

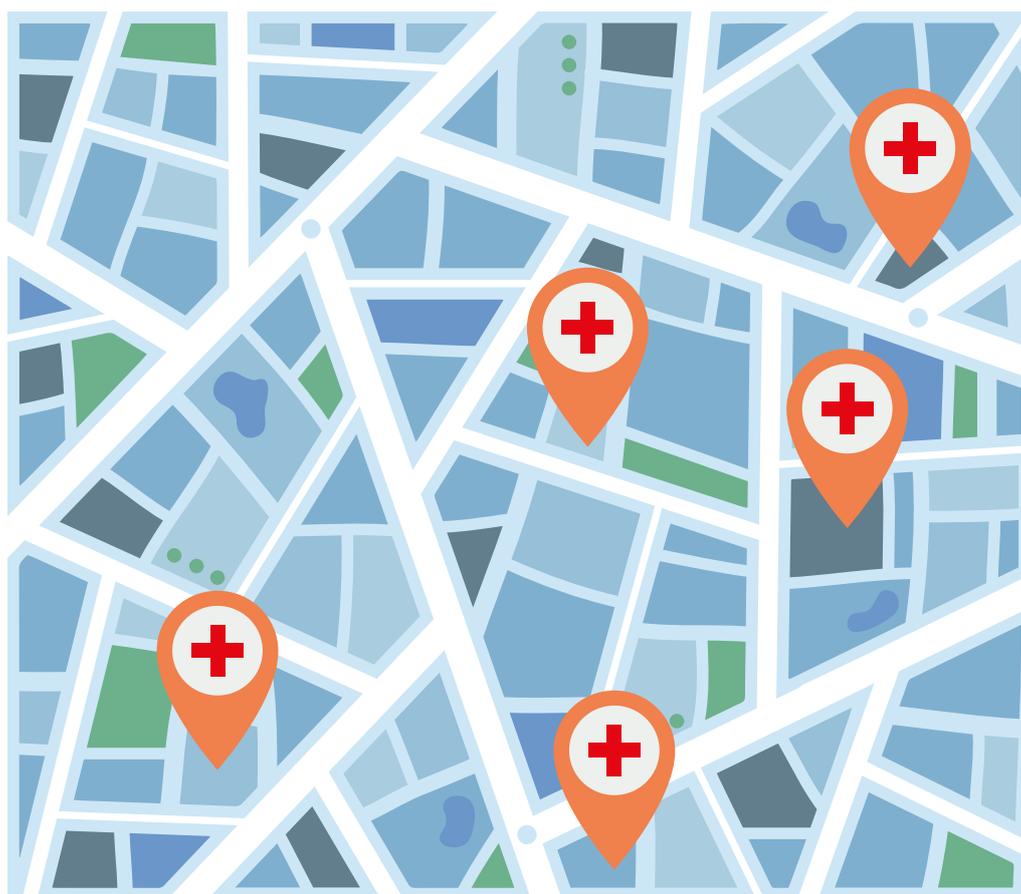
Sortons de la «chambre noire» avec
un système de santé régional! Page 4

Pourquoi politique hospitalière rime
avec politique régionale Page 8



Aussi en ligne:
dialogue.css.ch

place au dialogue



Une trop forte densité?

En ligne de mire: le paysage hospitalier en Suisse

Ulrich Güller

Quand la mortalité est prévisible

«Dans la littérature scientifique, on trouve plus d'une centaine d'études conçues et réalisées de manière méthodique et correcte, y compris des revues systématiques et des métaanalyses, démontrant sans ambiguïté le lien entre un nombre de cas restreint et une mortalité postopératoire élevée à la suite d'interventions viscérales complexes.»

Chef du service oncologie à l'hôpital de Thoune, Schweizerische Ärztezeitung, 09.05.2018

Urs P. Gasche

Attention, danger!

«Ces 66 hôpitaux présentent un danger pour les patientes.»

Infosperber, 25.07.2020



Suivez-nous sur Twitter:
twitter.com/CSSPolitik



Markus Bapst est membre du conseil d'administration de la CSS Assurance.

Volonté politique!

Sommaire

- 4 **Le paysage hospitalier en Suisse**
Sortons de la «chambre noire» avec un système de santé régional!
- 7 **Point de vue**
Un droit de recours s'impose
- 8 **Contexte**
Pourquoi politique hospitalière rime avec politique régionale
- 10 **Pratique**
«Combien sommes-nous prêts à payer pour la qualité?»
- 12 **On en parle**
«En tant qu'économiste, je désespère parfois»
- 16 **Un autre regard**
Pour le plaisir des passagers
- 17 **Personnel**
«Mise en réseau, organisation supra-cantonale et efficacité: les maîtres-mots d'un système hospitalier optimal»
- 18 **Santé!**
Les conflits d'intérêts dans l'impasse
- 19 **Science**
La planification hospitalière au service des patients

Les hôpitaux sont des prestataires indispensables dans le système de santé suisse. C'est indiscutable. Leur emplacement et, surtout, les prestations qu'ils doivent fournir sont en revanche sujets à discussion. Voilà ce que montrent de manière exemplaire les débats menés depuis des années sur le nombre d'hôpitaux en Suisse. En théorie, on sait parfaitement comment concevoir le paysage hospitalier de façon pertinente: en dépassant le cadre cantonal et en définissant clairement les compétences médicales requises. Et surtout, sans craindre d'envisager des mesures impopulaires.

Pourtant, dans la pratique, les mesures définies sur papier restent souvent lettre morte, et chacun remet ses œillères. Les frontières cantonales redeviennent infranchissables la plupart du temps, et on évite de parler des responsabilités médicales. Une idée irrationnelle semble prévaloir: on préfère avoir un hôpital juste à côté qu'une clinique plus loin, mais qui serait bien mieux adaptée au problème de santé concerné.

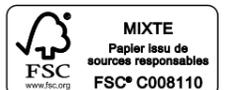
C'est là que la volonté politique doit entrer en jeu, pour enfin mettre la théorie en pratique et faire en sorte que la médecine de pointe soit réservée en priorité aux hôpitaux universitaires, que les spécialisations soient également encouragées dans les autres grandes cliniques et que les petits hôpitaux dans les cantons puissent avoir une raison d'être, par exemple pour la prise en charge de soins ultérieurs ou la réadaptation.



Les articles sont également disponibles en ligne sur dialogue.css.ch

Mentions légales

Paraît trois fois par an en allemand et en français. Editeur: CSS Assurance, Tribschenstrasse 21, CH-6002 Lucerne, e-mail: dialog@css.ch, Internet: www.css.ch, rédacteurs en chef: Bettina Vogel, Roland Hügi; collaboration rédactionnelle, production et graphisme: Infel AG | collaboration rédactionnelle: Manuela Specker | Infographie: Pia Bublies | Crédit photos: Désirée Good, Alessandro Crinari/TI-Press, Thomas Eugster, Béatrice Devènes, ilbusca/iStock, Westend61/Gettyimages | Lithographie: n c ag, 8902 Urdorf | Impression: Kromer Print AG, 5600 Lenzburg. Cette publication est entièrement financée avec des fonds provenant des affaires d'assurance complémentaire (LCA).



Bernhard Pulver

Systeme à sens unique malsain

«Le système ne fait que favoriser un accroissement du volume.»

Président de la société Insel Gruppe, Der Bund, 10.07.2020

Stefan Millius

L'ignorance à l'état pur

«Des esprits éclairés nous répètent depuis 20 ans ou même plus qu'il faut repenser les services de santé en termes de zones fonctionnelles et non pas de frontières cantonales. Et qu'est-ce qu'on a fait? On l'a tout simplement ignoré – et le statu quo a été maintenu.»

Rédacteur en chef du journal Die Ostschweiz, 26.02.2020

gfs.bern

La proximité? Quelle importance!

«Lorsqu'on choisit un hôpital ou une clinique, le critère le plus important reste manifestement la qualité et le moins important, la proximité.»

Baromètre des hôpitaux et cliniques de H+, 2019

La Suisse recense un nombre considérable d'hôpitaux. Mais une forte densité hospitalière n'est pas automatiquement synonyme de qualité. Si nous souhaitons bénéficier de la meilleure qualité possible, la mise en place de régions de santé et d'un nombre de cas minimum est indispensable.

Par Daniel Scheidegger

Sortons de la «chambre noire» avec un système de santé régional!

En Suisse, la densité hospitalière est élevée. Et ce n'est pas une bonne nouvelle. En effet, si les hôpitaux proposent presque tous les mêmes prestations, de l'appendicectomie à la chirurgie cardiaque, la qualité des soins en pâtit. Pour garantir la meilleure qualité possible, l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) préconise dans sa Feuille de route sur le développement durable du système de santé publiée en 2019 le regroupement des cantons en régions de santé et la définition d'un nombre de cas minimum.

maladies rares, une coordination nationale ou même une coopération avec d'autres pays serait souhaitable. Concernant les distances, la Suisse est si petite qu'un hôpital central, offrant le meilleur traitement possible, ne serait jamais situé à plus d'une heure du domicile du patient. Comparé à d'autres pays comme l'Angleterre ou la Suède, cela représente une situation très favorable.

Cinq à six régions

La Suisse compte actuellement près de 9 millions d'habitants. Cela signifie que nous aurions besoin de cinq à six regroupements régionaux. Ainsi, l'agglomération de Zurich pourrait former une région, et l'ensemble du Plateau et la Suisse romande pourraient en former deux autres. Le Tessin, quant à lui, devrait choisir la région à laquelle il souhaite être rattaché. De nombreux traitements pourraient être dispensés au sein du canton, mais pour les traitements spécifiques, il pourrait être nécessaire de se déplacer en train et, en cas d'urgence, en hélicoptère ou en ambulance.

Une question centrale concerne en outre le nombre d'hôpitaux dont devrait disposer chaque région pour garantir les soins nécessaires. En principe, le nombre d'hôpitaux dépend de la taille et de la situation géographique de la région en question. D'ailleurs, les chiffres requis pour ces calculs sont déjà connus, car on sait combien de personnes souffrent de quelles maladies et dans quels cantons. Ces données permettraient de calculer les besoins de chaque région. Il faudrait aussi tenir compte de la tendance vers une priorisation de l'ambulatoire par rapport au stationnaire, un domaine qui devrait encore beaucoup évoluer dans les années à venir. Contrairement à maintenant, les contrôles de suivi auraient lieu dans les centres de santé. Il faut en effet cesser d'inciter les hôpitaux à garder les patients.



En bref

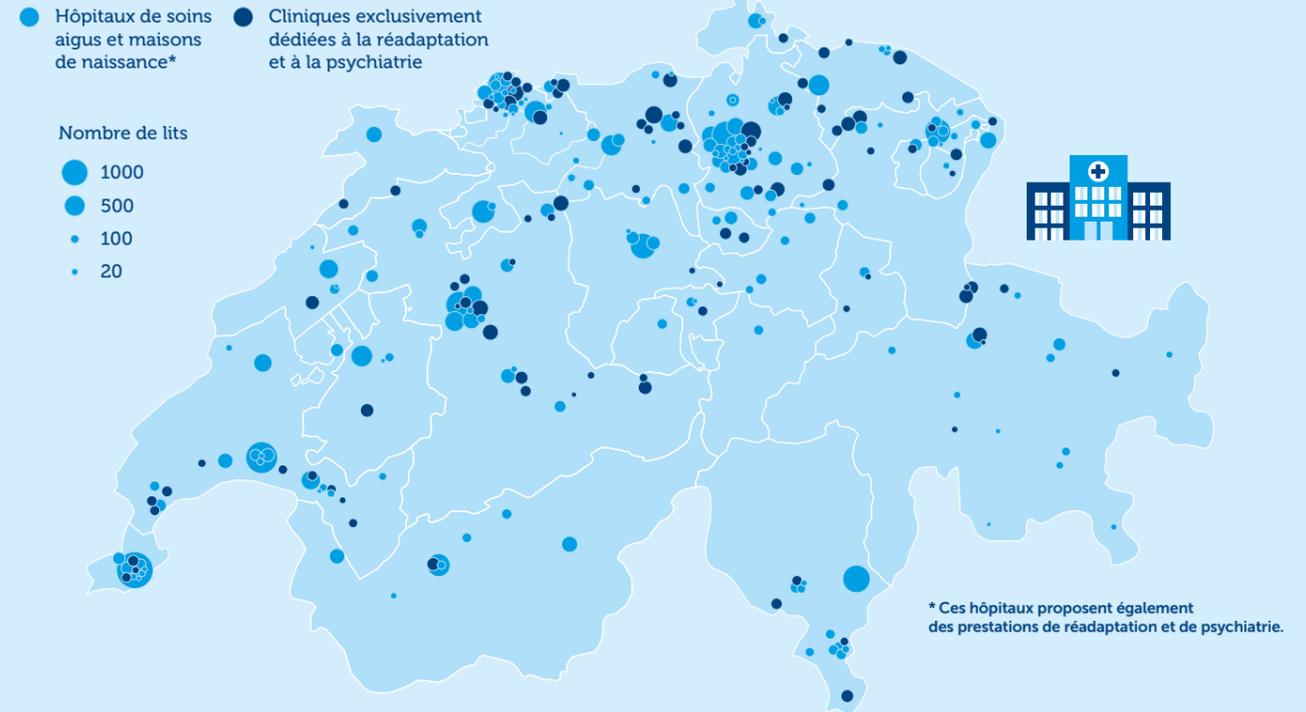
- La répartition régionale des soins conduit à une augmentation du nombre de cas par équipe médicale, et donc à une amélioration de la qualité.
- Les hôpitaux régionaux, proches du lieu de résidence, se chargeraient des traitements courants et les hôpitaux centraux des interventions plus spécifiques. De cette manière, les mandats de prestation seraient clairement attribués.
- Ce système impliquerait une mesure systématique de la qualité.

La région de santé idéale

Comment une telle région pourrait-elle atteindre les objectifs de qualité? Dans l'idéal, chaque région devrait compter 1,5 million d'habitants et disposer d'un grand hôpital central, de préférence une clinique universitaire. Les hôpitaux de proximité ou les centres de santé seraient chargés des traitements les plus courants et des interventions de routine, telles que les opérations de la vésicule biliaire ou les diagnostics cardiaques. Les hôpitaux centraux, de leur côté, seraient responsables des interventions plus rares requérant un savoir-faire spécifique, comme le cancer du pancréas. Une telle conception permettrait à chaque région d'offrir tous les types de traitements, des opérations simples aux actes médicaux hautement spécialisés. Il faudrait toutefois veiller à ne pas proposer que des soins aigus au sein d'une région et à intégrer les soins gériatriques, l'aide et les soins à domicile et les services psychiatriques dans la planification globale. Pour les

Le paysage hospitalier en Suisse

288 hôpitaux de soins aigus, cliniques de réadaptation et de psychiatrie¹



Taille des hôpitaux de soins généraux* et taux d'occupation des lits²

Selon le surveillant des prix³, le seuil d'occupation normatif est de 85% dans les hôpitaux dotés d'un service d'urgence et de 90% dans les hôpitaux sans service d'urgence. Des taux d'occupation moyens en-deçà de ces seuils indiquent une surcapacité.

	<50 lits	50-100	101-200	201-500	>500	Total
Nombre d'hôpitaux	21	19	30	23	9	102
Taux d'occupation en pourcentage (médiane)	75,9	78,6	79,6	83,3	82,9	79,9

* Soins de base et soins centraux sans les cliniques spécialisées telles que chirurgie, etc., et sans les cliniques de réadaptation et de psychiatrie

Distance par rapport à l'hôpital⁴

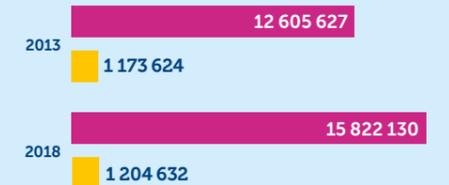
99,8% de la population habite à 30 minutes maximum en voiture d'un hôpital. 75% peut choisir entre huit hôpitaux.

Nombre d'hôpitaux situés à moins de 30 minutes en voiture du centre de la commune



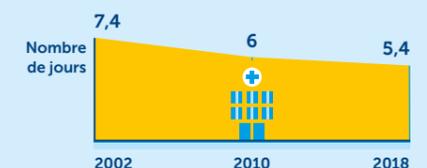
Les traitements ambulatoires à l'hôpital augmentent⁵

■ Consultations ambulatoires ■ Cas stationnaires



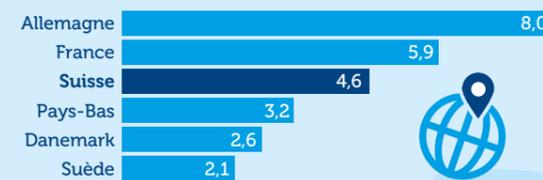
La durée d'hospitalisation diminue⁷

Durée moyenne d'hospitalisation en soins somatiques aigus



Comparaison internationale⁶

Lits d'hôpitaux/1000 habitants



Sources: Avenir Suisse. Une politique hospitalière saine. 2018 (chiffres: OFSP 2017). Remarque: selon la source originale, le graphique indique 288 hôpitaux (état: 2018). ² OFSP. Chiffres-clés des hôpitaux suisses 2018, 2020. ³ SPR. Tarifs hospitaliers, 2016. ⁴ Crédit Suisse. Système de santé suisse 2013 - Le marché hospitalier en mutation, 2013. ⁵ OFS. Statistiques des hôpitaux, 2020. ⁶ OCDE. Hospital beds, 2020. ⁷ OCDE. Hospital beds, 2020.



La Suisse est si petite qu'un hôpital central, offrant le meilleur traitement possible, ne serait jamais situé à plus d'une heure du domicile du patient.

→ La qualité grâce au nombre de cas minimum

La taille d'une région de santé doit donc être suffisamment importante, car le nombre de cas est lié à la qualité des prestations. Quelle que soit l'opération rattachée à un hôpital, le nombre de patients concernés doit être suffisamment important. C'est tout particulièrement valable pour les opérations complexes ou rarement pratiquées. Plus une équipe médicale – et pas uniquement le chirurgien! – effectue une opération, plus la qualité augmentera. De nombreuses études le prouvent. Un exemple: lors des opérations du rectum, la pose d'anus artificiels est beaucoup moins souvent nécessaire dans les hôpitaux habitués à effectuer cette intervention que dans ceux ne le pratiquant que sporadiquement.

L'exemple du Tessin illustre parfaitement ce mécanisme de «concentration des types de traitement». Le canton abrite, certes, différents sites hospitaliers. Néanmoins, ceux-ci sont tous regroupés sous un même toit, et chaque site dispose d'un mandat de prestation différent. C'est précisément l'objectif visé par la mise en place des régions de santé: de l'intervention la plus simple à la plus rare, il s'agit de définir qui fait quoi. Dans le cas des régions de santé nationales, les interventions les plus rares ne seraient pas proposées par le Tessin, mais plutôt par Zurich ou Genève. Cela ne pose en soi aucun problème, dans

la mesure où, en cas d'urgence, un hélicoptère de la Rega pourrait être déployé. En situation de pandémie, les régions de santé disposant de mandats de prestation clairement définis présenteraient des avantages: les cantons pourraient déterminer, au sein de leur région, qui, en cas d'urgence, prendrait quel service en charge, qui fournirait quel matériel de protection et dans quelle mesure un échange de personnel pourrait avoir lieu en cas de surcharge.

La qualité: la «chambre noire» de la Suisse

L'une des approches consiste à promouvoir la qualité en augmentant le nombre de cas sur un même site. L'autre consiste à mesurer les résultats et à les rendre accessibles. Ici, la Suisse peut d'ailleurs se vanter d'être une grande «chambre noire». Dans notre pays, il n'existe aucune mesure systématique de la qualité des résultats. Le taux de complications concernant les opérations de la vésicule biliaire dans l'hôpital X est tout aussi introuvable sur Internet que le taux d'infection à la suite d'une intervention dans l'hôpital Y. Quel que soit le nombre de cas traités par un médecin, nous avons besoin de clarté sur l'état des patients après une intervention. Après le traitement d'un cancer, ce que l'on veut savoir, c'est non pas si le patient a quitté l'hôpital en vie, mais plutôt comment il se porte cinq ans après l'intervention. En matière de qualité, la Suisse a encore beaucoup de chemin à faire. Ici, la politique doit prendre conscience de ses responsabilités.

Et l'on continue de construire ...

Il en est de même pour la définition des régions de santé, qui constitue une mesure de réduction des dépenses de santé proposées par le groupe d'experts du Conseil fédéral. Toutefois, on ne voit guère d'objectifs concrets. Au contraire, la construction de nouveaux hôpitaux va bon train dans tout le pays. Des hôpitaux qui, dans le cadre d'une planification régionale, ne seraient peut-être plus nécessaires. Cette tendance se retrouve dans la médecine hautement spécialisée, facteur de prestige, sur laquelle les cantons ne parviennent pas à se mettre d'accord. Malgré cette situation peu favorable, l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) est convaincue qu'il est possible de diviser la Suisse en régions de santé et que la population prendra progressivement conscience des avantages de cette approche. Du point de vue de l'ASSM, le Conseil fédéral et le Parlement doivent maintenant tous deux se prononcer en faveur d'une Suisse répartie en régions de santé. Car sans pression, rien ne changera. La Confédération devrait toutefois confier l'application concrète aux cantons et se contenter d'exercer une fonction de contrôle. Le système d'asile impliquant un travail au sein de centres supracantonaux montre qu'une telle coopération peut parfaitement fonctionner. Il n'est peut-être pas comparable à 100% avec le paysage hospitalier, mais l'exemple prouve que l'on peut trouver un terrain d'entente au-delà des frontières cantonales, à condition que la pression soit suffisamment forte.



Gernot Stirnimann est chef Tarifs & Bases LAMal de la CSS Assurance.

Jusqu'ici, la planification par les cantons n'a pas permis d'atteindre les objectifs clés du financement hospitalier. Plutôt que d'opter pour une coordination intercantonale, les cantons ont opté pour des investissements de grande ampleur à l'intérieur de leurs frontières.

Un droit de recours s'impose

«Centre de compétences médicales de première classe»: voilà le type de slogans que l'on peut fréquemment lire lors de l'inauguration de nouveaux sites hôteliers haut de gamme à vocation médicale. De telles cliniques satisfont tous les désirs et sont dotées d'un équipement ultra moderne. Mais qu'en est-il de la qualité de la médecine pratiquée? Et qui paie tout ce luxe? De plus en plus souvent, ce type de cliniques inutiles sur le plan médical atterrit sur la liste des hôpitaux cantonaux, les cantons retenant ici l'aspect purement économique. En dehors des riches hôtes étrangers, ce sont la collectivité et les assureurs-maladie (ainsi que le canton d'origine du patient) qui règlent la facture. Une chose est sûre: l'offre attise la demande, et les coûts, tout comme les primes d'assurance, augmentent. Ces cliniques onéreuses tirent les dépenses de l'ensemble du secteur vers le haut, ce qui entraîne une augmentation des tarifs dans les autres cliniques. Or, les assureurs ne disposent d'aucun droit de recours contre la planification hospitalière des cantons, mais ont bel et bien l'obligation de payer les factures.

Pour ce qui est de la réduction des dépenses, la Confédération prévoit, entre autres, la mise en place de budgets globaux et de plafonnements. Les cantons peuvent, par exemple, imposer des quotas de prestations (limiter le nombre d'opérations) dans un hôpital. Les assureurs n'ont toutefois aucune possibilité de vérifier qu'ils sont respectés. En cas de dépassement du quota, le canton refuse de prendre en charge sa part de coûts, lesquels sont alors répercutés sur les patients ou les assurances complémentaires. Ceci va clairement à l'encontre des prescriptions du nouveau financement hospitalier. C'est pourquoi la CSS exige que la liste des hôpitaux prévoie des sanctions en cas de non-respect des règles établies entre les cantons et les cliniques. Les cantons n'ont pas le droit de se soustraire à l'obligation de payer la part des coûts qui leur incombe, dès qu'un hôpital déroge à ses obligations en matière de volume maximal ou de norme de qualité. Les sanctions imposées par les cantons devraient plutôt avoir un effet prospectif quant au maintien sur la liste des hôpitaux.

Conséquences sur le financement

Bien que la Suisse soit encore loin du système de régions de santé, on peut déjà se demander quelles seraient les conséquences d'une telle approche sur le financement des prestations. On pourrait imaginer que les assureurs soient uniquement autorisés à payer les interventions pratiquées dans des régions de soin définies. Les interventions dans des hôpitaux ne disposant pas de mandat de prestation ne pourraient plus être prises en charge. Dans un premier temps, ce type de financement pourrait avoir lieu dans le cadre d'une phase expérimentale via l'article prévu par le Conseil fédéral, afin d'acquiescer une certaine expérience. L'objectif premier étant non pas d'économiser de l'argent,

mais d'améliorer la qualité du système de santé. Les 84 milliards de francs de dépenses de santé annuelles doivent donc être redistribués au profit d'une meilleure qualité.

Daniel Scheidegger a été président de l'ASSM de 2016 à 2020 et en est aujourd'hui le vice-président. De 1988 à 2013, il a occupé la fonction de professeur en anesthésiologie à l'Université de Bâle. Il est membre de différentes institutions et de différents comités nationaux touchant au secteur de la santé.

Le secteur hospitalier est devenu un acteur économique clé et un employeur important. Ce boom est financé par les prélèvements obligatoires. Quelles conséquences cela a-t-il sur les structures de soins et sur les intérêts de la population?

Par Jérôme Cosandey

Pourquoi politique hospitalière rime avec politique régionale

Les hôpitaux suisses sont sous pression. Le progrès technique les oblige à acquérir des appareils toujours plus coûteux et à réaliser des investissements considérables. Ils subissent en outre la pression des politiques, qui leur demandent d'augmenter les traitements en ambulatoire, c'est-à-dire sans nuitée à l'hôpital. Si cela présente un avantage pour les patients, la réduction des durées d'hospitalisation entraîne toutefois une réduction du nombre de lits nécessaires, et donc des surcapacités. Les derniers grands changements en matière de financement hospitalier datent de 2012, avec l'introduction des forfaits par cas du système DRG. Aujourd'hui, l'argent suit le patient. Les hôpitaux ne sont plus subventionnés directement, ce qui a conduit à un renforcement de la concurrence.

Les tentatives de consolidation sont contrecarrées par des efforts pour maintenir les structures. La plupart des cantons tentent de protéger leurs hôpitaux contre cette concurrence accrue. En effet, pour de nombreux conseillers d'Etat, directeurs de la santé ou directeurs de l'économie, les hôpitaux sont un instrument non seulement de politique de santé, mais également de politique régionale.

Un marché en croissance

Les établissements hospitaliers sont des employeurs importants. En 2018, les hôpitaux, cliniques de réadaptation et hôpitaux psychiatriques employaient 168 000 salariés à temps plein, soit 35 000 de plus (+27%) qu'il

ya 10 ans. Dans de nombreuses régions, l'hôpital est même le principal employeur. Les hôpitaux cantonaux de Neuchâtel et des Grisons l'annoncent d'ailleurs fièrement sur leur site Internet. L'hôpital cantonal de Lucerne et ses 7000 employés représente la plus grande entreprise de Suisse centrale. La croissance du secteur hospitalier bénéficie aux responsables politiques puisqu'avec la hausse du nombre d'employés et leur famille, c'est aussi le nombre d'électeurs potentiels qui augmente.

Un marché à 29 milliards de francs

Indépendamment des emplois, le poids financier des hôpitaux est lui aussi considérable. Avec 29,5 milliards de francs en 2018, ceux-ci représentaient plus d'un tiers de toutes les dépenses de santé. Ici aussi, la tendance est à sens unique: les dépenses hospitalières ont augmenté de 42% depuis 2008, alors que durant la même période, la croissance du produit intérieur brut n'était «que» de 15% (cf. graphique).

Environ deux tiers des coûts correspondent à des dépenses de personnel. Lorsque les employés sont domiciliés dans le canton, leur salaire représente une manne fiscale importante. Toutefois, les salaires dans le secteur de la santé sont moins élevés que dans des secteurs à plus forte valeur ajoutée tels que le secteur pharmaceutique ou le secteur des services financiers. Les hôpitaux eux-mêmes sont souvent exonérés d'impôts sur les bénéfices, la plupart d'entre eux fonctionnant en tant que sociétés à but non lucratif.

Poche gauche, poche droite

Les avantages économiques et politiques d'un hôpital reviennent toutefois cher aux cantons. Ceux-ci, ou plutôt leurs contribuables, prennent en charge 55% des coûts des forfaits DRG pour les séjours stationnaires, ce qui représentait 7,1 milliards de francs en 2017. S'ajoutaient à cela 1,8 milliard de prestations d'intérêt général, telles que le maintien de centres d'urgence dans les régions périphériques. En outre, les cantons ont proposé des mesures de soutien sous forme de

loyers ou de financements en dessous des conditions du marché pour un montant de 340 millions de francs.

Les assurances-maladie, donc in fine les payeurs de primes, prennent en charge le reste, soit 45% des coûts forfaitaires pour les soins stationnaires et la totalité des coûts pour les traitements ambulatoires. L'augmentation des frais et les hausses de primes qui en résultent représentent une charge pour les assurés comme pour les cantons. En 2018, ils ont dû financer des réductions individuelles de primes pour un total de deux milliards de francs.

Loyal envers les employés ou les citoyens?

Compte tenu du nombre élevé d'emplois créés, mais également de l'importance de la charge fiscale, les cantons sont confrontés à un conflit d'intérêts. En tant que propriétaires, ils souhaitent mettre en place des conditions-cadres permettant de protéger leurs hôpitaux de la concurrence et de garantir des tarifs aussi élevés que possible. Mais en tant que représentants des contribuables, ils sont tenus d'assurer l'accès à des soins de qualité aussi économiques et efficaces que possible, même si cela implique des prestations extra-cantoniales.

De nombreuses figures politiques soutiennent l'idée que, si le canton paie, l'argent doit circuler dans la région. Pourtant, les emplois dans le secteur hospitalier sont financés par des prélèvements obligatoires, lesquels réduisent les revenus des familles. Personne ne se permettrait de doubler le nombre de commis-

saires des impôts ou le corps de police sous l'unique prétexte de créer des emplois au sein du canton. En matière de fiscalité, de sécurité, mais également de santé, l'objectif visé doit déterminer le nombre d'emplois créés et non pas les réflexes protectionnistes. Ceux-ci risqueraient en effet de provoquer un effet boomerang.

En effet, le financement d'emplois inutiles via les impôts et les primes de caisses-maladie entraîne une augmentation des prélèvements obligatoires. Cela décourage les investisseurs potentiels ou les employés qualifiés et nuit au développement d'entreprises existantes ou à l'implantation de nouvelles sociétés. En période de récession mettant à mal les caisses de l'Etat, des finances publiques en bonne santé et des structures de soins intégrées et efficaces constituent la meilleure forme d'encouragement pour l'entrepreneuriat, et donc pour la création ou le maintien d'emplois. – Et non pas, le souci romantique de préserver «son» hôpital.

Dr Jérôme Cosandey est directeur romand d'Avenir Suisse et responsable de la recherche sur la «politique sociale pérenne». Après avoir obtenu son doctorat à l'EPFZ, il a travaillé plusieurs années comme conseiller stratégique pour The Boston Consulting Group et l'UBS.

L'importance croissante du secteur hospitalier

(indexation: 2008=100)



Source: OFS 2020, Avenir Suisse

En Bref

- Dans de nombreux cantons, les hôpitaux comptent parmi les principaux employeurs.
- Les cantons font face à un conflit d'intérêts apparemment insoluble pour concilier intérêts politiques et économiques.
- Le développement de structures inutiles entraîne une augmentation des impôts et des primes, ce qui a des effets négatifs sur d'autres secteurs de l'économie.



Christian Camponovo est directeur de la Clinica Luganese Moncucco à Lugano depuis 2005. Après avoir étudié la physique à l'EPF de Zurich, il a travaillé plusieurs années à l'Institut pour l'étude de la neige et des avalanches de Davos, puis en tant que conseiller en qualité et en analyse de données. Son intérêt particulier et sa grande curiosité lui ont permis de franchir le pas et d'intégrer le domaine de la santé.

Le directeur de la clinique Moncucco à Lugano s'étonne que, dans le système de santé, les exigences de qualité et les aspects économiques soient rarement abordés ensemble. Entretien avec Christian Camponovo sur les difficultés liées à la planification hospitalière et les enseignements tirés de la pandémie de COVID-19.

Interview de Christian Camponovo

«Combien sommes-nous prêts à payer pour la qualité?»

Qu'est-ce qui caractérise la planification hospitalière dans le canton du Tessin?

En principe, elle n'est guère différente de celle du reste de la Suisse. La situation géographique et la langue compliquent la coopération avec d'autres cantons. Alors qu'au Tessin, 40% des lits de soins aigus se trouvent dans des hôpitaux privés, ce chiffre avoisine 20% seulement dans l'ensemble de la Suisse.

Comment devrait-on concevoir la planification hospitalière afin qu'elle puisse garantir l'accès à des soins de qualité tout en restant financièrement viable?

Il faut mettre l'accent tant sur la qualité que sur la rentabilité. Une approche exclusivement qualitative ne suffirait pas et serait un peu trop facile. En effet, avec des investissements ciblés et élevés, il est toujours possible d'améliorer la qualité. Mais il faut aussi se demander combien nous sommes prêts à payer pour cela. Cet aspect est négligé actuellement. Nous avons besoin de critères clairs et définis par la politique sur le niveau de qualité souhaité et sur la façon dont nous pouvons atteindre un équilibre idéal entre des soins de qualité et le respect des critères de rentabilité. C'est une question sur laquelle les assureurs doivent également se pencher. Jusqu'ici, être bon marché n'était pas rentable. Comme le montre notamment la clinique Moncucco, cela présente plus d'inconvénients que d'avantages.

Comment cela se manifeste-t-il?

Moncucco est la clinique de soins aigus à large éventail de prestations la moins chère de la Suisse, mais cela ne nous donne droit à aucune contrepartie. Naturellement, il est plus difficile de maintenir le niveau de qualité, car nous sommes

contraints de faire des compromis. Toutefois, je ne cesse de m'étonner que, dans le cadre de la planification hospitalière et des négociations qui en découlent, la recherche d'un équilibre entre coûts et qualité ne semble intéresser personne, d'autant plus que des coûts élevés ne sont pas automatiquement garants d'une meilleure qualité. Le système de santé en Suisse repose sur des structures dans lesquelles il serait possible de réduire les coûts de 10%, voire 20%, à qualité égale.

Quelle contribution les assureurs-maladie pourraient-ils apporter?

La CSS décerne une trophée qualité, ce qui mérite certainement d'être salué. Néanmoins, l'attribution de la récompense à l'une des cliniques les plus chères de Suisse nous montre que personne ne semble s'intéresser à l'aspect économique. Pour un système de santé financièrement viable à long terme, la qualité ne peut pas être le seul critère. Nous devons trouver un équilibre entre les deux aspects. Les assurances pourraient prendre davantage conscience de leur rôle et optimiser le pilotage du système de santé en analysant la rentabilité et la qualité.

Avons-nous trop d'hôpitaux en Suisse?

Tant que les critères de qualité et de rentabilité sont respectés, le nombre d'hôpitaux en Suisse ne me semble pas décisif. Si nous intervenons trop, nous risquons, certes, de fermer des cliniques, mais pas forcément les plus problématiques en termes de qualité et de rentabilité. Si je regarde l'Allemagne, je pense que nous devons faire preuve de patience, le marché se régulera avec le temps. Et nous sommes tous d'accord pour dire que des hôpitaux abritant 20 ou 30 lits n'ont pas de sens. Toutefois, à ma connaissance, peu de données prouvent que

les grands hôpitaux sont plus efficaces et meilleur marché que les hôpitaux de taille moyenne.

Le Tessin a été particulièrement touché par la pandémie de COVID-19, et la clinique Moncucco est devenue un centre de traitement. Quelles conclusions tirez-vous de cette expérience?

Il est certain qu'à l'avenir, nous devons être mieux préparés à l'éventualité d'une pandémie, les plans de lutte à ce sujet n'étaient pas notre point fort jusqu'ici. La planification en soi doit venir de la Confédération, puis être transmise aux hôpitaux via les cantons. Parallèlement, nous devons rester souples dans la mesure où les pandémies n'évoluent pas toujours comme prévu. Durant la pandémie de coronavirus, les lits de soins intensifs sont devenus le centre des préoccupations et non pas, comme en cas de grippe, l'augmentation du nombre de patients plus ou moins malades. Maintenir toutes les structures hospitalières afin d'être prêts à faire face à une éventuelle pandémie me semble absurde. Le nombre de lits n'est pas un facteur décisif lorsqu'il s'agit de faire face à ce type d'épidémie. A la clinique Moncucco, nous avons constaté l'importance d'une bonne coopération entre les différents spécialistes. D'une manière générale, l'augmentation du nombre de patients polymorbides rend les compétences transversales, impliquant plusieurs spécialités, de plus en plus déterminantes. Les périodes de pandémie requièrent plus que jamais un travail interdisciplinaire. La hiérarchie plate au sein de notre clinique a porté ses fruits. La culture de gestion et la structure organisationnelle sont des éléments importants durant une pandémie et en règle générale. Mais il est impossible de tout planifier et de tout gérer. Le système de santé est bien trop complexe.



Les cantons doivent-ils rester responsables de la planification hospitalière ou existe-t-il d'autres possibilités? Il n'y a pas que sur cette question que Lukas Engelberger, conseiller d'Etat bâlois et président de la Conférence des directeurs de la santé, et Stefan Felder, économiste de la santé bâlois, ne sont pas d'accord.

Interview: Patrick Rohr

«En tant qu'économiste, je désespère parfois»

Patrick Rohr (PR): Monsieur le Conseiller d'Etat, vous êtes assis en face d'un économiste de la santé. Qu'est-ce qui importe le plus à vos yeux: la santé de la population ou le bien-être économique des gens?

Lukas Engelberger (LE): Pour moi, et de par ma fonction, la santé est prioritaire. Mais je suis également convaincu que la santé est l'un des fondements de l'économie. On l'a constaté avec les mesures de lutte contre la pandémie: l'économie ne peut fonctionner que si on parvient à limiter autant que possible le nombre de malades et de décès.

PR: Si la santé est prioritaire, son coût peut-il être illimité?

LE: Je suis bien conscient que nous allons atteindre des limites. Mais je suis très réticent à l'idée de donner un prix à la vie. Certains systèmes de santé le font, et certaines décisions du Tribunal fédéral, par exemple, peuvent être comprises dans ce sens. Pour ma part, je suis convaincu que cela ne relève pas de notre compétence.

PR: Monsieur Felder, êtes-vous assis en face d'un directeur de la santé qui distribue de l'argent en veux-tu en voilà?

Stefan Felder (SF): Oui, c'est exactement ça. Les dépenses nettes de l'assurance obligatoire des soins pour la ville de Bâle s'élèvent à 5000 francs par habitant. S'ajoutent à cela 4300 francs d'impôts. La moyenne nationale s'élève à 3800 et 2000 francs respectivement. Aucun autre canton ne dépense autant d'argent pour la santé.

LE: Le niveau des coûts du système de santé dans le canton de Bâle-Ville est élevé, c'est vrai. Mais c'est également dû

au fait qu'il s'agit d'une zone urbaine. Les villes sont des zones à forte densité de population et, avec la ville de Bâle, la petite ville de Riehen et le petit village de Bettingen, le canton de Bâle-Ville est le canton le plus urbanisé de Suisse. Cela explique en partie les coûts élevés. Mais c'est vrai, nous sommes un canton qui dépense beaucoup d'argent pour la santé.

PR: Le problème ne vient-il pas précisément du fait que chaque canton ne s'occupe que de lui? Ne pourrait-on pas économiser beaucoup d'argent, notamment dans le domaine de la planification hospitalière, si on réfléchissait en termes régional et non pas cantonal?

LE: Avec le canton de Bâle-Campagne, nous sommes arrivés à la conclusion que nous avons trop de capacités hospitalières. Nous devons régler ce problème ensemble; optimiser notre planification, appliquer des tests coûts-bénéfices plus stricts et, d'une manière générale, attribuer moins de mandats de prestation. Cela signifie non pas que l'on va réduire le nombre d'hôpitaux, mais plutôt que les hôpitaux seront plus petits et spécialisés. Le peuple nous a confié cette mission en acceptant le traité d'Etat entre les cantons de Bâle-Campagne et de Bâle-Ville, et c'est avec une grande motivation que nous nous y attelons.

PR: Vous ne souhaitez pas réduire le nombre d'hôpitaux?

LE: Naturellement, chaque hôpital doit régulièrement justifier sa raison d'être afin de conserver son mandat de prestation. Mais je discréditerais ma propre planification si j'affirmais que nous avons trop d'hôpitaux. Cela signifierait que nous en →



«Les installations stationnaires, quant à elles, doivent servir aux interventions électives et planifiables.»

Stefan Felder

→ avons placé un trop grand nombre sur la liste des hôpitaux. Or, je suis convaincu du contraire. Et je ne pense pas non plus que réduire ce nombre doit être un objectif en soi.

PR: Pourquoi pas?

LE: Ce qui compte, ce sont les capacités totales: sont-elles gérées efficacement et adaptées aux besoins dans les différentes disciplines? Ponctuellement, l'offre est probablement excédentaire. C'est pourquoi nous devons nous assurer que les mandats de prestation attribués correspondent aux besoins réels. Mais on ne peut pas se contenter de compter les mandats de prestation. Ce qui est décisif, c'est le volume qu'ils représentent.

PR: Monsieur Felder, pensez-vous qu'il y a trop d'hôpitaux en Suisse?

SF: Oui, environ 30%. Monsieur Engelberger parle de volume. En Suisse, on recense beaucoup plus de traitements stationnaires que dans les autres pays. Le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS) permettra de réduire considérablement les ressources. Autrefois, le volume augmentait chaque année de 4%. Cela n'est plus le cas aujourd'hui. Les services se sont vidés.

PR: Et pourtant, on continue de construire. Dans le canton d'Uri, par exemple, on construit actuellement un grand hôpital pour une zone relativement réduite. Ne pourrait-on pas plutôt créer une grande région intégrant Lucerne et d'autres cantons de la Suisse centrale afin d'éviter des investissements d'une telle ampleur?

LE: En effet, le domaine stationnaire est en déclin, et la durée moyenne d'hospitalisation diminue chaque année. Parallèlement, la part des interventions chirurgicales ne nécessitant pas de surveillance hospitalière augmente. A long terme, les besoins en ressources stationnaires vont reculer. Mais le domaine ambulatoire requiert lui aussi une infrastructure similaire à celle du domaine stationnaire. Il faut des salles d'opération, des salles de réveil, etc. Et cela a un coût. L'infrastructure stationnaire (lits) est ce qui génère le moins de coûts dans un hôpital. *SF:* La technologie progresse à grande vitesse. Prenons l'exemple de l'ambulance, elle ressemble aujourd'hui à un mini-hôpital. On peut y soigner les gens et les stabiliser. Les installations stationnaires, quant à elles, doivent servir aux interventions électives et planifiables.

PR: Monsieur Engelberger, ne pensez-vous pas, en tant que président de la



«Nous n'approuverons en aucun cas une solution qui affaiblirait la compétence des cantons en matière de planification des soins.»

Lukas Engelberger

Lukas Engelberger est juriste et siège depuis 2014 pour le PDC au Conseil d'Etat du canton de Bâle-Ville. Il dirige le département de la santé. Depuis juin 2020, il est président de la Conférence des directeurs de la santé.

Stefan Felder est professeur d'économie de la santé à la faculté d'économie de l'Université de Bâle depuis 2011. Il est membre du conseil d'experts Swiss Medical Board et président du conseil d'administration de la Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (Société allemande d'économie de la santé).

Conférence des directeurs de la santé (CDS), qu'il faudrait repenser le système?

LE: A la CDS, nous sommes d'avis que la planification hospitalière est en bonne voie dans le domaine stationnaire. Le secteur ambulatoire se développe de manière beaucoup moins contrôlée et pèse de plus en plus lourd en termes de coûts. Nous souhaitons d'abord nous pencher sur les conditions d'admission. Arrive le moment où il faut dire: non, nous n'acceptons plus de nouveaux prestataires, nous en avons suffisamment. *SF:* Le problème est que, dans le domaine stationnaire, les cantons portent au moins cinq casquettes. Ils sont propriétaires, exploitants, arbitres, etc. Ils ont donc des intérêts contradictoires. Et on transfère aujourd'hui ces conflits d'intérêts au secteur ambulatoire.

PR: Les cantons pourraient-ils céder certaines responsabilités?

LE: Nous n'approuverons en aucun cas une solution qui affaiblirait la compétence des cantons en matière de planification des soins.

PR: A quoi une telle solution pourrait-elle ressembler, Monsieur Felder?

SF: Il y a deux possibilités: soit les assureurs prennent en charge la planification. Ils pourraient alors garantir aux assurés qu'ils ont des contrats avec tous les établissements stationnaires et que les capacités sont suffisantes, ce qui représente un aspect non négligeable. Soit on tranche le nœud gordien et on confie la planification à la Confédération qui, en quelque sorte, pourrait racheter les cantons. Il faudrait, pour cela, réajuster un peu l'impôt fédéral, mais ce serait possible.

PR: Monsieur Engelberger, quelle est votre réaction lorsque vous entendez cela?

LE: Les deux alternatives auraient des inconvénients évidents. Les avantages, en revanche, ne me semblent pas convaincants. Concernant les assureurs, le problème est qu'ils atomiseraient le paysage hospitalier. Si, par exemple, je suis en vacances dans les Grisons et que j'ai besoin d'un ophtalmologue, je n'ai guère envie de devoir appeler ma caisse-maladie pour savoir s'il y en a un dans la région. D'autant plus que l'on compte davantage d'assureurs que de cantons dans notre pays. Si chacun d'eux devait faire sa propre planification, cela aboutirait à un morcellement encore plus important.

PR: Première proposition inapplicable donc. Que dites-vous de la seconde,

préconisant une coordination via la Confédération?

LE: Ce serait un peu comme pour les transports publics (TP), où les majorités politiques parlementent pour trouver des solutions sous la pression d'un lobby extrêmement puissant. Je n'ai pas l'impression que notre planification pour les TP fonctionne mieux que pour les soins. Les gens nous font confiance, ils ne souhaitent pas changer la structure privée pour la confier à des mains anonymes. *SF:* Mais tant que vous êtes responsable, la seule chose que je peux faire si je ne suis pas d'accord avec les soins de santé, c'est quitter le canton. Si l'assureur était responsable, je pourrais tout simplement changer de caisse. Nous avons une situation de concurrence entre les assureurs. Si les soins proposés par l'un d'eux n'étaient pas satisfaisants, sa réputation en pâtirait.

PR: Une chose est évidente, Monsieur Felder: vos propositions se heurtent à un mur. Est-ce que c'est difficile pour vous, en tant qu'économiste?

SF: En tant qu'économiste, on souhaite tout simplement rendre le monde un peu meilleur. Mais je comprends aussi qu'une légitimation démocratique soit indispensable. Toutefois, quand je vois par exemple que, dans le district d'Affoltern, toutes les communes approuvent le sauvetage de l'hôpital, je désespère.

PR: Peut-être vos arguments ne sont-ils pas suffisamment convaincants?

SF: Le problème est aussi extrêmement complexe. Si, en tant que canton ou qu'assureur, on ne prend en charge que la moitié des coûts, on ne peut pas s'attendre à disposer de l'entière responsabilité financière. Les responsabilités financières sont partagées, et chacun s'en accommode à peu près. Mais un scientifique a pour noble mission de répéter sans cesse qu'on peut faire les choses autrement. *LE:* En tant qu'homme politique, je suis également confronté à des déceptions. Tout ne se passe pas toujours comme j'en aurais envie. Mais la vie est ainsi, c'est une discussion permanente sur la meilleure solution possible. Je pense que, dans l'ensemble, notre système de santé fonctionne plutôt bien. Mais je constate également que nous allons au-devant de problèmes financiers si nous ne devenons pas plus efficaces et plus rationnels. Cependant, d'une manière générale, la majorité de la population ne voudrait pas changer radicalement notre système de santé.

PR: Alors, pour finir, je vous demande quand même ce que vous pensez de

l'idée de l'Académie Suisse des Sciences Médicales, qui propose de diviser la Suisse en cinq ou six régions de santé d'environ 1,5 million de personnes.

LE: C'est ce que nous faisons déjà dans les cantons de Bâle-Campagne et de Bâle-Ville avec notre planification hospitalière, même si l'échelle est ici un peu plus modeste. Ensemble, nous recensons environ un demi-million d'habitants.

PR: Vous pourriez alors ajouter le Fricktal.

LE: Oui, nous pourrions aller dans ce sens. Le problème est que les cantons ne peuvent pas tous être clairement attribués à une région. Mais je pense qu'une perspective régionale élargie pourrait apporter des avantages.

PR: La Confédération deviendrait-elle alors superflue, Monsieur Felder?

SF: C'est totalement illusoire! Nous vivons dans un système fédéral comprenant 26 cantons. On observe des querelles historiques dans tous les domaines: une fois ce sont les protestants contre les catholiques, une autre fois les germanophones contre les francophones. Non, c'est inconcevable. Les seules alternatives possibles sont les assureurs et la Confédération.



Patrick Rohr est auteur et journaliste et dirige sa propre entreprise de conseil en communication à Zurich. Ancien présentateur de télévision («Arena», «Quer»), il travaille également en tant que photojournaliste, notamment dans le domaine des ONG.

Les transports publics ne s'arrêtent pas aux frontières des cantons: Carmen Walker Späh, conseillère d'Etat zurichoise, nous parle des défis liés à la conciliation des différentes exigences au niveau suprarégional et de la manière dont les compromis profitent à la population.

Par Carmen Walker Späh

Pour le plaisir des passagers



«Les transports publics montrent qu'une coopération peut fonctionner sans avoir à renoncer à la souveraineté cantonale.»

Carmen Walker Späh

Dans une région métropolitaine telle que Zurich, la coordination des transports publics entre les cantons est indispensable. En effet, Zurich, ses cantons limitrophes et le canton de Glaris forment un espace de vie commun et se partagent ainsi une zone de transport aux défis parfois similaires. Le besoin de concertation est élevé, tout comme dans d'autres régions de Suisse. C'est pourquoi la Conférence des directeurs cantonaux des transports publics (CTP) a été créée dans les années 1980. Elle a pour but d'améliorer la coordination entre les 26 cantons et de présenter un front uni face à la Confédération.

Les échanges sont essentiels, notamment pour les concepts d'horaires. La région CTP Zurich, que j'ai l'honneur de représenter en tant que présidente, couvre précisément la zone intercantonale du RER zurichois, épine dorsale de la mobilité publique dans l'espace économique et résidentiel de Zurich. D'où la nécessité d'une coopération.

L'association tarifaire Z-Pass, projet phare

Comme souvent en Suisse, le plus grand défi consiste à concilier les différentes exigences imposées par les régions. Mais les compromis profitent en fin de compte aux utilisateurs des transports publics. La mise en place du Z-Pass, une association tarifaire intercantonale, constitue un exemple remarquable. L'impulsion décisive est venue des cantons voisins. Les pendulaires des régions voisines souhaitaient effectuer leurs déplacements quotidiens avec un seul billet ou un abonnement. C'est ainsi qu'a été créée en 2004 Z-Pass. Aujourd'hui, on ne pourrait plus s'en passer.

La ligne diamétrale de Zurich illustre également parfaitement notre travail auprès de la CTP de la région de Zurich. Il a fallu coordonner à la fois la planification, les projets d'expansion, mais également le financement. Près d'un demi-million de personnes passent tous les jours par la gare centrale de Zurich.

Les conférences régionales: des passerelles

En dehors de la CTP de la région de Zurich, on recense aujourd'hui quatre autres conférences régionales dont les présidents respectifs siègent également au conseil d'administration de la CTP nationale. Ensemble, nous coordonnons les questions régionales et élaborons des solutions que nous défendons à l'échelle nationale. Les conférences régionales représentent une structure idéale dans la mesure où elles couvrent une zone de trafic cohérente avec des préoccupations comparables. Une telle forme de coopération est plus contraignante au niveau fédéral, car les différences entre espaces urbains à forte densité de population et zones de montagne sont plus flagrantes. De nombreuses tâches étatiques ne peuvent être définies précisément. Les transports publics montrent ainsi qu'une coopération peut fonctionner sans avoir à renoncer à la souveraineté cantonale, et ce, pour le plus grand plaisir des passagers.»

Carmen Walker Späh est conseillère d'Etat et directrice de l'économie publique du canton de Zurich. Elle est membre du conseil d'administration de la Conférence des directeurs cantonaux des transports publics (CTP) et présidente de la conférence régionale CTP Zurich.

L'ancienne cheffe du département de la santé du canton de Saint-Gall revendique un système financier qui encourage une planification hospitalière intercantonale au lieu de la pénaliser. Heidi Hanselmann revient sur le passé et se tourne vers l'avenir.

Interview de Heidi Hanselmann

«Mise en réseau, organisation supra-cantonale et efficacité: les maîtres-mots d'un système hospitalier optimal»

Quels étaient vos objectifs lors de votre prise de fonction en tant que cheffe de la santé?

J'ai toujours accordé une grande importance à des prestations de qualité qui servent la population en lui offrant un accès à une médecine, des soins et des traitements à la fois modernes et abordables. C'est pourquoi l'approche intégrée était et reste l'un de mes principaux chevaux de bataille. Elle comprend les soins aigus, mais également la réadaptation, la prévention et les soins palliatifs. Selon moi, il faut mettre l'accent sur la médecine de famille et sur les mesures préventives incitant les gens à se sentir plus responsables de leur santé. Les soins somatiques aigus et modernes, proposant de mettre les prestations en réseau et d'exploiter les synergies, constituent également une priorité. Sans oublier la prise de mesures efficaces contre le manque de personnel qualifié.

Comment ces objectifs ont-ils évolué?

Le développement des soins de santé est un processus de longue haleine. Globalement, mes objectifs sont restés les mêmes. Toutefois, le nouveau financement a entraîné de grands bouleversements ces dernières années, obligeant les hôpitaux à être compétitifs et profitables en pratiquant parfois des tarifs ne permettant pas de couvrir les coûts. Dans le domaine ambulatoire, le canton de Saint-Gall affiche la deuxième valeur du point Tar-med la plus basse de Suisse. Les déficits sont alors inévitables. Chaque canton gère cette situation différemment. Beaucoup financent les coûts non couverts via des prestations d'intérêt général (PIG). Dans les cantons très restrictifs en la matière, comme le canton de Saint-Gall, les hôpitaux ont beaucoup plus de mal à



«Les sociétés spécialisées soulignent elles aussi que cette mauvaise incitation dans le système de financement génère 20% à 30% de coûts supplémentaires.»

Heidi Hanselmann

survivre sur le marché, ou le pseudo-marché en quelque sorte. Quelle entreprise privée continuerait de proposer des produits ou services à perte, sans possibilité de réaliser de profits à moyen terme? Nous avons besoin d'un système de financement qui ne récompense pas les traitements à double, parallèles ou erronés. Les sociétés spécialisées soulignent elles aussi que cette mauvaise incitation dans le système de financement génère 20% à 30% de coûts supplémentaires.

Quelles conditions-cadres auriez-vous souhaité mettre en place pour une planification hospitalière rationnelle?

Un système de financement qui encouragerait une planification hospitalière supracantonale au lieu de la pénaliser et qui soutiendrait et récompenserait les soins intégrés tout en éliminant les traitements redondants et parallèles. En outre, il faudrait que le système de financement encourage les traitements qui profitent le plus aux patients et non ceux qui sont financièrement plus avantageux pour le prestataire.

A quoi devraient ressembler les soins hospitaliers de demain? Quelles évolutions seraient souhaitables à vos yeux?

Il faudrait une mise en réseau des soins, une planification supracantonale et des soins gradués, proches du domicile des patients et basés sur une approche intégrée. Tout cela nous permettrait de garantir la qualité et de réduire les coûts. La Suisse orientale est exemplaire dans ce domaine: au printemps 2020, les cantons GR, GL, AR, AI et SG ont signé une déclaration d'intention qui représente une première étape vers une planification commune. On mise sur des soins de qualité, adaptés aux besoins de la population, et ce au-delà des frontières cantonales. Un modèle d'avenir de mon point de vue.

Heidi Hanselmann a été cheffe de la santé du canton de Saint-Gall de 2004 à 2020. Elle a occupé le poste de vice-présidente et plus récemment de présidente à la CDS. Le canton de Saint-Gall continue de développer sa stratégie hospitalière et souhaite concentrer ses services de soins stationnaires sur quatre de ses neuf sites.



Les conflits d'intérêts dans l'impasse



Beda M. Stadler, né en 1950 à Viège (VS), professeur émérite, a dirigé l'Institut d'immunologie à l'Université de Berne. Il est connu pour ses propos virulents sur les thèmes de politique sociale et de la santé.

Peut-être faudrait-il aborder le thème de la planification hospitalière et de la garantie des soins avec une ingénuité enfantine. C'est d'ailleurs cette façon de voir les choses qui m'a longtemps donné l'impression que les églises étaient les plus grandes maisons du village. Plus tard, chaque fois que de nouvelles maisons somptueuses apparaissaient, celles-ci abritaient généralement des banques. Et ces derniers temps, j'ai même eu l'impression que les plus belles et les plus grosses demeures étaient réservées aux caisses-maladie. Personne n'ignore d'où venait l'argent dont se servaient les églises, et plus tard les banques, pour enrichir le paysage de leurs somptueux bâtiments.

A l'époque de la construction des temples abritant les caisses-maladie, les abus financiers du corps médical à l'égard du système de santé étaient également sujet à discussion. Parallèlement, dans toute la Suisse, on voyait apparaître de plus en plus d'hôpitaux, bénéficiant d'un intérêt architectural restreint mais d'un emplacement de premier choix. Ces nombreux hôpitaux promettaient aux patients de meilleurs soins dispensés par les meilleurs spécialistes. Les médecins commençaient à investir les hôpitaux, tandis que les généralistes disparaissaient. La spirale des coûts, quant à elle, continuait de progresser, de sorte que les cantons – autrefois souvent constructeurs d'hôpitaux – ont commencé à resserrer la vis.

Nous pourrions remplir plusieurs pages sur les chantiers et les problèmes dont souffre notre système de santé. En tant que responsable d'un institut de services de laboratoire, je préfère garder ma vision enfantine qui a souvent tapé sur les nerfs de la direction de l'hôpital. La pression des cantons ayant été transférée aux instituts par des mesures d'économie généralisées, j'ai demandé: comment faire des économies si les demandes viennent de l'extérieur? Faut-il que je réduise l'offre d'analyses, même si cela nuit au patient? Ou faut-il plutôt que j'élargisse cette offre et que j'augmente les profits au détriment des caisses-maladie? La direction de l'hôpital ne m'a jamais répondu. En fin de compte, c'est elle qui devait réaliser des profits.

Peut-être devrions-nous tout simplement et en toute naïveté nous demander qui, au sein du système de santé, a le droit de faire des profits, et combien.

«Qui, au sein du système de santé, a le droit de faire des profits, et combien?»



Les soins stationnaires doivent être facilement accessibles et offrir partout une qualité comparable des traitements planifiables et des soins d'urgence. L'exploitation efficace des ressources limitées requiert une planification hospitalière minutieusement élaborée.

Par Alexander Geissler

La planification hospitalière au service des patients

Dans le contexte actuel de fragmentation des services, d'écart de qualité et de surcapacité, les structures hospitalières occupent une place prioritaire sur le calendrier politique de nombreux pays européens. Par rapport à ses voisins, la Suisse a commencé très tôt à adopter un changement de paradigme en la matière. Elle s'est détournée de la planification des lits non spécifique aux domaines de spécialité pour passer à une planification de groupes et de domaines de prestations concrets. Cette approche liée aux prestations est fondamentale pour une évaluation transparente de la situation actuelle des soins et constitue le point de départ pour d'autres initiatives de planification hospitalière.

A partir des groupes de prestations, il est possible de procéder à une analyse et à une prévision des besoins différenciés tenant compte de facteurs quantitatifs pertinents (p. ex. démographie et morbidité régionales). La comparaison de l'offre actuelle de prestations avec les besoins réels (futurs) permet d'identifier les tendances en termes de surcapacité, de sous-capacité ou de mauvaise exploitation à l'échelle régionale et de prendre des mesures correctives.

L'intégration de normes de qualité contraignantes au sein des groupes de prestations est également essentielle. Il s'agit en effet du levier servant à contrôler la structure des soins au sein de ces groupes. Ces normes doivent être pertinentes sur le plan médical et reliées au groupe de prestations. Elles doivent permettre une

analyse standardisée et fiable, être contrôlables et influençables via l'hôpital et, si possible, empêcher les mauvaises incitations. Ces critères concernent surtout les spécifications en matière de structure et de processus spécifiques, mais également les nombres de cas minimum. Jusqu'ici, les cantons appliquent les normes de qualité sous des formes et à des degrés différents.

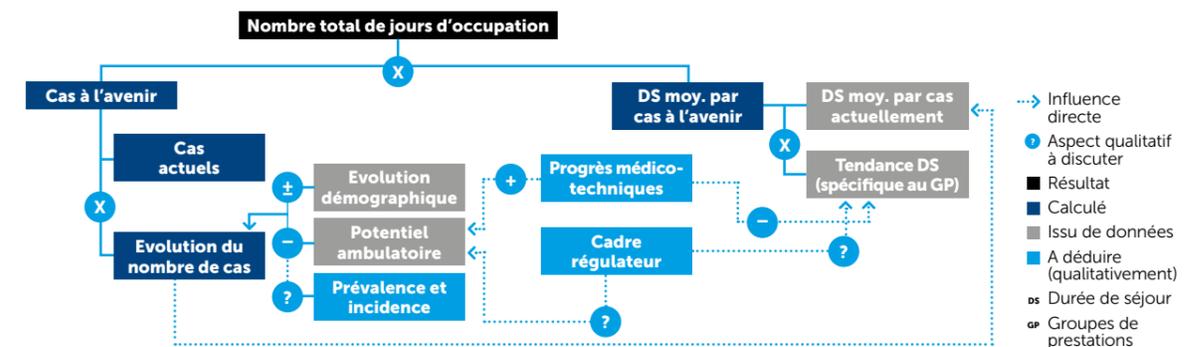
La Suisse se voit alors confrontée à trois défis. Premièrement, elle doit analyser les besoins en fonction des groupes de prestations, sur les plans régional et national, et vérifier si les structures de soins existantes répondent aux objectifs d'accessibilité définis a priori. Deuxièmement, elle doit harmoniser les normes de qualité afin de pallier les différences régionales. Troisièmement, il lui faut trouver un bon équilibre entre les normes de qualité et leurs effets sur l'accessibilité aux soins. Cela implique obligatoirement un renforcement de la coopération entre les cantons ou, dans l'idéal, une planification hospitalière conjointe et supracantonale axée avant tout sur les besoins, l'accessibilité et le niveau de qualité.

Alexander Geissler est professeur de gestion des soins de santé à l'Université de Saint-Gall. Il est chargé des questions liées à l'économie de la santé, à la recherche sur les soins et au système de santé.

Plus d'informations sur: dialogue.css.ch/planificationhospitaliere

Facteurs influençant la prévision des besoins

La prévision des besoins doit tenir compte, au cas par cas, des principaux facteurs ayant une influence sur le nombre de cas et de jours d'occupation. Le graphique présente un schéma des mécanismes d'action des différents facteurs. Source: Krankenhaus-Report 2020



Super!

Des hôpitaux à perte de vue.
C'est ce que j'appelle un véritable
accès aux soins.

Et la qualité?

A quoi sert un hôpital au coin de
la rue si la qualité n'y est pas?

