



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

Document :	AEMH 13-039 EN + FR
Title:	National Report Switzerland
Author :	FMH -Swiss Medical Association, Dr Pierre-François Cuénoud
Purpose :	Information
Distribution :	AEMH Member Delegations
Date :	15 May 2013

Plenary Assembly of the AEMH 2013, Paris Annual Report by the Swiss Delegation

The reform of hospital financing took effect just over one year ago. The SwissDRG charging structure is not as sophisticated as its German model: the option was in fact chosen of basing the calculation on Swiss data and the necessary accuracy will therefore not be achieved for several years. In the hospitals, there has been no objectifiable decline in quality, but a good many establishments had in fact already adopted a system of package charges for particular cases some time ago. The inclusion of the investment and depreciation cost of buildings in hospital bills has no equivalent in the other countries. Certain of their strength, a number of hospitals, especially in the private sector, acquire the very latest technologies and are transformed into luxury hotels, while others prefer prudence at the risk of being rapidly left behind. The control exercised by the State has accordingly diminished; the Cantonal Parliaments are no longer able to distribute funds directly, but can only put up a guarantee for the bank loans contracted by the hospital entities. For the patients, the new legislation allows freedom of movement within the country. Although they are able to choose the hospital which they feel to be most suitable, they make little use of this freedom, preferring to remain close to their home address and their circle of acquaintances. For their part, the executive hospital physicians have not changed their attitude; according to the annual survey conducted by the FMH on this subject, they have retained their entire therapeutic freedom despite the economic pressure.

Another matter which was of great concern to the hospitals last year is that of highly specialised medicine. An authority has in fact been appointed with responsibility for distributing the disciplines concerned within the country; that is certainly necessary in view of the dispersion of our hospitals which, in some cases, have as the sole justification for their existence the fact that in the 19th century they were required to be within reach in less than one hour by a horse-drawn carriage! The responsible body consists of a scientific commission and a decision-making board. The first allocations (Trauma Centers, Stroke Units) were made without any problem. On the other hand when it comes to transplants, the political stakes and rivalry between universities have so far prevented a decision from being taken. The allocation of complex visceral surgical operations (liver, pancreas, oesophagus) has resulted in many appeals because the non-university central hospitals refuse to give up these pathologies in view of the fact that they have an adequate critical mass. The new burning issue is that of oncological procedures where the commission is manifestly exceeding its authority by seeking to regulate outpatient activity.

Although quality measurements have been prescribed by law for more than 15 years they are only now beginning to be applied on a large scale. The National Association for Quality Control in Hospitals has been created and decides on the corresponding indicators which have now become binding. However, these are limited to the period spent in hospital and do not take any account of the outcomes of longer term treatments. That is why the medical corps has created the Swiss Academy for Quality in Medicine with a view to taking account of all the quality criteria, in particular quality of the indications. While all these measures do enable a comparison to be made between hospitals, publication of the results is still taboo. Several more years will be needed before transparency accessible to the public can be achieved. On the other hand, internally hospitals are making sustained efforts to enhance contacts with their patients. To prevent fastidious procedures in the event of disagreement, listening spaces are being created

alongside the hospitals; they are intended for patients and persons close to them who wish to make comments. This enables a significant reduction in the number of formal complaints to be achieved.

Recent months have seen a hard-hitting media campaign throughout the country led by the Association of Assistants and Heads of Clinic who complain that their working time is being exceeded on a chronic basis. By law, their weekly working hours must not exceed 50, but that is sometimes an unrealistic figure in certain technical disciplines. With a touch of humour, the offences are being shown on big posters in railway stations, by the roadside and in cinemas. Buses are crisscrossing the country and stands have been set up in towns on market days to make potential patients aware of the danger to them arising from the possibility of being treated by a tired assistant. Concomitantly, the usual negotiations between hospitals and assistants have become tougher and the system has proved its limits; literal compliance with the letter of the law creates a great many drawbacks for the persons whom it is supposed to protect and also for the employers.

Hospitals are increasingly being integrated into an overall approach to healthcare and coordination with established physicians is constantly improving. Similarly, medico-social establishments and home care centres are being involved more rapidly in the processes to enable the length of hospital stays to be shortened. However, institutions outside the hospital sector are clearly voicing their fear of seeing hospitals take charge of patient treatment; that is something which they are completely unwilling to accept. For the time being, we do not have a model of integrated care with full inclusion of a hospital establishment.

In general, the influence of medical and nursing care is growing in Swiss hospitals. The model of "savings first and foremost" with a despotic administrative authority giving orders to the medical staff has proved its limits and is shown to be inefficient in this age of competition. The medical managements are therefore giving more and more hospital physicians responsibilities at the highest level. That being so, many medical executives are taking courses of post-graduate management training. This is a positive phenomenon and provides a guarantee that our therapeutic freedom will be maintained.

02.05.2013

Dr Pierre-François Cuénoud

Assemblée plénière de l'AEMH 2013, Paris

Rapport annuel de la délégation suisse

La réforme du financement hospitalier est effective depuis un peu plus d'un an. La structure tarifaire SwissDRG n'est pas aussi affinée que son modèle allemand : en effet, l'option a été choisie de baser la calculation sur des données helvétiques et la précision requise ne pourra ainsi être atteinte qu'après plusieurs années. Dans les hôpitaux, il n'y a pas eu de baisse objectivable de la qualité mais il faut dire que bon nombre d'établissements connaissaient déjà un système de forfait par cas depuis un certain temps. L'inclusion des frais d'investissement et d'amortissement des bâtiments dans les factures hospitalières n'a pas d'équivalent dans les autres pays. Sûrs de leur force, plusieurs hôpitaux surtout privés achètent toutes les dernières technologies et se muent en hôtels de luxe alors que d'autres jouent la prudence au risque de se voir rapidement dépassés. L'emprise de l'état a ainsi diminué, les parlements cantonaux ne pouvant plus distribuer directement les fonds mais devant se contenter de cautionner les emprunts bancaires contractés par les entités hospitalières. Pour les patients, la nouvelle législation permet une libre circulation à l'intérieur du pays. Bien qu'ils puissent choisir l'hôpital qui leur semble le plus approprié, ils font peu usage de cette latitude, préférant rester à proximité de leur domicile et de leurs connaissances. Les médecins cadres hospitaliers, quant à eux, n'ont pas modifié leur attitude, ayant conservé toute leur liberté thérapeutique malgré la pression économique selon l'enquête effectuée annuellement par la FMH à ce sujet.

Un autre objet ayant bien occupé les hôpitaux l'année écoulée, est celui de la médecine hautement spécialisée. En effet, une autorité a été désignée, chargée de répartir les disciplines concernées à l'intérieur du pays, ce qui est bien nécessaire étant donné la dispersion de nos hôpitaux qui, pour certains, n'ont pour seule justification d'existence que le fait qu'au XIXe siècle, ils devaient être atteignables en mois d'une heure par un attelage à cheval ! L'instance compétente est formée d'une commission scientifique et d'un conseil décisionnel. Les premières répartitions (Trauma Centers, Stroke Units) se sont faites sans heurts. En revanche, pour ce qui est des transplantations, les enjeux politiques et les combats des universités n'ont toujours pas permis de parvenir à une décision. L'attribution des interventions lourdes de chirurgie viscérale (foie, pancréas, œsophage) a engendré de nombreux recours, les hôpitaux centraux non universitaires refusant d'être spoliés de ces pathologies alors qu'ils ont une masse critique suffisante. Le nouveau sujet brûlant est celui des procédures oncologiques, où la commission outrepassa manifestement ses compétences en voulant réguler l'activité ambulatoire.

Les mesures de qualité, bien que prescrites par la loi depuis plus de 15 ans, commencent seulement à être appliquées à large échelle. L'Association nationale pour le contrôle de la qualité dans les hôpitaux a été créée, qui décide des indicateurs correspondants maintenant contraignants. Ceux-ci sont cependant limités à la période hospitalière et ne tiennent pas du tout compte des résultats des traitements à plus long terme. C'est pour cette raison que le corps médical a créé l'Académie suisse pour la qualité en médecine, afin de prendre en compte l'ensemble des critères de qualité, en particulier de la qualité des indications. Si toutes ces mesures permettent une comparaison entre les hôpitaux, la publication des résultats reste encore taboue. Il faudra plusieurs années pour parvenir à une transparence accessible au public. En revanche, à l'interne, les hôpitaux font beaucoup d'efforts pour soigner le contact avec leurs patients. Afin de prévenir de fastidieuses procédures lors de désaccord, des espaces

d'écoute sont créés à côté des hôpitaux, destinés aux patients et à leurs proches désireux de faire des remarques. Ceci permet de diminuer les plaintes formelles de manière significative.

Ces derniers mois ont été marqués, dans tout le pays, par une campagne médiatique percutante de la part de l'Association des assistants et chefs de clinique qui se plaignent du dépassement chronique de leur temps de travail. Leur pensum hebdomadaire ne doit légalement pas excéder 50 heures, perspective parfois peu réaliste dans certaines disciplines techniques. Avec humour, les transgressions sont affichées en grand format dans les gares, au bord des routes et dans les cinémas. Des bus sillonnent le pays et des stands sont établis dans les villes les jours de marché, afin de sensibiliser les patients potentiels au danger que représente pour eux l'éventualité de se faire prendre en charge par un assistant fatigué. Concomitamment, les négociations habituelles entre hôpitaux et assistants se sont durcies et le système a montré ses limites, le respect à la lettre des articles de loi entraînant autant d'inconvénients pour ceux qu'elle est censée protéger que pour les employeurs.

Les hôpitaux sont de plus en plus intégrés dans une réflexion sanitaire globale, la coordination avec les médecins installés s'améliorant sans cesse. De même, les établissements médico-sociaux et les centres de soins à domicile sont impliqués plus rapidement dans les processus, afin de pouvoir diminuer les durées de séjour. Cependant, les institutions extrahospitalières expriment clairement leur crainte de voir l'hôpital prendre la direction du traitement des patients, ce qu'elles ne souhaitent en aucun cas. Pour l'instant, nous n'avons pas de modèle de soins intégrés incluant entièrement un établissement hospitalier.

De manière générale, on observe une montée en puissance de l'influence médico-soignante dans les hôpitaux suisses. Le modèle du "tout à l'économie" avec un pouvoir administratif despotique donnant ses ordres au corps médical a montré ses limites et s'avère peu efficient à l'ère de la concurrence. Les directions médicales amènent ainsi de plus en plus de médecins hospitaliers au plus haut niveau des responsabilités. En contrepartie, de nombreux cadres médicaux suivent des formations postgrades en gestion. Ce phénomène est positif et représente la garantie du maintien de notre liberté thérapeutique.

Le 02.05.2013

Dr Pierre-François Cuénoud