



**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 ΒΟΛΗΝΗΧΝΙ ΛΕΚΑΡΗ
ASOCIATIA EUROPEANA A MEDICILOR DIN SPITALE**

Document :	AEMH 11-068
Title:	National Report Switzerland – Rapport Suisse (FR)
Author :	Dr Pierre-François Cuénoud
Purpose :	Information
Distribution :	AEMH Member Delegations
Date :	22 May 2011

2011 plenary meeting of AEMH, Montreux Annual report of Swiss delegation

The reform in hospital finances effective from 1 January 2012 will certainly make itself felt. Indeed, as the day approaches, a very real tension can be felt among health industry actors. Its real expression can be seen in opposition to the introduction of the DRG system, which is absurd given that three quarters of our cantons already have a fixed case-by-case payment system under APDRG; all they need to do is switch to SwissDRG, which represents a more detailed structure of tariffs based on the German G-DRG. In contrast, other changes will have more significant consequences. In particular, the new system requires investments and infrastructure use to be included under chargeable costs. This will mean a transfer of charges from the state to insurers, with the associated increase in premiums. As this type of phenomenon tends to upset the general public, parliamentary initiatives tend to block costs despite the inclusion of new charges. This is of course completely unacceptable for the service providers, as it means *de facto* either that investments will be blocked or that staff numbers will be significantly reduced, with a consequent rationing to the detriment of the patients.

Another innovation is the application of the "Cassis de Dijon" principle to hospitals, with free choice of establishment throughout Switzerland for patients. This creation of competition, which was the legislator's aim, is already making itself felt in the form of blatant defamation campaigns launched by teaching centres against smaller establishments. Some hospitals will be doomed to shut down, given the surplus of hospital space in Switzerland, with a dispersion of general establishments that will please the general public but often be inadequate in terms of critical mass.

In order to measure the effects of change, identify dubious incentives and remedy them in good time, a combined research effort needs to be applied, and quickly. Some thirty projects have already been broached in this field. The Swiss Medical Association (FMH) has taken the initiative of commissioning a study of effects on doctors' working conditions in hospitals and of changes in doctor-patient relations. Together with the umbrella organisation of hospitals, the FMH is also launching an analysis of changes in flows between in-patients and out-patients. This is important insofar as these two sectors are financed in completely different ways; outpatient care is paid for not by the state but by the insurers and the patients themselves, depending on their selfkept.

The financing of postgraduate medical training will not, as was the case previously, be included in hospital billing. In this field, the cantons are being called on to account clearly for payment for such training, whereas formerly a number of combined financing arrangements were applied, especially through misuse of private fees.

The other first-level health policy issues concern support for first recourse medicine, which a popular initiative has aimed to have enshrined in the constitution. This is also creating tensions, especially among hospital doctors and specialists who take a dim view of this category of medicine which, while admittedly at a financial disadvantage, is promoted to the detriment of other categories. Parliament is preparing a counter-proposal to this initiative, but the people will probably have the last word on the subject. On the other hand, managed care has also captured attention; a draft law is being discussed in Parliament on this subject, and being opposed by various interest groups as "contrary to nature". From the doctors' point of view, the shared budgetary responsibility of service providers is a problem and has led to the development of a united front of opposition. The current thinking is that hospital establishments are still not integrated sufficiently in such projects, which essentially focus on the co-ordination of services between first recourse doctors and outpatient specialists.

Generally speaking, the political debate remains dominated by the classic tension between the right and left of the chessboard. The Federal Parliament, mostly centre-right, promulgates liberal laws

that, it is assumed, favour initiative and competition. On the other hand, at cantonal level, the Health Departments are frequently in the hands of leftist ministers who very much favour significant state intervention and systematic control at all levels. The result is a lively debate that may, depending on the circumstances, greatly impede the good development of our hospitals.

16 May 2010

Dr Pierre-François Cuénoud

////////////////////////////////////

Assemblée plénière de l'AEMH 2011, Montreux Rapport annuel de la délégation suisse

La réforme du financement hospitalier, qui deviendra effective au 01.01.2012, est à bout touchant. Le rapprochement de cette échéance induit une crispation bien perceptible chez les acteurs du monde de la santé. Celle-ci se cristallise dans une opposition contre l'introduction des DRG. Ceci est absurde dans la mesure où $\frac{3}{4}$ de nos cantons connaissent déjà un système de forfait par cas selon APDRG : il leur suffira de passer à SwissDRG qui représente une structure tarifaire plus fine, dérivée des G-DRG allemands. En revanche, d'autres changements auront des conséquences plus importantes. En particulier, l'inclusion des investissements et de l'utilisation des infrastructures dans les frais imputables est nouvelle. Ceci va représenter un transfert de charges des Etats vers les assureurs, avec augmentation subséquente des primes. Un tel phénomène crée des remous dans la population, si bien que des initiatives parlementaires tendent à bloquer les coûts, malgré l'inclusion de charges nouvelles. Ceci est naturellement totalement inadmissible pour les prestataires car cela signifierait de facto soit un blocage des investissements soit une réduction importante de personnel, donc un rationnement au détriment des patients.

Une autre nouveauté est celle de l'application du principe du "Cassis de Dijon" aux hôpitaux, avec libre choix de l'établissement dans toute la Suisse pour les patients. Cette mise en concurrence, voulue par le législateur, déploie déjà ses effets avec des campagnes évidentes de dénigrement de la part des centres universitaires au détriment des établissements plus petits. Certains hôpitaux seront condamnés à disparaître, la densité hospitalière suisse étant trop élevée, avec une dispersion d'établissements généralistes certes agréable pour la population mais souvent inadéquate en terme de masse critique.

Pour pouvoir mesurer les effets du changement, repérer à temps les incitations néfastes et y remédier, il est nécessaire de procéder rapidement à une recherche concomitante. Près d'une trentaine de projets ont été évoqués dans ce domaine. La Fédération des Médecins suisses (FMH) a pris l'initiative de mandater une étude au sujet des conséquences sur les conditions de travail des médecins hospitaliers et sur l'évolution de la relation médecin-patient. Conjointement avec l'organisation faîtière des hôpitaux, la FMH lance également une analyse de l'évolution des flux entre patients stationnaires et ambulatoires : ceci est important dans la mesure où le financement de ces deux secteurs d'activité est totalement différent, les soins ambulatoires n'étant pas à la charge de l'Etat mais étant assumés par les assureurs et les patients eux-mêmes suivant leur franchise.

Le financement de la formation postgraduée des médecins ne sera, comme auparavant, pas inclus dans les factures hospitalières. Dans ce domaine, les cantons sont appelés à prendre en charge

cette formation de manière claire alors que jusqu'à présent, de nombreux financements croisés avaient été réalisés, particulièrement par détournement des honoraires privés.

Les autres sujets au premier plan de la politique de santé sont celui du soutien à la médecine de premier recours, pour laquelle une initiative populaire a abouti, visant à l'ancrer dans la constitution. Ceci induit également des crispations, particulièrement auprès des spécialistes et des médecins hospitaliers qui voient d'un mauvais œil une catégorie de médecine, certes plutôt préétablie financièrement, être mise en avant au détriment des autres. Le Parlement prépare un contre-projet à cette initiative mais le peuple aura probablement le dernier mot à ce sujet. D'autre part, les soins intégrés (managed care) focalisent également l'attention : un projet de loi est en discussion au Parlement à ce sujet, combattu "contre nature" par des groupes d'intérêt divergents. Du côté des médecins, la coresponsabilité budgétaire des prestataires fait problème et a provoqué le développement d'un large front d'opposition. Dans l'état actuel des réflexions, les établissements hospitaliers ne sont encore que peu intégrés dans de tels projets qui sont essentiellement focalisés sur une coordination des prestations entre médecins de premier recours et spécialistes ambulatoires.

De manière générale, le débat politique reste dominé par les antagonismes classiques entre la gauche et la droite de l'échiquier. Le Parlement Fédéral, à majorité bourgeoise, promulgue des lois libérales censées favoriser l'initiative et la concurrence. En revanche, au niveau des cantons, les Départements de la santé sont souvent dans les mains de ministres de gauche, friands d'une importante mainmise de l'Etat et d'un contrôle systématique à tous les niveaux. Cela provoque des débats animés mais peut être, suivant les circonstances, paralysant pour le bon développement de nos hôpitaux.

Le 16.05.2010

Dr Pierre-François Cuénoud