



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI



EDITORIAL

PALAIS FÉDÉRAL

Le système suisse de santé est bon, mais trop cher, selon l'OCDE. C'est la deuxième fois depuis 2006 que cette organisation relève le potentiel d'amélioration de la Suisse. En adoptant les forfaits par cas et le nouveau financement hospitalier, le Parlement a accompli deux pas décisifs dans la bonne direction. Ces innovations entrent en vigueur début 2012. D'un seul coup, les hôpitaux devront suivre de nouvelles directives de planification, respecter de nouvelles règles de financement et appliquer un nouveau système tarifaire. Même s'ils se sont préparés au mieux, les hôpitaux ne peuvent pas se prémunir contre tous les risques. Il faudra en tenir compte durant la phase d'introduction. Un autre chantier s'ouvre pour les hôpitaux. Le tarif médical des prestations ambulatoires TARMED est dépassé. Il est urgent de l'adapter à la médecine moderne. En 2012, H+ va franchir les premières étapes d'une révision complète de TARMED.

Charles Favre, président de H+

SOMMAIRE

Swiss DRG	
Chronologie Swiss DRG	2
Swiss DRG	
Explications sur les points chauds actuels	2
Personnel	
Près d'un médecin sur trois travaille à temps partiel	3
Soins intégrés	
Fribourg: innovation pour les patients	3
Tarif ambulatoire	
Feu vert pour la révision de TARMED	4
H+ Interne	
Le conseiller fédéral Didier Burkhalter au Congrès de H+	4
Impressum	4

SwissDRG

SwissDRG dans le sprint final

Le Parlement a fixé l'introduction du nouveau financement hospitalier au 1^{er} janvier 2012. Les nouveaux forfaits par cas SwissDRG pour les soins stationnaires impliquent un engagement important des hôpitaux et des cliniques. Il en va de même des projets en cours pour des tarifs orientés sur les prestations pour la psychiatrie et la réadaptation ainsi que de la révision de TARMED, le tarif des prestations médicales ambulatoires devenu obsolète.

Des solutions pragmatiques pour SwissDRG

Le Conseil fédéral a approuvé en juillet 2011 la nouvelle structure tarifaire SwissDRG et édicté en novembre deux modalités d'introduction: les coûts d'investissement sont fixés à 10 % et un monitoring est instauré pour la phase d'introduction. La question de la transmission des données médicales n'a pas encore été tranchée, en revanche.

Les négociations sur les prix entre les hôpitaux et les caisses maladie sont en cours. L'objectif des hôpitaux est de disposer de conventions avec les caisses au 1^{er} janvier 2012, afin de pouvoir établir des factures et garantir la sécurité du droit. Outre les risques économiques plus élevés pour les hôpitaux, qui résultent du nouveau financement hospitalier et des forfaits par cas, un facteur supplémentaire s'est invité dans les négociations avec la formation de plusieurs alliances parmi les caisses maladie. Dans ces conditions, il est réjouissant que les premières conventions aient été signées.

Dans tous les cas, la compréhension réciproque et la recherche de solutions pragmatiques sont de mise durant la phase d'introduction. Car les incertitudes résultant des multiples changements introduits par le nouveau financement hospitalier sont nombreuses.

Des nouveaux systèmes de prix pour la réadaptation et la psychiatrie

Les nouveaux tarifs orientés sur les prestations pour la psychiatrie et la réadaptation suivront dans une phase ultérieure. Il est compréhensible que ni le Conseil fédéral ni le Parlement ne se réjouissent de ce retard par rapport aux prescriptions légales. Mais, contrairement aux forfaits par cas dans les soins aigus, aucun modèle de tarif orienté sur les prestations, qui pourrait être simplement transposé à la Suisse, n'existe à l'étranger pour ces deux secteurs.

Des systèmes de remboursement totalement nouveaux doivent donc être développés et cela prend du temps. Les projets menés depuis quelque temps par les hôpitaux relèvent désormais de la responsabilité de SwissDRG SA.

Bernhard Wegmüller, directeur de H+

Chronologie SwissDRG



	Condition-cadre	Partenaires tarifaires
1997		Premières discussions entre quelques hôpitaux et cantons et la cheffe du DFI.
2000	Premier message sur le financement hospitalier.	
2003	La révision du financement hospitalier échoue au Parlement lors du vote final.	Etude de faisabilité sur les forfaits par cas par H+ et la CDS.
2004		Lancement du projet de forfaits par cas suisses par la CDS, H+, santésuisse et la FMH.
2005	Second message sur le financement hospitalier.	Fondation de SwissDRG SA par la CDS, santésuisse, H+ et la FMH.
2006, 22.3.	Le président de SwissDRG Carlo Conti signe à Berlin le contrat de coopération avec GermanDRG (photo).	
2007	Le Parlement approuve le nouveau financement hospitalier.	
2009		Première version de travail SwissDRG 0.2.
2010		Deuxième version de travail SwissDRG 0.3.
2011	Le Conseil fédéral approuve SwissDRG 1.0. Il édicte les modalités d'application.	Le tarif d'introduction SwissDRG 1.0 est prêt. Les partenaires tarifaires négocient les prix.
2012	Introduction de SwissDRG comme tarif unique pour les soins aigus stationnaires.	
2014 / 2015		Les données affînées de coûts et de prestations sont intégrées à SwissDRG.

Martin Bienlein

Explications sur les points chauds actuels

H+ et santésuisse ne sont pas parvenues à conclure un accord national sur la réglementation des investissements, la transmission des données médicales et le monitoring des coûts. Quelles sont les causes de l'échec de ces négociations paritaires?

Coûts d'investissement – L'obstacle invisible

Il va de l'existence même des hôpitaux que les forfaits par cas permettent de financer à l'avenir les investissements indispensables. Ces derniers revêtiront une importance décisive dans les années futures. Un grand nombre d'hôpitaux ont été construits il y a 30 – 40 ans et ne correspondent souvent plus aux exigences d'une médecine moderne et efficace. Le supplément fixé à 10 % par le Conseil fédéral ne suffira pas à financer les investissements nécessaires. A cela s'ajoute que l'Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les EMS (OCP) n'a pas été adaptée à un financement des prestations tourné vers l'avenir. Elle se fonde toujours

sur une indemnisation a posteriori des installations existantes et doit être donc révisée d'urgence. Sinon, il sera toujours aussi difficile d'aboutir à des accords entre les partenaires tarifaires.

Transmission des données – L'obstacle du secret du patient

Le secret bancaire – qui protège les données du client – est sacro-saint en Suisse. Les caisses maladie sont prêtes, en revanche, à sacrifier le secret du patient. Et pourtant la livraison systématique des données médicales du patient qu'elles réclament n'est pas nécessaire pour le contrôle des factures. Grâce à un système astucieux de contrôle, la SUVA a renoncé expressément à la transmission systématique des données. C'est pour

quoi les hôpitaux s'accrochent à la protection du secret du patient. Néanmoins la livraison systématique des diagnostics et des traitements pourrait être inscrite maintenant dans la LAMa. Il est important, aux yeux des hôpitaux, que ces données médicales du patient soient transmises uniquement à ceux qui sont en mesure de les interpréter, c'est-à-dire aux médecins-conseil.

Monitoring des coûts et des volumes – Un obstacle mal placé

En instaurant un monitoring du nombre de cas, le Conseil fédéral contredit l'esprit de la révision de la LAMa, qui préconise une augmentation de l'efficacité par la concentration et la spécialisation. H+ et les hôpitaux se sont toujours prononcés en faveur d'une introduction ordonnée et neutre des nouveaux forfaits par cas, grâce à un monitoring des revenus par cas des hôpitaux.

Martin Bienlein

Près d'un médecin sur trois travaille à temps partiel

L'augmentation des temps partiels témoigne de l'attractivité du secteur hospitalier comme employeur. Les hôpitaux ont redoublé d'efforts pour créer des postes à temps partiel et organiser la garde des enfants. Le personnel médical en profite également.

Entre 2005 et 2009, le nombre d'employés dans les hôpitaux et les cliniques a augmenté de 12 %. Il s'élevait à 186'565 personnes à fin 2009. La moitié d'entre elles, soit 93'974, travaillait à temps partiel, c'est-à-dire à 80 % ou moins. Durant ces dernières années, le temps partiel a gagné en importance. La croissance des postes à temps partiel atteint 17,4 %, soit nettement plus que celle des temps pleins qui est de 6,9 %. Cette évolution est particulièrement marquée chez les médecins puisqu'elle atteint 38 %. Près d'un médecin sur trois travaille aujourd'hui à temps partiel.

L'augmentation des temps partiels témoigne de l'attractivité du secteur hospitalier comme employeur. Les hôpitaux ont redoublé d'efforts pour créer des postes à temps partiel et organiser la garde des enfants, pour le personnel médical également. Cette avancée est importante pour parer à la pénurie de personnel qui s'annonce et pour éviter que des employés hautement qualifiés n'abandonnent prématurément leur profession.

Stefan Berger



Fribourg: innovation pour les patients

Que faire lorsqu'il y a de moins en moins de médecins de famille pour assurer le service d'urgence? Le système adopté par l'association des médecins du district de la Singine en collaboration avec l'hôpital de Tafers est une approche innovante pour régler ce problème.

«Notre solution fonctionne parce qu'elle résulte d'une étroite collaboration entre l'association des médecins du district de la Singine et l'hôpital de Tafers. Depuis son introduction en 2007, le système a fait largement ses preuves. Les collègues âgés continuent à assurer une partie des urgences car, durant la nuit, ils sont très largement déchargés et ne sont plus que rarement appelés», explique le Dr Raphael Kessler, médecin-chef du service de médecine à l'hôpital de Tafers.

En raison avant tout de leur âge et des temps partiels, les médecins de famille de la Singine étaient toujours moins à être astreints à participer au service d'urgence ambulatoire. S'ils

ne s'étaient pas associés à l'hôpital de Tafers, les soins d'urgence ambulatoires n'auraient plus pu être assurés dans le district.

Deux éléments ont contribué à la solution

Premièrement, la réunion des deux cercles existants en un cercle d'urgence commun englobant l'ensemble du district de la Singine, avec un médecin et un numéro d'urgence. Deuxièmement, l'intégration de l'hôpital de Tafers dans le service d'urgence ambulatoire. De 8h00 à 20h00, le médecin de famille de piquet répond au numéro des urgences. Au-delà de 20h00, les appels sont déviés sur le médecin de garde à l'hôpital de Tafers. Ce dernier procède

à un tri: les patients ambulatoires sont traités par l'hôpital mais lorsqu'une visite à domicile est indispensable, c'est le médecin de famille de piquet qui s'en charge, comme par le passé.

Prendre en compte les réalités démographiques

La solution actuelle tient compte de l'évolution démographique de la population dans le district de la Singine et de la disponibilité des médecins ambulatoires. C'est pourquoi des femmes médecins exerçant à temps partiel acceptent de participer plus largement au service d'urgence que ne l'exige leur temps de travail.

Nicole Fivaz

Feu vert pour la révision de TARMED

L'assemblée générale de H+ a donné son feu vert, début novembre 2011, à la révision du système tarifaire TARMED pour les prestations ambulatoires.

L'état d'esprit de l'assemblée générale de H+ était sans équivoque: «Il ne faut pas se plaindre et gémir mais il faut agir.» H+ lance un projet global de révision comme alternative au tarif TARMED obsolète. L'objectif est d'aboutir à un remboursement des prestations dans le domaine de l'ambulatoire hospitalier qui soit approprié, conforme à l'économie d'entreprise et actualisé. La structure tarifaire et les bases de calcul doivent être adaptées aux conditions actuelles et actualisées en continu à l'avenir.

Le projet de H+ de révision de TARMED est la réponse de l'association des hôpitaux au blocage opéré par les partenaires de TARMED Suisse, qui a abouti à ce que cette organisation ne soit plus en mesure d'actualiser, de réviser et de développer le système tarifaire. H+ prend ainsi en compte les critiques du Contrôle fédéral des finances sur le blocage des décisions au sein de l'organisation TARMED Suisse et en tire les conséquences. L'association des hôpitaux démarre un projet propre avec l'actualisation des bases de calcul et du catalogue des prestations. Lors de cette première étape, l'accent est mis sur les

prestations spécifiques aux hôpitaux, qui ne peuvent pas être prodiguées dans les cabinets médicaux. Le projet de révision de H+ constitue ainsi un complément à la mise à jour entreprise par la FMH sous le nom de «TARVISION». Dans un second temps, les deux associations nationales H+ et FMH coordonneront leurs travaux de révision et formeront une alliance des fournisseurs de prestations dans la perspective de l'introduction et de la mise en œuvre de la révision.

Dans le cadre de ces projets, H+ et la FMH soutiennent les objectifs fixés par le Conseil fédéral pour la révision de TARMED. La coopération entre les fournisseurs de prestations doit assurer que les prestations qui sont prodiguées aussi bien dans le secteur ambulatoire des hôpitaux que dans les cabinets médicaux seront indemnisées selon des critères similaires. En accord avec le Conseil fédéral et le Parlement, H+ et la FMH veulent aussi garantir que l'indemnisation des prestations dans les soins de base sera correcte et correspondra aux charges.

Conrad Engler

Le conseiller fédéral Didier Burkhalter au Congrès de H+

«Une meilleure qualité, plus de sécurité, des primes plus basses». Tel

a été le credo du conseiller fédéral

Didier Burkhalter dans le discours qu'il

a tenu devant le Congrès de H+.

Les soins intégrés ne sont pas «une médecine à bon marché, a déclaré le conseiller fédéral Didier Burkhalter. Ils assurent une meilleure qualité, plus de sécurité et des primes plus basses.» Il y a moins de doublons dans les réseaux que lorsque les patients courent d'un spécialiste à l'autre. Les soins intégrés donnent des résultats optimaux, sans gaspillage de ressources, a indiqué le chef du Département fédéral de l'intérieur lors de son discours d'ouverture devant le Congrès de H+ à Berne.

«Les réseaux définissent la filière de soins en accord avec tous les fournisseurs de prestations concernés.» Jusqu'à présent, les réseaux étaient attrayants pour les personnes en bonne santé avant tout, a souligné Didier Burkhalter. L'une des forces du modèle des soins intégrés réside dans le traitement et les soins aux personnes atteintes de maladies graves chroniques. L'amélioration de la compensation des risques doit garantir que la chasse aux bons risques prendra fin à l'avenir.

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, geschaefsstelle@hplus.ch, www.hplus.ch. Tél. 031 335 11 11. H+ est une association de droit privé.