



## Commentaire de l'invitée

Andrea Büchler, présidente de la Commission nationale d'éthique, plaide pour des débats éthiques, basés sur des concepts clairs. Page 2



## Tarif médical : réforme toujours en vue

Au Conseil fédéral on été soumises deux propositions sur la future facturation des prestations. Page 3



## Le budget global par des portes dérobées

Les opposants à un budget global pour le système de santé auront à se battre sur plusieurs fronts. Page 4

# POLITIQUE + PATIENT

17<sup>ème</sup> année

Éditeur : Verband Deutschschweizer Ärztgesellschaften VEDAG  
Politique + Patient est un supplément du Bulletin des médecins suisses  
Responsables de la rédaction : Marco Tackenberg, Markus Gubler, Benjamin Fröhlich ; forum | pr  
Mise en page : Claudia Bernet, Berne  
Impression : Stämpfli AG

**VEDAG** Verband Deutschschweizer Ärztgesellschaften

Plans d'économies dans le système de santé

## Gérer l'admission des médecins — oui, mais comment ?

**Début 2022 sont entrées en vigueur les dispositions régissant l'admission des médecins. Lors d'un atelier de l'Association des sociétés médicales suisses alémaniques VEDAG, des sommités de la politique de santé ont discuté à Bienne de la mise en œuvre de la gestion de l'admission. Tous s'accordent à dire que ce ne sera pas simple.**



Les blouses blanches restent-elles au vestiaire ? La gestion d'admission fait obstacle aux débutants.

Photo : iStock

Depuis 20 ans existe une volonté politique de rendre les règles d'admission des médecins du secteur ambulatoire plus contraignantes. La « gestion de l'admission » est censée freiner l'excès de moyens ainsi que la hausse des coûts de santé. Depuis peu, c'est chose faite.

Le Conseil fédéral a promulgué en juin 2021 l'ordonnance ad hoc. En quoi change-t-elle la donne ? Les médecins souhaitant avoir dès le 1.1.2022 la possibilité de facturer leurs prestations à la charge de l'as-

Suite à la page 2

Commentaire

## Comment les médecins accompagnent les mourants

La médecine est, de tout temps, une révolte contre la maladie, la souffrance et la mort. Comment les médecins s'y prennent-ils avec la mort de leurs patients ? Et comment se préparent-ils à parler de la fin de vie avec les patients et leurs proches ? Durant l'été 2021, la Société Vaudoise de Médecine a effectué à ce sujet auprès de ses membres un sondage auquel ont répondu environ 450 médecins, dont une majorité de généralistes, de psychiatres ou de psychothérapeutes travaillant en cabinet privé, en cabinet de groupe ou dans un centre médical. Quarante pour cent des répondants disent être confrontés plusieurs fois par année à la mort d'un patient et 14 pour cent plusieurs fois par mois, voire quotidiennement. Deux tiers des médecins s'estiment suffisamment formés pour parler de la mort avec leurs patients, mais seuls un peu plus de la moitié se jugent compétents pour accompagner la famille de deuil. Au total, 70 pour cent des répondants jugent que les études font à cette matière une place insuffisante.

On aurait tort de croire la médecine capable de contrôler, voire être plus forte que la mort. Aussi la mort d'un patient ne signifie-t-elle pas que le médecin n'ait pas fait correctement son travail. Ce à quoi doivent s'efforcer en dernier ressort les médecins ne sont pas seulement des gestes techniques mais surtout des gestes d'humanité à l'égard de leurs patients.

surance obligatoire des soins (AOS) doivent remplir trois conditions d'admission. Un : avoir pratiqué pendant au moins trois ans la spécialité postulée dans un centre de formation continue suisse reconnu. Deux : posséder les compétences linguistiques requises pour leur région d'activité. Trois : être affilié pour le dossier électronique du patient à une communauté ou à une communauté de référence certifiée.

Les cantons auront en outre à tenir sur les prestataires admis des registres sur la base desquels ils pourront définir leurs besoins et limiter, le cas échéant, le nombre de médecins par spécialité et par région. Ils auraient ainsi la possibilité de corriger des sous-effectifs ou des sureffectifs coûteux et de garantir, ce faisant, une médecine de qualité dans tous les domaines et sur toute l'étendue des cantons.

### Questions sur questions

Ce qui est à l'état de projet ne fonctionne pas toujours dans la réalité. La procédure d'admission fait que la régulation du travail médical ne cesse d'augmenter. Alors que les prestataires installés ne sont pas directement concernés, la gestion de l'admission constitue pour les futurs médecins un obstacle et les pénalise par rapport à leurs collègues plus âgés.

Ceci alors que, vu la pénurie de médecins, mieux vaudrait abaisser les seuils. Et ce d'autant plus que la gestion de l'admission permet de ne corriger que très indirectement un sous-effectif. Le fait d'imposer un gel des admissions à l'agglomération bernoise n'inciterait guère un futur médecin de famille à s'installer dans le Simmental.

Il se pourrait même que la gestion de l'admission ne fasse qu'aggraver la pénurie existante. Jusqu'ici, on corrigeait cette situation en admettant à titre exceptionnel des médecins étrangers, chose qu'interdit aujourd'hui le nouveau droit d'admission.

### Manque de données

Les registres d'admission constituent en soi un problème. Comment les cantons s'y prendraient-ils pour les constituer ? Les données permettant de connaître le nombre actuel de prestataires et de prestatrices sont pour partie en mauvais état. On ne sait pas comment sont par exemple recensés les travailleurs à temps partiel ou les titulaires de titres de séjour de 90 jours. À quoi s'ajoute la prise en compte du domaine ambulatoire des hôpitaux. Il n'existe pas de base de données indiquant le nombre des équivalents temps plein, et une simple évaluation, basée sur le taux d'activité des médecins pratiquant en libéral, – telle que la propose le conseiller fédéral Alain Berset – n'est pas pertinente.

### Il existe une demande. Mais laquelle ?

Un canton qui réussirait à créer un registre opérationnel connaîtrait certes l'offre médicale mais non la de-

mande, laquelle n'est pas non plus facile à recenser. Car les patients ne s'en tiennent pas aux frontières des cantons. Une Vaudoise aura son gynécologue à Genève et un Biennois son ophtalmologue à Neuchâtel. En un mot comme en cent, les frontières délimitent les cantons et non les prestations. Et les choses sont encore plus compliquées dans les zones frontalières. Les villes de Genève et de Bâle seraient obligées de calculer la demande en tenant compte des frontaliers. Déterminer exactement l'offre et la demande tient de l'impossible. Le système risque par conséquent de « révéler » et de « supprimer » des excès et des insuffisances de prestations dont pâtiraient et les médecins et les patients.

### Il reste de la marge

Les cantons ont un délai de deux ans pour ajuster les restrictions d'admission. Vu les questions en suspens, cela paraît bien peu. Il va donc s'agir de faire en sorte que le système soit aussi convivial que possible pour toutes les parties prenantes, à commencer par les patients. Et pas seulement sur le papier ; c'est sur le terrain que l'on mesure les conséquences et les problèmes d'une configuration concrète. D'où l'importance qu'il y a à ce que, collaborant étroitement avec les sociétés médicales, les cantons réalisent des projets pilotes ayant trait à des aspects clairement délimités de la restriction d'admission. Quant à savoir si celle-ci permettra d'économiser de l'argent, c'est une autre question.

## Atelier de VEDAG

**Lors de l'atelier de l'Association des sociétés médicales suisses alémaniques VEDAG du 11 novembre 2021 à Bienne ont pris la parole des intervenantes et des intervenants de premier plan :**

- D<sup>r</sup> ès sc. pub. Regine Sauter, Conseillère nationale PLR ;
- D<sup>r</sup> méd. Franco Denti, Présidente Ordine Dei Medici Canton Ticino OMCT ;
- D<sup>r</sup> méd. Philippe Eggimann, Président Société Médicale de la Suisse Romande SMSR ;
- Lic. ès dr. Andreas Faller, Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen ;
- Lic. ès sc. Michael Jordi, Secrétaire général CDS

## Un débat éthique a besoin de concepts clairs

Le domaine public a rarement connu une demande d'éthique aussi forte qu'en ces temps. Tout débat d'éthique suppose des concepts clairs. L'obligation vaccinale en est une démonstration paradigmatique. On ne peut considérer comme obligation vaccinale ni les incitations ni les restrictions d'accès imposées aux personnes non vaccinées, qui, pratiquées avec mesure, se justifient dès lors qu'elles servent à protéger la santé publique sans empêcher les gens de satisfaire leurs besoins fondamentaux.

Une obligation vaccinale serait une obligation juridique décrétée par l'État, contrôlée par la police et sanctionnée par des amendes en cas d'infraction. Ce qui, aux yeux de la Commission nationale d'éthique, ne serait pas proportionné et remettrait au contraire en question des positions juridiques trop fondamentales pour que l'on en pèse le pour et le contre par rapport à l'utilité qu'elles pourraient avoir dans la lutte contre la pandémie.

Pour être jugée proportionnelle, une mesure doit être appropriée, nécessaire et supportable. Le dernier de ces critères est celui qui, éthiquement parlant, est le plus problématique. Une obligation vaccinale priverait les personnes du droit de décider librement d'une intervention médicale. Même non imposée par contrainte physique, elle serait en contradiction avec le droit de disposer de son propre corps et remettrait en question le droit, péniblement conquis, d'être protégé contre des interventions de tiers et, notamment, de l'État. Éthiquement parlant, l'obligation vaccinale est un enjeu important, dont on ne peut débattre qu'en appelant les choses par leur nom.



**Andrea Büchler** est professeure de droit à l'Université de Zurich et présidente de la Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine.



Les nuages se dissiperaient-ils ? Au Conseil fédéral s'offre l'opportunité de faire avancer un secteur important du système de santé.

Photo : iStock

# Tarif médical : l'espoir d'une réforme toujours vivant

**Fin décembre ont été présentées au Conseil fédéral deux propositions relatives à la façon dont les hôpitaux et les médecins factureront à l'avenir leurs prestations. Les deux solutions – facturation à l'acte et forfaits – sont complémentaires. Une chance pour le Conseil fédéral.**

Cela fait des années que l'on se chamaille au sujet d'un nouveau tarif pour les prestations ambulatoires des hôpitaux et des médecins. Il s'agit de beaucoup d'argent. Ce sont douze milliards de francs que les médecins travaillant en cabinet et les services ambulatoires des hôpitaux facturent chaque année via le tarif TARMED, soit un tiers du total des coûts de l'assurance de base. Mais TARMED a fait son temps et il est urgent de le remplacer. Le remplacer, mais par quoi ? Les partenaires tarifaires sont divisés. Avec le temps se sont formés deux grands camps qui ne voient pas les choses de la même façon.

## Deux camps, deux solutions

L'un est celui de l'Association des médecins FMH et de l'association des caisses Curafutura, qui ont développé sur la base de TARMED une nouvelle structure tarifaire : TARDOC, qui est, comme son prédécesseur, un tarif à la prestation, mais en beaucoup moins complexe. L'autre est constitué des Hôpitaux H+, de l'association faîtière des sociétés de discipline médicale suisses regroupant des spécialistes de la médecine invasive et aiguë (FMCH) et de la deuxième association de caisses SantéSuisse, qui sont tous et toutes favorables aux forfaits pour le secteur ambulatoire.

## Seul TARDOC est mûr pour une signature

Les solutions divergent autant par leur contenu que par leur degré d'avancement. La FMH et Curafutura ont soumis dès le printemps 2021 au Conseil fédéral une version de TARDOC au sujet de laquelle celui-ci a exigé des améliorations et émis des critiques quant à la non-participation des hôpitaux. Se remettant alors à l'ouvrage, la FMH et Curafutura ont remanié TARDOC au cours de ces derniers mois et invité H+ à une collaboration active. Celui-ci a fourni des données et laissé entendre qu'il allait s'engager pour TARDOC. Fin 2021 a été remise la version retravaillée de TARDOC, dont la FMH et Curafutura estiment qu'elle satisfait pleinement aux exigences du Conseil fédéral. Les deux associations espèrent maintenant qu'elle sera rapidement validée, de façon à ce qu'elle puisse entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2023.

## Des forfaits présentés pour examen

Pour la FMH et Curafutura, il n'existe pas d'alternative rapide à la relève de TARMED. Seul TARDOC a, selon elles, une structure tarifaire ambulatoire complète, reflétant les prestations médicales de manière globale, intégrale et actuelle. Le développement des forfaits ambulatoires n'est pas encore suffisamment avancé, di-

sent-elles. SantéSuisse et H+ ont effectivement remis avant Noël 2021 au Conseil fédéral ce qui n'est encore qu'une demande d'examen de forfaits ambulatoires en vue d'un modèle qu'ils pensent pouvoir développer et finaliser en cours d'année et mettre en pratique début 2024.

## Des marges de compromis

Les deux camps travaillent selon des calendriers différents. La FMH et Curafutura veulent que TARDOC entre rapidement en vigueur, de façon à permettre de préserver le mieux possible l'actualité des positions tarifaires, ce qui arrange également les patients. TARDOC valorise les prestations des médecins de famille, reflète correctement des prestations spéciales telles que les traitements palliatifs et permet de facturer les consultations télé-médicales.

SantéSuisse et H+ savent pertinemment qu'il est impossible d'imposer des forfaits à tous les traitements ambulatoires et que ce serait particulièrement difficile, voire impossible, en ce qui concerne les médecins de famille. D'où leur intention de développer aussi, parallèlement, pour certains domaines, des tarifs à l'acte reprenant la structure du TARDOC.

## Le Conseil fédéral peut débloquer la situation

Il y a donc deux propositions sur la table. Le Conseil fédéral peut soit accepter TARDOC et autoriser les forfaits ambulatoires dans un deuxième temps, soit attendre et mettre en vigueur les deux modèles en même temps. La première variante a pour soi qu'elle permettrait aux médecins de commencer à facturer un an plus tôt selon un tarif moderne.

Le Conseil fédéral a donc de quoi dénouer un blocage vieux de plusieurs années et de faire avancer ainsi un secteur important du système de santé.

# Le budget global par la porte dérobée

**Le Conseil fédéral vend sa contre-proposition indirecte à l'initiative « pour un frein aux coûts » comme une variante plus apte à en juguler la hausse. Sauf qu'elle aussi conduirait au budget global. Et le Conseil fédéral a encore d'autres idées...**

La Suisse doit prendre une décision fondamentale : Le Conseil fédéral veut soumettre le système de santé à un budget global faisant que le droit aux prestations d'assurance s'éteindrait en même temps que le budget. Que celles et ceux qui n'en veulent pas s'appêtent à combattre sur plusieurs fronts un budget global qui pourrait emprunter diverses portes dérobées.

## **Initiative populaire : un couplage insensé avec l'économie**

L'initiative populaire fédérale « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) » du parti Le Centre entend coupler les coûts de la santé avec le développement de l'économie. Si elle était acceptée, les coûts de l'assurance obligatoire des soins ne pourraient pas dépasser un certain seuil. À supposer que les acteurs du système de santé ne parviennent pas à s'entendre, il incomberait à la Confédération et aux cantons de prendre des mesures d'abaissement des coûts. Les prestations auxquelles auraient droit patientes et patients ne dépendraient donc plus des besoins médicaux effec-

tifs mais de l'État. Coupler le développement économique et les coûts de santé n'empêcherait d'ailleurs pas l'espérance de vie et les progrès de la médecine d'augmenter presque automatiquement plus vite que le développement économique.

## **Un contreprojet conduisant, lui aussi, au budget global**

Le Conseil fédéral en est conscient : « L'augmentation médicalement justifiée des coûts peut être plus forte que la croissance économique et salariale, ne serait-ce que pour des raisons démographiques. Ne pas en tenir compte pourrait aboutir à des rationnements et à une médecine à deux vitesses. » D'où son contreprojet indirect. Sauf qu'il conduit, lui aussi, au budget global – et, partant, au danger d'une médecine à deux vitesses. Si l'initiative du parti Le Centre était repoussée dans les urnes, entrerait automatiquement en vigueur le contreprojet.

La consultation terminée, le Conseil fédéral a retiré son contreprojet indirect du volet de mesures 2. Son contenu : un « objectif cible » concernant l'augmen-

tation des coûts élaboré par la Confédération et les cantons, lequel, contrairement à l'initiative, prend en compte, outre la croissance économique, des facteurs tels que le développement démographique. L'objectif cible est réparti sur les cantons, lesquels établissent les budgets concernant des blocs de coûts tels que les prestations ambulatoires, les hôpitaux ou les médicaments, ce dont peut résulter que certaines prestations ne soient plus fournies pour éviter les sanctions prévues en cas de dépassement du budget.

Les deux propositions aboutissent à des plafonnements des coûts ne tenant pas compte des besoins des patients. Quelle que soit leur préférence, en l'état des choses, les votantes et les votants seront réduits à choisir entre deux budgets globaux. Et le Conseil fédéral aura, quoi qu'il en soit, son budget global. Ce qu'on appelle au jeu du moulin une situation gagne-gagne.

## **Autres portes dérobées**

Mais ce n'est pas tout. Rien n'empêche le Conseil fédéral d'essayer de faire voter le budget global par le Parlement au motif qu'il fait partie du frein à l'augmentation des coûts. Et il serait alors à craindre que certaines mesures soient noyées dans la masse du volet. C'est ce que la présidente de la FMH Yvonne Gilli a appelé récemment dans le Bulletin des médecins suisses « Le budget global avance masqué au Parlement ». Elle faisait ainsi référence à l'article 47c du volet de maîtrise des coûts 1b, qui fait obligation aux médecins et aux assureurs de prévoir des mesures de pilotage des coûts dans leurs conventions tarifaires, autrement dit de limiter les dépenses. À défaut de quoi, le Conseil fédéral imposerait lui-même un plafonnement. Ce qui équivaldrait à un budget global. Le Conseil national et le Conseil des États ont tout d'abord refusé cet article ; mais d'ores et déjà plane la menace d'une proposition de réexamen.

Les volets de mesures 1 et 2, eux aussi, sont encore en procédure politique. Et la saga de l'initiative pour un frein aux coûts et du contreprojet indirect, dont le but est le même, montre que le Conseil fédéral peut à tout moment changer de cap pour parvenir à imposer le budget global. Celles et ceux qui ne veulent pas d'une médecine à deux vitesses pour la Suisse feront donc bien de surveiller aussi les portes dérobées.



Attention aux portes dérobées non surveillées.  
Photo : iStock