

# Coûts de la santé: gesticuler contre la fumée ou éteindre les flammes?

L'annonce des primes donne souvent lieu au même malentendu: les différents commentateurs jurent qu'on ne les y reprendra plus, que trop, c'est trop, que décidément la hausse des primes a franchi un point de non-retour et qu'il convient d'y remédier séance tenante. Dans cet élan d'indignation, on confond causes et conséquences et tous s'accordent pour combattre la fumée avec la dernière énergie, sans penser à éteindre les flammes; on fustige les primes, oubliant que c'est au niveau des coûts qu'il faut agir.

Nous avons vu cette année deux exemples de cette confusion. Premièrement, les gouvernements de deux cantons dans lesquels la hausse des primes était supérieure à la moyenne se sont pressés d'affirmer que cette hausse était injuste, qu'ils ne la comprenaient pas et qu'il fallait faire toute la lumière sur le calcul des primes. Le fait est que ce processus est en réalité déjà surveillé avec la plus grande minutie par l'OFSP, qui reçoit les propositions de primes des assureurs, vérifie leurs calculs et c'est bien l'OFSP qui, in fine, fixe les primes. Certains cantons semblent donc surtout jaloux des prérogatives de la Confédération en la matière. Et tant pis s'il faut laisser entendre au passage que le calcul des primes est obscur et la surveillance défaillante.

Second exemple, la Société médicale de la Suisse romande a choisi, pour critiquer l'évolution des primes, une formulation bien particulière dont il convient d'interroger les motivations. Elle affirme à qui veut l'entendre que les primes augmentent beaucoup plus vite que

les coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Cette assertion est erronée – et il suffit d'examiner les données de surveillance officielles pour s'en convaincre – mais elle a l'avantage de détourner opportunément l'attention de la question des coûts, et donc des prestataires. Et qu'importe si cette diversion jette le discrédit sur le système. Car, si les primes augmentaient effectivement beaucoup plus vite que les coûts, cela ne pourrait signifier qu'une seule chose: qu'une partie de l'argent est allé ailleurs que dans les réserves, qui appartiennent aux assurés. Où ça? On ne nous le dit pas: il est plus commode de laisser planer un soupçon vague que de détailler les contours d'une accusation infondée.

## **Il faut marteler cette évidence, souvent oubliée ou mal comprise: les primes ne sont rien d'autre que le reflet des coûts de la santé**

Ces chamailleries ne mènent à rien, car ce sont tous les acteurs qui doivent faire un travail – travail d'introspection mais aussi de concertation – à propos des coûts. Il faut marteler cette évidence, souvent oubliée ou mal comprise: les primes ne sont rien d'autre que le reflet des coûts de la santé. Pour contenir la charge que les primes représentent pour les assurés, il faut analyser de manière systématique et détaillée les différents postes de dépenses – hôpitaux, prestations médicales, EMS, médicaments, distribution,

frais administratifs, etc. – et intervenir de manière ciblée dans chaque domaine.

C'est tout le sens du projet de révision du tarif médical par le nouveau tarif Tardoc, l'un des chantiers principaux. Nous sommes aujourd'hui dans une situation ubuesque, puisque la grille tarifaire Tarmed, qui date de 2004 et a été élaborée sur la base de paramètres remontant au siècle dernier, est encore utilisée pour facturer toutes les prestations médicales ambulatoires. Avec le temps, ce tarif est devenu très approximatif: parmi ses 4700 positions tarifaires, certaines sont jusqu'à 25% surfacturées ou sous-facturées.

Il ne s'agit pas d'un détail technique. Le Tarmed est le tarif le plus

plus en plus bancal? Cette situation induit un gaspillage énorme en raison de la mauvaise allocation des ressources et crée de mauvaises incitations médicales.

La solution pour y remédier existe déjà: le nouveau tarif Tardoc consiste en une révision complète et a été remis au Conseil fédéral pour approbation. Il correspond à la médecine actuelle, rémunère les prestations de manière adéquate et simplifie la tarification en divisant par deux le nombre de positions. Le Tardoc remplit les critères légaux pour une révision, en représentant la majorité des médecins (FMH), la majorité des assurés (Curafutura – CSS, Helsana, Sanitas, KPT – et Swica) ainsi que celle des assureurs accidents (CTM). Point crucial, il pourra être révisé chaque année et tenu à jour grâce à l'organisation tarifaire déjà existante ATS-TMS.

Curafutura demande par conséquent au Conseil fédéral d'approuver le nouveau tarif Tardoc. Cette réforme clé en main améliorerait l'efficacité du système de santé de manière notable. Une approbation rapide permettrait une entrée en vigueur au 1er janvier 2022 et poserait des fondations solides pour l'avenir. Mettre les mains dans le cambouis tarifaire, c'est agir de manière concrète sur les coûts plutôt que de se perdre en imprécations stériles contre les primes. ■

important de l'assurance maladie. Il permet de facturer un tiers des prestations réalisées dans le cadre de l'assurance de base, soit 12 milliards de francs par année. Comment continuer de parler d'efficacité du système de santé lorsque l'une de ses pièces maîtresses est de

PIUS ZÄNGERLE DIRECTEUR DE CURAFUTURA

