



**ASSOCIATION EUROPÉENNE DES MÉDECINS DES HÔPITAUX
EUROPEAN ASSOCIATION OF SENIOR HOSPITAL PHYSICIANS
EUROPÄISCHE VEREINIGUNG DER LEITENDEN KRANKENHAUSÄRZTE
EUROPESE VERENIGING VAN STAFARTSEN
DEN EUROPÆISKE OVERLÆGEFORENING
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΔΙΕΥΘΥΝΤΩΝ
ASSOCIAZIONE EUROPEA DEI MEDICI OSPEDALIERI
DEN EUROPEISKE OVERLEGEFORENING
ASSOCIAÇÃO EUROPEIA DOS MÉDICOS HOSPITALARES
ASOCIACIÓN EUROPEA DE MÉDICOS DE HOSPITALES
EUROPEISKA ÖVERLÄKARFÖRENINGEN
EVROPSKO ZDRŽENJE BOLNIŠNIČNIH ZDRAVNIKOV
EUROPSKA ASOCIACIA NEMOCNICNÝCH LEKAROV
EUROPSKA UDRUGA BOLNIČKIHI LIJEČNIKA
ΕΒΡΟΠΕΪΣΚΑ ΑΣΟCΙΑCΙΑ ΝΑ ΣΤΑΡΣΗΤΕ ΒΟΛΝΗCΗΝΗ ΛΕΚΑΡΗ**

Document :	AEMH 09-048
Title:	National Report Switzerland
Author :	Dr Cuénoud
Purpose :	Information
Distribution :	AEMH Member Delegations
Date :	6 May 2009

Report of the Swiss Delegation to AEMH Brussels 7-9 May 2009

Introduction of hospital financing by DRG

For hospital doctors, the past year was dominated by preparations for the nationwide introduction of hospital fees according to diagnosis related groups (DRG). The German G-DRG system was selected and is in the process of being adapted to Swiss requirements so as to enable its standardised application as from 2012. The medical profession has succeeded in being accepted as a shareholder in the new company which will be responsible for managing this tariff. This way we will be able to exert a direct influence on the DRG mechanism and on all the regulations governing coding. On the other hand, doctors remain excluded from dedicated negotiations on tariffs, which remain restricted only to insurance providers and hospitals. In Switzerland, a DRG system (specifically, APDRG) has been in use by a number of cantons for several years. Consequently, the side-effects of this type of financing are already in evidence, particularly in terms of the reduced length of hospital stays and the transfer of activities to the ambulatory sector. A political debate is currently under way with the aim of conducting a large-scale study to determine all the consequences of switching to a new system. What is at stake is not only the quality of care, but also the working conditions of staff and the modification of the country's hospital landscape: for some years now there has been a trend towards closing down small hospital structures in favour of developing larger centres that bring together a more extensive range of skills under one roof. Although this is a rational move from a medical standpoint, the process is encountering much political opposition in the affected regions.

Hospital quality management

The quality of hospital treatment is becoming an increasingly topical issue. Even though hospital quality management was enshrined in the law more than 10 years ago, no systematic quality assurance has been carried out to date. Medical discipline societies have, on their own initiative, developed interesting national registers (particularly for laparoscopic surgery and vascular surgery). Under pressure from patient organisations, there are now moves to implement a nationally coordinated system for hospital quality management. The performance indicators selected to date essentially relate to patient safety: a logical move, given that hospitals are in a position to provide the requisite indicators. On the other hand, the situation regarding long-term patients remains difficult to determine, despite the fact that such data is indispensable for verifying the quality of services provided by hospitals. This is where doctors are called on to play a key role, since they are generally the only ones – besides the patients – who are in a position to provide information on this later evolution.

Data protection

Tensions have recently increased between doctors, who are obliged to respect patient confidentiality, and insurers, whose aim is to obtain as much information as possible on all ailments, supposedly for internal control purposes but in reality in order to select the risks they are willing to insure. The situation is confused: the health insurance law requires insurers to be given access to the information they need to verify the cost-effectiveness of treatment, yet the penal code does not permit doctors to breach their confidentiality obligation in such a situation. If in doubt, hospital doctors have chosen to adopt a firm stance in favour of data protection, and refuse to engage in any systematic communication of information.

Moratorium on new doctors' practices

Following the introduction of bilateral accords between Switzerland and the European Union in 2002, Switzerland introduced a moratorium on new doctors' practices in a bid to prevent a flood of foreign doctors setting up practices in Switzerland and charging fees to the health insurance system. While the number of doctors has indeed not significantly risen, the measure – far from having the anticipated effect – has had negative consequences: On completing their post-graduate education, our young colleagues are unable to set up private practice since such practices are taken up by well-off sexagenarian doctors who pay exorbitant

"rights of succession". Hence there is no guaranteed means of enabling a new generation to take over. We are witnessing the ageing of the medical population, while young physicians remain longer in hospital posts. Besides restrictions on the working hours of junior and senior physicians, this is resulting in a significant increase in hospital positions. This results in rising costs, which can be largely offset by a significant revival of ambulatory activities in these hospitals. However, this phenomenon is taken into account in the statistics, as a result of which hospitals are presented as the principal drivers of the general rise in healthcare costs.

As a general principle, the Swiss Medical Association (FMH) has for the last few years endeavoured to foster political relations and has chosen to adopt an offensive approach to media communication. This approach proved particularly successful in June 2008, when an attempt to hand over power within the healthcare system to insurers was resoundingly rejected in a people's referendum. The medical profession has thus become an indispensable actor in Swiss healthcare politics, whether in the area of hospitals or private practice.

Le 01.05.2009

Dr Pierre-François Cuénoud

Rapport de la délégation suisse AEMH Bruxelles 7-9 mai 2009

Introduction du financement hospitalier par DRG

Pour les médecins hospitaliers, l'année écoulée est restée dominée par les préparatifs d'introduction, à l'échelon national, de la rétribution des hôpitaux selon des forfaits liés au diagnostic. Le système allemand G-DRG a été choisi, mais est en cours de modification selon les spécificités suisses, afin de pouvoir être appliqué de manière uniforme à partir de 2012. Le corps médical a réussi à être accepté comme actionnaire de la nouvelle société qui gèrera ce tarif. Ainsi, il nous est possible de prendre influence directement sur la mécanique des DRG ainsi que sur toutes les règles de codification. En revanche, les médecins restent exclus des négociations tarifaires pures qui ne concerneront toujours que les assureurs et les hôpitaux. En Suisse, de nombreux cantons appliquent déjà un système DRG (essentiellement APDRG) depuis plusieurs années. Les effets collatéraux de ce type de financement se sont donc déjà en partie produits, particulièrement la baisse de la durée des séjours hospitaliers et le transfert d'activités dans le secteur ambulatoire. Une réflexion politique est actuellement en cours en vue d'introduire une recherche concomitante à large échelle, afin de mesurer toutes les conséquences de ce changement de système. Il en va non seulement de la qualité des soins mais également des conditions de travail du personnel et également de la modification du paysage hospitalier du pays. En effet, on assiste depuis quelques années à la fermeture de nombreuses petites structures hospitalières au profit du développement de centres plus grands, regroupant des compétences plus étendues. Bien que rationnel du point de vue médical, ce processus rencontre encore de nombreuses résistances politiques dans les régions concernées.

Contrôle de qualité dans les hôpitaux

Le problème de la qualité du travail fourni dans les hôpitaux gagne en actualité. En effet, bien que prescrit depuis plus de 10 ans par la loi, le contrôle de cette qualité n'a pas été systématique jusqu'à présent. Les sociétés de discipline médicale ont développé, sur leur propre initiative, des registres intéressants à l'échelon national (particulièrement en chirurgie laparoscopique et en chirurgie vasculaire). Sous la pression des organisations de patients, une coordination nationale tente de se mettre en place pour ce contrôle de la qualité des hôpitaux. Les indicateurs choisis jusqu'à présent concernent essentiellement la sécurité des patients, démarche logique étant donné que les hôpitaux peuvent fournir les indications nécessaires. En revanche, le devenir des patients à long terme demeure difficile à appréhender, bien qu'il soit indispensable à la vérification de la qualité du travail

fourni à l'hôpital. Dans ce domaine, les médecins sont appelés à jouer un rôle essentiel, étant généralement les seuls, avec les patients, à connaître cette évolution tardive.

Protection des données

Ces derniers temps, on assiste à un durcissement des fronts entre les médecins, tenant au respect du secret médical pour le bénéfice des patients, et les assureurs, désireux quant à eux d'obtenir le plus de renseignements possibles sur chaque malade, soi-disant pour des contrôles internes mais en fait pour pratiquer une sélection des risques. La situation est confuse : la loi sur l'assurance-maladie prévoit que les assureurs aient accès aux informations dont ils ont besoin pour vérifier l'économicité des traitements alors que d'un autre côté, le code pénal n'autorise pas le médecin à transgresser son secret dans une telle situation. Dans le doute, les médecins hospitaliers ont choisi de garder une attitude ferme en faveur de la protection des données et refusent toute communication systématique de renseignements.

Moratoire sur l'ouverture des cabinets en pratique libre

Suite à l'introduction des accords bilatéraux entre la Suisse et la Communauté Européenne en 2002, un blocage du nombre d'autorisations d'ouverture de cabinets a été décrété en Suisse, afin d'éviter un afflux de médecins étrangers pratiquant à charge de l'assurance maladie. Si le nombre de médecins installés n'a effectivement pas augmenté de manière significative, l'effet recherché par cette mesure a été pervers : à la fin de leur formation postgraduée, nos jeunes confrères et consœurs ne trouvent plus de possibilités d'installation alors que des cabinets sont repris par des médecins sexagénaires fortunés qui paient des "droits de succession" exorbitants. Le renouvellement des générations n'est ainsi pas assuré. On assiste à un vieillissement de la population des médecins installés alors que les jeunes restent longtemps à l'hôpital. Conjointement avec la limitation du temps de travail des assistants et chefs de clinique, ceci aboutit à une multiplication importante des postes de travail hospitaliers. Il en résulte une hausse des coûts qui peut être en bonne partie compensée par une recrudescence significative de l'activité ambulatoire dans les hôpitaux. Ce phénomène est cependant relevé dans les statistiques et les établissements hospitaliers sont, par conséquent, présentés comme les principaux responsables de l'augmentation générale des frais de la santé.

De manière générale, la FMH (Fédération des Médecins Suisses) s'efforce de poursuivre le développement de ses relais politiques et a choisi, depuis quelques années, de pratiquer une communication offensive dans les médias. Cela nous a particulièrement bien réussi en juin 2008, lorsqu'une tentative de donner le pouvoir aux assureurs dans le système de santé a pu être rejetée massivement en votation populaire. Le corps médical est ainsi devenu un acteur incontournable de la politique sanitaire suisse, que ce soit dans le domaine hospitalier ou en pratique libre.

Le 01.05.2009

Dr Pierre-François Cuénoud