

## **Chères Consœurs, Chers Confrères,**

Peu d'évolutions tarifaires ont suscité autant de discussions et d'inquiétudes ces derniers mois que la limitation prévue des prestations médicales (PM) pouvant être facturées par jour dans le cadre du nouveau tarif ambulatoire TARDOC, dont l'introduction est prévue au 1er janvier 2027. De nombreux collègues s'interrogent sur les conséquences de cette mesure pour leur activité professionnelle et se demandent si les autorités interviennent une nouvelle fois dans la pratique médicale.

En tant que comité de la SSGO, nous souhaitons replacer cette évolution dans son contexte, présenter les faits et contribuer à une analyse objective de la situation.

### **D'où vient ce plafonnement ?**

En mars 2025, dans le cadre du deuxième paquet de mesures de maîtrise des coûts de la LAMaI, le Parlement a adopté une disposition légale obligeant le Conseil fédéral à introduire dans la structure tarifaire ambulatoire nationale une limite supérieure du volume de points tarifaires pouvant être facturé par un médecin au cours d'une journée de travail.

Cette exigence n'est pas apparue par hasard. Ces dernières années, certains cas ont été médiatisés, dans lesquels des médecins facturaient des prestations correspondant, sur le plan théorique, à des journées de travail dépassant parfois 24 heures, voire 30 heures. Bien que ces situations soient demeurées exceptionnelles, elles ont suscité de vives réactions dans l'opinion publique et dans les milieux politiques. Elles ont finalement ébranlé la confiance dans la structure tarifaire ambulatoire et conduit le législateur à intervenir.

Il convient de souligner que cette évolution n'est en aucun cas imputable à la grande majorité des médecins qui exercent leur activité avec professionnalisme et responsabilité. Elle est avant tout la conséquence de quelques cas extrêmes.

### **Ce qui est souvent oublié**

Dans les débats publics ainsi que dans de nombreux groupes WhatsApp ou Telegram, on a parfois l'impression que n'importe quel volume de prestations pouvait jusqu'à présent être facturé. Cette perception ne correspond pas à la réalité.

Déjà aujourd'hui, dans le TARDOC comme auparavant dans le TARMED, le principe fondamental est que seul le temps réellement consacré au patient peut être facturé. Pour les prestations techniques comportant une durée importante, une partie de l'entretien ou du conseil a déjà lieu pendant l'examen lui-même et ne peut donc pas être facturée en supplément. Nous avons régulièrement attiré l'attention sur cet aspect lors des formations consacrées au TARDOC.

Par ailleurs, les patientes, les assureurs et les médecins-conseils disposent déjà de moyens permettant de contester et de faire vérifier des factures manifestement excessives ou peu plausibles.

### **Une transparence accrue grâce au TARDOC**

Le passage du TARMED au TARDOC ne modifie pas seulement la structure tarifaire, mais augmente également la transparence du système, notamment grâce à une facturation des prestations de consultation et de conseil à la minute.

Alors que le TARMED comptait à l'origine plus de 4 500 positions tarifaires, le TARDOC en comporte environ 1 500. La structure devient ainsi plus compréhensible, plus comparable et plus facilement contrôlable.

Parallèlement, les méthodes modernes d'analyse numérique, y compris les outils basés sur l'intelligence artificielle, permettent désormais un contrôle beaucoup plus précis des facturations. Les assureurs, les autorités et les patientes peuvent identifier les anomalies bien plus rapidement qu'auparavant.

Cette évolution renforce la transparence du système ambulatoire. Pour les médecins qui facturent correctement leurs prestations, il s'agit fondamentalement d'un avantage, car les prestations justifiées et conformes aux règles peuvent être plus facilement distinguées des abus potentiels.

Nous devons toutefois être conscients que les restrictions tarifaires croissantes et les dévalorisations régulières de certaines prestations sont aussi la conséquence du comportement de quelques confrères qui exploitent ou détournent le système. Les conséquences de ces abus sont finalement supportées non pas par ces rares exceptions, mais par l'ensemble de la profession.

Nous observons également avec préoccupation que certains collègues affirment publiquement que les durées prévues dans le tarif seraient excessives et que certaines prestations pourraient être réalisées bien plus rapidement. Bien entendu, il existe des différences individuelles en matière d'expérience, d'efficacité et d'organisation. Les durées inscrites dans le tarif ne reposent toutefois pas sur les performances de quelques praticiens particulièrement rapides, mais visent à refléter le temps moyen nécessaire pour garantir des soins médicaux de qualité, sûrs et conformes aux exigences légales.

Lorsqu'un médecin affirme publiquement qu'une prestation peut être réalisée régulièrement en moitié moins de temps que celui prévu dans le tarif, il fournit aux partenaires tarifaires — en particulier aux assureurs-maladie (prio.swiss) et à l'OAAT — des arguments en faveur de futures réductions tarifaires. L'exemple de la dévalorisation de l'échographie endovaginale devrait nous servir d'avertissement.

Nous appelons donc chacun à mesurer l'impact de ses déclarations publiques. Des arguments qui peuvent sembler convaincants à court terme risquent, à long terme, d'affaiblir la position de l'ensemble de notre spécialité et de la profession médicale.

### **Que signifie concrètement cette nouvelle limite ?**

Selon le concept de mise en œuvre présenté par les partenaires tarifaires, une limite de **1 577 points tarifaires de prestation médicale (PM) par jour de travail** s'appliquera à partir du 1er janvier 2027.

Il est toutefois essentiel de souligner que cette limite ne sera pas évaluée sur chaque journée individuellement, mais sur la base d'une moyenne mensuelle.

Ne sont notamment pas pris en compte dans ce calcul :

- les suppléments d'urgence ;
- les rapports et expertises ;
- les forfaits ambulatoires.

Pour atteindre cette limite uniquement au moyen de prestations de consultation médicale, il faudrait assurer, pendant tout un mois, une moyenne d'environ 12 à 12,5 heures de contact direct avec les patients par jour de travail.

Selon les chiffres publiés récemment, seules environ 400 médecins, toutes spécialités confondues, factureraient plus de douze heures de prestations par jour. Cela montre que le débat est souvent plus large que la réalité qu'il concerne.

### **Le rôle de la FMH**

Ces dernières semaines, certains se sont demandé pourquoi la FMH avait accepté une telle mesure.

Il ne faut cependant pas oublier que la base légale avait déjà été adoptée par le Parlement en 2025. Les partenaires tarifaires n'avaient plus la possibilité de décider si une limitation devait être introduite ; ils ne pouvaient agir que sur ses modalités d'application.

Si la FMH avait refusé de participer à son élaboration, le Conseil fédéral aurait pu fixer seul les modalités concrètes de cette limitation. Le risque d'une solution nettement plus restrictive aurait alors été important.

Dans ces conditions, les partenaires tarifaires sont parvenus à négocier une solution bien plus pragmatique : l'évaluation est réalisée sur une moyenne mensuelle et non sur chaque journée de travail.

Cette approche offre davantage de flexibilité et correspond mieux à la réalité quotidienne des cabinets médicaux modernes.

### **Pourquoi la grande majorité des collègues n'a pas de raison de s'inquiéter**

Pour la plupart des cabinets de gynécologie et d'obstétrique, il n'est pas attendu que cette nouvelle réglementation modifie sensiblement l'activité quotidienne. Les journées particulièrement chargées, les remplacements de vacances ou les périodes de forte activité n'influencent généralement pas de manière déterminante la moyenne mensuelle.

Les sociétés médicales d'autres disciplines, notamment celles de la médecine de premier recours, arrivent à des conclusions similaires : les limites prévues sont rarement atteintes dans la pratique quotidienne.

### **Les véritables défis demeurent**

La gynécologie et l'obstétrique font face à des défis bien plus importants que cette nouvelle limite de prestations médicales :

- la pénurie croissante de professionnels de santé ;
- la garantie d'une prise en charge de haute qualité et de proximité ;
- la complexité croissante des situations cliniques ;
- l'augmentation constante des tâches administratives ;
- les besoins accrus de coordination dans un système de santé toujours plus complexe.

Ces défis ne seront pas résolus par des limitations tarifaires. Ils nécessitent des réponses politiques durables et un financement adéquat des soins ambulatoires.

### **Conclusion**

La limite supérieure prévue pour les prestations médicales résulte d'un mandat politique du Parlement et ne constitue pas une initiative du corps médical. Elle est la conséquence de quelques

cas extrêmes largement médiatisés et ne vise pas la grande majorité des médecins qui travaillent de manière correcte et responsable.

Grâce à l'engagement de la FMH et des autres partenaires tarifaires, une solution pragmatique a pu être obtenue. Celle-ci tient compte de la réalité du travail dans les cabinets médicaux et préserve dans une large mesure la flexibilité nécessaire à l'exercice de notre profession.

À ce jour, rien n'indique que la grande majorité des gynécologues exerçant en Suisse ait des raisons de s'inquiéter.

La SSGO continuera à suivre attentivement l'évolution de ce dossier et à s'engager avec détermination en faveur de conditions tarifaires équitables, transparentes et adaptées à la réalité de notre pratique.

**Avec nos salutations confraternelles,**