



**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 ΝΑ ΣΤΑΡΣΗΤΕ ΒΟΛΝΗΧΝΗ ΛΕΚΑΡΗ
ASOCIATIA EUROPEANA A MEDICILOR DIN SPITALE**

Document :	AEMH 12-034
Title:	National Report Switzerland
Author :	AEMH European Liaison Office
Purpose :	Information
Distribution :	AEMH Member Delegations
Date :	03 -05 -2012

Plenary Meeting of the AEMH 2012, Varna Annual Report of the Swiss Delegation

Despite considerable efforts to secure a moratorium, supported by a good number of hospital doctors from north-eastern Switzerland with the encouragement of some German colleagues working in the country, the hospital finance reform came into effect on 01.01.2012. The initial version of the SwissDRG tariff system has not yet been properly refined and includes few additional payments. Thus, little account is taken of the specialist activities of teaching hospitals, even though differential base rates are applied during this initial phase. The negotiations involved were tough, with the inclusion of a 10% supplement that is supposed to cover infrastructure but is completely inadequate in the medium term. The data protection issue has not yet been fully resolved and a forthcoming federal ruling is set to define exactly what medical information can and must be supplied to insurers and through which channels. As part of the relevant research, in 2011 the study commissioned by the Swiss Medical Association (FMH) into the consequences for hospital doctors' working conditions and for the future of doctor-patient relationships began with some initial data input preceding the switch to SwissDRG. It already includes some valuable information about our colleagues' state of mind, with 60% of hospital registrars rejecting the new tariff system whereas just 20% know what it involves. As regards postgraduate training, a national solution has been identified, with the relevant expenditure to be covered by cantonal education budgets.

As the SwissDRG system applies only to the acute stationary somatic hospital field, the Federal Council has commissioned the management company to prepare two further tariff systems within the stationary hospital field, firstly for rehabilitation and secondly for psychiatry. The relevant work has begun and the medical representatives of the relevant supervisory bodies have been successfully integrated into the authorities at every stage.

In the field of outpatient care, payment for hospital services is fundamentally different, as it is fully covered by the insurers and the patient without any contribution from the public authorities. Furthermore, it involves a tariff per procedure that was calculated on the basis of data collected 15 years ago. Since it came into force almost 10 years ago, this system has only been adjusted for elements of primary care medicine and for radiology. All other hospital services, representing most of those listed, have never been revised and therefore no longer bear any relation to reality. Faced with the obstruction of reform by the insurers, the doctors and hospitals decided to proceed with a thorough and unilateral overhaul of this system, which will then be submitted to the political authorities for evaluation.

The health policy issue that has mobilised the medical profession to the greatest extent recently has been that of managed care. Parliament approved a bill on this subject in which 80% of our claims were duly taken into account. When put to a general vote of FMH members, this outcome was still unsatisfactory, as most of our colleagues demanded the rejection of this new legislation. The medical profession therefore launched a referendum, which easily collected almost three times the number of signatures required. The three issues that we see as grievances are budgetary responsibility, the financial penalisation of patients wishing to retain the freedom to choose their doctor with the de facto development of a two-speed medical system and, lastly, the loss of the patient's option to approach a managed care network specialist directly. The umbrella association for hospitals agreed with the referendum committee, the campaign is in full swing and general voting will take place in June 2012.

In general, the free-market mindset supported by the urban middle-class majority in the Federal Parliament is still systematically thwarted by issues with practical implementation in the cantons, meaning that various bills have failed there either at parliamentary level or when put to a general vote after a referendum process. However, these phenomena remain confined to the definition of principles and for now they have not had any negative impact upon hospital operations. Furthermore, patients have not suffered as a result as there has been no deterioration in service quality, as is evident from the reporting of an ever greater number of indicators.

Dr. Pierre-François Cuénoud

25.04.2012

Assemblée plénière de l'AEMH 2012, Varna

Rapport annuel de la délégation suisse

La réforme du financement hospitalier est devenue effective le 01.01.2012, malgré une puissante tentative de moratoire à ce sujet soutenue par bon nombre de médecins hospitaliers du nord-est du pays et encouragée par certains collègues allemands travaillant chez nous. La première version de la structure tarifaire SwissDRG n'est pas encore très fine, avec peu de rétributions additionnelles. Par conséquent, l'activité pointue des hôpitaux universitaires est mal prise en compte, si bien que des taux de base différenciés sont appliqués dans cette phase initiale. Les négociations correspondantes ont été dures, avec inclusion d'un supplément de 10% censé couvrir les infrastructures, ce qui est totalement insuffisant à moyen terme. Le sujet de la protection des données n'est pas encore complètement réglé, une ordonnance fédérale devant prochainement définir exactement quelles informations médicales peuvent et doivent être livrées à l'assureur et par quel canal. Dans le cadre de la recherche concomitante, l'étude mandatée par la FMH au sujet des conséquences sur les conditions de travail des médecins hospitaliers et sur l'évolution de la relation médecin-patient a débuté en 2011, avec une première saisie de données avant le passage à SwissDRG. Elle contient déjà des informations précieuses sur l'état d'esprit de nos collègues, 60% des médecins-cadres hospitaliers rejetant la nouvelle structure tarifaire alors que seuls 20% savent de quoi il s'agit ! Pour ce qui est de la formation postgraduée, une solution nationale a pu être trouvée, avec prise en charge des frais correspondants par les budgets cantonaux de l'éducation.

La structure SwissDRG ne s'appliquant qu'au domaine hospitalier stationnaire aigu somatique, le Conseil Fédéral a chargé la société qui la gère de préparer deux autres structures tarifaires dans le domaine hospitalier stationnaire, d'une part pour la réadaptation et d'autre part pour la psychiatrie. Les travaux correspondants ont débuté et les représentants médicaux des sociétés de discipline concernées ont pu être inclus à tous les échelons dans les instances qui gèrent ces projets.

Dans le domaine ambulatoire, la rétribution des prestations hospitalières est fondamentalement différente, étant entièrement à charge de l'assurance et du patient, sans participation des collectivités publiques. D'autre part, il s'agit d'un tarif à l'acte qui a été calculé sur la base de données collectées il y a 15 ans. Depuis son entrée en vigueur il y a bientôt 10 ans, cette structure n'a été adaptée que pour les positions de médecine de premier recours ainsi que dans le chapitre de la radiologie. Toutes les autres prestations hospitalières, qui représentent la majorité du catalogue, n'ont jamais été révisées et ne représentent donc plus du tout la réalité. Devant le blocage d'une réforme de la part des assureurs, les médecins et les hôpitaux ont décidé de procéder à une refonte complète unilatérale de ce système qui sera ensuite soumise à l'autorité politique pour évaluation.

Le sujet de politique de santé qui a le plus mobilisé le corps médical ces derniers temps est celui des soins intégrés (managed care). Le Parlement a approuvé un projet de loi sur cet objet, dans lequel 80% de nos revendications ont pu être prises en compte. Selon une votation générale des membres de la FMH, ce résultat reste insatisfaisant, la majorité de nos collègues exigeant un rejet de cette nouvelle législation. Par conséquent, le corps médical a lancé un référendum qui a facilement récolté près du triple du nombre de signatures nécessaires. Les trois sujets qui nous fâchent sont la responsabilité budgétaire, la pénalisation financière des patients qui veulent garder le libre choix du médecin avec développement d'une médecine à deux vitesses de facto, et enfin la perte de la possibilité pour le patient de s'adresser

directement à un spécialiste dans les réseaux de soins intégrés. L'association faîtière des hôpitaux a rejoint le comité référendaire, la campagne bat son plein et la votation populaire aura lieu en juin 2012.

De manière générale, l'esprit libéral voulu par la majorité bourgeoise du Parlement Fédéral reste systématiquement contrecarré par les applications pratiques dans les cantons, où différents projets de loi ont alors échoué soit au niveau parlementaire soit en votation populaire après processus référendaire. Ces phénomènes restent cependant confinés à la définition des principes et n'ont eu pour l'instant aucun effet négatif sur le fonctionnement des hôpitaux. Les patients n'ont pas eu non plus à en pâtir, la qualité des prestations ne s'étant pas détériorée ainsi que le montrent les indicateurs toujours plus nombreux à être saisis.

Le 25.04.2012

Dr Pierre-François Cuénoud