



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI



EDITORIAL

# PALAIS FÉDÉRAL

Le Conseil national va se saisir, en tant que Chambre prioritaire, du projet de loi sur le Managed Care. Avec ce volet, le Parlement achèvera la réforme de la LAMal entamée en 2000.

Il en va de la survie des hôpitaux que la nouvelle loi ne remette pas en question les traitements médicaux modernes. Le législateur doit fixer des conditions-cadre correctes. La réforme du Managed Care doit entraîner un changement de paradigme : il faut s'écarter des modèles permettant d'économiser sur les primes au profit d'une prise en charge des patients efficiente et de haute qualité.

La réforme du financement de l'assurance-maladie doit porter sur les gros facteurs de coûts : 20 % des assurés occasionnent 80 % des dépenses. Et ce sont précisément ces patientes et patients qui ont besoin de traitements de pointe et non de soins bon marché. Une coordination optimale des traitements peut cependant aboutir à une baisse des coûts.

*Charles Favre, président de H+*

## SOMMAIRE

Managed Care	
<b>Pas de soins intégrés sans hôpitaux</b>	<b>2</b>
Managed Care	
<b>Le Managed Care sonne le glas de la sélection des risques</b>	<b>2</b>
Managed Care	
<b>Gatekeeping : pas de restrictions inutiles</b>	<b>2</b>
Managed Care	
<b>Une prise en charge optimale permet de bien soigner les malades gravement atteints</b>	<b>3</b>
LAMal	
<b>Les revendications de H+ pour l'avenir</b>	<b>4</b>
En bref	
<b>L'économie comme la société bénéficiaire des prestations des hôpitaux</b>	<b>4</b>
Impressum	<b>4</b>

### Managed Care

## Il faut gérer les malades, pas les bien portants

La révision de la LAMal sur le Managed Care est en cours. Elle peut donner des signaux importants et positifs en faveur d'une politique de la santé qui concilie deux objectifs : l'efficience et la qualité.

C'est dans le traitement des patients atteints de maladies chroniques ou graves qu'il convient d'agir pour améliorer la qualité et l'efficience. 20 % des assurés occasionnent 80 % des coûts. C'est là qu'il faut agir pour modifier le cours des choses, bien plus que sur les modèles d'assurance pour les bien portants. Les caisses bon marché ne sont pas une solution d'avenir, comme l'ont démontré les résultats de certaines assurances au cours de l'année dernière. L'amélioration rapide et substantielle de la compensation des risques est une des conditions les plus importantes pour aboutir à un système de santé plus efficace. Les mesures cosmétiques ne suffisent pas.

### Priorité aux malades

Dans le Managed Care, la priorité **doit** être mise sur les patients qui souffrent de maladies chroniques ou graves. Les hôpitaux sont en première ligne dans le traitement de ces malades. Et pourtant, on ne parle guère d'eux actuellement. Les hôpitaux sont à la fois des fournisseurs de soins de base et des centres de compétences pour le Managed Care ou les soins intégrés. Le traitement d'affections complexes n'est pas imaginable sans les hôpitaux et

leurs équipes de spécialistes. Il importe donc que la loi révisée accorde suffisamment d'espace aux fournisseurs de soins pour s'organiser.

### Encourager le Disease Management

La révision en cours de la loi offre la possibilité de tenir compte de la dynamique du progrès médical et de la mise en réseau des traitements dont la complexité va croissant. Le législateur doit encourager les projets-pilote de Disease Management. Ce dernier se focalise sur les patients souffrant de maladies chroniques ou graves. Par les projets de Disease Management, les professionnels de la santé peuvent identifier les incitations optimales pour une prise en charge orientée vers le patient, qui donne la priorité à la qualité et à l'efficience.

Il est dans la nature des choses que cette priorité au patient soit accompagnée de modèles d'assurance adaptés. Les soins de haute qualité, « Care », seront gérés avec efficience, « Managed ».

*Bernhard Wegmüller, directeur H+*

## Pas de soins intégrés sans hôpitaux

L'évolution de la médecine et les diverses maladies plaident en faveur de formes d'organisation flexibles. Les hôpitaux font partie des chaînes de soins impliquées dans le traitement des maladies graves, et en sont souvent les acteurs de premier plan.

Il importe pour les hôpitaux et les cliniques de disposer d'un cadre légal adéquat, afin de pouvoir ériger et exploiter des soins intégrés. Des objectifs clairs et des incitations positives en font partie.

### **De la flexibilité pour l'organisation**

La médecine est en constante évolution. Personne ne voudrait être traité

comme il y a 30 ans, c'est-à-dire selon les standards qui étaient en vigueur pour la génération de nos grands-parents. Les énormes progrès de la science, les innombrables innovations et les besoins très différents découlant de chaque maladie impliquent des formes plurielles de collaboration entre les divers fournisseurs de soins. Dans le traite-

ment des maladies graves, les hôpitaux et les cliniques jouent souvent le premier rôle en tant que centres de compétences disposant d'une grande variété de spécialistes.

Cette flexibilité doit être préservée sous le régime du Managed Care. Il ne viendrait à l'idée de personne que, dans le domaine du droit par exemple, les juristes « généralistes » soient les seuls habilités à exercer. La complexité croissante de la matière a amené aussi les études d'avocats à engager toutes sortes de spécialistes.

*Stefan Berger*

## Le Managed Care sonne le glas de la sélection des risques

Si l'on encourage le Managed Care dans le cadre légal actuel, il se prêtera admirablement à la sélection des risques. Il est donc indispensable de revoir les conditions-cadre, et avant tout d'améliorer substantiellement la compensation des risques.

Aujourd'hui, le Managed Care est, en règle générale, un modèle de choix pour les personnes aisées et en bonne santé. Il permet aux caisses de sélectionner les bons risques, soit les assurés qui n'ont pratiquement pas besoin de soins. Or, il n'y a rien à économiser sur les coûts des personnes qui ne coûtent rien.

### **Une réorientation radicale**

Avec les primes uniformes et une compensation des risques insuffisante, les assurés malades représentent un risque économique pour les caisses. Seule une amélioration substantielle de la compensation des risques pourra inciter les caisses à accueillir des personnes souffrant de maladies chroniques ou graves. Des



modèles de Managed Care ne pourront être développés pour ce groupe important que lorsqu'il sera rentable d'assurer des malades et de leur prodiguer des traitements de haute qualité et bon marché en même temps. La compensation améliorée des risques est l'élément essentiel d'un Managed Care efficient.

*Reinhard Voegele*

## Gatekeeping : pas de restrictions inutiles

Outre les médecins généralistes, les spécialistes ou les hôpitaux peuvent aussi assumer la fonction de Gatekeeper. En cas de cancer, le centre de compétences est à l'hôpital et pas chez le médecin de famille.

Actuellement, ce sont les médecins de famille qui assurent l'essentiel du Gatekeeping. Car ils traitent le plus grand nombre de patientes et de patients. Ce principe, qui obéit à la logique en règle générale, peut s'avérer contre-productif en cas de maladies graves ou d'affections chroniques complexes.

### **Les spécialistes en tant que Gatekeeper**

Pour un patient qui suit un traitement de longue durée pour une affection cardiaque chronique complexe, le cardiologue pourrait être désigné comme le Gatekeeper puisqu'il est le référent amené à intervenir le plus fréquemment. Il

connaît son patient, les traitements en cours et les affections annexes mieux que le généraliste qui est plus rarement en contact avec lui. Il en va de même pour une patiente atteinte d'un cancer. L'hôpital, qui fait office de centre de compétences avec ses spécialistes en oncologie et les équipes associées, est, par la force des choses, son guichet universel principal.

Il est important que la loi laisse ouvertes toutes les possibilités et qu'elle ne fige pas d'avance les structures de soins.

*Martin Bienlein*

# Une prise en charge optimale permet de bien soigner les malades gravement atteints

20 % des assurés sont à l'origine de 80 % des coûts. Il convient de prendre des mesures de gestion des coûts afin que la prise en charge de ces patientes et patients soit améliorée.

Il peut paraître paradoxal qu'une meilleure prise en charge permette en même temps d'économiser sur les coûts : tel est pourtant le cas. C'est auprès des patients atteints de maladies chroniques ou très graves qu'il convient d'agir, car ce sont eux qui entraînent des coûts élevés. Ces patientes et patients ne sont guère sensibles aux incitations financières mais ils veulent bénéficier des meilleurs soins. Des filières patients, des échanges approfondis entre les divers intervenants et un suivi coordonné assurent une prise en charge médicale de haute qualité et d'un coût qui reste raisonnable.

### Exemple 1 : le Centre hospitalier de Bienne

Le Dr Christian Röthlisberger a présenté dans H+ Palais Fédéral 4/2009 l'organisation de la prise en charge

intégrée dans son établissement des patients souffrant d'insuffisance cardiaque dans son établissement. Les tarifs hospitaliers ne prévoient pas de remboursement lorsque le suivi indispensable est assurée par une assistante médicale qualifiée et non par du personnel médical.

### Exemple 2 : le Danemark

Dans une région du Danemark, le contrôle des patients souffrant du diabète – en particulier les soins de plaie – est effectué par du personnel soignant ambulatoire. Cette maladie entraîne souvent des blessures. Dans les cas les plus graves, des parties du corps peuvent être atteintes de gangrène.

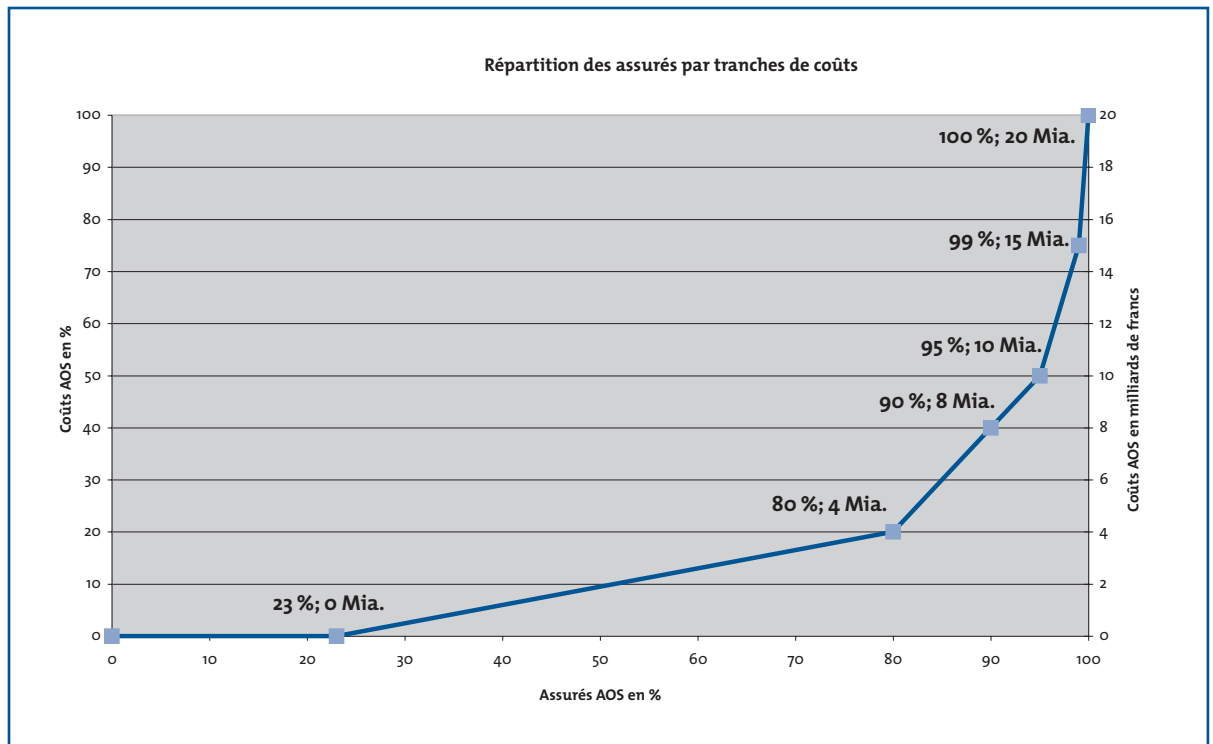
De telles collaborations entre le personnel soignant et les médecins pour les constats médicaux ne sont

pas couverts pas les tarifs en Suisse. On est donc poussé à hospitaliser à nouveau les patients et les conséquences financières sont lourdes.

### Combattre les maladies courantes et coûteuses

Les infarctus et le diabète comptent aujourd'hui parmi les maladies les plus courantes. La gestion des soins et des coûts doit s'appliquer à ces affections et à d'autres. Car il n'y a pas grand chose à économiser chez les 80% des assurés qui ne souffrent pas de maladie grave.

Martin Bienlein



Source : H+ Les Hôpitaux de Suisse, non publié

# Les revendications de H+ pour l'avenir du système de santé

Le conseiller fédéral Didier Burkhalter a rouvert la discussion sur une réorientation fondamentale et une réforme du système de santé. Cela passe, selon H+, par un nouvel article constitutionnel, des soins intégrés modernes et la suppression des mauvaises incitations inhérentes au système, en recourant au financement moniste notamment.

Durant les 100 premiers jours de son mandat, le conseiller fédéral Didier Burkhalter a fixé des priorités claires, pour la politique de la santé notamment. Depuis des années, H+ appelle de ses vœux des réformes et met trois accents.

## Des objectifs constitutionnels clairs

La LAMal a 15 ans : un examen approfondi des tâches, des compétences et des responsabilités, en particulier entre la Confédération et les cantons, est indispensable. Ce problème politique ne peut être réglé que par un nouvel article constitutionnel

qui fixe les objectifs en matière de politique de la santé et détermine les instruments. De quel système de santé la Suisse veut-elle se doter ? Quelle importance accorder à la prévention ? Dans quelle mesure le système doit-il être contraignant ? Combien sommes-nous prêts à dépenser pour la santé et qui va payer ?

## Supprimer les mauvaises incitations

H+ s'engage depuis des années en faveur de la suppression des mauvaises incitations. Cela passe par une amélioration de la compensation des risques et le monisme,

soit le remboursement de toutes les prestations de santé par un seul acteur. Le financement dual par les primes et l'impôt doit subsister cependant. C'est pourquoi la création d'une centrale de clearing entre les caisses et les cantons est indispensable.

## Encourager les soins intégrés

Le monisme et une compensation des risques efficace constituent les conditions préalables à des soins intégrés modernes. Les généralistes et les réseaux de médecins ne suffisent souvent pas pour assurer la prise en charge des patients les plus gravement atteints. Les hôpitaux et les cliniques jouent là un rôle capital comme centres de compétences. H+ demande que des projets-pilote de Disease Management soient soutenus.

*Martin Bienlein*

## En bref

# L'économie comme la société bénéficie des prestations des hôpitaux

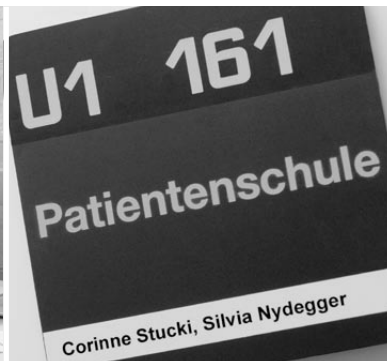
Les soins médicaux et infirmiers constituent le cœur de métier des hôpitaux et cliniques. Au cours des dernières années, des traitements stationnaires ont été transférés au secteur ambulatoire. Ce déplacement a permis de réduire les coûts

par cas et de réintégrer plus rapidement les patientes et les patients dans leur quotidien. La contribution des soins ambulatoires hospitaliers à l'économie publique est ainsi très sous-estimée.

Les hôpitaux fournissent d'autres prestations d'intérêt général importantes pour le pays. Des enseignants qualifiés forment des enfants et des adolescents souffrant de maladies chroniques dans les **classes** ouvertes par les grands hôpitaux de Suisse alémanique et romande. Les coûts sont pris en charge par les cantons, les communes ou l'établissement lui-même. Cette question n'est toujours pas réglée à l'échelle nationale.

L'**accompagnement spirituel** fait souvent partie intégrante des soins aux patients, car les hôpitaux sont confrontés quotidiennement à des problématiques religieuses et existentielles. Il est assuré en collaboration avec les églises nationales, par le biais de mandats de prestations.

*Stefan Berger*



Photos: Insepspital, Susi Bürki

## Impressum

H+ Palais fédéral, nouvelles brèves, paraît quatre fois par an en allemand et en français. Rédaction: Reinhard Voegele, Marie-Anne Perrot, H+ Berne.



Secrétariat central, Lorrainestrasse 4A, 3013 Berne, geschaefsstelle@hplus.ch, www.hplus.ch. Tél. 031 335 11 11. H+ est une association de droit privé.