



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI



Août 2014 – n° 3

PALAIS FÉDÉRAL



ÉDITORIAL

Pour la première fois dans l'histoire de la LAMal, le Conseil fédéral intervient directement dans une structure tarifaire – TARMED en l'occurrence – et entreprend des corrections

pour des raisons politiques en se référant à sa nouvelle compétence subsidiaire. Et pour la première fois dans l'histoire de H+, les hôpitaux et cliniques se défendent au niveau de leur association par des recours au Tribunal fédéral et au Tribunal administratif fédéral contre une ordonnance présentant le caractère d'une décision qui, à leur avis, viole la loi et la Constitution. Outre la défense des principes juridiques, il s'agit, pour H+, de sauver l'autonomie et le partenariat tarifaires.

Cette intervention soulève de gros enjeux car elle pourrait marquer le début de la fin du partenariat tarifaire qui, bien que durement mis à mal, présente toujours un bilan positif.

La votation sur la caisse publique a une grande portée également. Son adoption aussi entraînerait la fin de l'autonomie des partenaires tarifaires et de la concurrence régulée avec la suppression du libre choix pour les assurés et, au final, pour les patientes et les patients.

C'est ce qui amène H+ à dire non à la caisse publique.

Charles Favre, président de H+

H+ fait recours contre les interventions dans TARMED

Avec 85 membres, H+ se défend contre l'intervention subsidiaire du Conseil fédéral dans la structure tarifaire TARMED.

Le Tribunal fédéral et le Tribunal administratif fédéral ont du pain sur la planche : avec le large soutien de ses membres, H+ a fait recours auprès de ces deux instances contre l'intervention du Conseil fédéral dans la structure tarifaire ambulatoire TARMED. L'Association suisse des médecins avec activité chirurgicale et invasive (fmCh) et la Société suisse de radiologie (SGR-SSR) ont déposé aussi des recours.

Motifs politiques et manque d'adéquation

Durant l'audition, H+ a mis en évidence de manière claire et transparente les graves vices de forme et les lacunes de fond de l'ordonnance. Le Conseil fédéral n'a pas pris en compte l'opposition de nombreux fournisseurs de prestations et les critiques pour violation de la Constitution et des dispositions légales. Il a adopté l'ordonnance avec des modifications mineures et a fixé son entrée en vigueur au 1^{er} octobre 2014.

H+ a déposé avec des hôpitaux et des cliniques des recours le 21 juin 2014 et demandé l'effet suspensif. Motivé par des raisons purement politiques, le transfert de 200 millions de francs n'est pas approprié. En outre il discrimine les hôpitaux et les cliniques en les privant du supplément destiné aux prestations de la médecine de famille.

Bernhard Wegmüller, directeur de H+

SOMMAIRE

2 TARMED | Abus de la compétence subsidiaire

2 Prestations AOS | Initiative contre le coma éthylique : risque de dérive

3 Dossier électronique du patient | La direction est bonne, mais...

3 Financement des soins | Adapter les soins de transition

4 Faits et chiffres | Formations en soins : hôpitaux sur la brèche

4 Votation fédérale | Les hôpitaux contre la caisse publique

Abus de la compétence subsidiaire

H+ estime que les conditions pour une intervention subsidiaire du Conseil fédéral dans la structure tarifaire TARMED ne sont pas réalisées. Cette intervention viole la Constitution et la loi.

Le mémoire de recours de H+ démontre en détail que le Conseil fédéral abuse de sa compétence subsidiaire en intervenant dans la structure tarifaire. Présentant le caractère d'une décision, l'ordonnance réalise des objectifs politiques. L'amélioration promise aux médecins de famille doit intervenir par le biais d'une redistribution neutre sur le plan des coûts. Or, le Parlement a accordé au Conseil fédéral sa compétence subsidiaire uniquement afin qu'il puisse intervenir en cas de lacunes clairement démontrées dans la structure tarifaire. L'objectif du législateur était de permettre au Gouvernement de rétablir l'adéquation de la structure si les partenaires tarifaires ne parvenaient pas à s'entendre. A l'évidence, on n'est pas en présence d'une telle situation. En effet, le Conseil fédéral lui-même a constaté en juin 2012 lors de l'approbation de la version 1.08 de TARMED que la structure en vigueur était appropriée et conforme à la loi. Depuis, il ne dispose pas de nouveaux éléments qui établissent une modification de la situation ou qui ne feraient que la suggérer.

La neutralité des coûts va à l'encontre de l'adéquation

L'intervention n'est pas justifiée par une lacune prouvée de la structure tarifaire mais par une promesse politique que le

Conseil fédéral a faite aux promoteurs de l'initiative populaire « Oui à la médecine de famille »: s'ils retireraient leur texte au profit du contre-projet, la situation financière des médecins de famille serait améliorée à bref délai de 200 millions de francs.

En imposant la neutralité des coûts, le Conseil fédéral a contraint les partenaires tarifaires à évoluer dans un cadre qui n'est pas compatible avec le précepte d'une structure tarifaire appropriée. Dans ces conditions, les négociations étaient vouées à l'échec.

Les hôpitaux et les cliniques sont discriminés

Les hôpitaux sont particulièrement choqués d'être ouvertement discriminés par les mesures du Conseil fédéral. Les fournisseurs de soins médicaux de base en pratique privée peuvent appliquer les nouveaux suppléments alors que les hôpitaux sont explicitement exclus, même s'ils prodiguent exactement les mêmes prestations. Si l'on ajoute à cela la réduction de 8,5 %, sans justification économique, de quelque 2700 positions tarifaires concernant les prestations techniques, les hôpitaux sont les premières victimes de la décision du Conseil fédéral.

Conrad Engler

« Cette ordonnance est choquante avant tout parce qu'elle rémunère différemment des prestations de médecine de famille semblables. En tant qu'hôpitaux, nous sommes ainsi désavantagés, bien que nous jouions un rôle capital dans les soins de base. »

Rolf Zehnder, directeur du Kantonsspital Winterthur



Prestations AOS

Initiative contre le coma éthylique: risque de dérive

Le paiement des soins par les buveurs eux-mêmes en cas de coma éthylique pose plusieurs problèmes fondamentaux.

H+ rejette l'initiative parlementaire 10.431 contre le coma éthylique pour les raisons suivantes: le paiement des soins par les buveurs eux-mêmes en cas de coma éthylique constituerait un changement de paradigme en faveur du principe de causalité. Le Parlement ne devrait pas adopter une modification aussi fondamentale pour une problématique certes populaire mais atypique. Ce serait agir au mauvais endroit, avec des implications et des conséquences incertaines. Si l'on ouvre la boîte de Pandore du principe de causalité, la question va se poser aussi pour les fumeurs atteints de cancer des poumons, pour les personnes obèses souffrant de maladies cardiovasculaires, etc.

Absence de proportionnalité

Dans l'ensemble, les personnes qui boivent jusqu'au coma entraînent des coûts relativement bas par rapport à celles qui souffrent de dépendance à l'alcool ou à la drogue ou par rapport à d'autres groupes de patients. Il ne serait donc pas conforme à la proportionnalité qu'ils soient les seuls à devoir payer leurs factures d'hôpital.

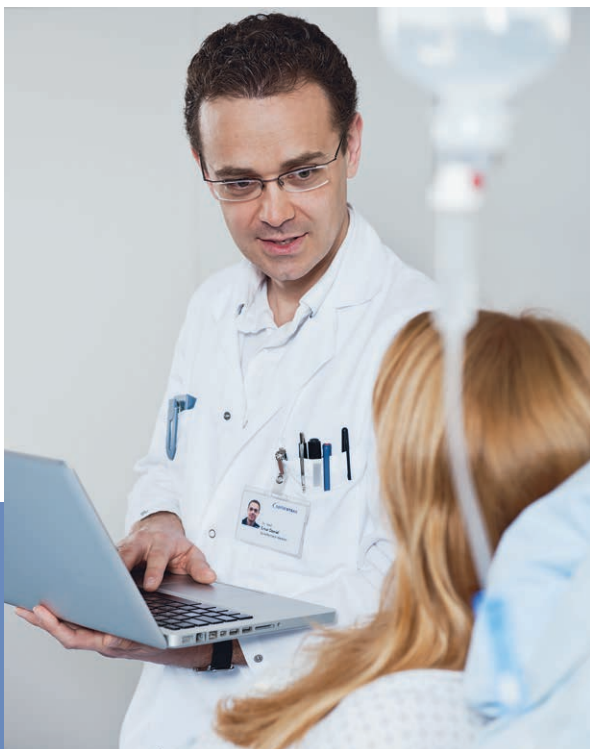
Enfin, il incombe au législateur de fixer les principes régissant les prestations qui doivent être prises en charge. Il est absurde d'exclure des prestations isolées alors que plus de 6000 maladies et 8000 traitements relèvent de l'AOS.

Martin Bienlein

La direction est bonne, mais...

Le dossier électronique du patient a été adopté par le Conseil des Etats et il repart pour une nouvelle étape devant le Parlement. H+ soutient la voie suivie, avec certaines réserves.

Le Conseil fédéral et le Parlement accélèrent la mise en œuvre du dossier électronique du patient. Ils complètent ainsi les projets de cybersanté du carnet électronique de vaccination et de la cybermédication qui sont déjà lancés. H+ approuve la voie empruntée, avec certaines réserves. La loi sur le dossier électronique du patient (LDEIP) et le message du 29 mai 2013 appellent les critiques suivantes.



Numéro d'identification inutile

Le numéro d'identification supplémentaire prévu va entraîner des coûts inutiles ainsi que des erreurs et des confusions. Il est préférable de recourir au numéro AVS qui est déjà utilisé dans les hôpitaux: il est conforme à la protection des données, avantageux et recèle peu de risques de confusion.

Les patients, de même que les médecins et les autres fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire, peuvent décider librement de l'utilisation du dossier électronique. Cette double liberté constitue une entrave à une circulation efficace de l'information et crée des lacunes dans les dossiers électroniques des patients. Il ne fait pas de doute pour H+ que tous les fournisseurs de prestations doivent être tenus de proposer un dossier électronique du patient. Mais il convient à cet égard de mettre l'accent sur les traitements lourds et chroniques.

Ressources financières insuffisantes

Depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier, les hôpitaux font face à une pression nettement plus forte. L'introduction du dossier électronique du patient implique un investissement supplémentaire en temps, en argent et en personnel.

Caroline Piana

L'avenir est au dossier électronique du patient. Mais il convient au préalable de créer une base légale et d'éliminer les pierres d'achoppement.

Financement des soins

Les soins de transition doivent être adaptés

Si le financement des soins devait être révisé, il faudrait inclure les soins de transition. H+ demande que la durée d'indemnisation soit prolongée et que les coûts d'hôtellerie soient intégrés.

La révision du financement des soins est entrée en vigueur en 2011. Les conditions de remboursement des soins de transition sont telles que les hôpitaux et les cliniques ne sont pratiquement plus en mesure, désormais, de les proposer. Deux adaptations sont donc nécessaires.

Prolongement à 21 jours de la durée de traitement

La durée actuelle de 14 jours est trop courte. Une enquête auprès des membres de H+ montre que les soins de transition nécessitent 21 jours en règle générale. Aujourd'hui, les patientes et les patients sortent trop tôt ou sont maintenus trop longtemps dans les structures aiguës. Il en résulte des soins inappropriés.

Intégration des coûts hôteliers

Jusqu'à présent, l'hôtellerie est exclue du financement des soins de transition. Cela accroît la pression sur les patients, qui doivent supporter ces coûts, et cela les incite à rester aussi longtemps que possible dans un établissement de soins aigus. L'exclusion des coûts hôteliers n'est pas justifiée techniquement.

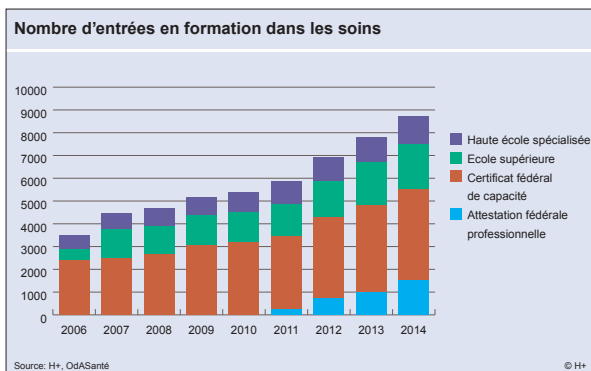
La réglementation actuelle des soins de transition a fait long feu, selon H+. Le Parlement doit profiter d'une éventuelle révision du financement des soins pour supprimer les incitations indésirables.

Martin Bienlein

Formations en soins: hôpitaux sur la brèche

Les entrées dans les formations soignantes ont nettement progressé en six ans.

La tendance à la hausse se poursuit.



Formations dans les soins: nette augmentation des entrées pour toutes les professions.

Le nombre de nouvelles entrées en formation dans les soins a presque doublé entre 2006 et 2012, selon les statistiques de la formation de l'OFS et les calculs de l'OdASanté et de H+.

La plus forte progression, +210 %, a été enregistrée pour la formation d'infirmière diplômée de niveau Ecole supérieure (ES). Durant la même période, la hausse pour le niveau Haute école spécialisée (HES) a été de 80 %. Les entrées dans la formation d'assistant en soins et santé communautaire

(ASSC) avec CFC ont augmenté pour leur part de 50 %. Pour la formation d'aide en soins et accompagnement avec attestation fédérale professionnelle, des chiffres ne sont disponibles que depuis 2011. En un an, les entrées en formation sont passées de 225 à 717.

Si la tendance à la hausse persiste, le nombre d'entrées dans les soins devrait être de 8700 en 2014. Cela représenterait 2,5 fois plus qu'en 2006. La plus grande part des entrées en formation devrait être celle des ASSC (46 %), suivie par le secteur tertiaire (37 %) et l'aide en soins et accompagnement avec attestation fédérale (17 %).

Davantage de personnes reprennent un emploi

Des évolutions réjouissantes s'observent également hors du domaine de la formation. Des offres attrayantes, comme par exemple des groupes de collaborateurs bénéficiant d'horaires flexibles, incitent les mères à revenir plus rapidement sur la place de travail après leur congé maternité. Et pour celles qui reprennent un emploi après une longue parenthèse, des programmes de remise à niveau sont proposés. Ce rafraîchissement des connaissances permet aux personnes qui se réinsèrent de pratiquer leur profession selon les tous derniers standards.

Jürg Winkler

Votation fédérale

Les hôpitaux contre la caisse publique

Après avoir consulté ses membres qui rejettent clairement la caisse publique, H+ recommande de voter non.

H+ s'engage en faveur de solutions dynamiques dans le système de santé et plaide pour que les acteurs jouissent d'une marge de manœuvre aussi large que possible. Cela renforce la concurrence en faveur de bons modèles de soins et de la qualité. La liberté accordée au patient de choisir son médecin, son hôpital ou sa clinique doit s'accompagner de celle de choisir son assurance-maladie. Une caisse ayant le monopole n'offre plus de choix et contredit la philosophie de H+.

La caisse publique d'assurance-maladie pourrait, selon H+, exercer son monopole de manière dominante sur

les assurés et les fournisseurs de prestations. Il en résulterait une multiplication des interventions politiques et une accentuation des contraintes.

En cas de manque de moyens financiers et de ressources, il est à craindre que la caisse publique ne rationne les prestations dans le secteur de l'assurance de base.

H+ veut une médecine de qualité à la portée de tous.

Nicole Fivaz

IMPRESSUM

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

Rédaction: Conrad Engler, Stefan Althaus, Nicole Fivaz, H+ Berne.



Secrétariat central, Lorrainestrasse 4A, 3013 Berne, geschaefststelle@hplus.ch, www.hplus.ch, tél. 031 335 11 11.

H+ est l'association faîtière des hôpitaux, cliniques et institutions de soins.