



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI



Mai 2019 – n° 2

PALAIS FÉDÉRAL



ÉDITORIAL

Le système de santé suisse ne peut pas se passer du personnel étranger. Mais pour assurer l'accès aux soins, il est important aussi de former suffisamment de personnel qualifié en Suisse. Cela ne vaut pas seulement pour les médecins mais aussi pour les professions soignantes.

Aujourd'hui déjà, les hôpitaux et les cliniques apportent une contribution importante à la formation et garantissent ainsi une fourniture des soins de haute qualité aux patientes et aux patients. Cependant, les conditions pour le personnel infirmier doivent être encore améliorées. Un grand pas est fait dans la bonne direction avec le contre-projet indirect à l'initiative «Pour des soins infirmiers forts», qui reprend les points essentiels – compétences accrues, participation de la Confédération et des cantons aux coûts de la formation, meilleurs salaires pour les personnes en formation. Ces principes doivent être maintenant mis en œuvre et complétés par une rémunération équitable des prestations aux personnes présentant un besoin accru en soins.

Isabelle Moret, présidente de H+

Admissions: entériner ce qui fonctionne

La réglementation actuelle a fait ses preuves. Il ne faut pas la surcharger avec des exigences qui n'améliorent pas la qualité.

«Le provisoire qui dure». L'expression ne pourrait pas mieux convenir à la réglementation actuelle de l'admission des médecins à pratiquer prolongée jusqu'en 2021 par le Parlement. Elle fonctionne, est appliquée avec flexibilité et pragmatisme et tient compte des différents mandats de fourniture des soins ainsi que des besoins des agglomérations comme des régions. Les prescriptions définitives devraient entériner ce qui fonctionne. Les exigences excessives, bureaucratiques et absurdes qui ne répondent qu'à des motifs politiques ne devraient pas être retenues. Le Conseil national a surchargé la révision de la LAMal sur l'admission des fournisseurs de prestations proposée par le Conseil fédéral: en cas de référendum, le projet n'aurait aucune chance devant le peuple. En accordant une marge de manœuvre aux cantons pour fixer le nombre de médecins exerçant en ambulatoire et en rejetant le droit de recours des assureurs ainsi que la possibilité d'assouplir l'obligation de contracter, la CSSS-E va dans le sens d'une garantie de la qualité et de la fourniture des soins. Il incombe maintenant au Conseil des Etats de confirmer ces propositions pragmatiques.

Au terme d'une audition des premiers concernés – les fournisseurs de prestations et les assureurs – ainsi que de la CDS, la commission du Conseil des Etats montre la voie de la pérennisation d'une formule qui a fait ses preuves: elle propose des solutions concrètes applicables par les cantons.

Anne-Geneviève Bütikofer, directrice de H+

SOMMAIRE

2 Planification hospitalière | **Le piège des nombres minimaux de cas**
2 Interprétariat | **Étendre l'indemnisation à l'ambulatoire**
3 Commission de la qualité | **Impliquer les acteurs**

3 Financement des soins | **Une feuille de route est nécessaire**
4 Faits et chiffres | **Diversité au quotidien dans les hôpitaux**

Le piège des nombres minimaux de cas

En chirurgie, les nombres minimaux de cas sont pertinents pour la qualité et la sécurité des patients. Mais ils ne sont ni le seul critère ni une panacée pour la planification.

Chacun sait que le diable se niche dans les détails. Si les nombres minimaux de cas constituent en soi un critère pertinent et transparent, la frénésie de la planification qui envahit les débats sur les mandats de prestations peut exercer des effets délétères sur les hôpitaux. Garantir la qualité est une ambition louable. Il ne faut cependant pas en faire un mauvais usage sur le plan politique au détriment des fournisseurs de prestations – en particulier de leurs coopérations et des répartitions d'activités qui sont pourtant judicieuses. Il convient plutôt de conserver le sens des proportions et de regarder au-delà des établissements et des cantons.

En ces temps de bouleversements structurels, où les groupements hospitaliers intercantonaux se multiplient, définir des nombres minimaux de cas en fonction des sites n'a guère de sens. L'expérience des chirurgiens est un critère qualitatif plus pertinent. Elle ne se mesure pas seulement au nombre d'opérations mais également au volume des traitements et des consultations sous l'angle de la qualité de l'indication.

L'instauration de nombres minimaux de cas pourrait remplacer des incitations indésirables par de nouvelles tout

aussi malvenues. Le monde politique et les responsables de la planification des hôpitaux doivent veiller à ne pas marquer des auto-goals. Si les hôpitaux régionaux collaborent, un peu comme les artisans qui travaillaient à la journée au domicile du client, les planificateurs doivent adopter une perspective plus large et ne pas être braqués sur les nombres minimaux de cas.

La qualité avant l'économie planifiée

Lors de l'octroi d'un mandat de prestations, la qualité doit être le critère directeur, associé à l'évaluation de la sécurité du patient et à l'indication. A côté de la concentration des prestations, la collaboration et la répartition du travail doivent également être valorisées. Cela vaut pour les modèles de coopération entre les hôpitaux régionaux, centraux et universitaires, ainsi qu'entre les fournisseurs de prestations publics et privés. L'objectif doit être de favoriser les synergies, pas de fermer des hôpitaux ou des cliniques qui s'inscrivent parfaitement dans la politique de prise en charge.

Conrad Engler

«Lorsqu'ils sont mal appliqués, les nombres minimaux de cas compromettent la décentralisation des soins. C'est une épée de Damoclès pour les hôpitaux régionaux, qui sont aujourd'hui disposés à conclure des coopérations et à se partager les activités.»

Rolf Gilgen, CEO Spital Bülach AG



Interprétariat

Étendre l'indemnisation à l'ambulatoire

Les coûts des prestations d'interprétariat sont pris en charge dans le secteur stationnaire. Ils doivent également l'être dans le domaine ambulatoire.

Dans les hôpitaux et les cliniques, l'interprétariat communautaire professionnel peut être indispensable à la réalisation d'un examen ou d'un traitement médical ainsi qu'à son succès thérapeutique. Dans ce cas, et si les assurés ne disposent d'aucun interprète, les coûts liés à l'interprétariat peuvent être considérés comme partie intégrante de la prestation médicale.

Les coûts des services de traduction et d'interprétariat nécessaires aux traitements fournis dans le domaine stationnaire des hôpitaux peuvent être facturés à la charge de l'AOS et pris en compte dans le calcul des forfaits par cas. Cette pratique est conforme à la recommandation de la CDS men-

tionnée dans la fiche d'information publiée récemment par l'OFSP.

Malheureusement, l'OFSP a omis de prévoir une solution pour le domaine ambulatoire dans la structure TARMED. C'est d'autant plus regrettable que ces prestations sont en constante augmentation dans les hôpitaux et les cliniques. Et cette tendance va se poursuivre en raison de la volonté politique de transférer le stationnaire vers l'ambulatoire. En plus de voir leurs déficits se creuser en raison de l'application du TARMED 1.09, ces institutions fournissent des prestations d'interprétariat qui ne leur sont pas remboursées.

Dorit Djelid

Commission de la qualité

Promouvoir la qualité avec les premiers concernés

La commission de la qualité doit garantir une représentation des institutions existantes.

Les organisations qui ont fait leurs preuves doivent être maintenues et associées.

Après de nombreux allers et retours agrémentés de doutes quant au fondement même d'une nouvelle réglementation législative, le Conseil des Etats s'est prononcé clairement en faveur d'une commission fédérale de la qualité, chargée de développer des programmes en la matière. Maintenant que la commission du National a repris intégralement les propositions de la Chambre haute, la révision de la LAMal sur le renforcement de la qualité et de l'économicité pourra être menée à bien et débattue lors de la session d'été. Les défis se posent désormais au niveau de la mise en œuvre.

Valoriser l'expertise

Il importera que les organisations des fournisseurs de prestations qui disposent de l'expertise voulue soient prises en compte dans la composition de la commission, d'une part, et

dans l'évaluation des programmes de qualité, d'autre part. Il s'agira d'impliquer les institutions ayant fait leurs preuves et jouissant d'un large appui, comme la fondation Sécurité des patients Suisse ou l'Association nationale pour le développement de la qualité (ANQ), qui devront être associées au développement de nouveaux programmes et mesures. Pour la mise en œuvre, il faudra renforcer la qualité par rapport au niveau élevé déjà atteint aujourd'hui. Dans ce sens, il ne devra pas être question de pilotage politique, de mesures structurelles ou encore de formation des prix, mais du renforcement de la qualité comme but ultime. Au final, toutes les mesures en faveur de la qualité doivent servir le bien des patientes et des patients.

Pascal Besson



Toutes les mesures en faveur de la qualité doivent servir le bien des patientes et des patients.

Financement des soins

Une feuille de route est nécessaire

Le financement des soins doit être amélioré à plusieurs niveaux. La Confédération doit dresser une feuille de route pour les mesures à prendre.

Deux arrêts du Tribunal administratif fédéral ont conduit à une situation désastreuse dans le financement des «moyens et appareils» (MiGel). Dans la pratique, la distinction exigée par la justice entre l'utilisation par le patient et l'utilisation par le personnel infirmier – qui entraîne des financements différents – n'est pas applicable.

Une correction par le législateur est donc urgente, comme l'exige la motion 18.3710. En outre, il convient d'adapter régulièrement les contributions de l'assurance de base à l'évolution des coûts des soins (motion 18.3425) afin de garantir une répartition équitable des charges entre les cantons et les assureurs. Dans les soins aigus et de transi-

tion, un allongement de la durée de prise en charge et l'intégration des coûts hôteliers dans la rémunération sont nécessaires afin d'éviter des lacunes de financement et des incitations inopportunes.

Lors d'une table ronde avec l'OFSP, la CDS et les assureurs maladie, début avril, les associations de fournisseurs de prestations ont affirmé leurs revendications communes. La Confédération doit maintenant établir une feuille de route indiquant quelles mesures elle entend mettre en œuvre et quand.

Stefan Berger

Diversité au quotidien dans les hôpitaux

Le système de santé suisse ne peut pas se passer du personnel étranger – il en va de la sécurité de la prise en charge. H+ consacre donc cette année son rapport annuel à «La diversité au quotidien» sur 2018.hplus.ch.

Dans les hôpitaux et les cliniques, un salarié sur trois (33 %) est de nationalité étrangère. Cette proportion, nettement plus élevée que celle enregistrée dans l'économie dans son ensemble, est restée stable au fil des années puisqu'elle atteignait déjà quelque 30 % dans les années 1990.

La proportion d'étrangers est la plus élevée parmi les médecins (46 %). Pour le personnel soignant, elle atteint 34 %. On observe de profondes différences selon les régions de la Suisse. En Suisse romande et au Tessin, les étrangers représentent plus de 40 % du personnel hospitalier alors que la proportion est la plus faible en Suisse centrale et dans l'Espace Mittelland (24 %).

L'Allemagne en tête

En 2017, les employés étrangers provenant d'Allemagne étaient les plus nombreux. Leur groupe constituait 11 % de tous les salariés des établissements hospitaliers, alors que les Français étaient 6 % et les Italiens 3 %. L'ensemble des autres nationalités représente 13 % du personnel hospitalier.

Hausse de près d'un tiers

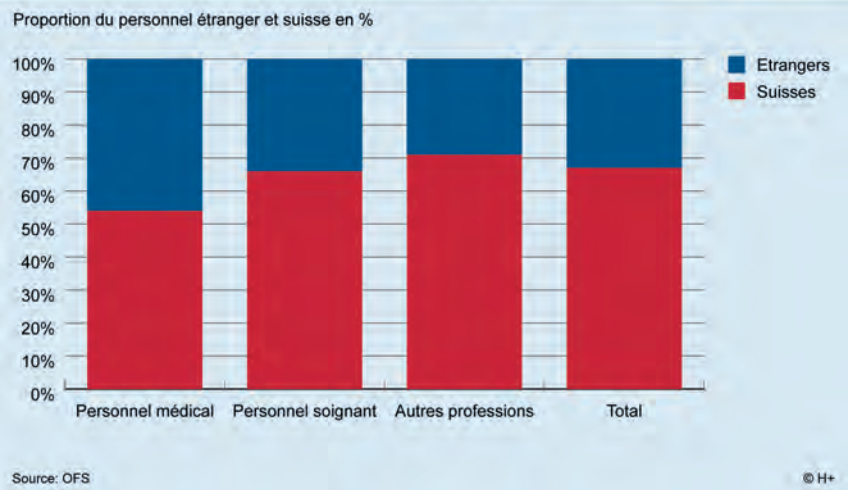
Entre 2010 et 2017, le nombre d'employés étrangers dans les hôpitaux et les cliniques suisses est passé de 55'424 en 2010 à 70'859 en 2017, ce qui représente une augmentation de 15'435 personnes (+28 %) en sept ans.

La croissance la plus forte est enregistrée parmi le personnel allemand, tant en chiffres absolus (+5'361) qu'en pourcentage (+30 %). La part des ressortissants italiens a augmenté de 28 % (+1'452) entre 2010 et 2017, celle des Français est en hausse de 27 % (+2'802), comme celle de l'ensemble des autres salariés étrangers (+5'819, +27 %).

Rapport annuel 2018 sur ce thème

Ces statistiques le montrent: sans le personnel étranger, les hôpitaux et les cliniques suisses ne pourraient pas fonctionner. H+ a donc consacré le thème central de son rapport annuel 2018 à «La diversité au quotidien». Les vidéos suivantes peuvent être vues sur 2018.hplus.ch:

Proportion du personnel hospitalier étranger et suisse en 2017



Dans les hôpitaux et les cliniques, 33 % des salariés sont de nationalité étrangère.

- Personnel venu de l'étranger: quatre personnes travaillant aujourd'hui en Suisse dans un hôpital ou une clinique racontent comment elles ont vécu leur changement de vie.
 - Responsables du personnel: ils expliquent l'importance du personnel étranger pour leur établissement et les défis que représente cette situation.
 - Mesures d'intégration: les centres de soins de la Ville de Zurich proposent des conditions optimales d'intégration.
- Les déclarations en vidéo de la présidente Isabelle Moret et de la directrice Anne-Geneviève Bütikofer, les comptes rendus des différents départements ainsi que la rétrospective viennent compléter ce rapport annuel. La présidente de H+ Isabelle Moret souligne dans sa déclaration: «La Suisse ne peut pas se rendre trop dépendante de l'étranger. C'est pourquoi il est important que nous formions suffisamment de personnel qualifié dans notre pays.»

Stefan Althaus

IMPRESSUM

H+ Palais fédéral paraît quatre fois par an en allemand et en français.

Rédaction: Stefan Althaus, Dorit Djelid, Conrad Engler

H+ Secrétariat central, Lorrainestrasse 4A, 3013 Berne, geschaefsstelle@hplus.ch, www.hplus.ch, tél. 031 335 11 11.
H+ est l'association faîtière des hôpitaux, cliniques et institutions de soins.