans au sein d'un établissement reconnu de formation postgrade. D'autre part, SPO relève qu'un délai d'attente de deux ans dès la fin de la formation de base est acceptable, mais pas après l'obtention du titre de médecin spécialiste.

#### **4.2.4 Prises de position concernant l'art. 36, al. 3<sup>bis</sup>**

### **Cantons**

Pour JU, la preuve des connaissances du système de santé suisse semble primordiale. Il reste à définir comment ces connaissances seront évaluées et dans quel délai.

NE est favorable à un tel examen sur le plan national, qui permettra de garantir l'application de conditions uniformes sur le plan suisse.

VD propose que les fournisseurs de prestations qui fournissent la preuve d'une expérience pratique d'au moins trois ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade soient dispensés de l'examen.

ZH est d'avis que si l'exigence d'une pratique dans un établissement suisse de formation postgrade est maintenue à la place d'un délai d'attente (al. 3), la preuve des connaissances du système de santé suisse et par conséquent l'al. 3<sup>bis</sup> deviennent superflus.

### **Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale**

Fondamentalement, pvl salue l'idée d'introduire un examen destiné à vérifier les connaissances du système de santé suisse, mais souligne l'absence de précisions quant à la procédure exacte.

PES se montre sceptique à l'égard de la procédure d'examen, mais soutient la proposition de FMH concernant les exigences linguistiques et les critères de formation.

## **Associations faitières de l'économie**

CP ne voit pas comment un fournisseur de prestations étranger pourrait se soustraire à l'examen puisqu'il faudrait qu'il exerce au moins deux ans en Suisse pour obtenir l'autorisation d'exercer. Il se demande en outre dans quelle mesure cette exigence est compatible avec la libre circulation des travailleurs.

USS est sceptique sur cette procédure d'examen. Elle soutient par contre la proposition de FMH, selon laquelle les médecins titulaires d'un diplôme étranger doivent avoir exercé une activité médicale d'au moins trois ans, à un taux d'activité d'au moins 80 %, dans un établissement de formation post graduée reconnu dans la discipline demandée pour l'admission pour avoir le droit de facturer leurs prestations à la charge de l'AOS.

## **Fournisseurs de prestations**

Selon FMH, la procédure d'examen mentionnée dans le projet de loi permettant de fournir la preuve des connaissances du système de santé est non seulement fastidieuse sur le plan administratif, mais s'avère également peu pertinente. Un examen ne saurait remplacer des années de pratique dans le domaine des soins de santé. Il serait particulièrement absurde que des médecins ayant effectué leur formation postgrade en Suisse et connaissant bien le système de santé suisse doivent, une fois leur formation de base et postgrade achevée, fournir à nouveau la preuve d'une activité pratique de deux ans ou se soumettre à un examen sur le système de santé suisse, alors qu'ils le connaissent parfaitement du fait qu'ils ont suivi leur formation de base et postgrade en Suisse. En outre, il y a lieu de se demander si les médecins étrangers qui ont effectué leur formation de base et postgrade à l'étranger et qui n'ont ensuite pas exercé pendant deux ans en Suisse pourraient vraiment se familiariser avec le système de santé suisse par le biais d'un examen théorique. L'introduction d'un examen doit donc être abandonnée. Mfe et VLSS soulignent également la nécessité de biffer l'al. 3<sup>bis</sup>.

SBV relève qu'il est fondamentalement judicieux d'exiger de la part des médecins qu'ils disposent des connaissances linguistiques nécessaires et qu'ils connaissent le système de santé suisse. Il est également pertinent d'imposer deux ans de pratique médicale en Suisse. Toutefois, il ne faudrait pas alourdir inutilement la charge administrative, ce qui contribuerait à l'augmentation des coûts de la santé.

H+ constate que le projet mis en consultation ne précise pas ce qui est visé par la « fourniture de prestations adéquate et de haute qualité » ni quelle qualité des prestations ou quelles connaissances du système de santé suisse doivent être exigées en plus de la part des fournisseurs de prestations. La procédure d'examen, qui n'est pas clairement définie, n'apporterait donc aucune valeur ajoutée.

PharmaSuisse propose que le Conseil fédéral exige des fournisseurs de prestations ambulatoires qu'ils apportent la preuve de leurs connaissances du système de santé suisse nécessaires à la fourniture de prestations de qualité, qu'ils fournissent la preuve d'une expérience pratique de deux ans en Suisse dans le domaine d'activité concerné après la fin d'une formation de base et postgrade effectuée à l'étranger et qu'ils soient soumis à un examen.

Selon svbg, SBK, SHV et SVDE, pour que les soins dispensés soient de bonne qualité, il serait judicieux d'exiger des personnes au bénéfice d'un diplôme étranger et d'une expérience pratique de deux ans en Suisse qu'elles passent un examen visant à vérifier leurs connaissances du système de santé suisse. Toutefois, cette condition n'aurait aucun sens pour les professionnels dont les admissions répondent aux exigences de l'OAMal car ceux-ci disposent déjà des connaissances nécessaires.

ChiroSuisse et OPS soutiennent l'idée d'exiger des fournisseurs de prestations qu'ils connaissent le système de santé suisse, tandis que SVPL s'y oppose.

## **Fournisseurs de prestations - Sociétés (cantonales ou régionales)**

KKA, BEKAG, MedGes BS, VHBB et AeG BL demandent de biffer purement et simplement l'al. 3<sup>bis</sup>. Selon KKA et AeG BL, il s'agit notamment de continuer sur la même voie, à savoir une activité pratique de trois ans dans le domaine d'activité concerné.

AMGe et SMSR considèrent qu'il est illusoire de compenser le manque d'expérience pratique par un examen théorique. Pour elles, cette mesure est insuffisante et doit être rejetée de même.

### **Assureurs**

Curafutura estime qu'un examen des connaissances du système de santé suisse sera sans effet et ne contribuera pas à orienter l'admission selon des critères de qualité.

Santésuisse estime qu'il s'agit d'un article destiné à faire peur aux médecins étrangers qui ne fera que retarder leur admission, et non l'empêcher.

### **Patients, utilisateurs**

S'agissant de la procédure d'examen, Inclusion Handicap fait référence à une note explicative concernant l'adaptation des examens en ce sens qu'il convient de tenir compte des besoins des personnes en situation de handicap.

### **Autres**

GUMEK n'approuve qu'en partie la réglementation proposée par le Conseil fédéral. Le fait de se baser sur la fin de la formation postgrade pour calculer la durée de l'activité professionnelle de deux ans constitue un obstacle inutile. GUMEK est convaincue que les fournisseurs de prestations qui ont suivi leur formation de base à l'étranger et qui sont ensuite venus en Suisse pour y effectuer leur formation postgrade (ou une partie de celle-ci) ont, au cours de leur formation postgrade de 5 ou 6 ans, acquis exactement les mêmes connaissances du système de santé suisse que leurs collègues qui ont suivi leur formation de base en Suisse.

#### **4.2.5 Prises de position concernant l'art. 36, al. 4**

### **Cantons**

AG estime que les compétences qu'il est prévu de donner au Conseil fédéral vont trop loin et demande que cet alinéa soit supprimé ou au moins réduit. Il demande que les dispositions relatives aux données à livrer soient précisées de manière à éviter que des données superflues ne soient collectées.

GL demande que le Conseil fédéral s'assure que les mesures relatives à la qualité et à l'économicité n'augmentent pas la charge administrative déjà lourde pour les fournisseurs de prestations, et que les données exigées sont déjà effectivement disponibles.

Pour CLASS ainsi que GE, JU et VD, il n'est pas possible en l'état de saisir quels types de tâches l'organisme concerné devra accomplir et il semble difficile d'imposer un examen de la qualité et de l'économicité des prestations en amont d'une autorisation de pratiquer. Pour CLASS, GE et JU, il conviendrait de limiter le pouvoir d'examen de l'autorité désignée par les assureurs à un contrôle administratif, tel que la participation du fournisseur de soins à un programme en matière de qualité ou la remise d'indicateurs. Cela permettrait en outre d'éviter un pilotage de la part de l'organisme désigné par les assureurs sur des points qui devraient rester de la compétence des cantons. Le projet ne doit pas être une levée déguisée de l'obligation de contracter, ni instaurer un examen redondant avec la délivrance des autorisations de police sanitaire qui relèvent des compétences constitutionnelles cantonales. CLASS ainsi que GE et JU souhaitent ainsi que les cantons soient explicitement associés à l'élaboration des exigences et critères qui seront fixés par le Conseil fédéral.

NE est favorable à cette disposition.

TG et ZH saluent cette proposition, mais rendent attentif à d'éventuelles redondances avec les art. 32 et 58ss LAMal concernant l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations fournies. Ils estiment que les charges doivent être clairement définies pour ne pas donner trop de marge de manœuvre aux cantons.

TI estime que la proposition portant sur les al. 4 et 5 devrait faire l'objet d'un projet en soi afin de ne pas risquer une situation sans possibilité de gestion des admissions en raison d'un refus

du projet dans son entier. Il considère que trop de questions sont encore sans réponse dans la proposition actuelle.

### **Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale**

Selon pvl, il est dans l'intérêt des patients que la pratique des fournisseurs de prestations soit soumise à des charges relatives au caractère économique et à la qualité des prestations. Il est donc indispensable que les fournisseurs de prestations communiquent les données nécessaires à cet effet (al. 4). Sans cette étape visant à garantir la transparence dans le domaine ambulatoire, il serait impossible de lier les exigences en matière de qualité avec le système actuel de gestion des admissions ; or, il est urgent de le faire. En outre, si les fournisseurs de prestations ne communiquaient pas les données nécessaires, ils se verraient sanctionnés en ce sens qu'ils seraient exclus de toute activité à la charge de l'AOS. Ce n'est qu'en adoptant une attitude cohérente par rapport à l'exigence de transparence qu'il sera possible de définir des mesures d'incitation adéquates pour une fourniture de prestations de haute qualité. Pvl demande également de compléter le projet de loi en précisant que la qualité des prestations fournies sera également évaluée en fonction de la qualité du diagnostic et de la thérapie.

PSS apporte son soutien à la possibilité pour le Conseil fédéral de fixer des charges supplémentaires relatives au caractère économique et à la qualité des prestations. Il suggère d'approfondir le cas échéant l'idée de mettre en lien cette disposition avec la future loi sur le renforcement de la qualité et de l'économicité.

### **Associations de consommateurs**

SKS salue le fait de lier la pratique à la charge de l'AOS à des charges relatives à la qualité et au caractère économique des prestations. À cet égard, il est important que les fournisseurs de prestations soient tenus de mettre à disposition les données nécessaires. Pour que la qualité et l'économicité des prestations ambulatoires puissent être contrôlées efficacement et améliorées, il n'est toutefois pas suffisant d'exiger des programmes destinés à améliorer la qualité et de collecter des données y relatives. Ce qui est déterminant, c'est de formuler des critères concernant la qualité effective des prestations fournies et de mettre à disposition les données de manière à ce que ces critères soient respectés.

### **Fournisseurs de prestations**

Fondamentalement, FMH et SBV ne critiquent pas la nécessité de contrôler la qualité. Toutefois, il n'est pas acceptable que la mission principale des médecins pâtisse des formalités administratives de toute sorte auxquelles ils doivent se soumettre. Si une obligation devait malgré tout être normalisée, elle devrait être considérée comme une activité d'intérêt public et faire l'objet d'indemnités versées par l'État. En outre, FMH estime que le projet de loi est évasif quant aux mesures relatives au développement de la qualité et à la communication des données nécessaires à cet effet, qui peuvent être définies comme étant des charges. De plus, il n'est pas précisé quelles données il s'agit de communiquer à qui et sous quelle forme. VLSS demande de biffer l'al. 4.

Physioswiss est favorable à ce que les charges relatives à l'économicité et à la qualité des prestations à la charge de l'AOS soient précisées et craint qu'en approuvant sans réserve cette réglementation, les surcoûts qui pourraient découler de la fourniture de preuves ne soient imputés qu'unilatéralement, à savoir exclusivement aux fournisseurs de prestations.

PharmaSuisse n'a rien à objecter aux exigences de qualité imposées aux fournisseurs de prestations. Mais il s'agit de définir ces exigences de façon à garantir un approvisionnement suffisant des pharmacies dans les régions périphériques. Dans les négociations tarifaires, des critères équilibrés en matière de qualité ont été fixés conjointement. Dans ce contexte, PharmaSuisse a pu faire part des préoccupations légitimes des pharmaciens. À cet égard, PharmaSuisse s'oppose à ce que les critères de qualité soient fixés de manière unilatérale par les assureurs. Le principe de primauté des négociations doit être maintenu.

Svbg, SBK, SHV et SVDE sont favorables à ce que les fournisseurs de prestations fournissent la preuve d'une formation continue, qui peut être demandée régulièrement par les autorités compétentes en matière d'admission.

S'agissant de la fourniture régulière de preuves relatives à la formation postgrade et à la formation continue, RVBB relève que la formation de base (compétences) et les formations complémentaires (compétences nécessaires) des physiothérapeutes concernés figurent dans la loi sur les professions de la santé (LPSan) et dans le NAREG. Si une formation postgrade et continue s'avère nécessaire pour la pratique d'une activité indépendante, RVBB estime que cette condition devrait figurer dans l'ordonnance relative à la loi sur les professions de la santé et non dans la LAMal.

D'une manière générale, H+ rejette ce nouveau projet sur la qualité. La LAMal et d'autres lois imposent déjà aux fournisseurs de prestations médicales un grand nombre de conditions relatives à la qualité ; des critères supplémentaires ne seraient donc pas nécessaires à cet égard. En outre, H+ relève que les mesures en faveur de la qualité présentées dans le projet sont déjà mises en œuvre. En médecine, la standardisation est à l'ordre du jour avec, par exemple, Choosing Wisely et HTA. Le CIRS et les registres sont déjà établis dans le domaine stationnaire, tout comme les cercles de qualité dans l'ambulatoire. H+ a lancé et généralisé les révisions par les pairs dans le cadre d'une alliance.

SWISS REHA et VAKA observent que les charges prévues concernant la qualité et l'économicité et la communication par les fournisseurs de prestations à la Confédération des données visant à améliorer la qualité engendreraient un surcroît de travail administratif considérable avec les conséquences financières qui s'ensuivent.

Pour SSO, cette disposition est trop restrictive. La charge de travail pour la collecte et la communication des données par les dentistes s'avérerait disproportionnée.

#### **Fournisseurs de prestations - Sociétés (cantonales ou régionales)**

KKA, AeG BL, MedGes BS, VHBB, GAeSO, AGZ et BEKAG voient d'un mauvais œil le fait que le Conseil fédéral puisse aller encore bien plus loin par voie d'ordonnance, à savoir au niveau de l'OAMal, et qu'il fixe à sa guise des charges relatives à l'économicité et à la qualité des prestations. Ils demandent la suppression pure et simple de l'al. 4.

AMGe et SMSR pensent que les mesures prises par le Conseil fédéral constituent une charge administrative supplémentaire sans contribuer efficacement aux efforts d'amélioration de la qualité.

SVM considère que cette disposition provoquera une hausse des charges administratives des médecins, qui sont toujours plus occupés à remplir des obligations d'ordre administratif et qui devront bientôt passer plus de temps à remplir de la documentation plutôt que de pratiquer leur art.

#### **Assureurs**

Curafutura estime que les charges que devraient remplir les fournisseurs de prestations admis ne sont pas formulées de manière suffisamment concrète. Elle estime que pour garantir une admission orientée vers la qualité, les fournisseurs de prestations doivent faire la preuve, de compétences suffisantes dans la langue de la région d'activité, qu'un contrôle de la formation professionnelle continue doit être effectué, que les médecins doivent avoir pratiqué durant au moins trois ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade, conformément au programme de formation postgrade de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduee et continue (ISFM), dans la discipline concernée par la demande d'admission. Selon curafutura, non seulement des indicateurs de qualité structurelle, mais aussi des indicateurs relatifs aux processus et aux résultats doivent être contrôlés pour l'admission et vérifiés périodiquement.

Santésuisse estime que des indicateurs de la qualité des résultats doivent être prévus, car le contrôle de critères EAE implique le contrôle de la qualité des résultats. Selon elle, la qualité

structurelle est une condition liée à la pratique professionnelle, qu'il appartient aux cantons de contrôler dans le cadre de leurs tâches de police sanitaire.

### **Patients, utilisateurs**

Sur le principe, DVSP admet la compétence donnée au Conseil fédéral d'imposer des charges liées à des critères de qualité et d'économicité aux prestataires pratiquant à la charge de l'assurance obligatoire. DVSP souhaiterait toutefois que ces charges soient précisées, notamment en lien avec l'élaboration du projet de loi de la Commission de la santé du Conseil national, visant à renforcer la qualité et l'économicité. Ici encore, DVSP souligne que ces charges ne doivent pas permettre d'introduire une liberté de contracter « light » au bénéfice des assureurs.

Tandis qu'Inclusion Handicap peut comprendre les efforts déployés en vue de garantir la qualité ainsi que l'économicité, l'association insiste sur le fait que les charges relatives au caractère économique des prestations médicales ne doivent pas être discriminatoires envers les personnes en situation de handicap.

#### **4.2.6 Prises de position concernant l'art. 36, al. 5 et 6**

### **Cantons**

CDS ainsi que AI, BE, BS, GR, LU, SH, OW et TG considèrent que la constitution d'une organisation des assureurs qui se prononce sur le respect des obligations signifie un changement de paradigme dans la procédure d'admission. Certains (CDS, AI, BE, BS, OW) craignent que cet article ne puisse pas être mis en œuvre en temps voulu en raison du besoin de réglementation et les (associations d') assureurs ne s'étant pas caractérisés par une grande unité dans les discussions menées jusqu'ici. Tous estiment qu'il ne ressort pas du rapport quelle appréciation revient à l'organisation dans l'admission et que les compétences prévues, formulées de manière ouverte, pourraient très facilement s'entendre comme levée globale de l'obligation de contracter si l'examen des directives relatives au caractère économique et à la qualité ne se limite pas à un contrôle purement administratif. Les conditions doivent, selon eux, se limiter aux directives que la Confédération édicte selon l'art. 36, al. 2 à 4. Des compétences plus étendues de cette « organisation » conduiraient aussi à un pilotage de fait de la prise en charge, qui incombe constitutionnellement aux cantons. Ils estiment en outre que le contrôle pourrait être opéré de manière plus simple et ainsi plus appropriée par l'autorité octroyant l'autorisation d'exercer sous sa propre responsabilité (canton) en se déroulant dans une unique procédure d'examen.

Pour AG, il est indispensable que les fournisseurs de prestations soient intégrés dans une organisation chargée de gérer les admissions. Il constate cependant que la création d'une nouvelle autorité de surveillance à côté des cantons crée un surcroît d'administration. Il estime que l'al. 6 peut être supprimé.

CLASS ainsi que GE, NE et VD souhaitent que les cantons participent au choix de l'organisation qui serait, le cas échéant, désignée par le Conseil fédéral pour contrôler les connaissances des candidats par le biais d'un examen.

GL s'oppose à ce changement de paradigme, qui dans les faits équivaut à la suppression de l'obligation de contracter. Il estime que les assureurs peuvent porter un jugement financier, mais pas relatif à la qualité. Il relève qu'ils disposent déjà de l'instrumentaire nécessaire au contrôle des coûts, mais qu'ils ne sont pas responsables pour l'approvisionnement, qui est de la compétence des cantons. Il soutient dans ce sens la proposition de CDS de réexaminer et de simplifier la procédure prévue.

GR demande que la compétence de vérifier les conditions d'admission soit transmise à l'autorité chargée d'accorder l'autorisation de pratique professionnelle. Il demande en outre que les procédures d'admission et de recours soient simples et rapides. Il demande des précisions dans la loi concernant la procédure de recours. Il craint des doublons avec la procédure d'admission, du fait que ces deux contrôles seront effectués par des instances différentes.

NE est défavorable à cette disposition. Il considère qu'il devrait revenir aux cantons de statuer sur les demandes d'admission des médecins plutôt qu'aux assureurs-maladie. À tout le moins,

il estime que les cantons devraient être associés à un tel organe s'il était décidé de le confirmer. En outre, il conviendrait d'éviter explicitement que les compétences confiées le cas échéant à cet organe permettent une levée, même modeste de l'obligation de contracter.

OW demande que la compétence décisionnelle soit clairement attribuée au canton. Pour lui, le contrôle administratif encore à préciser des assureurs ne doit avoir qu'une valeur de recommandation.

TG demande que les al. 5 à 7 soient supprimés.

TI propose une organisation paritaire où ne seraient pas représentés que les assureurs. Il estime également que le titre 5 de la LAMal doit être adapté afin d'assurer un recours au Tribunal administratif fédéral.

UR soutient l'introduction d'une procédure formelle d'admission et sa gestion par une organisation désignée par les assureurs. Il craint cependant que ce changement de paradigme conduise à un pilotage de la prise en charge par les assureurs, alors que ce pilotage incombe constitutionnellement aux cantons.

VD considère inopportun de donner un rôle prépondérant dans les demandes d'admission des fournisseurs de prestations aux assureurs, qui risqueraient de les refuser pour des motifs étrangers à la LAMal, notamment purement administratifs. L'organisation chargée de statuer sur les demandes d'admission, si elle est maintenue dans le projet, devrait donc être placée sous la responsabilité des cantons et se limiter purement à un rôle de contrôle strict du respect des exigences fixées par la LAMal. Il estime que le législateur doit préciser la composition de cette organisation et que les cantons doivent y être représentés obligatoirement à poids égal avec d'autres membres. Il signale que le dispositif pluripartite en place dans de nombreux cantons a fait ses preuves et rencontre l'adhésion des parties concernées.

ZG constate que le projet prévoit une procédure d'autorisation et admission en trois étapes, conduites par deux acteurs différents. La première (autorisation de pratique professionnelle) et la troisième étape (limitation des admissions, seulement dans les cantons qui décideraient de l'appliquer) seraient de la compétence des cantons, alors que la deuxième (admission) serait gérée par une organisation désignée par les assureurs. En outre, la décision de l'organisation des assureurs aurait une portée nationale, tandis que celles des cantons une portée cantonale. Il estime qu'il faut préférer une solution où l'autorité cantonale, déjà en charge de l'autorisation professionnelle, est également compétente pour décider des admissions. Il propose donc de renoncer à la création d'une organisation par les assureurs.

### **Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale**

PDC est, lui aussi, sceptique face à la création par les assureurs d'une organisation chargée de statuer sur le respect des charges. La mise sur pied d'une telle organisation occasionnerait un surplus de bureaucratie ainsi que des frais éventuels. La procédure de vérification pourrait être simplifiée et il serait plus pertinent qu'elle soit effectuée par le canton dans le cadre d'une procédure d'examen unique.

D'une manière générale, PSS est en faveur de l'instauration d'une procédure formelle en vue de l'admission des fournisseurs de prestations. Toutefois, il est fondamentalement opposé à ce que les assureurs statuent seuls sur les demandes d'admission et rejette toute institution même allégée de la liberté de contracter – même sur la base de critères fixés par le Conseil fédéral. Il suggère l'attribution de la procédure formelle aux cantons ou, alternativement, à des commissions d'admission multipartites.

### **Associations faitières de l'économie**

CP estime que le rapport explicatif ne dit rien de la composition ni de la mise en œuvre des garanties d'impartialité et de procédure auxquels l'organe désigné par les assureurs sera soumis, sachant notamment qu'il sera habilité à rendre des décisions susceptibles de recours. Par ailleurs, la notion d' « assureurs » n'est pas définie par la loi.

USS n'est pas d'accord avec l'idée de confier à une instance proposée par les assureurs l'examen destiné à contrôler si les fournisseurs de prestations disposent des connaissances du

système de santé suisse nécessaires. Selon elle, cet examen doit être réalisé par une instance indépendante des assureurs, soit défini par les cantons.

### **Associations de consommateurs**

Pour que cette disposition puisse obtenir l'adhésion nécessaire, il faudrait, selon SKS, que l'organisation chargée de vérifier si les conditions requises pour l'admission sont remplies repose sur une assise plus large.

### **Fournisseurs de prestations**

FMH et VLSS demandent la suppression de l'al. 5. Selon FMH, VLSS, SWISS REHA et VAKA, la LAMal impose une séparation nette entre les caisses-maladie et les fournisseurs de prestations. C'est pourquoi les assureurs maladie ou une organisation désignée par eux ne doivent pas pouvoir statuer sur les demandes d'admission des fournisseurs de prestations exerçant à la charge de l'AOS. Si le Conseil fédéral maintient l'introduction d'une procédure d'examen, FMH considère que l'organisation compétente en la matière au sens de l'al. 6 devrait se composer paritairement de représentants des assurances et de représentants de la communauté médicale. VLSS et mfe demandent que l'al. 6 soit biffé.

H+ est également opposé à la création d'une nouvelle organisation en charge des demandes d'admission car celle-ci ne bénéficie ni de la légitimité ni de l'expertise nécessaire. De même, H+ et physioswiss se réfèrent aux numéros RCC attribués par SASIS SA. De l'avis de H+, ceux-ci ne sont plus nécessaires.

SSO est critique à l'égard de la mise sur pied d'une organisation par les assureurs. SVPL, svbg, SBK, physioswiss, RVBB, SHV et SVDE rejettent l'idée que les assureurs puissent créer ou désigner un organisme chargé de la procédure d'admission. Au lieu de cela, physioswiss demande que cette instance en charge de contrôler l'admission des fournisseurs de prestations soit désignée par le Conseil fédéral et soumise à la surveillance de l'OFAS, l'objectif étant qu'une entité indépendante supervise le fonctionnement d'une telle organisation. SHV demande que les contrôles en matière d'admission incombent aux cantons.

OPS salue la création d'une organisation désignée par les assureurs et chargée de veiller au respect des critères fixés par le Conseil fédéral.

### **Fournisseurs de prestations - Sociétés (cantonales ou régionales)**

KKA et AeG BL demandent la suppression de l'al. 5. D'après eux, les médecins, en tant que fournisseurs de prestations, deviendraient ainsi fortement dépendants des assureurs. Si une procédure d'examen devait malgré tout être mise en place, l'organisation devrait être constituée de manière paritaire.

AMGe et SMSR considèrent que la gestion des admissions est une responsabilité politique qui repose sur des critères académiques et de connaissance du métier et qui n'entre pas dans le champ de compétence des assureurs. Elles estiment qu'une régulation appropriée ne peut se faire qu'au niveau des cantons, ce qui est réglé par l'art. 55a.

GAeSO demande que l'al. 5 soit biffé et que les cantons soient souverains en la matière. BE-KAG, MedGes BS et VHBB demandent la suppression des al. 5 et 6.

SVM estime que le projet introduit la liberté de contracter par la petite porte. Il conviendrait selon elle de laisser une place de choix aux sociétés médicales pour que la décision admettant ou non le candidat à pratiquer à charge de la LAMal ait un caractère paritaire et dispose d'une meilleure assise qu'une décision laissée à la seule appréciation des assureurs maladie. Elle regrette que l'admission à pratiquer soit centralisée pour tout le territoire national alors que l'actuelle clause du besoin permet une application très décentralisée des prestataires de soins.

### **Assureurs**

Santésuisse salue la séparation entre l'autorisation professionnelle de pratique et l'admission à pratiquer à la charge de l'AOS. Elle considère que SASIS SA est prédestinée comme orga-

nisation désignée par les assureurs, car elle gère déjà les numéros RCC. Elle rejette en revanche une augmentation de la bureaucratie pour les assureurs s'ils doivent contrôler le respect de critères de qualité structurelle, qu'il doit appartenir aux cantons de contrôler dans le cadre de l'autorisation de pratique professionnelle. Selon elle, les assureurs veulent pouvoir choisir les fournisseurs de prestations qu'ils remboursent sur la base de critères de qualité basés sur les résultats.

Curafutura demande des précisions concernant les bases et le cadre selon lesquels l'organisation mentionnée prendra ses décisions pour l'admission des fournisseurs de prestations.

### **Patients, utilisateurs**

DVSP rejette complètement la compétence donnée aux assureurs de désigner un organe chargé de statuer sur les demandes d'admission. DVSP propose de mettre sur pied une commission réunissant, au niveau cantonal ou intercantonal, les différents acteurs de la santé, à savoir les fournisseurs de prestations, les patients, les assureurs et les autorités cantonales.

S'agissant de définir les conditions en vue de « garantir que les prestations fournies soient adéquates et leur qualité de haut niveau », Inclusion Handicap fait remarquer que ces conditions doivent être conformes à la législation relative à l'égalité des personnes handicapées. Dans ce contexte, la désignation par les assureurs de l'organisation statuant sur les demandes d'admission des fournisseurs de prestations apparaît problématique.

SPO doute que les caisses-maladie soient la bonne entité pour désigner une organisation chargée de procéder aux examens sur les connaissances du système de santé suisse. Une telle organisation devrait être composée paritairement et intégrer également des représentants des patients.

### **Autres**

GUMEK propose que le projet de révision prévoie que le Conseil fédéral constitue non seulement la « solution de secours » pour désigner l'organisation, mais qu'il soit aussi l'autorité compétente pour la conclusion d'une convention de prestations avec l'organisation. Cette procédure a déjà été expérimentée et a fait ses preuves dans d'autres domaines (p. ex. Swisstransplant, ISFM/FMH). L'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) serait l'organisation appropriée car elle connaît déjà la procédure de reconnaissance des titres de formation postgrade des médecins.

#### **4.2.7 Prises de position concernant l'art. 36, al. 7**

### **Cantons**

NE est favorable à la perception d'un émolument qui devra permettre de couvrir la totalité des charges nouvelles découlant de la réalisation de ces tâches.

### **Fournisseurs de prestations**

H+ relève que le texte ne précise pas qui doit payer les émoluments. En outre, les émoluments ne représentent qu'une partie des coûts qui surviendront à l'avenir. Il faut compter en effet les dépenses et les ressources en personnel qui seront nécessaires pour préparer les demandes afin de participer aux examens et de recourir contre les décisions contestables. VLSS demande à biffer purement et simplement l'al. 7.

### **Fournisseurs de prestations - Sociétés (cantonales ou régionales)**

BEKAG, MedGes BS et VHBB demandent la suppression pure et simple de l'al. 7.

### **Assureurs**

Santésuisse estime que le montant de l'émolument doit couvrir les coûts et qu'un subventionnement croisé de l'organisation par les payeurs de primes serait inadmissible.

### **4.3 Prises de position concernant l'art. 36a**

#### **Fournisseurs de prestations**

FMH estime que cette disposition ne doit pas être abrogée non seulement car cette approche a considérablement gagné en pertinence et en importance ces derniers temps, mais aussi parce que les conditions d'autorisation doivent être réglées par la loi pour des raisons de sécurité juridique. D'une manière générale, FMH s'oppose à ce que le Conseil fédéral fixe désormais par voie d'ordonnance les conditions d'admission pour tous les fournisseurs de prestations.

#### **Fournisseurs de prestations - Sociétés (cantonales ou régionales)**

GAeSO considère que l'abrogation de l'art. 36a est injustifiée étant donné que la portée et la pertinence de cette disposition se sont renforcées dernièrement. Il s'agit notamment de définir au niveau de la loi les conditions d'autorisation pour des raisons de sécurité juridique. Les prescriptions prévues par la loi peuvent ensuite être concrétisées dans des ordonnances. GAeSO n'est donc pas favorable à ce que le Conseil fédéral fixe désormais dans une ordonnance les conditions d'admission pour tous les fournisseurs de prestations.

### **4.4 Prises de position concernant l'art. 37**

#### **Fournisseurs de prestations**

PharmaSuisse demande que l'approvisionnement en médicaments reste assuré en priorité par les pharmacies publiques dans le cadre de l'assurance de base et estime qu'il ne faut donc pas biffer purement et simplement l'art. 37, al. 3.

### **4.5 Prises de position concernant l'art. 55a**

#### **4.5.1 Prises de position concernant l'art. 55a, en général**

##### **Cantons**

CDS ainsi que AI, BE, OW et SH constatent que l'art. 55a comporte la requête essentielle des cantons, à savoir la possibilité de limiter le nombre de médecins. Ils constatent que le projet est plus incisif que la réglementation actuelle, qui exclut de la limitation des médecins ayant pratiqué au moins trois ans dans un établissement suisse de formation postgrade reconnu.

CLASS ainsi que GE et NE saluent l'ancrage pérenne dans la loi de la possibilité de plafonner le nombre de prestataires pour les cantons. Ils demandent que les cantons puissent fixer des critères pour différencier les admissions en fonction des besoins des réalités locales (par exemple favoriser la médecine de premier recours en réseau).

GR salue le fait que les cantons puissent réguler eux-mêmes les admissions. En raison de sa situation et de la pénurie de médecins de premier recours, il ne prévoit pas d'appliquer de limitation dans ce domaine.

JU souligne la complexité d'estimer les besoins pour une population. Confier la possibilité aux cantons d'être acteurs indépendants sans leur donner les outils pour mettre en place ce troisième volet risque selon lui de ne pas faire évoluer les choses et de déboucher sur un statu quo peu productif. Enfin la question de l'estimation du taux d'activité des médecins reste une gageure qu'il faudra appréhender avec précaution, cela d'autant que cette variable est appelée à évoluer dans le temps.

LU juge le dispositif si compliqué que la plupart des cantons risquent de renoncer à le mettre en œuvre. Il estime que la réglementation actuelle est meilleure, car selon lui elle n'impose aucune méthode. LU a jusqu'à présent estimé le besoin au cas par cas en interrogeant les médecins dans la spécialité et la région concernées. Il estime contraire à la pratique et extrêmement difficile de déterminer en amont le besoin par région et par spécialité. Tenir compte de la mobilité des patients et du taux d'activité des praticiens demande selon lui des données

qui devraient être adaptées en permanence. Prendre en compte l'avis des fédérations créerait en sus une charge administrative énorme. LU demande donc que les cantons puissent faire dépendre l'admission d'une preuve du besoin, sans aucune autre obligation.

NE trouve qu'il est important que les cantons disposent d'un accès facilité aux données des assureurs-maladie et de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

NW note que la fixation de nombres maximaux est délicate dans les petits cantons, où déjà de petits changements personnels peuvent influencer positivement ou négativement l'admission. Selon lui, cela implique que les cantons doivent pouvoir procéder à des admissions partielles (p. ex., 60 %), ce qui n'est pas clairement réglé dans le projet.

SO demande que la compétence des cantons de réguler les admissions reste facultative.

SZ estime que la limitation des admissions, qui ne concerne que les médecins, va à l'encontre des mesures en faveur des domaines sous-dotés comme la médecine de premier recours, la pédiatrie et la psychiatrie, si elle s'applique de manière indifférenciée à tous les fournisseurs de prestations. Il constate que la mise en œuvre de l'art. 55a selon le projet entraînerait une hausse de la charge administrative des cantons.

TG et ZH considèrent que l'usage du terme *autorisation*, aussi bien dans l'al. 1 que dans le titre, peut prêter à confusion avec l'autorisation de pratique professionnelle donnée par le canton au sens de la LPMéd.

TI estime que le nouvel art. 55a comporte la requête essentielle des cantons, à savoir la possibilité de limiter le nombre de médecins. Mais il craint que sa mise en œuvre ne soit trop complexe aussi longtemps qu'il n'y aura pas de données statistiques suffisamment fiables pour le secteur ambulatoire.

VD et VS saluent l'ancrage pérenne dans la LAMal de la possibilité de plafonner le nombre de médecins. VS est cependant convaincu qu'il doit s'appliquer à tous les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a à g, m et n LAMal.

ZH soutient la possibilité donnée aux cantons de piloter eux-mêmes l'approvisionnement en prestations médicales, mais estime que l'instrument ne doit pas être trop compliqué à mettre en œuvre, ni trop exigeant techniquement.

### **Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale**

CSPO insiste sur le fait que les régions de montagne et les zones rurales n'ont aucun intérêt à la mise en place d'un contingentement national et qu'elles sont très favorables au troisième niveau d'intervention, à savoir la suppression de la compétence fédérale en matière de limitation de l'admission à pratiquer au profit d'un système de pilotage cantonal. Les cantons doivent avoir la possibilité d'élaborer une stratégie concernant les soins médicaux de base qui prenne en considération tous les secteurs et qui englobe l'ensemble des domaines intervenant dans les soins de base.

PES soutient fondamentalement la proposition concernant la gestion des admissions par les cantons. Il est judicieux que la limitation du nombre de fournisseurs de prestations relève de la compétence des cantons eu égard aux critères fixés par le Conseil fédéral pour la détermination des plafonds.

PSS soutient le principe visant à donner aux cantons la compétence de réguler l'approvisionnement selon leurs besoins et l'extension de la limitation à tous les médecins, y compris à ceux œuvrant dans le domaine ambulatoire hospitalier.

### **Associations faïtières des communes, des villes et des régions de montagne**

Selon SAB, les régions de montagne et les zones rurales n'ont aucun intérêt à la mise en place d'un contingentement national. SAB se montre très favorable au troisième niveau d'intervention, à savoir la suppression de la compétence fédérale en matière de limitation de l'admission à pratiquer au profit d'un système de pilotage cantonal.

## **Associations faitières de l'économie**

CP estime que donner des compétences supplémentaires aux cantons fait craindre des restrictions arbitraires qui entraîneront un rationnement et une baisse inacceptable de la qualité des soins. Il pose en outre la question du droit d'exercer sa profession sous l'angle de la protection de la personnalité. Il voit un risque de décourager les futurs étudiants et de devoir, face à la pénurie, compenser dans quelques années le manque de médecins indigènes par des ressources étrangères. Il constate là une forte contradiction entre les buts poursuivis par les possibilités de plafonnement offertes aux cantons, leurs conséquences potentielles et les programmes menés par la Confédération pour augmenter le nombre de médecins formés en Suisse.

Economiesuisse s'oppose à la fixation de plafonds par les cantons. Elle estime que des nombres maximaux ne permettent pas d'atteindre un approvisionnement optimal, et que même si le nombre optimal de fournisseurs de prestations pouvait être estimé, cela n'améliorerait pas la qualité de l'approvisionnement. Elle doute que les coûts soient automatiquement liés au nombre de fournisseurs de prestations. Elle craint les effets pervers d'un tel pilotage, en particulier au détriment des jeunes médecins, conduisant à une fonctionnarisation de la jeune génération.

Avant de confier aux cantons plus de compétences, il s'agit pour USAM de désenchevêtrer les multiples rôles des cantons et d'uniformiser le financement des prestations.

## **Associations de consommateurs**

FRC estime que la transmission aux cantons de la compétence de plafonnement des admissions constitue une évolution positive, en ce sens que les besoins et enjeux diffèrent selon les cantons. En outre, elle estime que l'application des plafonds à tous les médecins actifs dans le secteur ambulatoire permettra de contrôler l'afflux global. FRC juge qu'avec la possibilité de bloquer avec effet immédiat les nouvelles admissions dans un domaine de spécialité, indépendamment des plafonds fixés, les cantons disposeront d'instruments efficaces afin de maîtriser rapidement l'évolution des coûts dans le secteur ambulatoire.

## **Fournisseurs de prestations**

D'une manière générale, FMH constate que la densité de médecins ne constitue ni le bon outil quantitatif ni l'instrument de pilotage adéquat. En outre, FMH rappelle que la Suisse connaît une densité de spécialistes très élevée, raison pour laquelle les délais d'attente pour consulter un médecin spécialiste sont très courts et que l'on n'y effectue pas d'opérations vitales. Pour que les délais d'attente restent raisonnables, FMH estime qu'il est nécessaire de disposer d'une réserve de fluctuation minimale.

VLSS est favorable aux plafonds et au fait que ceux-ci soient calculés en tenant compte des taux d'activité à temps partiel, mais tout dépend de la manière dont ces plafonds seront organisés. Selon VLSS, le projet va trop loin en accordant aux cantons la liberté de définir en grande partie eux-mêmes les critères et en demandant aux fournisseurs de prestations de communiquer gratuitement les données nécessaires à la détermination des plafonds. Mfe salue la réglementation à l'al. 1 et souligne en particulier que le présent projet de loi englobe explicitement également le domaine hospitalier ambulatoire, afin de parvenir à une égalité de traitement entre le domaine hospitalier ambulatoire et le domaine ambulatoire des cabinets privés.

Swiss Medi Kids AG propose que les pédiatres ne soient pas soumis à la limitation de l'admission.

Pour VSAO, l'art. 55a est une porte ouverte à la bureaucratie et à l'arbitraire. 26 pratiques différentes risquent d'apparaître. Une approche suprarégionale serait bien plus judicieuse.

D'une manière générale, H+ et PKS contestent la nécessité d'agir sur le pilotage des admissions et constatent que l'efficacité des mesures actuelles n'a pas été évaluée de façon systématique et approfondie. H+ estime que l'action est mal ciblée et ne s'étonne guère que les progrès de la médecine et le transfert de l'ambulatoire vers le stationnaire voulu par les milieux

politiques durant ces dernières années et décennies aient abouti à une hausse des prestations ambulatoires et, partant, des coûts dans ce secteur. H+ constate que cette évolution est d'ailleurs souhaitable tant du point de vue politique que médical. En revanche, les primes augmentent plus que la moyenne des coûts en raison des inégalités de financement entre le stationnaire et l'ambulatoire. Cette situation ne pourra pas être corrigée que par un pilotage du secteur ambulatoire mais par une révision du financement. Malgré tout, H+ est disposée à s'accommoder du pilotage des admissions à titre de compromis afin de mettre un point final à ce thème et de garantir à long terme la sécurité du droit pour les hôpitaux, les cliniques et les institutions de soins.

D'une manière générale, SBV doute que les coûts de la santé en Suisse dépendent si fortement des fournisseurs de prestations autorisés à pratiquer.

SWISS REHA estime que les cantons n'ont pas à limiter l'admission de médecins pratiquant à la charge de l'AOS car ils ne participent pas au financement des soins ambulatoires.

Sur un plan général, pharmaSuisse est d'avis qu'un gel des admissions se basant sur un plafond pour un type de fournisseurs de prestations ou sur l'augmentation des coûts concernant un certain type de prestations ne permettra pas de résoudre les problèmes tels que la qualité des prestations fournies.

VAKA rejette globalement l'art. 55a. Cette mesure entraînerait un travail administratif considérable. Les économies réalisées ne permettraient pas de compenser la charge administrative accrue auprès des fournisseurs de prestations et de l'administration.

ChiroSuisse estime qu'en cas de limitation des admissions, les principes méthodologiques et les critères fondamentaux pour un groupe de médecins et/ou les autres fournisseurs de prestations devraient être communiqués au préalable. La coordination entre les cantons devrait être précisée avant que les lois ne soient modifiées. En outre, il faudrait également inclure le projet relatif à l'admission des travailleurs étrangers (mise en œuvre de l'initiative « Contre l'immigration de masse »). Enfin, les médecins et les autres fournisseurs de prestations devraient disposer d'un outil leur permettant d'influencer le pilotage. Ils devraient au moins pouvoir y faire part de leurs griefs.

Bien qu'OPS et ses membres ne soient pas directement concernés par le pilotage de l'admission, ils soutiennent le projet car les cantons disposeront d'outils pour réguler eux-mêmes l'offre de soins. RVBB est également favorable au pilotage des admissions.

SOS Médecins considère qu'en l'absence d'étude démontrant un lien direct entre densité médicale et hausse des coûts, l'art. 55a proposé constitue une atteinte à la liberté économique contraire aux principes de proportionnalité et de subsidiarité ancrés dans la Constitution fédérale. Il estime également qu'il y a lieu de prévoir une voie de recours extraordinaire auprès d'une autorité fédérale avec plein pouvoir de cognition de la matière, voie de recours seule à même de garantir une application cantonale conforme à la loi fédérale et d'application uniforme sur l'ensemble du territoire conformément au principe de subsidiarité.

### **Fournisseurs de prestations - Sociétés (cantonales ou régionales)**

SMCJU est d'accord que les cantons puissent déterminer eux-mêmes le nombre de médecins pouvant pratiquer à charge de la LAMal, mais pour autant que le taux d'activité soit défini y compris dans le domaine ambulatoire des hôpitaux.

Selon KKA et AeG BL, l'art. 55a LAMal sous sa forme proposée n'oblige pas les cantons à fixer des plafonds. Des cantons tels que Zurich, qui n'ont jusqu'ici pas fait usage de la limitation du nombre de fournisseurs de prestations, auront à l'avenir de très grandes difficultés à maintenir cette position. Il y aura ensuite un transfert programmé par l'État de l'offre ambulatoire des cabinets médicaux vers le domaine ambulatoire des hôpitaux.

Pour AGZ, la question est de savoir pourquoi le Conseil fédéral a retenu la densité des médecins comme valeur de référence principale pour la planification des besoins et la gestion de l'offre. En outre, le rapport explicatif ne fait état d'aucune analyse permettant d'identifier, en comparaison internationale, les mécanismes les plus efficaces et, à l'inverse, les moins pertinents pour le pilotage de la densité des médecins.

## **Assureurs**

Santésuisse et Groupe mutuel estiment qu'il est contradictoire que les cantons doivent fixer chacun des nombres plafonds alors que les flux de patients sont intercantonaux. Ils estiment qu'en l'absence de sanctions, les cantons ne seront pas incités à se coordonner dans le sens de régions d'approvisionnement optimales. Ils demandent que la Confédération définisse elle-même les nombres maximaux par spécialité en tenant compte des flux réels de patients. Santésuisse demande l'introduction simultanée d'un financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires, car déjà aujourd'hui ce sont les assurés et non les cantons qui assument financièrement les conséquences de la planification de leurs propres hôpitaux par les cantons.

Curafutura estime que les termes « taux d'occupation » et « mobilité des patients », dont les cantons doivent tenir compte pour fixer les plafonds, ne sont pas formulés suffisamment clairement.

## **Patients, utilisateurs**

DVSP adhère entièrement à la proposition faite. Il est nécessaire que les cantons puissent conserver la compétence de limiter les admissions, de manière à limiter l'augmentation des coûts. DVSP est heureuse de constater, en outre, que les patients sont intégrés au processus de détermination des plafonds.

Inclusion Handicap cite des études selon lesquelles les besoins concernant les soins de base des adultes en psychiatrie et psychothérapie ne seraient pas satisfaits suivant la région, la forme de l'offre, le groupe-cible, les ressources utilisées et la mise en réseau des spécialistes. Les mesures visant à endiguer les coûts de la santé ne doivent en aucun cas avoir pour effet une aggravation de cette pénurie médicale. C'est pourtant bien ce danger qui semble se profiler si les cantons « tiennent compte » du taux d'occupation des fournisseurs de prestations ainsi que de la mobilité des patients et qu'ils se coordonnent avec les autres cantons pour déterminer les plafonds. Inclusion Handicap déplore le manque de précisions à cet égard. À la lumière de ces considérations, la loi devrait prévoir que, s'agissant de la détermination d'éventuels plafonds par les cantons, il faut apporter la preuve d'un approvisionnement suffisant en soins de la population dans le domaine de spécialité concerné.

### **4.5.2 Prises de position concernant l'art. 55a, al. 1**

#### **Cantons**

CDS ainsi que AI, BE, BS, GR, OW, SO, SZ, TG, TI, UR et ZH soutiennent expressément le principe de cette disposition. Ils proposent toutefois que la limitation de l'autorisation puisse se rapporter non pas uniquement à un ou plusieurs domaines de spécialité, mais également à certaines régions d'un canton (proposition formelle CDS : dans certaines communes), car il peut arriver qu'au sein d'un canton une région abrite une offre excédentaire, tandis que des lacunes dans la prise en charge existent dans une autre région.

Subsidiairement, CDS ainsi que AI, BE, BS, OW et TI demandent que le canton puisse définir d'autres critères pour l'admission (nouvel al. 1<sup>bis</sup>).

AG considère qu'il sera pratiquement impossible de prendre en considération les médecins actifs dans le domaine ambulatoire des hôpitaux.

CLASS ainsi que GE et NE soutiennent cette disposition, mais souhaitent que les cantons puissent définir d'autres critères génériques d'économicité et de qualité pour l'admission.

NE constate que la détermination de ces plafonds, pour respecter les exigences de l'al. 2, occasionnera un travail non négligeable pour les autorités sanitaires cantonales impliquant le recours à des ressources spécialisées.

VD demande que le plafonnement puisse se faire également par district par rapport à une spécialité donnée.

CDS ainsi que AI, BE, BS, OW, TG, ZG et ZH demandent en outre soit d'adapter la terminologie dépendante/indépendante (al. 1, let. a) à la LPMéd révisée (sous sa propre responsabilité ou non), soit au moins de clarifier dans les explications s'il s'agit de l'indépendance du point de vue des assurances sociales ou de la responsabilité professionnelle.

ZG demande qu'un pilotage au niveau régional soit possible, et que la possibilité d'imposer d'autres restrictions (techniques, temporelles et géographiques) soit ouverte.

### **Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale**

PDC demande que la limitation de l'admission n'intervienne pas uniquement pour une ou plusieurs spécialités médicales, mais aussi en fonction des différentes régions d'un même canton. PLR considère qu'il est pertinent d'inclure le domaine ambulatoire hospitalier à l'art. 55a, al. 1, LAMal. À cet égard, il serait important de ne pas utiliser la limitation de l'admission pour développer le domaine ambulatoire hospitalier au détriment du domaine ambulatoire.

### **Associations faitières de l'économie**

USS est d'accord avec cette proposition.

### **Fournisseurs de prestations**

Bien que FMH se félicite de l'intention de supprimer l'inégalité de traitement entre les médecins salariés et les praticiens indépendants, elle juge les mesures prévues inefficaces. Elle rappelle notamment que la plupart des médecins exerçant dans le domaine ambulatoire hospitalier ne sont pas engagés par les unités ambulatoires des hôpitaux, mais par l'hôpital. Selon FMH, une obligation d'autorisation pour les prestations ambulatoires ne serait pas adaptée au quotidien du monde hospitalier (ambulatoire), qui se caractérise par une rotation élevée étant donné que les médecins hospitaliers changent régulièrement de domaine d'intervention. Certes, on pourrait relever ces défis grâce à un système de contrôle onéreux, mais cela créerait, d'après FMH, un nouveau conflit d'intérêts des cantons. Une telle compétence pourrait être accordée aux cantons à la seule condition que des mesures d'accompagnement soient introduites afin d'empêcher tout abus dans son propre intérêt. Dans ce contexte, FMH estime qu'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires serait susceptible de contenir la hausse des primes.

SBV salue également la volonté de supprimer l'inégalité de traitement entre les médecins salariés et les praticiens indépendants.

Avant même que les rôles multiples des cantons dans le domaine stationnaire ne soient, du moins en partie, désenchevêtrés, SBV estime que l'al. 1 fait apparaître un nouveau conflit d'intérêts. C'est pourquoi une telle compétence ne peut être octroyée aux cantons que si des mesures d'accompagnement sont introduites afin d'empêcher tout abus dans son propre intérêt.

H+ et PKS constatent que la frontière entre les soins stationnaires et ambulatoires est fluctuante. Pour les patients, il est important que leur traitement soit déterminé selon des critères médicaux uniquement. Il serait insensé d'exclure les spécialistes pratiquant en stationnaire de la fourniture des soins ambulatoires et d'orienter les patients vers des médecins différents selon le domaine de soins.

SWISS REHA rejette l'extension de la limitation des médecins pratiquant en ambulatoire au domaine ambulatoire hospitalier. Une telle mesure ignorerait le fait que les services hospitaliers ambulatoires n'endossent pas du tout le même rôle que les praticiens indépendants.

### **Fournisseurs de prestations - Sociétés (cantonales ou régionales)**

AMGe et SMSR considèrent que la compétence cantonale de réguler les admissions est justifiée. KKA et AeG BL approuvent sur le principe que les médecins libres praticiens ne soient pas les seuls à être touchés par la limitation. Mais on ne sait pas ce qu'il en est des médecins employés à l'hôpital qui travaillent dans le domaine ambulatoire hospitalier, qui ne sont apparemment pas soumis à cette régulation.

## Patients, utilisateurs

Pour DVSP, la possibilité pour les cantons de fixer un plafond du nombre de médecins doit impérativement être conservée dans la loi, ainsi que l'implication des différents acteurs durant le processus de détermination.

### 4.5.3 Prises de position concernant l'art. 55a, al. 2

#### Cantons

##### *Première phrase*

CDS, CLASS ainsi que AI, BE, GE, GR, OW, SO, TG, TI, VD, VS et ZH estiment que les cantons n'ont aujourd'hui pas connaissance des taux d'occupation des médecins qui exercent une activité indépendante, les bases pour cela étant au mieux disponibles via l'introduction de MARS (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé de l'OFS) et l'existence des données structurelles correspondantes. Ils estiment qu'il serait suffisant que le canton tienne compte de l'évolution générale du taux d'occupation des médecins en Suisse lors de la détermination du plafond.

AG estime que relever le taux d'occupation de tous les médecins demandera des ressources administratives disproportionnées.

BS estime que la prise en compte du taux d'occupation des médecins est une nouveauté importante du projet, qui entraînera une meilleure différenciation que le nombre d'autorisation par domaine de spécialité. Il se demande cependant comment les cantons pourront obtenir des données sur les taux d'occupation des médecins, et si les fédérations disposent effectivement de ces informations.

Pour JU, cette exigence semble disproportionnée.

NE est défavorable, estimant que la détermination du taux d'occupation de médecins libres praticiens est par définition impossible à définir s'agissant d'une profession libérale.

SG propose que l'évolution du taux d'occupation des médecins soit relevée et publiée régulièrement au niveau national, en tenant compte des différents domaines de spécialité.

SZ constate que les cantons ne disposent pas des informations nécessaires concernant les taux d'occupation, et que ces chiffres devraient être mis à jour régulièrement. Il estime que, s'agissant d'une mesure de maîtrise des coûts, ceux-ci devraient être pris en compte pour la fixation des plafonds et pour cette raison mis à disposition des cantons.

UR estime qu'il n'est pas nécessaire de prévoir que les cantons devront tenir compte du taux d'occupation des médecins, car ils le feront d'eux-mêmes dans leur propre intérêt. Il estime par ailleurs que la liberté devrait être laissée aux cantons d'appliquer les critères qu'ils décident. Par conséquent, UR propose de biffer l'al. 2.

ZG estime qu'il n'est ni praticable, ni sensé, de vouloir tenir compte du taux d'occupation des médecins. Il propose de biffer cette phrase, éventuellement de prévoir que la Confédération relève annuellement le taux d'occupation des médecins par spécialité.

##### *Deuxième phrase*

CDS ainsi que les cantons AI, BE, GR, OW, SG, TG et ZG refusent que le Conseil fédéral puisse définir des critères supplémentaires pour déterminer des plafonds et demandent de biffer la phrase. Selon ZG, la fixation de critères par le Conseil fédéral est en contradiction avec l'idée de transmettre la compétence de fixer des plafonds aux cantons.

NE y est favorable.

SO ne trouve pas nécessaire de prévoir d'autres critères et principes méthodologiques pour la fixation des plafonds. Par respect pour l'autonomie des cantons, il estime que de tels critères et principes pourraient cependant être adoptés par les cantons eux-mêmes, et non par le Conseil fédéral.

VS estime qu'il faudrait aussi prévoir la possibilité pour les cantons de fixer d'autres critères (p. ex., le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un médecin), car il estime en effet important que les cantons conservent une marge de manœuvre pour pouvoir fixer des critères

qui tiennent compte de leurs besoins spécifiques comme de leurs particularités géographiques et démographiques.

## **Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale**

### *Première phrase*

Selon PLR, le projet relatif au pilotage de l'admission apporte, par rapport à l'actuelle limitation, certaines améliorations qui, sans le rejet du projet lors du vote final fin 2015, n'auraient guère vu le jour. C'est notamment le cas de la prise en considération du taux d'occupation. À noter que cet aspect est également mentionné par PSS.

PvI considère qu'une réglementation visant à fixer des plafonds n'est possible que si l'on connaît la densité de médecins. C'est pourquoi il est nécessaire d'établir un lien avec le taux d'occupation des fournisseurs de prestations.

### *Deuxième phrase*

S'agissant de la fixation des principes méthodologiques et des critères supplémentaires pour la détermination des plafonds, PES propose de remplacer la formulation potestative par une formulation impérative afin de garantir que, dans tous les cantons, ces nombres maximaux soient fixés sur la base de principes et de critères uniformes.

## **Associations faitières de l'économie**

USS propose de remplacer la formulation potestative de la deuxième phrase par une formulation impérative afin de garantir que, dans tous les cantons, ces nombres maximaux soient fixés sur la base de principes et de critères uniformes.

## **Fournisseurs de prestations**

### *Première phrase*

À l'aide de deux exemples, FMH explique que la réglementation avec les taux d'occupation ne peut pas être mise en pratique.

SBV doute de l'efficacité de l'al. 2. Étant donné que le pilotage de l'admission concerne le secteur ambulatoire, d'étranges montages pourraient apparaître dans les contrats de travail et les contrats des médecins agréés. Si le type d'intervention n'est pas clair dès le début (ambulatoire ou stationnaire), il se pourrait tout à coup qu'un médecin n'ait pas le droit de pratiquer l'intervention en ambulatoire car il aurait atteint ou dépassé son taux d'occupation et qu'il ne pourrait plus facturer ses prestations. De plus, il est certes louable de promouvoir la présence des femmes, mais cette disposition bloquerait ces efforts.

Selon mfe, il faut tenir compte du fait que les modèles de travail ont évolué chez les médecins et que le travail à temps partiel s'est développé.

### *Deuxième phrase*

FMH est opposé à la nouvelle compétence du Conseil fédéral, à savoir fixer des critères supplémentaires et des principes méthodologiques pour la détermination des plafonds. Au regard de la finalité poursuivie, qui est de limiter le nombre de fournisseurs de prestations, de tels critères empiètent fortement sur les droits des médecins. Ils devraient être précisés dans la loi afin de reposer au moins sur une légitimité démocratique.

S'agissant de la nature des critères fixés par le Conseil fédéral, mfe estime qu'il convient d'en déterminer les grandes lignes déjà dans la loi.

## **Fournisseurs de prestations - Sociétés (cantonales ou régionales)**

### *Première phrase*

AMGe et SMSR estiment que le taux d'occupation des médecins est un facteur difficile à suivre lorsqu'il s'agit d'indépendants et qu'il faut tenir compte en premier lieu des besoins estimés des patients dans les spécialités concernées, besoins qui peuvent évoluer rapidement.

Selon BEKAG, il est clair depuis longtemps que les taux d'occupation à temps partiel doivent désormais être pris en considération dans le calcul des plafonds. BEKAG estime que l'on va trop loin en accordant aux cantons la liberté de définir en grande partie eux-mêmes les critères et en demandant aux fournisseurs de prestations de communiquer gratuitement les données nécessaires.

KKA et AeG BL considèrent que cette disposition part d'une bonne intention mais qu'elle va engendrer d'immenses problèmes de mise en œuvre.

#### *Deuxième phrase*

AMGe et SMSR craignent que les critères proposés par le Conseil fédéral soient technocratiques, basés sur l'évolution des coûts plutôt que sur la réalité rencontrée par les patients.

GAeSO demande de biffer la deuxième phrase de l'al. 2.

### **Assureurs**

Curafutura estime que la prise en compte du taux d'occupation des médecins n'est pas praticable.

### **Patients, utilisateurs**

La prise en compte du taux d'occupation des médecins est nécessaire pour obtenir des chiffres précis et mener une politique cohérente. À cet effet, DVSP espère vivement que les sociétés de médecine, les assureurs et les cantons collaboreront en toute transparence et sans mettre les pieds au mur.

#### **4.5.4 Prises de position concernant l'art. 55a, al. 3**

### **Cantons**

CDS, CLASS ainsi que AI, BE, GE, GR, OW, SO, TG, TI et ZH considèrent qu'il existe une contradiction entre la compétence souveraine des cantons d'appliquer ou non l'art. 55a LAMal, d'une part, et l'obligation de coordination des cantons entre eux, d'autre part. Ils estiment également que les exigences relatives à la coordination avec les autres cantons doivent demeurer aussi simples que possible, sans quoi le danger existe qu'en cas de recours la jurisprudence fixe des exigences de coordination qui en pratique entravent indûment la limitation de l'admission dans un canton ou retardent la procédure. Ils proposent que les cantons limitrophes soient consultés et que leur offre soit prise en compte dans l'appréciation globale pour édicter les quotas.

AG constate ici encore un besoin supplémentaire en ressources administratives.

JU propose de changer la formulation en une disposition potestative.

NE propose que les cantons instituent des commissions intercantionales chargées d'établir des quotas de médecins par spécialité et par canton. Les cantons détermineraient la répartition régionale des médecins au sein du territoire cantonal en fonction des quotas qui leur seraient attribués. La commission intercantonale et les cantons devraient pouvoir consulter les associations médicales pour déterminer ces quotas (cantonaux et intercantonaux).

TG, UR et ZG proposent de biffer la deuxième phrase. ZG estime que les cantons doivent être libres de prendre en compte l'offre dans les cantons voisins, mais considère qu'il serait très compliqué de relever les flux de patients et que de tels relevés pourraient conduire à des décisions créant des mauvaises incitations. UR propose d'ajouter les cantons limitrophes à la liste des institutions devant être entendues.

VD craint que cette disposition ne bloque toute action dans le domaine de la limitation à l'admission. Il propose que le canton consulte à cet effet les cantons limitrophes en vue d'établir sa propre offre de soins.

## **Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale**

PDC salue l'obligation de coordination intercantonale concernant l'admission des fournisseurs de prestations. PSS et PES adhèrent à l'obligation pour les cantons d'entendre les différentes parties prenantes et de se coordonner entre eux.

## **Associations faitières de l'économie**

Pour USAM, si l'admission des fournisseurs de prestations doit être régulée, cela doit au moins avoir lieu de manière suprarégionale.

USS estime que la prise en compte du taux d'occupation, la consultation des organisations concernées et la coordination avec les autres cantons forment un tout indivisible, et que ces trois points soutiennent la sécurité de l'approvisionnement en prestations.

## **Fournisseurs de prestations**

FMH considère que si un canton devait faire usage de la possibilité de limiter les admissions par le biais de plafonds, il ne suffirait pas simplement d'entendre les parties prenantes pour établir une réglementation si complexe. FMH, VLSS et mfe demandent ainsi la mise en place d'une commission consultative permanente dans laquelle siègeraient des représentants des fédérations mentionnées.

Selon svbg, SVPL, SBK, FMH, mfe, SHV et SVDE, la mobilité croissante des assurés fait que les frontières cantonales perdent de leur importance. C'est pourquoi la gestion des admissions doit intervenir à l'échelle régionale, et non plus au niveau cantonal. FMH estime que cette remarque s'applique surtout aux spécialistes.

Selon SBV, cette disposition ne doit pas avoir pour conséquence que les cantons doivent abandonner une partie de leur souveraineté. Si l'on veut vraiment tenir compte de la mobilité, il faudrait englober non seulement les cantons limitrophes, mais également d'autres cantons.

Pour SWISS REHA, de telles solutions ne sont pas praticables car de plus en plus de cliniques disposent, dans plusieurs cantons, de sites dans les domaines ambulatoire et stationnaire et, dans le secteur de la réadaptation, on observe des flux très importants de patients entre les cantons. Dans ce contexte, il faudrait des solutions fiables à l'échelle nationale si une limitation de l'admission était envisagée. En outre, une limitation de l'admission devrait, le cas échéant, se limiter aux médecins indépendants, car les services hospitaliers ambulatoires endosseraient le rôle de fournisseur final.

## **Fournisseurs de prestations - Sociétés (cantonales ou régionales)**

AMGe et SMSR saluent la mention des représentants de patients et des fournisseurs de prestations. Elles considèrent que pour donner un avis éclairé, ceux-ci doivent disposer de données de qualité qu'ils n'ont souvent pas le moyen de produire eux-mêmes. Enfin, l'expérience démontre selon elles que l'obligation d'entendre ne signifie pas que le canton doit tenir compte des avis reçus.

BEKAG estime qu'il est nécessaire de mettre en place une commission permanente explicitement stipulée par la loi et siégeant régulièrement. Elle demande que l'alinéa soit formulé dans ce sens, à l'instar de la proposition de FMH. GAeSO demande de biffer l'al. 3.

## **Patients, utilisateurs**

SPO se réjouit vivement que les représentants des patients soient consultés lors de la détermination des plafonds.

## **Autres**

Étant donné que les patients qui bénéficient d'une consultation génétique et/ou qui se soumettent à une analyse génétique sont très souvent pris en charge en ambulatoire, même si la consultation a lieu dans un cadre hospitalier, GUMEK demande de prendre en considération les spécificités du domaine de la génétique et d'adapter en conséquence l'al. 3.

#### 4.5.5 Prises de position concernant l'art. 55a, al. 4

##### Cantons

CDS approuve sans remarque.

AG doute que les fédérations disposent de données fiables sur le taux d'occupation des médecins, en particulier dans le domaine ambulatoire des hôpitaux. Il constate qu'un nouveau relevé nécessitera des ressources administratives importantes.

JU demande qu'il soit précisé que cette possibilité de communiquer des données s'applique aussi aux médecins déjà installés avant l'entrée en vigueur de cette modification.

NE estime qu'il faudrait au moins que les cantons puissent obtenir des données relatives aux chiffres d'affaires et au nombre de consultations par prestataire pour pouvoir envisager de déterminer objectivement ces plafonds.

SZ et VD saluent le fait que les fournisseurs de prestations et les assureurs doivent fournir gratuitement les données nécessaires pour la mise en œuvre du pilotage.

TG et ZH demandent que les cantons puissent déterminer eux-mêmes les données qui leur sont nécessaires, et que la livraison de données incomplètes ou de mauvaise qualité puisse être sanctionnée.

TI estime que les cantons doivent pouvoir recevoir les données de l'OFS indispensables à la mise en œuvre du moratoire. Il s'agirait donc d'étendre l'art. 30b, al. 1, OAMal.

##### Fournisseurs de prestations

Selon FMH, l'al. 4 doit être biffé ou adapté en faisant référence à la base de données existante étant donné que les cantons, qui sont souverains en la matière, disposent déjà de ces données.

SBV estime que l'obligation de communiquer ces données devrait être remplie par les caisses-maladie et non par les fournisseurs de prestations. Mfe rejette également cette disposition prévue à l'al. 4. Ces données ne devraient être communiquées que moyennant une compensation financière équitable.

VLSS demande la modification de l'al. 4 en ce sens que les fournisseurs de prestations et les assureurs ainsi que leurs fédérations respectives participent aux coûts inhérents à la communication des données.

Physioswiss demande, à l'al. 4, de supprimer la mention des fournisseurs de prestations et de leurs fédérations pour parler uniquement des médecins, des hôpitaux et des assureurs ainsi que de leurs fédérations respectives. À noter que ChiroSuisse est du même avis.

##### Fournisseurs de prestations - Sociétés (cantonales ou régionales)

KKA et AeG BL constatent que le canton dispose en principe des données pertinentes, à savoir les données collectées par l'OFS au sens des l'art. 23 LAMal et 59a LAMal.

AMGe et SMSR estiment que de nombreuses données doivent déjà être fournies par les médecins et que les enquêtes ou études supplémentaires qui pourraient être nécessaires en représentant une charge importante ne peuvent pas être mises à la charge des prestataires.

BEKAG propose une formulation pour l'al. 4 de la même teneur que celle de VLSS. GAeSO demande d'adapter l'al. 4 étant donné que cette disposition, telle qu'elle est formulée, n'est ni nécessaire ni admissible.

Selon SVM, sous le prétexte de vouloir introduire un plafond dans les spécialités, les autorités cantonales pourront à l'avenir, sur simple demande, obtenir des données récoltées dans les centres de confiance.

##### Assureurs

Curafutura estime qu'une livraison supplémentaire de données à 26 cantons ne serait ni proportionnée ni appropriée et devrait être évitée selon la Charte de la statistique publique. Au

cas où des données supplémentaires seraient quand même nécessaires pour déterminer les plafonds, elle demande qu'une organisation indépendante soit chargée de les relever pour l'ensemble de la Suisse.

#### **4.5.6 Prises de position concernant l'art. 55a, al. 5**

##### **Cantons**

CDS approuve sans remarque.

TG et ZH demandent que le terme *autorisation* ne soit pas utilisé et que la terminologie dépendante/indépendante (al. 1, let. a) soit adaptée à la LPMéd révisée (cf. remarques al. 1).

TI estime que la let. b ainsi formulée conduira à la disparition des institutions selon l'art. 36a LAMal. Il propose donc de geler le nombre maximum de médecins au nombre de médecins actifs au moment de l'entrée en vigueur de la modification.

ZG demande que seul le maintien des droits acquis soit assuré et qu'il soit précisé (let. a) : *les médecins qui ont été admis et ont pratiqué dans le même canton...*

##### **Associations de consommateurs**

Pour SKS, il est primordial que les fournisseurs de prestations actuels et futurs exerçant à la charge de l'AOS soient traités de la même manière pour que les modifications prévues dans le cadre de la révision partielle puissent effectivement déployer leurs effets.

##### **Fournisseurs de prestations**

Mfe juge essentielle la disposition à l'al. 5. Selon SBV, il est pertinent de ne pas toucher aux droits acquis.

##### **Assureurs**

Curafutura demande que les dispositions prévues concernant l'admission selon l'art. 36, al. 4 et la limitation prévue à l'art. 55a s'appliquent également aux fournisseurs de prestations déjà admis, aussi bien à ceux exerçant dans le domaine ambulatoire d'un hôpital qu'à ceux exerçant en cabinet.

Santésuisse s'oppose à ce que les médecins déjà admis, qui ont contribué par le passé à la hausse des coûts, soient protégés, alors que les jeunes disposant des connaissances les plus récentes en sont exclus. Elle propose que les cantons qui appliquent ces dispositions doivent instaurer une procédure de soumission publique avec comme principal critère d'adjudication, après le contrôle de la qualité, que le médecin devrait accepter de convenir avec les assureurs d'un prix plus bas que celui en cours dans la région concernée.

#### **4.5.7 Prises de position concernant l'art. 55a, al. 6**

##### **Cantons**

CDS, CLASS et GE approuvent cet alinéa sans remarque.

NE estime que cette disposition doit pouvoir être appliquée aussi dans les cantons qui n'ont pas choisi de plafonner, indépendamment des alinéas précédents. Il estime qu'en choisissant de n'appliquer que cette disposition, les cantons ont déjà un outil efficace pour la détection d'éventuels abus.

SG demande de supprimer cet alinéa. Il estime que la décision de bloquer les admissions dans un domaine de spécialité doit être une conséquence de la fixation de nombres maximaux et ne devrait pas se baser sur des critères purement économiques, mais également tenir compte par exemple d'aspects qualitatifs et relatifs à l'approvisionnement.

TG et ZH soutiennent cette disposition. Ils demandent que les assureurs soient tenus de fournir les données nécessaires à cet effet.

VD salue cette disposition, mais demande que le critère du découpage par district soit pris en compte.

ZG demande qu'il soit précisé que les cantons peuvent établir des règles générales et abstraites, notamment par voie d'ordonnance, que la limitation des admissions entre automatiquement en vigueur avec l'entrée en vigueur de ces dispositions.

### **Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale**

PES rejette la proposition à l'al. 6. Cette réglementation pourrait affecter sensiblement l'accès de tous les groupes de la population à des soins médicaux de base de grande qualité.

Selon PSS, l'évolution des coûts comme seul critère est jugé insuffisant pour permettre aux cantons de stopper immédiatement toute nouvelle admission dans un domaine de spécialité médicale. S'il devait être mis en place, ce levier devrait être assorti de conditions supplémentaires.

### **Associations faitières de l'économie**

USS rejette une telle réglementation, car elle pourrait affecter sensiblement l'accès de tous les groupes de la population à des soins médicaux de base de grande qualité.

### **Fournisseurs de prestations**

FMH estime que l'al. 6 est inapproprié. Il est très probable qu'au moment de sa mise en œuvre, il aboutira à des résultats injustes pour les fournisseurs de prestations car il est notamment trop restrictif. Étant donné que la réglementation proposée ne tient compte ni de la démographie, ni des régions d'approvisionnement intercantionales, on risque d'en tirer des conclusions erronées. Il serait judicieux de prendre en considération les régions d'approvisionnement vu que les coûts annuels par assuré peuvent également augmenter dans un canton alors que ces coûts sont occasionnés dans un autre canton.

SWISS REHA demande également la suppression de l'al. 6 étant donné que cette clause globale pourrait entraver le développement de nouvelles offres de soins, ce qui contribuerait au maintien du sous-approvisionnement en particulier dans les zones rurales.

VLSS et mfe rejettent la réglementation prévue à l'al. 6. Mfe estime que, pour évaluer si l'approvisionnement est adéquat dans un domaine, il faut d'abord voir si l'accès des patients à des soins de haute qualité est garanti ou non. Opposé à cette disposition pour des raisons analogues, SBV estime que cette considération isolée conduirait à un activisme néfaste.

### **Fournisseurs de prestations - Sociétés (cantonales ou régionales)**

KKA, AeG BL, MedGes BS, VHBB et BEKAG rejettent l'al. 6. BEKAG souligne que les nouvelles méthodes de traitement, qui ont une incidence sur les coûts en comparaison avec d'autres domaines de spécialité, pourraient être indirectement et injustement pénalisées. Selon KKA et AeG BL, il est inacceptable, dans une situation complexe dans laquelle de nombreuses causes interviennent, de se baser sur un critère de manière monocausale alors que les raisons de la hausse des coûts ne jouent aucun rôle.

AMGe et SMSR considèrent qu'avant de conclure qu'une augmentation des coûts dans une spécialité est due à un excès de prestataires, il faut connaître l'évolution des besoins, qu'elle soit due à l'évolution démographique ou à celle des techniques de soins.

SMVS estime que cette disposition, sans même prévoir une analyse correcte des causes potentielles (nouvelles technologies, évolution épidémiologique, etc.) ouvre la porte à un arbitraire inacceptable qui ne correspond en rien à une régulation sensée, basée sur des besoins et évolutions avérées.

### **Assureurs**

Santésuisse trouve nécessaire que les cantons puissent stopper les admissions en cas de hausse injustifiée des coûts, au cas où la réglementation prévue, qu'elle ne soutient pas, devait

entrer en vigueur. Elle estime cependant qu'une formulation potestative est insuffisante, et que les propositions ne sont pas adéquates pour contenir l'augmentation des coûts et instaurer une concurrence sur la qualité entre les fournisseurs de prestations.

### **Patients, utilisateurs**

DVSP estime que cet outil devrait être assoupli de manière à mieux tenir compte des besoins de la médecine de premier recours. Ainsi, le gel des admissions nécessite des critères plus précis.

Selon Inclusion Handicap, il faut impérativement prendre en considération le fait que, dans les domaines de spécialité où la pénurie est avérée, une hausse des coûts est souhaitable en cela qu'elle indiquerait une amélioration de la situation au niveau de l'approvisionnement.

SPO constate qu'il est tout à fait possible que, dans un canton, les coûts moyens pour un domaine de spécialité enregistrent une hausse particulièrement forte parce que cette spécialité n'est pas proposée dans les cantons limitrophes plus petits. Les décisions importantes devraient être examinées et prises à l'échelon régional et non uniquement au niveau du canton.

## **4.6 Prises de position concernant l'art. 59**

### **Cantons**

CDS approuve sans remarque.

NE constate que les assureurs-maladie ne font guère usage de cette disposition dans le cadre légal actuel. Il propose d'ajouter les cantons à l'art. 59, al. 2, car ils sont parfois en mesure de détecter des abus et doivent aussi pouvoir dénoncer des cas au tribunal arbitral.

TG et ZH demandent que la livraison de données incomplète ou de mauvaise qualité puisse également être sanctionnée.

### **Fournisseurs de prestations**

FMH juge disproportionnée la sanction consistant à exclure temporairement ou définitivement les fournisseurs de prestations de toute activité à la charge de l'AOS s'ils n'ont pas communiqué les données conformément à l'art. 36, al. 4, LAMal. VLSS demande la suppression pure et simple de l'al. 1.

### **Fournisseurs de prestations - Sociétés (cantonales ou régionales)**

BEKAG demande de biffer purement et simplement l'al. 1.

### **Assureurs**

Santésuisse demande que les sanctions possibles en cas de mauvaise qualité ou de manque de transparence soient mentionnées ou qu'il y soit fait référence. Elle estime que l'art. 36, al. 4 du projet ne peut dans la pratique pas être mis en œuvre, car les assureurs ne disposent d'aucun instrument et doivent se plaindre auprès d'un tribunal arbitral.

## **4.7 Prises de position concernant les dispositions transitoires**

### **4.7.1 Prises de position concernant les dispositions transitoires, en général**

#### **Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale**

PvI estime que les charges relatives à la garantie de la qualité doivent s'appliquer à l'ensemble des fournisseurs de prestations. Il serait donc opportun de prévoir un délai transitoire adapté.

#### **Fournisseurs de prestations**

Selon FMH, il faut prévoir un délai transitoire adéquat pour cette nouvelle réglementation, à condition qu'elle s'applique également aux fournisseurs de prestations déjà admis.

#### **4.7.2 Prises de position concernant les dispositions transitoires, al. 1**

##### **Cantons**

NE s'oppose à cette disposition, car il préconise que ce soient les cantons qui contrôlent le respect des conditions d'admission et non les assureurs-maladie.

ZG demande qu'il soit prévu que les médecins et médecins-dentistes ne soient dispensés d'autorisation que dans le canton où ils étaient déjà admis.

##### **Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale**

PLR et pvl critiquent le maintien des acquis pour les médecins déjà admis. À leurs yeux, cette disposition désavantage clairement les fournisseurs de prestations plus jeunes qui remplissent les exigences en matière de qualité.

##### **Associations de consommateurs**

SKS estime que pour que les nouvelles dispositions fassent réellement effet, il faut que les actuels et futurs fournisseurs de prestations soient soumis aux mêmes règles.

##### **Fournisseurs de prestations**

VLSS demande de biffer purement et simplement l'al. 1.

##### **Fournisseurs de prestations - Sociétés (cantonales ou régionales)**

BEKAG demande la suppression pure et simple de l'al. 1.

##### **Assureurs**

Curafutura demande que les dispositions prévues concernant l'admission selon l'art. 36, al. 4 et la limitation prévue à l'art. 55a s'appliquent également aux fournisseurs de prestations déjà admis, aussi bien à ceux exerçant dans le domaine ambulatoire d'un hôpital qu'à ceux exerçant en cabinet.

#### **4.7.3 Prises de position concernant les dispositions transitoires, al. 2**

##### **Cantons**

AG et NE estiment qu'un délai de 2 ans pour adapter les législations cantonales est trop court compte tenu des nouvelles dispositions, sans augmentation des ressources administratives. NE propose un délai de 3 ans.

CLASS ainsi que GE et VD veulent être certains que le projet permette qu'un canton qui ne ferait pas immédiatement usage de son droit d'instaurer un plafond pourrait changer d'avis et vouloir le mettre en place après ce délai de deux ans. En outre, CLASS et GE souhaitent qu'il soit précisé que les cantons ayant fait usage de la limitation avant l'entrée en vigueur de la modification peuvent faire usage des droits qui leur sont conférés par l'art. 55a dès son entrée en vigueur.

TI demande qu'il soit clairement formulé que la solution actuelle de gestion des admissions puisse être appliquée jusqu'à ce que les cantons aient terminé les adaptations nécessaires, en prolongeant le délai à 5 ans. Il demande également que les nouvelles dispositions puissent être applicables par les cantons dès leur entrée en vigueur (al. 3).

##### **Fournisseurs de prestations**

SOS Médecins estime que cette disposition fonde l'application de l'art. 55a LAMal actuel par les cantons pour un nouveau délai de 2 ans, alors que que cette disposition n'a effet que jusqu'au 30 juin 2019. Selon lui, il convient en conséquence de faire coïncider les dates de mise en œuvre du droit cantonal avec le droit fédéral et déterminer un délai expirant le 30 juin 2019.

## 4.8 Autres propositions

### Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

Selon PSS, en cas de sous-approvisionnement en soins médicaux de base, les autorités publiques devraient être tenues de prendre des mesures pour y remédier.

### Associations faitières de l'économie

Economiesuisse propose trois alternatives pour améliorer l'admission des fournisseurs de prestations : introduction de valeurs du point tarifaire tenant compte du besoin, mise aux enchères de concessions pour les nouveaux cabinets, conformément au postulat 12.3783 du Conseiller national Ignazio Cassis « Régulation du nombre de médecins. Ne pas répéter les erreurs commises par le passé » et suppression complète de l'obligation de contracter pour certains groupes de médecins et dans certaines régions.

USAM préconise la suppression de l'obligation de contracter.

USS demande que la Confédération puisse intervenir si l'accès de tous les groupes de la population à des soins médicaux de base de grande qualité devait à l'avenir être entravé dans un canton ou une région à cause du pilotage de l'admission des fournisseurs de prestations.

### Fournisseurs de prestations

Pour FMH et mfe, il est incompréhensible que le projet mis en consultation ne prévoise pas la possibilité pour les cantons de prendre des mesures destinées à soutenir les fournisseurs de prestations en cas de sous-approvisionnement.

VAKA demande que les limitations de l'admission opérées par les cantons soient examinées régulièrement et adaptées aux conditions du moment ainsi qu'aux besoins des fournisseurs de prestations. Il convient ainsi d'accorder aux fournisseurs de prestations un droit de proposition et un droit de regard lors de cet examen.

CURAVIVA, senesuisse et Spitex demandent que les admissions de nouveaux médecins ne soient possibles que si les médecins concernés s'engagent à proposer un dossier électronique du patient (DEP) à leurs patients. Ils sont tenus d'intégrer une communauté ou une communauté de référence certifiée au sens de la législation sur le dossier électronique du patient.

### Fournisseurs de prestations - Sociétés (cantonales ou régionales)

KKA et AeG BL estiment qu'en raison des fausses incitations financières entravant le renforcement du secteur ambulatoire, il faut viser à moyen terme un financement homogène des secteurs stationnaires et ambulatoires, et que les travaux en la matière doivent commencer maintenant au vu de la résistance politique des cantons à surmonter. KKA et AeG BL considèrent également qu'il faut des incitations à la création de cabinets de médecins de famille et de spécialistes ainsi que de modèles de régionalisation des soins de premier recours, tels que des centres médicaux de premier recours régionaux, à proximité du domicile.

SMVS demande que les professionnels de la santé et les médecins, notamment FMH, soient impliqués intensément et de façon partenariale et proactive dans tous les projets politiques de réformes concernant le système de santé.

Étant donné que toutes les mesures de pilotage du secteur ambulatoire qui ont été prises jusqu'ici n'ont pas permis de juguler la hausse des coûts, AGZ considère qu'il est temps de réfléchir à des alternatives pour améliorer la qualité sans un surcroît de bureaucratie, pour renforcer le secteur des soins extra-hospitaliers et l'approvisionnement au niveau des régions, pour garantir la fourniture des soins médicaux et favoriser la concurrence ainsi que pour responsabiliser davantage les patients. AGZ suggère de s'inspirer du système de médecins non-conventionnés actuellement en vigueur en Autriche.

## **Patients, utilisateurs**

DVSP regrette que le projet se limite à la question de la limitation du nombre d'admissions, sans aborder celle du sous-approvisionnement. Elle encourage donc vivement le Conseil fédéral à présenter prochainement d'autres mesures permettant de lutter durablement contre le sous-approvisionnement, notamment en lien avec la formation et l'orientation des futurs médecins.

À la lumière de l'art. 25 de la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), Inclusion Handicap est clairement opposée à la participation de la Confédération à des discussions relatives à un modèle qui favoriserait la libre concurrence entre les différents acteurs de la santé ou qu'elle en fasse même la promotion.

## **Assureurs**

Du point de vue du Groupe mutuel, la liberté de contracter devrait être introduite. Les assureurs seraient tenus de conclure un contrat avec un nombre maximal de prestataires afin de garantir la fourniture des soins adéquate. La Confédération définirait les données nécessaires, la méthode et les densités optimales par spécialité. Dans ce cadre, chaque canton définirait ses densités maximales du nombre de fournisseurs admis à pratiquer à charge de l'AOS en consultation avec les prestataires des soins et les assureurs-maladie. Les assureurs et les fournisseurs de prestations auraient le droit de recourir contre la densité maximale fixée par le canton et concluraient des contrats sur la base de critères clairs et justiciables.

Santésuisse propose un modèle alternatif au projet du Conseil fédéral, basé sur une planification intercantonale obligatoire, incluant la fourniture de prestations dans tous les domaines et tenant compte des flux de patients.

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

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

<sup>1</sup> dans l'ordre alphabétique des abréviations

SH	Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa
SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'État du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'État du canton de Schwytz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'État du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'État du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino
UR	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'État du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'État du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'État du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'État du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'État du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (GDK)
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)
CDS	Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)
CLASS	Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale</b>	
CSPO	Christlichsoziale Volkspartei Oberwallis
CVP	Christlichdemokratische Volkspartei
PDC	Parti démocrate-chrétien
PPD	Partito popolare democratico
FDP	FDP. Die Liberalen
PLR	PLR. Les Libéraux-Radicaux
PLR	PLR. I Liberali Radicali
glp	Grünliberale Partei
pvl	Parti vert'libéral
pvl	Partito verde-liberale
GPS	Grüne Partei der Schweiz
PES	Parti écologiste suisse
PES	Partito ecologista svizzero
SPS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz
PSS	Parti socialiste suisse
PSS	Partito socialista svizzero

SVP	Schweizerische Volkspartei
UDC	Union démocratique du Centre
UDC	Unione democratica di Centro
<b>Associations faitières des communes, des villes et des régions de montagne</b>	
SAB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete
SAB	Groupement suisse pour les régions de montagne
SAB	Gruppo svizzero per le regioni di montagna
<b>Associations faitières de l'économie</b>	
CP	Centre Patronal (CP)
economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere Swiss business federation
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
USS	Union syndicale suisse
USS	Unione sindacale svizzera
SGV	Schweizerischer Gewerbeverband
USAM	Union suisse des arts et métiers
USAM	Unione svizzera delle arti e dei mestieri
<b>Milieux intéressés</b>	
<b>Associations de consommateurs</b>	
FRC	Fédération romande des consommateurs
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz (SKS) Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori
<b>Organisations du domaine de la santé</b>	
<b>Fournisseurs de prestations</b>	
ChiroSuisse	Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft (SCG) Association suisse des chiropraticiens (ASC) Associazione svizzera dei chiropratici (ASC)
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz Association des homes et institutions sociales suisses Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri
senesuisse	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri
mfe	Haus- und Kinderärzte Schweiz Médecins de famille et de l'enfance Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera
OPS	Organisation Podologie Schweiz Organisation Podologie Suisse Organizzazione Podologia Svizzera

physioswiss	Schweizer Physiotherapie Verband Association Suisse de Physiothérapie Associazione Svizzera di Fisioterapia
pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti
PKS	Privatkliniken Schweiz (PKS) Cliniques privées suisses (CPS) Cliniche private svizzere (CPS)
RVBB	Regionalverband beider Basel physioswiss
SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI)
SBV	Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV) Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux (ASMI) Associazione svizzera dei medici indipendenti che lavorano in cliniche private (ASMI)
SGH	Schweizerische Gesellschaft für Hämatologie (SGH) Société suisse d'hématologie (SSH) Società Svizzera di Ematologia (SSH)
SHV	Schweizerischer Hebammenverband (SHV) Fédération suisse des sages-femmes (FSSF) Federazione svizzera delle levatrici
SOS Médecins	SOS Médecins, Genève
Spitex	Spitex Verband Schweiz Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio
SSO	Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft Société suisse des médecins-dentistes Società svizzera odontoiarti
SVBG	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen (SVBG) Fédération Suisse des Associations professionnelles du domaine de la Santé (FSAS) Federazione Svizzera delle Associazioni professionali Sanitarie (FSAS)
SVDE	Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen (SVDE) Association suisse des diététicien-ne-s (ASDD) Associazione Svizzera delle-dei Dietiste-i (ASDD)
SVPL	Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter (SVPL) Association Suisse des Directrices et Directeurs des Services Infirmiers (ASDSI) Associazione Svizzera dei Capi Servizio Cure Infermieristiche (ASCSI)
Swiss Medi Kids AG	Swiss Medi Kids AG, Zürich
SWISS REHA	Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz Association des cliniques de réadaptation suisses Associazione delle cliniche di riabilitazione svizzere
VAKA	Vereinigung der aargauischen Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
VLSS	Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz (VLSS) Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse (AMDHS) Associazione medici dirigenti ospedalieri svizzeri (AMDOS)
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique (ASMAC) Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica (ASMAC)

<b>Fournisseurs de prestations - Sociétés (cantonales ou régionales)</b>	
KKA	Konferenz der kantonalen Ärztesgesellschaften (KKA) Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) Conferenza delle società mediche cantonali (CMC)
AGZ	Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich
AMGe	Association des médecins du Canton de Genève
AeG BL	Ärztesgesellschaft Baselland
BEKAG	Ärztesgesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) Société des médecins du canton de Berne (SMCB) Società dei medici del Cantone di Berna (SMCB)
GAeSO	Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn
MedGes BS	Medizinische Gesellschaft Basel
OMCT	Ordine dei Medici del Cantone Ticino
SMSR	Société médicale de la Suisse romande
SMVS	Walliser Ärztesgesellschaft (VSÄG) Société médicale du Valais (SMVS)
SMCJU	Société médicale du Canton du Jura
SVM	Société Vaudoise de Médecine
VHBB	Vereinigung Hausärztinnen und Hausärzte beider Basel
VZK	Vereinigung Zürcher Kinder- und Jugendärzte
<b>Assureurs</b>	
curafutura	Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi
Groupe mutuel	Groupe mutuel Assurances Groupe mutuel Versicherungen Groupe mutuel Assicurazioni
santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses Gli assicuratori malattia svizzeri
SVV	Schweizerischer Versicherungsverband (SVV) Association suisse d'assurances (ASA) Associazione svizzera d'assicurazioni (ASA)
<b>Patients, utilisateurs</b>	
DVSP	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen (DVSP) Fédération suisse des patients (FSP)
Inclusion Handicap	Dachverband der Behindertenorganisationen Schweiz Association faïtière des organisations suisses de personnes handicapées Mantello svizzero delle organizzazioni di persone con disabilità
SPO	Stiftung Patientenschutz (SPO) Fondation Organisation suisse des patients (OSP) Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti (OSP)
<b>Autres</b>	
BFG	Bündnis freiheitliches Gesundheitswesen Entente Système de santé libéral
GUMEK	Expertenkommission für genetische Untersuchungen beim Menschen Commission d'experts pour l'analyse génétique humaine (CEAGH) Commissione di esperti per gli esami genetici sull'essere umano (CEEGU)