DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Février 2014 – nº 1

PALAIS FÉDÉRAL

ÉDITORIAL

Le projet d'ordonnance sur l'intervention du Conseil fédéral dans TARMED prévoit de mieux rémunérer les prestations des médecins de famille. Pour le même travail, les hôpitaux et les cliniques n'auront pas droit à cette augmentation. Ils devront au contraire assumer une part de la redistribution des moyens puisque des déductions, qui n'ont pas de justification économique, sont prévues sur d'autres prestations.

Or ce sont avant tout les hôpitaux qui dispensent les soins médicaux de base le soir, la nuit, les week-ends et les jours fériés, lorsque les coûts sont les plus élevés. Ils déchargent ainsi les médecins installés. De plus, les hôpitaux et les cliniques enregistrent une perte de 500 millions de francs par an en raison de la sous-évaluation des prestations TARMED.

Le projet d'ordonnance contrevient à l'obligation constitutionnelle d'égalité de traitement et ne respecte pas l'exigence de la LAMal de disposer de tarifs conformes à l'économie d'entreprise. H+ exige les mêmes tarifs pour les mêmes prestations et l'abandon de toute redistribution à des fins politiques au sein des structures tarifaires des assurances sociales.

Charles Favre, président de H+

TARMED: il faut réviser plutôt que bricoler

Le Conseil fédéral veut faire usage de sa compétence subsidiaire mais il intervient au mauvais endroit.

A fin décembre, le DFI a mis en audition une ordonnance appliquant la compétence subsidiaire du Conseil fédéral à la révision de TARMED. Le projet prévoit d'améliorer la situation financière des médecins de famille et d'opérer une coupe linéaire de 9 % dans les prestations techniques de 14 chapitres.

Mais le projet ne correspond pas à la révision complète réclamée par le Parlement et le Contrôle fédéral des finances (CDF). Il ne faut pas favoriser certaines professions mais évaluer toutes les prestations médicales de manière économique et structurée. Si le projet est appliqué tel quel, il encourage les partenaires tarifaires à emprunter la voie politique pour imposer leurs revendications plutôt que de collaborer à une révision tarifaire avec des données et des faits.

Les partenaires tarifaires œuvrent actuellement à une révision globale qui doit répondre à de nombreux impératifs, tels que l'évaluation correcte des prestations médicales, non-médicales et techniques en se fondant sur des bases de calcul actuelles et des données relevées de manière économique.

Au lieu de poursuivre un exercice politiquement et techniquement douteux, le Conseil fédéral doit défendre une vision globale avec les partenaires tarifaires.

Bernhard Wegmüller, directeur de H+

SOMMAIRE

2 TARMED | **Intervention fédérale sur le dos des patients**
2 Médecine de base | **Rôle central pour les urgences**
3 MHS | **Coup d'arrêt après un atterrissage en catastrophe**
3 Pénurie de personnel | **La situation s'aggrave: H+ sur la brèche**
4 Faits et chiffres | **Le secteur AOS stationnaire reste déficitaire**
4 Moniteur | **Evolution dans les envois à l'hôpital**

TARMED

Intervention fédérale sur le dos des patients

L'intervention du Conseil fédéral dans TARMED viole l'égalité de traitement, elle n'est pas appropriée et ne repose pas sur des calculs économiques. Il convient de la rejeter.

Le projet d'ordonnance sur la compétence subsidiaire du Conseil fédéral pour réviser TARMED est une intervention politique qui viole la Constitution et la loi sur l'assurance-maladie. Les médecins de famille devraient voir leur situation financière améliorée de CHF 200 Mios, alors que les médecins dispensant les mêmes prestations à l'hôpital n'auront droit à rien.

Domaine de validité limité

Lorsqu'il s'est exprimé sur l'initiative parlementaire relative à sa compétence subsidiaire, le Conseil fédéral avait explicitement déclaré ne pas vouloir encourager « un seul type de fournisseurs de prestations ». C'est pourtant ce que prévoit le projet d'ordonnance sur l'intervention dans TARMED. Chaque médecin de famille devrait voir son revenu s'accroître de CHF 20'000 à CHF 25'000, alors que les hôpitaux et les cliniques prodiguant les mêmes prestations seront, eux, pénalisés.

Absence de calculs économiques

Le Parlement et le Contrôle fédéral des finances ont déploré que certaines bases de calcul sur lesquelles repose TARMED ne fussent pas vérifiables. Le projet d'intervention de la Confédération à titre subsidiaire ne respecte par les critères des calculs économiques et du caractère approprié selon la LAMal.

Du point de vue de l'économie d'entreprise, il n'y a aucune raison de ne pas octroyer aux hôpitaux et aux cliniques le supplément pour les prestations de base. Les critères justifiant les coupes sont l'accroissement des prestations et la taille des chapitres tarifaires. Aucun argument économique ne permet d'affirmer que ces éléments s'accompagnent d'un sur-financement. La coupe de 9 % a été fixée de manière à atteindre le montant à redistribuer qui est de CHF 200 Mios. Cette logique conduit à modifier des positions tarifaires qui étaient appropriées et ne le seront plus. Il n'a pourtant jamais été dans l'intention du Parlement de permettre au Conseil fédéral d'intervenir sur des positions tarifaires pertinentes.

Taxe de consultation cachée

En définitive, l'OFSP n'a pas examiné si les assurances, ou les patients dans le cadre de leur franchise, paieront le supplément. Compte tenu du type de consultations chez le médecin de famille, on peut supposer que les patients seront les premiers touchés et que l'effet pour eux sera analogue à celui d'une taxe de consultation.

Martin Bienlein

« Dans les régions périphériques, les coopérations sont nécessaires. Mais on ne les favorisera pas en rémunérant mieux les prestations des médecins de famille, dont les horaires sont normaux, que celles des hôpitaux qui assurent les nuits et les week-ends, lorsque les coûts sont les plus élevés. »

Dr Joachim Koppenberg, directeur et médecin chef d'anesthésiologie, Ospidal – Gesundheitszentrum Unterengadin

Médecine de base

Rôle central des hôpitaux pour les urgences

La population apprécie l'accessibilité et les prestations des urgences hospitalières. Elle y recourt de plus en plus.

« Les services des urgences jouent un rôle central dans notre système de santé. » Telle est la conclusion de la nouvelle étude de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan). La population apprécie l'accessibilité et la fonctionnalité des urgences des hôpitaux, en particulier les horaires d'ouverture continus et l'offre de prestations.

Toujours plus de traitements aux urgences

Le nombre des consultations dans les services des urgences a augmenté de 26 % entre 2007 et 2011. En 2011, il s'élevait à 4'400 admissions par jour en Suisse. La plus forte progression est enregistrée dans la classe d'âge des personnes de plus de 86 ans avec 33 %. La part des hospitalisations après une consultation dans un service des urgences est restée constante entre 2007 et 2011, avec des taux de 34 % et 32 % respectivement.

Selon l'Obsan, cela pourrait indiquer que les cas de peu de gravité – qui représentent une part inconnue des urgences sans hospitalisation – n'ont pas augmenté.

Les personnes de plus 86 ans ainsi que les jeunes patients de moins de 6 ans fréquentent deux fois plus les urgences que la moyenne de la population.

Conrad Engler

Médecine hautement spécialisée

Coup d'arrêt après un atterrissage en catastrophe

L'Organe de décision de la Médecine hautement spécialisée a subi un désaveu brutal devant le Tribunal administratif fédéral. La planification doit être maintenant entièrement revue.

Dans trois arrêts de principe, le Tribunal administratif fédéral (TAF) a dénoncé des erreurs dans les procédures menées par l'Organe de décision de la Médecine hautement spécialisée (MHS). Les recours lancés par des hôpitaux universitaires ou centraux et des cliniques privées ont été admis à fin 2013 et début 2014. Les critiques sont sévères : procédure en deux temps ignorée, droit d'être entendu violé, devoir de motivation négligé et efficience pas contrôlée. L'admission des plaintes constitue un désaveu brutal pour l'Organe de décision. Dans une interpellation, la conseillère nationale Ruth Humbel se demande si un « grounding » est imminent.

Définition de critères puis répartition

Dans la définition et la délimitation de la MHS, les autorités en charge ont négligé jusqu'à présent de préciser des critères de planification clairs et transparents avant de procéder à l'attribution aux différents prestataires. Une telle procédure en deux temps prend davantage de temps mais elle est incontournable pour assurer la transparence et ouvrir la voie à d'éventuelles contestations des décisions.

Une séparation stricte des critères de décision et des décisions d'attribution permettra aussi d'affaiblir le reproche formulé parfois que les dés seraient pipés dans la planification. L'acceptation politique de la procédure sera aussi renforcée. Quelques cantons ont montré la voie dans le cadre de leur planification hospitalière.

H+ exige donc un arrêt et une nouvelle définition des procédures MHS. Cela doit s'accompagner d'une réflexion stricte afin de déterminer quelles prestations doivent être classées dans la MHS.

Conrad Engler

Les contingents compliqueront encore le recrutement de personnel.

Pénurie de personnel

La situation s'aggrave : H+ est sur la brêche

Une enquête de H+ auprès de ses membres montre que la pénurie de personnel s'accentue. La fin de la libre circulation des personnes renforcera le phénomène.

Le manque de personnel qualifié est aigu pour les médecins et pour les collaborateurs spécialisés et il va s'accentuant. L'enquête de H+ montre qu'il faudra former une relève plus importante pour couvrir les besoins.

Les hôpitaux et les cliniques agissent déjà

Des efforts s'imposent à tous les niveaux pour réduire la dépendance envers l'étranger et acquérir plus d'autonomie en matière de personnel qualifié. La moitié des établissements poursuivent des projets d'adaptation du « skill and grade-mix » ou de recrutement de personnes qui se réorientent ou reviennent à la vie active. Deux tiers forment au moins le personnel qui leur est nécessaire. Un groupe de travail cherche à mieux anticiper les besoins en soins et l'intégration de nouvelles professions. Il faudra renoncer à raisonner en termes de statuts et favoriser l'interprofessionnalité, mais aussi améliorer l'image de la branche et de ses métiers. Le potentiel de recrutement en Suisse devra être mieux exploité.

Le Congrès 2013 de H+ a montré que les équipes et les valeurs partagées jouent un rôle important. Elles favorisent la collaboration, contribuent au bien du patient et au succès des entreprises.

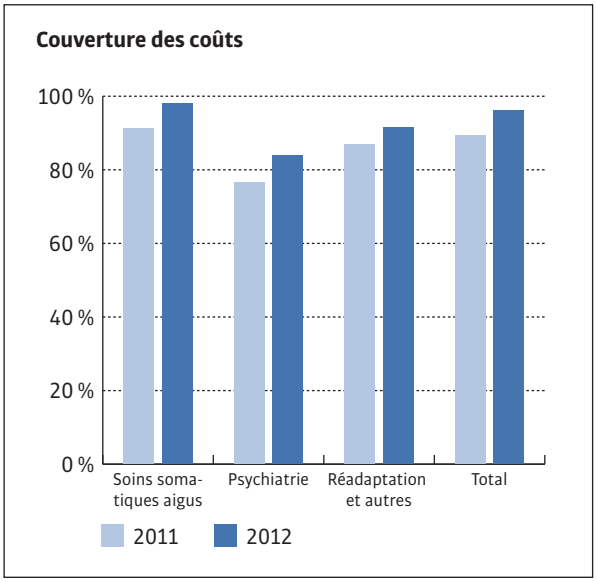
Jürg Winkler

Faits et chiffres

Le secteur AOS stationnaire reste déficitaire

Les derniers chiffres de l'OFS l'attestent : avec le nouveau financement hospitalier, le secteur stationnaire relevant de l'assurance obligatoire des soins (AOS) reste dans les chiffres rouges.

Selon les chiffres de l'Office fédéral de la statistique (OFS), les hôpitaux ont à nouveau travaillé à perte dans le secteur AOS en 2012 avec le nouveau financement hospitalier. Pour les soins somatiques aigus, la psychiatrie et la réadaptation, les coûts ont été couverts globalement à 95,9 %. La psychiatrie enregistre le moins bon résultat, ne couvrant que 83,9 % de ses coûts, suivie par la réadaptation (91,4 %). Durant l'année de l'introduction du système des forfaits par cas Swiss-DRG, les soins somatiques aigus ont quant à eux couvert 97,9 % de leurs coûts. Par rapport à 2011, l'amélioration est de 7 % pour les hôpitaux de soins aigus. Mais un déficit de CHF 438 Mios subsiste. Ces chiffres sont fondés sur les base-rates provisoires. Et le résultat est susceptible d'être revu à la baisse, selon les décisions que doivent encore rendre les tribunaux.



La psychiatrie et la réadaptation nettement déficitaires

Des tendances analogues sont observables pour la psychiatrie et la réadaptation, bien que ces deux secteurs ne disposent pas encore de tarifs unifiés au niveau national pour la facturation. En psychiatrie, le taux de couverture des coûts a été amélioré de 7,5 % par rapport à l'année précédente. Le déficit est encore de CHF 407 Mios, selon l'OFS. En réadaptation, l'amélioration est de 4,5 % et le déficit du secteur AOS se monte à CHF 170 Mios.

Bernhard Wegmüller

Moniteur des hôpitaux et cliniques

Evolution dans les envois à l'hôpital

Quatre nouvelles statistiques du Moniteur des hôpitaux et cliniques de H+ donnent des informations sur les admissions en stationnaire.

Ces analyses montrent que, dans les soins aigus, les envois par les médecins et les services de sauvetage ainsi que les entrées à l'initiative du patient ont nettement augmenté au cours des dix dernières années. Plus de deux tiers des patients admis dans les hôpitaux centraux sont envoyés par un médecin, et même trois quarts dans les hôpitaux de soins de base. En réadaptation, plus de quatre cinquièmes des patients entrent à la demande d'un médecin. Des informations complètes et d'autres statistiques sur le secteur hospitalier sont disponibles sur www.moniteur-hopitaux.ch.

Stefan Althaus

Réservez la date : le **10 septembre 2014,** H+ convie les membres du Parlement à la présentation des résultats de son premier sondage auprès de la population réalisé par gfs.bern.

IMPRESSUM
H+ Palais fédéral paraît quatre fois par an en allemand et en français.
Rédaction: Conrad Engler, Stefan Althaus, Dorit Djelid, Nicole Fivaz, H+ Berne.
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.