

## Editorial



Le Conseil fédéral a annoncé début juin qu'il ne pouvait pas encore approuver la nouvelle version de TARDOC présentée en décembre 2021. Il a cependant admis qu'en principe TARDOC était «une base valable pour une nouvelle structure tarifaire». Dans une lettre adressée aux partenaires tarifaires, le gouvernement a précisé les conditions de son approbation.

Une version améliorée devrait être présentée jusqu'à fin 2023 avec pour objectif de garantir l'introduction d'un tarif sans incidences sur les coûts. De plus, il s'agira de mettre au point un concept indiquant «comment et jusqu'à quand les défauts relevés dans le rapport de l'OFSP peuvent être corrigés». Dans la foulée, le Conseil fédéral demande aux partenaires de l'organisation tarifaire de poursuivre leurs travaux en vue de l'introduction de forfaits pour les prestations médicales ambulatoires.

De ce fait, l'objectif initial d'implémenter le système TARDOC avant la fin 2022 devient impossible. Les médecins et hôpitaux doivent donc continuer de travailler avec Tarmed, donc avec une structure tarifaire surannée et manquant de transparence. Ce système comporte trop de positions qui n'ont plus de signification clinique alors que des prestations nouvelles et modernes y sont mal exposées, voire inexistantes. On comprend dès lors la déception de la FMH, de Curafutura et d'autres organisations concernées par la décision du Conseil fédéral. Le projet de renforcer les soins de base par les médecins de famille et les pédiatres sera ainsi retardé de plusieurs années. Reste à espérer que les partenaires tarifaires parviendront rapidement à se mettre d'accord afin que TARDOC puisse être approuvé avant la fin 2023 et ensuite appliqué. Les médecins, mais aussi les assureurs et les hôpitaux ont besoin de lignes directrices claires pour sauvegarder et renforcer la qualité exceptionnelle du système de santé publique suisse.

Le système TARDOC peut offrir une bonne solution dans ce sens. Cela dit, toutes les parties concernées doivent être appelées à se concentrer sur l'objectif visé, à savoir la mise en place d'une structure tarifaire équitable et moderne, et renoncer à des reproches et insinuations infondés. Voilà la seule manière de maîtriser les coûts tout en sauvegardant la qualité de la santé publique.

Messages Zordianx

Dr. med. Gerardo Maquieira  
(président FMP)

## Reproches infondés adressés aux médecins

**Dans un récent commentaire sur la hausse des coûts de la santé, le quotidien «Aargauer Zeitung» reproche aux médecins de ne pas avoir conscience de ce problème. Les médecins vivent «sur leur propre planète» et ne présentent jamais des propositions utiles pour freiner un tant soit peu l'augmentation des coûts, affirme l'auteur. La FMP se défend contre ces accusations injustes.**

Le fait d'avancer le refus du «managed care» comme argument confirmant prétendument que les médecins se battent contre toutes les économies et réformes du système de santé en dit long sur l'état d'esprit de l'auteur de ce commentaire. Il en est de même du raisonnement selon lequel la hausse des coûts de la santé se manifeste dans l'augmentation des primes. Il s'agit là d'un raccourci trompeur. Yvonne Gilli, présidente de la FMH, s'en est expliquée dans un exposé devant la FMP et dans un article paru dans le Bulletin des médecins suisses: «En refusant de distinguer entre primes et coûts, on présente aux payeurs des primes une part toujours plus importante de la facture et on les fait croire qu'ils ne doivent payer plus que parce que la facture globale est plus élevée.»

Yvonne Gilli relève qu'il est problématique de ramener la discussion sur les coûts à une discussion sur les primes: en 1996 seuls 29,9% des coûts de la santé étaient financés via les primes, soit beaucoup moins qu'aujourd'hui. Se focaliser sur la hausse des primes tout en omettant que les primes financent aujourd'hui une part beaucoup plus importante de la santé publique, c'est tromper le monde. C'est suggérer que les primes augmentent uniquement à cause de la hausse des coûts. Si aujourd'hui seuls 29,9% du système de santé étaient financés par les primes d'assurance-maladie, celles-ci seraient inférieures de 21% à leur niveau actuel.

### Encore plus de règles imposées par l'Etat?

Le reproche selon lequel les médecins bloquent toute réforme de la santé publique ne correspond pas à la réalité. Avec le système TARDOC, les partenaires tarifaires ont mis au point un instrument efficace qui réduit les incitations contreproductives et réduit des coûts évitables. Si l'association des caisses maladie Santésuisse et le conseiller fédéral Alain Berset y voient un problème, c'est parce qu'ils ont des raisons particulières.

Santésuisse espère pouvoir faire revenir dans son giron les caisses réunies dans l'association concurrentielle Curafutura en exerçant sur elles une pression politique et c'est pour cette raison que cette organisation s'oppose au système TARDOC. Quant au conseiller fédéral Alain Berset, il cherche par tous les moyens à augmenter l'influence de l'Etat sur le

domaine de la santé – quitte à provoquer un système médical planifié comme en Allemagne ou en France où des bureaucrates et des fonctionnaires décident du bien-être des patients.

Une fois de plus les médecins servent de bouc émissaire. Attaquer les salaires est la manière la plus simpliste de polémiser en éveillant des jalousies. Or, les coûts de la santé n'augmentent pas parce que les médecins gagnent plus, mais parce que la consommation de prestations médicales a considérablement augmenté. Le changement démographique, les progrès énormes de la médecine – tant dans le diagnostic que dans la thérapie – et l'extension des services ambulatoires hospitaliers sont d'autres facteurs poussant les coûts à la hausse.



Exposé de la présidente de la FMH, Dr Yvonne Gilli

### L'important projet EFAS

Il ne faut pas non plus oublier le projet EFAS (sigle allemand signifiant financement uniforme de la médecine ambulatoire et stationnaire). Les coûts des traitements médicaux stationnaires sont actuellement supportés par les cantons (55%) et par les assurances maladie (45%) alors que les coûts ambulatoires sont couverts à 100% par les assurances. L'application du principe «ambulatoire avant stationnaire» provoque donc forcément une hausse des primes. Un financement uniforme permettrait de corriger cette situation. Malheureusement, la critique des cantons a retardé le projet EFAS. On ose espérer que le Parlement rouvre rapidement ce dossier.

Conclusion: la discussion sur le revenu des médecins est déplacée et passe à côté du problème. Il serait plus utile de réduire la bureaucratie, de déréguler, de renforcer la concurrence et surtout d'imposer une plus grande retenue aux pouvoirs publics.

## Echéances

**17 septembre 2022**, 10.30 heures – Séance du comité

**29 septembre 2022**, 18.15 heures – Soirée d'information pour jeunes médecins et étudiants en médecine