

Communiqué de presse – Berne, le 4 mai 2017

Chambre médicale

Contre la hausse des primes sans rationner les prestations

La Chambre médicale de la FMH qui s'est tenue aujourd'hui a été l'occasion d'aborder les importants défis politiques qui attendent le corps médical suisse. D'une part, il s'agit de réviser la structure tarifaire ambulatoire afin de lutter efficacement contre toute atteinte à l'autonomie tarifaire: la FMH présentera une proposition de tarif révisé au courant de l'année 2018. D'autre part, l'introduction d'un budget global dans le secteur ambulatoire de l'AOS, tel que l'envisage actuellement le milieu politique, doit être absolument empêchée: avec un budget global, les patients devront attendre plus longtemps pour bénéficier d'un traitement ou se verront même refuser certaines prestations, créant ainsi une médecine à deux vitesses et un rationnement des prestations médicales. Au lieu de cela, la FMH encourage le monde politique à uniformiser le financement des prestations ambulatoires et hospitalières pour maîtriser la hausse des coûts sans rationner les prestations.

Dans son discours d'ouverture, le Dr Jürg Schlup, président de la FMH, a appelé le corps médical à s'unir pour préserver l'autonomie tarifaire et empêcher l'introduction d'un budget global dans le secteur ambulatoire de l'AOS. A l'avenir aussi, les patients doivent pouvoir continuer de compter sur une prise en charge médicale de qualité, financièrement supportable.

Une révision globale du TARMED au lieu d'un tarif étatique

En juin 2016, lors d'une votation générale, les membres de la FMH ont rejeté la révision du tarif ambulatoire TARMED qui leur était proposée. Depuis, la FMH met tout en œuvre pour terminer d'ici 2018 ses travaux d'amélioration de la révision globale, débutés en septembre 2016. Comme l'exige la loi, la structure tarifaire ambulatoire doit être appropriée et conforme aux règles applicables en économie d'entreprise.

Contrairement à l'intervention tarifaire du Conseil fédéral, qui altère encore davantage un tarif d'ores et déjà inapproprié, la révision globale permet de renforcer la médecine ambulatoire, d'actualiser les prestations et d'apporter ainsi une contribution essentielle à la prise en charge médicale.

Pas de rationnement des prestations médicales

La FMH s'oppose à l'introduction d'une régulation des coûts et du nombre de prestations. Avec ce système, une fois le budget épuisé, les prestations seront repoussées (temps d'attente) ou ne seront plus accordées. Ce rationnement implicite des prestations ambulatoires a un impact direct sur la prise en charge des patients. Il limite l'accès aux prestations médicales et conduit inévitablement à une médecine à deux vitesses, à des dépenses supplémentaires et à une hausse de l'ensemble des coûts de la santé. Par ailleurs, aucun budget global ne peut pas être introduit dans le secteur ambulatoire de l'AOS sans un débat public préalable qui interroge quelles prestations devraient à l'avenir ne plus être accordées à quels patients selon quels critères.

Au lieu d'introduire un budget global dans le secteur ambulatoire de l'AOS, la FMH encourage le monde politique à uniformiser le financement des prestations ambulatoires et hospitalières. Face à l'ensemble des coûts de la santé, la croissance du secteur ambulatoire n'est pas le problème mais une partie de la solution car les traitements ambulatoires permettent d'économiser sur les traitements hospitaliers souvent beaucoup plus onéreux. Actuellement, ces économies impactent les primes qui augmentent faute d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières et ne sont, de ce fait, bien souvent pas réalisées. D'après les études de PwC et Helsana, un financement uniforme des prestations hospitalières et ambulatoires permettrait d'économiser de 1 à 3 milliards de francs chaque année – sans rationner les prestations.

Gérer les admissions avec des critères de qualité efficaces

La FMH propose des critères de qualité faciles à appliquer dont l'efficacité est prouvée pour l'admission des médecins à facturer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. Premièrement, les médecins suivent trois ans de formation postgraduée dans la discipline demandée pour l'admission. Pendant ces années, ils se familiarisent avec le système sanitaire et social, et le système des assurances de notre pays. Deuxièmement, l'attestation de formation continue doit être exigée régulièrement contrairement à ce qui se fait actuellement. Et troisièmement, les médecins justifient de leurs compétences linguistiques dans une des langues officielles de leur région d'activité par un examen de langue passé en Suisse.¹ Consciente de l'importance de la communication avec les patients et au sein de l'équipe médicale, la FMH défend ainsi la sécurité des patients et la qualité des soins.

Renseignements:

Jacqueline Wettstein, cheffe de la division Communication de la FMH
Tél. 031/359 11 50, courriel: jacqueline.wettstein@fmh.ch

Association professionnelle du corps médical suisse, la FMH représente plus de 40'000 membres et fédère environ 90 organisations médicales. Elle s'attache en particulier à ce que tous les patients de notre pays puissent bénéficier d'un accès équitable à une médecine de qualité élevée dans le cadre d'un financement durable.

¹ Cette obligation ne concerne pas les médecins qui ont fait leur maturité en Suisse ou accompli leurs études (ou maturité) dans la langue officielle de leur région d'activité.