



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI



EDITORIAL

# PALAIS FÉDÉRAL

Il faut souhaiter aux assurés et aux patients que l'introduction des forfaits par cas en 2012 renforce la transparence des prestations. H+ et ses membres y travaillent depuis des années. Les deux pierres angulaires sont posées : d'une part, la nouvelle structure tarifaire SwissDRG a été remise au Conseil fédéral, d'autre part les hôpitaux, les assureurs et les cantons se sont entendus sur des mesures concrètes de la qualité et sur la publication des résultats de celles-ci. Une décision indispensable doit maintenant être prise pour progresser un peu : Mesdames et Messieurs les Parlementaires, sauvez la compensation des risques, dont dépendent toutes les réformes à venir de la LAMal. Le Managed Care ne réunira une majorité que si tous les partenaires prennent leurs responsabilités, les assureurs maladie aussi bien que les assurés et les fournisseurs de soins.

*Charles Favre, président de H+*

## SOMMAIRE

Soins intégrés

**Hôpitaux et Managed Care : les faits** 2

Politique de la santé

**Médecine de famille : l'alternative du contre-projet** 2

Révision de la LAMal sur le financement hospitalier

**Le nouveau financement hospitalier est en marche** 3

SwissDRG

**La structure tarifaire SwissDRG soumise au Conseil fédéral** 3

Soins intégrés

**Filières de soins pour le diabète** 4

En bref

**Lorsque le Conseil fédéral et les cantons...** 4

Impressum 4

## Compensation des risques

### La compensation des risques : une condition sine qua non

L'encouragement du Managed Care par le biais des structures, sans amélioration évidente de la qualité pour les patients, ne peut pas convaincre. Mais la compensation des risques, elle, s'impose.

Il n'est un secret pour personne que les hôpitaux ne voient pas l'intérêt de la révision de la LAMal consacrée au Managed Care, pas plus pour eux que pour leurs patientes et patients. Les partisans de cette révision ont fait valoir les avantages pour les médecins avant tout. Mais une révision de la LAMal est-elle indispensable à la réorganisation, de toute manière déjà en cours, des cabinets médicaux? – Sûrement pas.

#### Une révision urgente de la LAMal : la compensation des risques

Une révision de la LAMal est en revanche urgente pour améliorer la compensation des risques en y intégrant l'indicateur maladie, en d'autres termes la morbidité. Les précédentes améliorations ne sont pas suffisantes. La dernière – la durée d'hospitalisation au-delà de trois jours durant l'année qui précède – pourrait même être une incitation non souhaitable à l'allongement des durées de séjour.

La révision est nécessaire en relation avec le nouveau financement hospitalier et l'introduction de la structure tarifaire SwissDRG. Avec les forfaits par cas, les assurances bénéficient d'une transparence accrue sur les maladies de leurs assurés. Afin d'atteindre une compensation plus juste entre les

assurances et pour protéger les patients, il faut ajouter la maladie aux indicateurs. Ainsi, les caisses qui assurement de nombreux patients gravement malades ne seront pas systématiquement désavantagées. Et les caisses qui proposent des modèles de soins médicalement de qualité et efficaces à leur assurés souffrant de pathologies lourdes seront récompensés. Seuls combattront cette amélioration les assureurs qui orientent leur action sur la sélection des risques.

#### Pour une nouvelle compensation des risques dès le 1er janvier 2012, même sans Managed Care

L'affinement de la compensation des risques est certes une condition sine qua non pour les soins intégrés. Mais sa mise en œuvre est importante même indépendamment du Managed Care, dans la perspective de l'introduction de SwissDRG. Si la révision de la LAMal portant sur le Managed Care devait échouer au Parlement, les Chambres fédérales devraient améliorer tout de même la compensation des risques. La révision de la compensation des risques va de pair avec l'introduction de SwissDRG, il est donc important qu'elle entre en vigueur également le 1<sup>er</sup> janvier 2012.

*Bernhard Wegmüller, directeur de H+*

## Hôpitaux et Managed Care : les faits

De deux choses l'une : soit les Chambres fédérales adopteront sans coup férir le projet de Managed Care durant la session de juin de cette année électorale, soit elles le saborderont. La seconde hypothèse est la plus vraisemblable. En mars dernier, H+ a demandé aux hôpitaux de soins aigus dans quelle mesure ils travaillent aujourd'hui déjà en réseau.

Quelque 42 hôpitaux et groupements d'hôpitaux ont répondu à cette enquête. Les résultats principaux sont les suivants : les hôpitaux de soins aigus s'inscrivent déjà dans des réseaux. Ils entretiennent de multiples relations formelles et informelles avec les autres prestataires. Avec les seuls spécialistes indépendants, les membres de H+ ayant répondu ont conclu pas moins de 600 contrats de collaboration. S'y ajoutent 140 conventions avec d'autres hôpitaux de soins aigus, 83 avec des médecins généralistes et 125 avec d'autres institutions. Il s'agit de contrats individuels ou combinés. Ces derniers fixent les mêmes conditions de travail pour plusieurs médecins de famille, par exemple.

**Quelques détails :  
Médecins de famille et spécialistes**  
Les médecins spécialistes sont les

partenaires privilégiés des hôpitaux. Plus de 60% de tous les contrats sont signés avec eux, soit plus de 20 par hôpital. Certes, d'autres hôpitaux de soins aigus sont cités encore plus souvent comme partenaires que les médecins spécialistes, mais les contrats passés avec eux ne représentent que 15% du total, soit 4,5 en moyenne par hôpital. **Les médecins de famille** ne sont mentionnés qu'à douze reprises, mais les hôpitaux concluent plus de contrats avec eux qu'avec d'autres hôpitaux. La part de conventions signées avec eux se monte à 9%.

Environ un hôpital sur trois s'accorde avec ses partenaires sur des critères d'exclusivité, le plus souvent, à nouveau, avec des médecins spécialistes et d'autres hôpitaux de soins aigus.

Quinze établissements se définissent comme membres d'un



groupement d'hôpitaux et bénéficient en majorité d'une complète liberté contractuelle. Six indiquent jouir d'une liberté réduite voire d'aucune liberté de contracter, les flux de patients se déroulent entièrement ou principalement au sein du groupement d'hôpitaux.

Enfin, 25 hôpitaux, soit près des deux tiers de l'échantillon, estiment que la planification cantonale des soins favorise les organisations en réseau. En Suisse romande, l'unanimité règne sur ce point. Seuls quatre établissements estiment que la planification va à fin contraire, alors que dix membres estiment qu'elle n'a pas d'effet à cet égard. Certains cantons prescrivent dans la loi que les hôpitaux doivent fournir chaque année la preuve des coopérations et synergies existantes.

*Reinhard Voegele/Stefan Berger*

## Médecine de famille : l'alternative du contre-projet

En lançant son contre-projet à l'initiative « Oui à la médecine de famille », le Conseil fédéral a montré comment il entend ancrer dans la Constitution fédérale l'ensemble de la couverture de base en soins médicaux.

Dans son rapport explicatif sur le contre-projet à l'initiative « Oui à la médecine de famille », le Conseil fédéral relève qu'il refuse notamment « d'accorder aux médecins de famille une position particulière au niveau de la Constitution. » C'est la raison pour laquelle il a décidé de lancer un contre-projet direct à l'initiative populaire. Début avril, le Gouvernement a dévoilé son contre-projet et ouvert une vaste consultation, qui s'étendra jusqu'à juillet 2011.

H+ se réjouit qu'aujourd'hui, grâce à l'initiative et au contre-projet, un large débat sur le rôle et les structures de la couverture de base en soins médicaux puisse avoir lieu. En tant qu'acteurs toujours plus importants de la fourniture de soins de premier recours, par exemple à travers les services d'urgences, les hôpitaux et cliniques participeront activement à cette discussion.

*Conrad Engler*



# Le nouveau financement hospitalier est en marche

En parallèle à l'instauration de forfaits par cas SwissDRG, le Parlement a révisé d'autres aspects de la LAMal en 2007. La mise en œuvre est en cours.

Les éléments principaux du nouveau financement hospitalier sont :

- + Le financement du sujet plutôt que de l'objet, en d'autres termes ce sont les prestations concrètes aux patients qui sont rémunérées, et pas l'hôpital en tant qu'institution ;
- + Les négociations des prix plutôt que des tarifs calculés sur la base des coûts avérés ;
- + L'intégration des coûts de la formation professionnelle et des investissements dans les prix ;
- + Le libre choix de l'hôpital au lieu d'une limitation aux frontières cantonales, assorti d'une protec-

tion des cantons contre des prix extra-cantonaux trop élevés ;

- + La planification minimale basée sur la qualité et l'efficacité en lieu et place d'une planification maximale fixant des limites ;
- + L'égalité de traitement des hôpitaux publics et privés inscrits sur les listes dans le cofinancement des prestations par les cantons ;
- + La nouvelle répartition des coûts entre assureurs et cantons.

## Confusion entre financement hospitalier et SwissDRG

De nombreux commentateurs mélangent souvent les éléments ci-

dessus avec le nouveau tarif SwissDRG et confondent les effets possibles, sciemment ou par méconnaissance. De nombreuses conséquences du nouveau financement hospitalier n'ont rien à voir avec les Swiss-DRG, mais découlent du nouveau financement hospitalier. Ainsi, les effets sur les primes dépendent de la répartition de la prise en charge des coûts entre les cantons et les assureurs. D'autres sujets de critiques ne sont tout simplement pas touchés par les changements. C'est le cas par exemple du financement de la formation postgraduada des médecins ou de la réduction des durées d'hospitalisation, une tendance entamée il y a des années déjà.

*Martin Bienlein*

## SwissDRG

# La structure tarifaire SwissDRG soumise au Conseil fédéral

SwissDRG SA a remis au Conseil fédéral dans les délais la structure tarifaire du nouveau système des forfaits par cas.

Le Conseil d'administration de SwissDRG SA a adopté à l'unanimité la structure tarifaire 1.0 et accompli la première étape de l'introduction du nouveau système des forfaits par cas au 1<sup>er</sup> janvier 2012. La balle est désormais dans le camp du Conseil fédéral, qui doit approuver la structure. Pour être en mesure d'introduire le système dans les délais, les hôpitaux et cliniques attendent du Gouvernement qu'il prenne une décision de principe six mois avant le démarrage.

L'édifice de l'introduction des nouveaux forfaits par cas est quasiment achevé avec le dépôt de la structure SwissDRG. Les partenaires se sont entendus sur l'intégration des innovations et des coûts de la formation.

## Tour d'horizon des points principaux

Les partenaires nationaux que sont H+ et santésuisse ont développé avec la CDS un modèle d'intégration des coûts de la formation pro-

fessionnelle non universitaire lié aux prestations.

Le Conseil d'administration de SwissDRG SA a adopté les principes régissant les nouvelles prestations et innovations remboursées par les caisses. La reproduction des méthodes innovantes d'examen et de traitement dans le système SwissDRG doit être assurée « aussi rapidement que possible », selon la décision du Conseil d'administration. D'autres chantiers sont en cours. La structure tarifaire SwissDRG couvre le domaine des hôpitaux de soins aigus. Pour les secteurs de la psychiatrie et de la réadaptation, de nouveaux systèmes de rémuné-

ration sont en cours d'élaboration. Il n'existe pas de modèle, dans le monde entier, sur lequel s'appuyer. Au chapitre des négociations tarifaires, il convient de réglementer en détail la transmission des données de diagnostics et d'interventions médicalement délicates de manière à garantir la protection des données. Des solutions transitoires pour la prise en compte des coûts d'utilisation des immobilisations doivent être aussi dégagées. Le Conseil fédéral exige « une solution concrète » d'ici à la fin de l'année pour la transmission des données.

*Conrad Engler*



## Filières de soins pour le diabète

Des expériences menées en Suisse et à l'étranger montrent que les soins intégrés constituent une forme judicieuse de Disease Management. Ils peuvent être pratiqués sans prescription légale.

Il est médicalement avéré qu'une réduction des facteurs de risque peut faire baisser les taux de cas et le développement des maladies secondaires du diabète. Alors que quelques pays se sont déjà engagés depuis des décennies dans des programmes centrés sur le diabète et sa prévention, ce thème n'est pas encore enraciné en Suisse.

### Des jeunes pousses réjouissantes

Deux récents programmes de Disease Management du diabète méritent d'autant plus de louanges: l'un émane du canton de Vaud, l'autre de la caisse maladie CSS. Par l'information aux patients et l'intégration des soins, ces programmes veulent faire baisser les taux de cas et les conséquences indésirables du diabète que peuvent être la cécité, les amputations de pieds ou le cancer. L'intégration complète des médecins traitants joue un rôle central dans ces deux programmes.

### Exemples à l'étranger

Dans les pays anglo-saxons – Grande-Bretagne, Australie, Etats-Unis – les « Specialized Nurse Practitioners » (infirmières praticiennes spécia-

lisées) se sont imposées. Au Danemark, le personnel infirmier établit le premier contact avec le patient, alors que le médecin spécialiste émet les diagnostics médicaux, sur la base des données électroniques, tels que les résultats d'analyses de laboratoire, les rapports et les images. Des prestataires ou des HMO (Health Maintenance Organizations) mettent sur pied ces programmes. En Allemagne, la plus grande caisse maladie, l'AOK, a son propre programme consacré au diabète.

### Etudes internationales

Des études menées aux Etats-Unis montrent que les patients insérés dans des programmes de Disease Management du diabète présentent des durées d'hospitalisation plus basses et génèrent des coûts moins élevés que ceux dont le traitement n'est pas structuré. D'autres études montrent que, dans le cadre des programmes, l'accompagnement des patients par les infirmières spécialisées est de qualité équivalente à celui des médecins.

*Martin Bienlein*

## Lorsque le Conseil fédéral et les cantons...

...parlent de « nouveaux modèles de gouvernance du système de santé et de nouvelles formes de partenariats », H+ aimerait être de la partie.

La citation est extraite du texte du conseiller fédéral Didier Burkhalter parue dans le dernier rapport annuel de H+. Titre de l'article: « Faire rimer qualité et efficacité ». H+ ne peut qu'y souscrire. Il n'est guère difficile de deviner que le Ministre de la santé estime que le système de santé suisse recèle un certain potentiel d'amélioration au niveau de l'efficacité avant tout. H+ accueillera avec intérêt toutes les propositions concrètes.

En 2005 déjà, à l'occasion des 75 ans de l'association, H+ avait proposé la création de cinq régions supra-cantoniales de fourniture de soins. Peut-être conviendrait-il en 2011, six ans plus tard, d'appuyer très légèrement sur l'accélérateur.

*Reinhard Voegele*



### Impressum

H+ Palais fédéral, nouvelles brèves, paraît quatre fois par an en allemand et en français. Rédaction: Reinhard Voegele, Nicole Fivaz, H+ Berne.



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