



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI



Février 2020 – n° 1

PALAIS FÉDÉRAL



ÉDITORIAL

Les hôpitaux et les cliniques s'adaptent continuellement au changement. Grâce à l'amélioration des moyens techniques et à des approches thérapeutiques et chirurgicales plus efficaces, ils ont, au cours de ces 40 dernières années, supprimé des lits, diminué les durées de séjour et élevé encore la qualité. Et cela bien que le nombre des patients ait augmenté (lire en dernière page).

Actuellement, la branche évolue avec dynamisme. Les institutions orientent toujours plus leur offre vers l'ambulatoire, multiplient les formes de collaboration entre elles et accompagnent ainsi les patients tout au long de la chaîne de soins.

Mais il ne faut pas perdre de vue les deux aspects du changement: d'un côté, la poursuite du processus de concentration, de l'autre, la nécessité de tenir compte des besoins de la population, qui souhaite des soins de proximité et de haute qualité dans toutes les régions du pays.

Isabelle Moret, présidente de H+

Un nouveau départ est urgent

Une organisation tarifaire pour les prestations ambulatoires intégrant tous les partenaires et les cantons peut imprimer un virage.

L'organisation tarifaire pour les prestations ambulatoires (TOAL), prévue dans le 1^{er} volet de mesures visant à maîtriser les coûts (19.046), n'aboutira que si un nouveau départ est pris avec la participation de toutes les organisations essentielles. Chaque organisation peut y apporter les travaux préparatoires qu'elle aura menés jusqu'à présent. Puis des experts indépendants doivent être mandatés pour élaborer sur cette base un catalogue de prestations susceptible d'être approuvé. Celui-ci doit répondre aux conditions légales fixées par la Confédération. En outre, ce changement de modèle et l'abandon du TARMED ne doivent pas aboutir à des coûts supplémentaires et à des hausses de primes. Dans un deuxième temps, il convient de développer et de promouvoir des forfaits pour le domaine ambulatoire, conformément au 1^{er} volet de mesures.

L'intégration de tous les partenaires tarifaires n'est pas indispensable pour la seule TOAL SA mais aussi pour SwissDRG SA, dans laquelle curafutura et les assurances sociales représentées au sein de la CTM doivent être associées en tant qu'actionnaires. La collaboration sur pied d'égalité et la coordination des travaux tarifaires entre cette SwissDRG renforcée et la nouvelle TOAL SA permettront de dégager des synergies et des solutions viables aux interfaces entre le stationnaire et l'ambulatoire.

Anne-Geneviève Bütikofer, directrice de H+

SOMMAIRE

2 Gestion de cas | Les assureurs ne sont pas des médecins
2 Admission à pratiquer | Il ne faut pas surcharger la loi
3 Frein à la hausse des coûts | Privilégier les éléments incontestés

3 DEP | Obligation requise pour tous
4 Moniteur | Moins d'hôpitaux et de lits

Gestion des cas

Les assureurs ne sont pas des médecins

Un assouplissement de la protection des données veut permettre aux assureurs d'accéder aux données sensibles des patients et d'intervenir dans le pilotage. C'est inacceptable.

La gestion des cas est du ressort des médecins de famille, des spécialistes et des hôpitaux. Le dossier électronique du patient (DEP) permet de transmettre des documents dans le respect de la protection des données au sein des réseaux de soins intégrés. La loi sur le DEP prévoit que ces données ne sont pas accessibles aux assurances. Cela ne doit pas changer. Les assureurs n'ont pas besoin d'accéder aux «données sensibles et aux profils de la personnalité» comme l'exigent pourtant cinq motions (19.3960–64) de la Commission des institutions politiques du National (CIP-CN).

Ces textes presque identiques visent des «mesures de gestion des cas», afin que les assureurs maladie et accidents accèdent sans entrave aux données personnelles, y compris aux données sensibles et aux profils de la personnalité. Pour ce faire, la LAMal et la LAA devraient être modifiées, puisque la gestion des cas ne fait pas partie du catalogue de tâches des assureurs prévu dans ces deux lois. H+ s'oppose à ce que la gestion des cas figure dans ces lois en tant que tâche des assureurs. Si les assureurs pouvaient accéder aux données

sensibles et aux profils de la personnalité, cela violerait la protection des données et la sphère privée des patientes et des patients, ainsi que le secret médical.

Fournisseurs de prestations: vrais gestionnaires de cas

Après le net rejet du projet de Managed-Care en votation populaire le 17 juin 2012 (76% de non), il y a eu un consensus politique sur le fait que les fournisseurs de prestations en priorité doivent jouer le rôle de gestionnaires de cas ou de «coach de santé» et pas les assureurs. La CIP-CN tente d'introduire par la petite porte un changement de paradigme, avec de nouvelles dispositions sur la protection des données qui permettraient aux assureurs d'accéder aux données sensibles et aux profils de la personnalité. Un tel élargissement des compétences des assureurs maladie et accidents n'est pas nécessaire car ils n'ont rien à voir avec le coaching des patients ou la gestion des cas.

Dorit Djelid

«La gestion des cas relève des fournisseurs de prestations. Ils sont les seuls à détenir les compétences médicales, infirmières et thérapeutiques pour mener cette tâche de façon appropriée et économique.»

Fortunat von Planta, directeur de l'Hôpital cantonal d'Uri, membre du Comité de H+



Admission à pratiquer

Il ne faut pas surcharger la loi

La révision doit introduire des règles nationales uniformes, plutôt que de répondre à des vœux particuliers.

La réglementation de l'admission des fournisseurs de prestations (18.047), censée mettre fin aux solutions transitoires, s'est éloignée de la version du Conseil fédéral. Elle a été surchargée avec des dispositions sur le pilotage des admissions, des plafonds par spécialités et un droit de recours pour les assurances. Ces mesures étrangères au système risquent d'aboutir à des alliances contre-nature et à l'échec du projet. Le lien avec le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS) est également artificiel.

Lors de l'élimination des divergences, le Conseil des Etats a rejeté ces souhaits particuliers dictés par des agendas politiques. Il a souligné que des dispositions impératives pour le

pilotage et le plafonnement ne sont pas judicieuses alors que les situations sont très différentes d'un canton à l'autre et qu'elles peuvent même se révéler contre-productives. Les cantons sont chargés de garantir la couverture des soins. Avec la réglementation des admissions et les bases légales relatives à la qualité et à l'efficacité, ils disposent des instruments pour remplir cette mission. Il convient donc de s'opposer à toute ingérence des assureurs. Le Conseil national doit en tenir compte s'il veut éviter que le projet n'échoue lors d'un vote référendaire.

Conrad Engler

Frein à la hausse des coûts

Privilégier les éléments incontestés

La consultation sur le 1^{er} volet de la Confédération montre que les mesures tarifaires sont bien accueillies. Leur urgence commande de les traiter en priorité.

Les résultats de la consultation sur le 1^{er} volet de mesures de la Confédération visant à freiner la hausse des coûts (19.046) montrent que certaines d'entre elles sont incontestées, alors que d'autres soulèvent une vive opposition. Traiter l'ensemble menacerait celles qui ont reçu un accueil positif et retarderait inutilement les délibérations. Les questions tarifaires urgentes doivent donc être abordées en premier.

Le Conseil fédéral veut professionnaliser et mieux structurer les négociations tarifaires. H+ n'est pas seule à partager cette volonté: l'écho a été très positif lors de la consultation. L'inscription dans la loi d'une organisation tarifaire pour les prestations ambulatoires (TOAL) doit être traitée en priorité par le Parlement, afin de sortir de l'impasse où se trouvent les partenaires depuis des années. H+ souhaite également, dans ce même domaine ambulatoire, que l'actualisation des structures tarifaires et la promotion de forfaits soient privilégiées.

Par étapes

Toujours sur la base de la consultation, H+ propose de scinder le 1^{er} volet en deux étapes:

- Etape 1: Organisation tarifaire nationale pour les prestations ambulatoires (TOAL), Maintenir la structure tarifaire à jour, Promouvoir les forfaits dans le domaine ambulatoire, Article permettant des projets pilotes.
- Etape 2: Mesures des partenaires tarifaires concernant le pilotage des coûts, Système de prix de référence pour les médicaments, Copie de la facture pour les assurés, Montant maximal de l'amende prévue à l'art. 59 LAMal, Droit de recours pour les assureurs concernant les décisions des gouvernements cantonaux relatives à la planification et à la liste des hôpitaux, des maisons de naissance et des EMS.

Cette manière de procéder permettra d'avancer rapidement avec les mesures tarifaires urgentes et bienvenues. Cela évitera des alliances contre-nature qui couleraient le volet entier en votation finale ou le feraient échouer devant le peuple à la faveur d'un probable référendum.

Conrad Engler



Le Parlement doit en priorité inscrire dans la loi une organisation tarifaire nationale pour les prestations ambulatoires.

Dossier électronique du patient

Obligation requise pour tous

Les hôpitaux sont favorables à l'introduction du DEP. Mais ce projet ne sera vraiment utile que si tous les prestataires sont tenus d'y participer.

Les hôpitaux et les cliniques seront prêts à mettre en œuvre le dossier électronique du patient (DEP) au printemps 2020. Mais quelques défis subsistent: la Confédération ne précise pas ses exigences en termes de conception et de répartition des tâches. Des conditions floues et changeantes retardent l'implémentation technique dans les institutions.

Mais le principal écueil réside dans le caractère facultatif du DEP pour les fournisseurs de prestations en ambulatoire. Seule une obligation étendue à tous les prestataires au long de la chaîne de soins permettra à chacun – en stationnaire comme en ambulatoire – de tirer tous les bénéfices du DEP,

au profit des patients également. Il faudra aussi clarifier sous quelles formes les informations contenues dans le DEP seront utilisables par les différentes parties prenantes. Il ne serait guère pratique de travailler avec des documents PDF comportant d'innombrables pages.

Les hôpitaux demandent enfin que les coûts en partie très élevés qu'ils supportent pour la mise en œuvre et le fonctionnement du DEP soient à l'avenir indemnisés via les tarifs.

Dorit Djelid

Moins d'hôpitaux et de lits grâce à l'efficacité

Depuis les années 80, le nombre d'hôpitaux de soins aigus recule continuellement à la faveur d'une prise en charge plus efficace des patients.

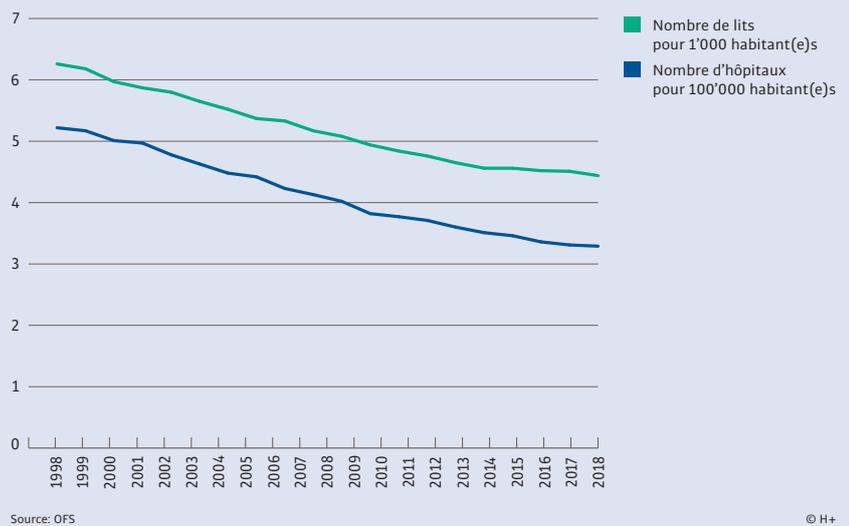
Le paysage hospitalier suisse est en mutation depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. Jusqu'au début des années 80, il a été marqué par une forte croissance. Entre 1948 et 1982, le nombre d'hôpitaux est passé de 230 à 462, et celui des lits de 42'000 à 76'000. Une phase de redimensionnement a suivi, qui se poursuit jusqu'à aujourd'hui. En 1998, la Suisse comptait encore 378 hôpitaux et 45'000 lits pour une population de 7,1 millions d'habitants. Depuis, on a assisté à une réduction de quelque 38% des hôpitaux et de 30% des lits. En 2018, on ne comptait plus que 281 hôpitaux et 38'000 lits pour 8,5 millions d'habitants.

La réduction structurelle a été rendue possible grâce à l'efficacité accrue des hôpitaux qui ont traité toujours plus de patients sur des durées toujours plus courtes. Le nombre d'hospitalisations a augmenté de 31% entre 1998 et 2018, alors que celui des journées de soins chutait de 19% durant la même période. La durée moyenne de séjour a reculé de 5,7 jours pour atteindre 8,0 jours seulement en 2018.

Processus de concentration

L'évolution de la branche est variable selon les segments: depuis 1998, les hôpitaux de soins de base, qui formaient le groupe principal, ont diminué d'environ deux tiers, passant de 166 à 58 établissements. Les hôpitaux avec prise en charge centralisée ont connu un mouvement inverse, passant de 25 à 44, soit une augmentation de trois quarts. Ces tendances contraires témoignent du processus de concentration dans la somatique aiguë (fusions, groupes hospitaliers)

Nombre d'hôpitaux et de lits



Le nombre d'hôpitaux a diminué de 38% et celui des lits de 30%.

au cours de ces vingt dernières années. Divers petits établissements ont aussi fermé. Et des institutions spécialisées (en psychiatrie et en réadaptation, entre autres) ont été intégrées à des groupes hospitaliers. Leur nombre a néanmoins peu baissé (1998: 187; 2018: 179).

Stefan Berger

Le changement s'accélère

La dynamique de l'évolution structurelle est encore accentuée par le nouveau financement hospitalier, la baisse des prix et la priorité donnée à l'ambulatoire.

La restructuration du paysage hospitalier suisse est due aux gains d'efficacité. L'introduction du nouveau financement et des forfaits par cas en 2012 a renforcé encore cette tendance à long terme. Les derniers hôpitaux publics encore en mains des cantons sont pour la plupart devenus autonomes et des sites jusque-là indépendants ont été réunis au sein de groupes hospitaliers (par ex. Inselgruppe, Hôpital cantonal de Bâle-Campagne, Hôpitaux de Soleure SA). La baisse des prix

de base pour le stationnaire ainsi que les interventions dans la structure ambulatoire TARMED augmentent la pression économique. A cela s'ajoute le virage vers la médecine ambulatoire: les opérations sont de plus en plus concentrées dans des centres chirurgicaux séparés et les petits hôpitaux se transforment en structures de soins ambulatoires.

Stefan Berger

IMPRESSUM

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

Rédaction: Stefan Althaus, Dorit Djelid, Martina Greiter

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