



**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 ΑΣΟΪΙΑΪΙΑ ΗΑ ΣΤΑΡΣΗΤΕ ΒΟΛΗΝΗΧΝΗ ΛΕΚΑΡΗ
ASOCIATIA EUROPEANA A MEDICILOR DIN SPITALE**

Document :	AEMH 10-031
Title:	National Report Switzerland EN + FR
Author :	Dr Pierre-François Cuénoud
Purpose :	Information
Distribution :	AEMH Member Delegations
Date :	29 April 2010

AEMH-Plenary Meeting 2010, Lisbon

Annual report of the Swiss delegation

In our hospitals, the distribution of management roles is undergoing a profound change. Doctors have traditionally distanced themselves from administrative matters, preferring to concentrate on patient care. This has gradually given more powers to the financial managers and in turn, the nursing staff, who soon realised that they needed to participate in the management of our establishments at the highest level. Recently however, hospital staff physicians with management functions have become increasingly aware of this issue. A considerable number are now taking postgraduate management courses (Masters in health administration, for example). The widening of their knowledge on this subject enables them to discuss matters on equal terms with administrative managers, who after all, are not going to start studying medicine! Hospital staff physicians with management functions are increasingly acknowledged as stakeholders in their own right and not just as mere employees. This is also reflected in the organisational charts where the post of medical director is cropping up more and more, with a tripartite system of management (administration – nursing staff – doctors) becoming more widespread.

Preparations for the introduction of hospital funding on a flat-rate case-based model, using the DRG system, continue apace. Under the law SwissDRG must be introduced nationwide by 01.01.2012. Bearing in mind Switzerland's regional structure and specific identity, where each canton has its own way of doing things, this is tantamount to a revolution. SwissDRG has been developed by adapting the German G-DRG to the Swiss scenario. The authority running the system is a limited company with the participation of doctors. This active involvement gives us more influence to ensure that the medical situation is represented as faithfully as possible. However, it does provoke passionate reactions in some of our colleagues, particularly in those who are not yet working with this type of system and who have had a negative experience of its introduction in Germany. Many key factors are still under discussion:

- We would like the medical part of the costs to be identified specifically for each DRG group. This is obviously possible but has met with resistance from all the other partners.
- The investment and running costs of the installations should be incorporated in the calculation of the DRG groups. While it is relatively easy to quantify the equipment, it is clearly less simple to get a picture of the infrastructure (for example, we still have establishments which own rural property and vines!).
- The accompanying research designed to measure the effects of the transition to this new system needs to get under way soon, in order to establish the state of play before commencing. A certain lethargy has been detected here, as none of the health protagonists seem to be in any hurry to consider this issue, let alone finance such research. The Swiss Medical Association has taken a particular interest in this question and with the help of experts has drawn up a "plan for the research to accompany the introduction of SwissDRG". This document has triggered a series of reactions, including a political reaction in the national parliament and may end the deadlock.
- The problem of data protection has led to disagreements of epic proportions at all levels. Being under a statutory obligation to verify the efficacy, appropriateness and cost-effectiveness of services, insurers are in fact demanding unlimited access to all patients' data, whereas the service providers have rejected such a concept in the name of confidentiality and respect for medical records. This problem has still not been resolved, but needs careful scrutiny, particularly in the age of computerised files where masses of information circulate electronically, often without any safeguards.

Generally speaking, the atmosphere in the health issue debate remains fairly tense in Switzerland. Sickness insurance premiums are rising at the rate of 10% per year. Various measures have been put forward to put a cap on costs, but have been blocked by the relevant lobbies and eventually came to nothing. All the same hopes have been revived following a number of changes at the top

end of the system. We have a new Minister for Health, who is more open to discussion than his predecessor. The Director of the Federal Office of Public Health has also changed, with the new incumbent determined to get things moving in the right direction.

The major health concern for the majority of the Swiss public is the issue of support for local doctors' services. In fact general medical practice is for us a specialisation in its own right, obtained after 5 years of postgraduate study. It is extremely popular with patients but there is a problem in attracting the younger generation of doctors to follow this course. At present, 50% of these practitioners are over the age of 55 and their replacement is patchy. Hospitals are in fact in direct competition, multiplying their routine out-patient services. Furthermore, the persistent attacks on the pro-pharmacy system practiced in half of our cantons, coupled with the recent assault on laboratory tariffs, help to fuel the feeling of unease. Here too, a number of initiatives have been launched in an attempt to remedy this state of affairs (creation of academic chairs in general medical practice, provision of infrastructure in the peripheral regions, coordination of postgraduate training etc.). Under the pretext of balancing costs, there are calls to reduce the income of specialists in favour of primary care doctors. Hospital doctors could not accept such a development: in fact, the incentives to fill hospital staff posts are already low enough and it would be unacceptable to reduce them further.

As in the rest of Europe, we have a general problem of medical personnel. There are more and more women in the profession and there has still not been an adequate response to this phenomenon. The development of integrated care is advocated, spreading managerial functions and above all making it possible to adapt working practices and provide more opportunities for part time employment. Access to the study of medicine varies across our country: in German-speaking Switzerland, there is a *numerus clausus* system with a qualifying examination, whereas in French-speaking Switzerland, there is free access, but the examinations in the first two years operate a strict selection. We are still seeing the same number of students coming on to medical courses, but more and more of them are dropping out! This is due to the fact that many of them are put off when they cannot keep up with the demands of the courses, which, with good reason, have had their standards maintained by the universities. A general increase of 20% in capacity in our medical faculties has been called for at a high level. This is justified insofar as the number of students trained in a region is naturally reflected on the hospital labour market as a result. In Italian-speaking Switzerland, which does not have any faculty of medicine, 70% of hospital doctors are Italian nationals. In German-speaking Switzerland, which contains 3 of our 5 faculties of medicine, 35% of hospital doctors are Germans. In French-speaking Switzerland, which has the two other medical faculties and trains proportionately more new graduates in relation to the reference population, only 20% of hospital doctors are foreign, mainly from countries around the Mediterranean rim.

20.04.2010

Dr Pierre-François Cuénoud

Assemblée plénière de l'AEMH 2010, Lisbonne

Rapport annuel de la délégation suisse

Dans nos hôpitaux, la répartition des rôles de direction est en pleine évolution. Pendant longtemps, les médecins se sont désintéressés des responsabilités administratives pour se concentrer sur les soins aux patients. Ceci a eu pour effet de renforcer petit à petit les prérogatives des directeurs financiers ainsi que, parallèlement, celles des soins infirmiers qui ont compris très tôt la nécessité d'une participation à la gestion de nos établissements au plus haut niveau. Depuis peu cependant, on assiste à une prise de conscience de ce problème par les médecins-cadres hospitaliers. Bon nombre d'entre eux effectuent maintenant des formations postgrade en gestion (maîtrise en administration de la santé et autres). L'élargissement de leurs connaissances dans ce domaine permet de discuter d'égal à égal avec les responsables administratifs qui, eux, ne se mettent pas à étudier la médecine ! Les médecins-cadres hospitaliers peuvent ainsi mieux être reconnus comme des interlocuteurs à part entière et non comme de simples employés. Ceci se reflète d'ailleurs dans les organigrammes où le poste de directeur médical apparaît de plus en plus, le système de direction tripartite (administration – soins infirmiers – médecins) étant en voie de généralisation.

Les préparatifs en vue de l'introduction du financement hospitaliers selon des forfaits par cas selon le système DRG vont bon train. La loi impose une introduction de SwissDRG au 01.01.2012 dans tout le pays. Compte tenu du régionalisme et du particularisme de la Suisse où chaque canton possède sa manière de faire, ceci représente une sorte de révolution. SwissDRG est élaboré sur la base d'une helvétisation du G-DRG allemand. L'instance qui gère le système est une société anonyme dont les médecins sont membres. Cette participation active nous permet de prendre influence en vue d'une représentation aussi fidèle que possible de la réalité médicale. Cependant, cela provoque aussi des réactions passionnées de certains de nos collègues, particulièrement de ceux qui ne travaillent pas encore avec un tel système et qui ont vécu des expériences négatives lors de son introduction en Allemagne. Plusieurs enjeux sont encore en voie de réflexion :

- Nous aimerions que la part médicale des coûts soit objectivée pour chaque groupe DRG. Ceci est naturellement possible mais se heurte à un refus de tous les autres partenaires.
- Les frais d'investissement et d'utilisation des installations devront être intégrés dans la calculation des groupes DRG. S'il est relativement facile de quantifier les appareils, il est nettement moins aisé d'objectiver la valeur des infrastructures (à titre d'exemple, nous avons encore des établissements qui possèdent des biens ruraux et des vignes !).
- La recherche concomitante destinée à mesurer les effets de la transition à ce nouveau système devrait démarrer rapidement, afin d'avoir un état des lieux avant de commencer. A ce point de vue, on sent une grande inertie, aucun des protagonistes de la santé n'étant pressé d'empoigner le problème et encore moins de financer une telle recherche. La Fédération des Médecins Suisses a fait sienne cette question et a élaboré, avec l'aide d'experts, un "concept pour la recherche concomitante à l'occasion de l'introduction SwissDRG". Ce document a déclenché une cascade de réactions, également politiques au niveau du parlement national et pourrait débloquer la situation.
- Le problème de la protection des données donne lieu à des empoignades homériques à tous les niveaux. En effet, se basant sur une obligation législative de contrôle de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité des prestations, les assureurs exigent un accès sans limite à toutes les données des patients alors que les prestataires refusent un tel scénario au nom de la confidentialité et du respect du secret médical. Ce problème n'est toujours pas résolu mais mérite toute notre attention, particulièrement à l'ère des dossiers informatisés où des masses d'informations circulent par voie électronique, souvent de manière non sécurisée.

De manière générale, le climat des débats concernant les problèmes de santé demeure assez tendu en Suisse. En effet, les primes d'assurance-maladie augmentent de 10% par année. Toutes sortes de mesures sont proposées pour endiguer ces coûts, finalement inappliquées en raison du

blocage des lobbies correspondants. Un espoir renaît tout de même suite aux nombreux changements observés à la tête du système. Nous avons un nouveau ministre de la santé, plus ouvert au dialogue que le précédent. Le directeur de l'Office Fédéral de la Santé Publique a également changé avec l'arrivée d'une personnalité décidée à faire avancer les choses dans la bonne direction.

Le sujet de santé le plus discuté au sein de la population est celui du soutien à la médecine de proximité. En effet, la médecine générale représente chez nous une spécialité à part entière, obtenue après 5 ans de formation postgraduée. Elle jouit d'une excellente réputation auprès des malades mais peine à motiver la jeune génération de médecins à s'y consacrer. Actuellement, 50% de ces praticiens ont plus de 55 ans et leur remplacement est aléatoire. Les hôpitaux exercent à leur égard une concurrence directe, en multipliant les prestations ambulatoires de routine. D'autre part, les attaques répétées sur le système de pharmacie pratiqué dans la moitié de nos cantons, conjuguées aux récents sabotages des tarifs de laboratoire, contribuent à augmenter le malaise. Là aussi, de nombreuses initiatives sont en cours pour tenter de corriger cet état de fait (création de chaires académiques de médecine générale, mise à disposition d'infrastructures dans les régions périphériques, coordination de la formation postgraduée etc.). Sous prétexte de la neutralité des coûts, plusieurs voix demandent de baisser les revenus des spécialistes au bénéfice des médecins de premier recours. Les médecins hospitaliers ne sauraient accepter un tel scénario : en effet, l'attractivité des postes de cadre de nos hôpitaux est déjà modérée et il serait inacceptable de la faire baisser.

Comme dans le reste de l'Europe, nous avons un problème général de relève médicale. La profession se féminise de plus en plus et la réponse à ce phénomène n'est pas encore adéquate. Le développement de soins intégrés est préconisé, permettant de répartir les responsabilités entrepreneuriales ainsi que, surtout, d'adapter les horaires de travail et de permettre les temps partiels. L'accès aux études de médecine est variable dans notre pays : en Suisse allemande, il y a un *numerus clausus* avec un examen d'aptitude alors qu'en Suisse romande, l'accès est libre mais les examens des deux premières années sont extrêmement sélectifs. Nous avons toujours encore autant de candidats qui commencent les études de médecine mais de moins en moins qui les terminent ! Ceci est dû au découragement de bon nombre d'entre eux face aux exigences de telles études qui, à juste titre, ont été maintenues à leur niveau par les universités. Une augmentation générale de 20% des capacités de nos facultés de médecine a été demandée en haut lieu. Ceci est légitime dans la mesure où le nombre d'étudiants formés dans une région se reflète tout naturellement sur le marché du travail à l'hôpital par la suite. Dans la Suisse italophone qui n'a pas de faculté de médecine, 70% des médecins hospitaliers sont italiens. En Suisse alémanique qui détient 3 de nos 5 facultés de médecine, 35% des médecins hospitaliers sont allemands. En Suisse romande où l'on trouve les 2 autres facultés de médecine qui forment ainsi proportionnellement plus de nouveaux diplômés par rapport à la population de référence, on ne trouve que 20% de médecins hospitaliers étrangers, en provenance essentiellement des pays du pourtour méditerranéen.

Le 20.04.2010

Dr Pierre-François Cuénoud