

Politique

Primes: la FMH assure qu'une augmentation plus faible serait possible

Cet automne, le Conseil fédéral a annoncé une hausse moyenne de 8,7% des primes d'assurance maladie pour 2024. Cette situation irrite la FMH car les coûts de la santé, certes en hausse, n'ont pas explosé. Le Dr Philippe Eggimann, vice-président de la faîtière des médecins, répond aux questions de DOC.



Vous attendiez-vous à une telle hausse?

Oui et non. Non, parce que selon l'OFSP, l'augmentation des coûts se chiffrait à seulement 2,6% de plus en 2022. En plus, cet indicateur ne prend pas en compte la baisse de la valeur du point TARMED (VPT) ni celle du chiffre d'affaires des cabinets médicaux vaudois en 2023. Et oui, car une hausse exceptionnelle était prédite depuis janvier 2023, avant connaissance des coûts réels de 2022. Il semblerait donc que cette hausse compense de moitié les mauvaises performances boursières portées au bilan des réserves des assurances maladie. Et ce alors qu'aucun actif n'a dû être vendu.

Quelle est l'ambiance des négociations à Berne?

Mauvaise. Dominées par des positions dogmatiques, les parties prenantes s'éloignent de la réalité du terrain. Et ce d'autant plus que nous sommes en période d'élections. Le refus d'introduire la nouvelle structure tarifaire TARDOC, soutenue – il faut le relever – par l'ensemble des organisations médicales et la majorité des assureurs, l'illustre bien. Pendant ce temps, la population fait face à une pénurie de médecins, et ces derniers à l'augmentation des charges administratives de même qu'à la réduction du temps de consultation.

Pensez-vous qu'un jour les primes reflèteront mieux les coûts de la santé?

Oui, pour autant que les propositions de la Société Médicale de la Suisse Romande (SMSR), reprises par le président de l'Association des Médecins du Canton de Genève (AMGe) dans un postulat adopté par le Conseil national, soient suivies. Nous demandons que les primes soient déterminées sur la base des coûts réels et qu'elles soient payées sous forme d'acomptes, non plus sur la base d'estimations des assureurs. Dans ce modèle, les partenaires se réunissent et conviennent de l'utilisation des bénéfices ou du financement des pertes éventuelles seulement lorsque les comptes sont clôturés.

Propos recueillis par la rédaction