



LES CONSÉQUENCES DU PLAFONNEMENT TARDOC EN UN COUP D'ŒIL

Aperçu des conséquences à craindre du plafond de la prestation médicale (AL) dans le TARDOC · état août 2026 · doctorsunchained.ch

Conséquence négative	Pourquoi elle est à craindre
PATIENTES ET PATIENTS	
Accès restreint, temps d'attente plus longs	Le plafond limite la capacité de traitement par médecin – dans un contexte de pénurie médicale existante.
Les plus fragiles touchés en premier	Patients chroniques, cas complexes, régions rurales (forte part d'entretien / d'AL).
Écrémage	Incitation à privilégier les cas simples et à éviter les cas lourds.
Offre réduite de traitements à forte intensité d'AL	Les mesures à forte intensité d'AL sont fournies plus rarement au profit de mesures moins gourmandes en AL (afin de traiter le plus de patients possible dans le contingent) – celui qui a précisément besoin d'un tel traitement ne l'obtient éventuellement pas. Sont notamment concernées aussi les instances interdisciplinaires (p. ex. tumor boards), où plusieurs spécialistes discutent des cas complexes afin de trouver la meilleure thérapie.
Médecine à deux vitesses	Une fois la limite mensuelle atteinte, traitement uniquement contre paiement personnel (privé, hors AOS) – qui peut payer est traité ; tous les autres attendent.
Rupture des chaînes de traitement	Disciplines transversales plafonnées (anesthésie, radiologie, pathologie, médecine de laboratoire) – pas de planification opératoire, diagnostics retardés.
Budget global par la porte dérobée	Budget de volume / budget global de fait par médecin – alors que le pilotage des coûts fondé sur un budget a été rejeté dans les urnes.
CORPS MÉDICAL ET RELÈVE	
L'efficience est pénalisée	Qui travaille vite, bien et beaucoup atteint la limite en premier.
Menace existentielle pour les cabinets à forte composante AL	L'AL cofinance le personnel, le loyer et l'infrastructure.
Inégalité de traitement selon le canal de facturation	Seule l'AL dans le TARDOC (prestation individuelle) est plafonnée – pas les forfaits ambulatoires → incitation au report, arbitraire.
Inégalité de traitement des médecins à temps partiel (surtout des femmes)	Peu de jours de travail, densément remplis → guère de jours de compensation pour les pics → moyenne mensuelle dépassée plus tôt (Medical Women Switzerland , Medinside).
Peu attractif pour la relève	Rémunération plafonnée au niveau d'un artisan, à quoi s'ajoutent le gel des admissions et l'obligation de service d'urgence → immigration réduite, absence d'une relève intelligente et informée.
SYSTÈME ET COÛTS	
Aucun effet d'économie	Les volumes se déplacent ; report vers l'hôpital plus coûteux (à l'encontre d'« ambulatoire avant stationnaire »).

Conséquence négative	Pourquoi elle est à craindre
Effet de niveau de référence	La limite devient une valeur cible vers le haut (mise en garde de l'OFSP en 2024).
Frein à l'innovation	Les gains d'efficience sont confisqués → aucun investissement dans les appareils et l'IA.
Éviction du cabinet individuel	La limite s'applique par médecin : les grands cabinets répartissent les cas sur de nombreux médecins salariés, le cabinet individuel n'a qu'un seul contingent → crise de la relève, pénurie de médecins de famille.
CONSTRUCTION ET GOUVERNANCE	
La moyenne comme plafond	Plafonne par construction la moitié du corps médical, indépendamment de tout abus.
Points tarifaires ≠ temps de travail	Le « mythe des 12 heures ».
Même limite pour des disciplines inégales	Arbitraire au lieu d'égalité de traitement.
Porte d'entrée vers la budgétisation	« Adaptable » chaque année, donc abaissable chaque année.
Sans contrôle démocratique	Accord entre partenaires tarifaires, non attaquant ; sociétés de discipline médicale non entendues.