

news

Lettre d'information de la Fédération des hôpitaux vaudois

FHV

n° 21 - avril 2009

Billet d'humeur

LA GESTION DES INVESTISSEMENTS : UN CHALLENGE INÉDIT POUR LES HÔPITAUX

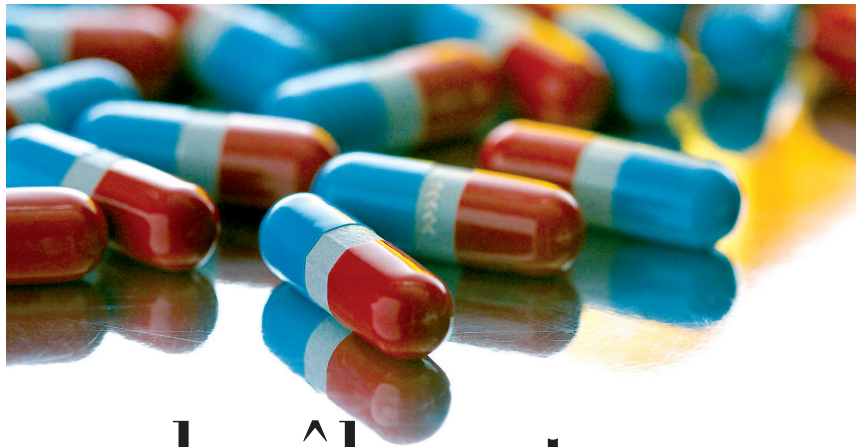
En adoptant la révision de la Loi sur l'assurance maladie en décembre 2007, les Chambres fédérales ont décidé d'introduire un nouveau mode de financement des hôpitaux fondé sur des forfaits liés aux prestations (art. 49, al. 1 LAMal). Ce choix du Parlement va pousser les établissements hospitaliers suisses à adopter des instruments modernes et uniformes de comptabilité, dans l'idée de pouvoir enfin comparer leurs prestations et leurs coûts dès 2012. L'élaboration des forfaits par cas liés aux prestations, les fameux SwissDRG, impliquera la prise en compte de l'ensemble des coûts d'investissements des hôpitaux publics et privés, les mettant ainsi sur un pied d'égalité.

Il s'agit là d'un changement majeur pour la plupart des hôpitaux subventionnés, dont les hôpitaux vaudois, qui devront dorénavant intégrer tous leurs achats supérieurs à CHF 10'000.-- dans leur comptabilité des immobilisations et qui devront donc les amortir. Jusqu'à présent, ces coûts liés aux investissements étaient intégralement et uniquement pris en charge par les cantons à travers les subventions accordées aux hôpitaux. Dorénavant, ces coûts seront comptabilisés dans les comptes des établissements hospitaliers et seront, par conséquent, répercutés dans les tarifs négociés avec les assureurs. Les caisses maladie participeront donc à hauteur de 45% à la couverture des coûts d'investissements des hôpitaux reconnus d'intérêt public.

Ce changement de paradigme, souhaité par les hôpitaux eux-mêmes, va forcément exiger des compétences managériales nouvelles et appropriées. Jusqu'à présent, pour les hôpitaux de la FHV, la gestion des investissements se limitait principalement à une « liste d'achats » annuelle - les investissements périodiques - que le canton décidait de prendre ou de ne pas prendre en compte en fonction des moyens à disposition. D'ici 2012, les hôpitaux devront se préparer à gérer eux-mêmes leurs besoins en immobilisations, matériels et autres charges de maintenance. Il s'agit là, à l'évidence, d'un risque potentiel pour certains établissements mais également d'une opportunité formidable pour des managers hospitaliers prêts à assumer cette nouvelle donne. Cela va dans le sens d'une évolution logique et cohérente qui doit permettre aux hôpitaux de faire des choix en matière d'investissements adaptés à leur propre stratégie et contraintes. Les hôpitaux de la FHV sont prêts à assumer ces nouvelles responsabilités, à condition de pouvoir bénéficier d'une indépendance managériale forte et donc d'une indispensable autonomie de gestion de la part des pouvoirs publics.

Robert P. Meier
Secrétaire général de la FHV

Gestion des risques cliniques:



le rôle moteur de la FHV en Suisse

Ces dernières années ont été marquées, sur le plan international, par une prise de conscience des risques cliniques en milieu hospitalier. Le rapport intitulé «To err is human» (l'erreur est humaine) de l'Institute of Medicine (l'académie des sciences américaine) a été le déclencheur de ce mouvement de sensibilisation. Depuis lors, de nombreux groupes de recherche se sont attelés à mettre au point des solutions pour mesurer et prévenir les «événements indésirables», ces complications ou blessures non intentionnelles, non pas attribuables à l'état sous-jacent du patient, mais conséquentes à des soins qui lui ont été dispensés.

Construire sur une tradition

Les établissements membres de la Fédération des hôpitaux vaudois n'ont bien sûr pas attendu ce rapport et les recherches qui ont suivi pour mettre en œuvre des actions de gestion des risques cliniques. Tous les établissements disposent par exemple d'un groupe pour l'hygiène, la prévention et la maîtrise des infections.

Constatant les progrès scientifiques dans la nouvelle discipline de la sécurité des patients, les hôpitaux de la FHV ont convenu de réunir leurs forces pour développer une approche systématique en la matière. Ce projet est en cours depuis l'automne 2008. Il s'est doté d'un comité de pilotage présidé par le secrétaire général, d'une équipe de projet constituée d'un représentant par établissement et d'un chef de projet en la personne de Anthony Staines, anciennement



Monsieur
Anthony Staines

directeur du réseau de soins hospitaliers St-Loup Orbe La Vallée, désormais titulaire d'un doctorat en sciences de gestion après une thèse portant sur l'impact des programmes qualité sur les résultats cliniques.

Accepter les risques, les anticiper et les gérer

Ce projet admet avec lucidité que l'hôpital devient de plus en plus complexe du fait du développement des nouvelles technologies, de la sous-spécialisation, de la diversité croissante des intervenants. Ces phénomènes apportent de nouveaux potentiels de traitements, mais ont pour corollaires des dangers potentiels. Il s'agit de valoriser leurs avantages et de gérer leurs risques. De même l'individu est faillible (errare humanum est), mais s'il est soutenu par une formation, des méthodes et une culture adéquate, il est également vecteur de sécurité pour les patients.

Sensibilisation et mesure

La première phase du projet porte sur la sensibilisation des organes des hôpitaux (directions, cadres, collèges de médecins, conseils d'administration) aux potentiels offerts par les méthodes les plus récentes de prévention des risques cliniques. Elle inclut également le développement de la mesure des risques et la mise en place d'indicateurs. Trois établissements pilotes testent en ce moment une méthode accélérée de revue de dossiers, afin de déceler les événements indésirables liés au médicament. Ce travail a lieu en collaboration avec l'hôpital neuchâtelois et avec quatre hôpitaux de Belgique. Si cette évaluation est concluante, ce projet pilote fournira un indicateur clé pour mesurer l'impact des mesures d'amélioration. Une enquête sera prochainement

envoyée à l'ensemble des collaborateurs en contact direct ou indirect avec le patient, afin de comprendre leur sensibilité par rapport à la sécurité des patients et leur disposition à signaler les incidents dont ils sont témoins. Cette enquête doit ensuite permettre à chaque établissement de définir des priorités d'action pour développer la notification des incidents et optimiser les processus de travail afin de les rendre plus sûrs.

Priorité au processus du médicament

Dès l'automne 2009, la deuxième phase introduira des actions recommandées par la recherche, avec comme thème principal le processus du médicament. Ces interventions sont en cours d'identification par un groupe composé des responsables des pharmacies interhospitalières.

Ambition et ouverture

Cette initiative est ambitieuse et enthousiasmante. Elle rencontre un soutien fort de la part des équipes cliniques, lors des présentations dans les établissements. Elle est également appuyée par le Département de la santé et de l'action sociale, qui l'indique comme une action prioritaire dans le rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2008-2012. Le projet se veut innovant et précurseur, mais également ouvert à des partenariats, à l'image de ceux déjà en cours avec l'hôpital neuchâtelois, avec la Fondation suisse pour la sécurité des patients et avec des hôpitaux belges.

DEUX NOUVEAUX MEMBRES ENTRENT AU COMITÉ



Monsieur André Perret

- 62 ans, marié, deux enfants
- Habite Yverdon-les-Bains
- Ingénieur chef de projet
Responsable du génie civil
du Projet m2 à Lausanne

• **Président**
des Etablissements
hospitaliers
du Nord Vaudois



Monsieur Pierre Rochat

- 56 ans, marié, trois enfants
- Habite Chamby
- Directeur et membre
du Conseil de la
Fondation Beau-Site,
Montreux

Président de:

• Comité de l'Association
vaudoise d'établissements
médico-sociaux (AVDEMS),
• Fondation des Hôpitaux
de la Riviera
• Conseil du Fonds
de Prévoyance des EMS
• Fondation du Casino
Barrière de Montreux

Le Comité exécutif de la FHV, nouvellement constitué lors de l'assemblée du 19 novembre 2008 peut désormais compter sur les précieux apports de Messieurs André Perret et Pierre Rochat.

Le Président Claude Recordon et les membres du Comité ont eu l'occasion de les accueillir dès le début de cette année lors de différentes réunions formelles. Les expériences cumulées de ces personnalités, bien connues dans le monde hospitalier vaudois pour leurs activités respectives, constituent un précieux apport à la FHV. Ainsi nos deux nouveaux administrateurs ont-ils pris part activement aux réflexions stratégiques engagées le 18 février dernier à Yverne.

• Nouveau Comité, nouvelles orientations ?

Dans le but de faire le point et de réfléchir aux orientations stratégiques de la FHV, le Comité s'est réuni, une journée durant, dans le cadre propice à la réflexion du Château Maison Blanche à Yverne. Les participants ont eu l'occasion d'assister à la présentation de différents points de situations dressés

tant par le Secrétaire Général Robert Meier, que par Madame Patricia Albisetti, son Adjointe. Une présentation des travaux menés ces dernières années par les différents organes de la FHV a montré l'importance des travaux réalisés et le suivi systématique des lignes directrices édictées par le comité exécutif. Le projet «Sécurité des patients» (voir notre article au recto) a notamment marqué les esprits par son caractère innovant.

• Mise sur pied d'un atelier LAMal

Sur proposition du Secrétariat Général, le Comité a décidé la constitution d'un «Atelier LAMal», placé sous la direction de Madame Patricia Albisetti. Les buts poursuivis sont : le suivi stratégique des conséquences de la LAMal pour les hôpitaux membres et la mise sur pied d'un centre de compétences FHV. Il sera ainsi possible de faire appel à

cette cellule pour mieux appréhender les différentes composantes de la deuxième révision LAMal.

De même, l'épineuse question des conséquences de l'intégration des investissements dans les tarifs hospitaliers fera l'objet d'un suivi particulier du Secrétariat Général.

• Thèmes prioritaires et réflexions à poursuivre

Lors de ses prochaines rencontres, le Comité exécutif aura notamment à cœur de poursuivre et d'approfondir ses réflexions sur des dossiers stratégiques clés tels que :

- le positionnement futur de la FHV
- les réseaux de soins
- l'attractivité de la FHV en tant qu'employeur
- les questions de mutualisation
- les conséquences de la crise économique

Un financement unique pour la réadaptation en Suisse ?

OUI, MAIS PAS LES SWISS-DRG !

La réforme du financement hospitalier votée en 2007 prévoit des structures tarifaires uniformes au niveau suisse pour les différentes activités hospitalières (cf. lettres de news précédentes).

L'activité ambulatoire des hôpitaux est financée selon le TarMed, et les soins somatiques aigus seront rémunérés selon les Swiss DRG dès 2012. Un mode de financement propre à la psychiatrie a également été trouvé. Par contre, un système unique de tarification n'est à ce jour pas disponible pour la réadaptation.

Plusieurs études importantes ont été menées ces dernières années à ce sujet ; les principales sont :

- le projet TAR REA des cliniques de Suisse centrale qui propose un système de rémunération pour la réadaptation musculo-squelettique et neurologique ;

- le projet PRG (cf. lettres de news précédentes) qui pose le cadre général pour le développement d'un modèle unique et démontre que les DRG ne sont pas adaptés au financement de la réadaptation ;

- le projet ZTR qui propose un modèle de rémunération de la réadaptation basé sur les cliniques zurichoises.

Le 7 janvier dernier, les hôpitaux et cliniques suisses de réadaptation se sont réunis en une séance extraordinaire organisée par H+. Ses conclusions sont unanimes. Il faut rapidement :

- travailler ensemble sur des définitions

communes des différents types de réadaptations

- que les hôpitaux et cliniques de réadaptation soient à l'origine du modèle de financement uniforme.

Au niveau romand, un groupe technique issu de l'organisation du projet PRG planche actuellement sur ces problématiques. Il transmettra le fruit de ses réflexions à H+ d'ici l'été, charge à l'association faitière des hôpitaux suisses de veiller à ce que la proposition émanant des prestataires de soins retienne l'attention qu'elle mérite de la part des autorités fédérales.

Brèves

Révision de la Liste des analyses de laboratoire

Malgré le mécontentement des médecins et des hôpitaux, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) confirme sa volonté de réviser la liste des analyses et a présenté son projet au Conseil fédéral. La nouvelle structure tarifaire régissant les analyses de laboratoire effectuées en ambulatoire devrait entrer en vigueur le 1^{er} juillet 2009. Une réglementation transitoire comprenant un point tarifaire supplémentaire par analyse sera cependant appliquée jusqu'au 31 décembre 2011. En outre, un monitoring sera mis en place pour assurer une actualisation en continu des tarifs des analyses médicales. Malgré cela,

les médecins et les hôpitaux ne peuvent pas soutenir cette importante révision de la liste des analyses. Il est en effet certain que la décision de l'OFSP conduira à la fermeture de nombreux laboratoires de cabinet et risque de mettre en péril les laboratoires des hôpitaux de proximité. In fine, ce sera le patient qui fera les frais de ces changements, les analyses devant être externalisées dans de grands laboratoires hors du cabinet médical ou de l'hôpital.

Révision de la LAMal sur le financement des soins de longue durée

Le 13 juin 2008, les Chambres fédérales ont adopté le nouveau régime de finan-

cement des soins de longue durée. Début 2009, le Département fédéral de l'Intérieur a lancé une procédure d'audition sur les projets de modifications des ordonnances d'application que la nouvelle loi implique. Le principal changement voulu par les Chambres fédérales tient dans le fait que les assureurs maladie ne paient plus le coût des prestations, mais une contribution aux soins (LAMal 25a, al. 1). Cette contribution est fixée à 80% des coûts, l'assuré prenant à sa charge, au maximum, les 20% restants. Les contributions des assureurs sont désormais fixées selon un échelonnement en 12 niveaux contre 8 actuellement, ce qui engendrera un surcroît de travail administratif dans les

divisions d'hébergement et EMS. Par ailleurs, l'introduction d'une nouvelle notion est prévue: les soins aigus et de transition. Il ne s'agit ni de soins de longue durée (EMS ou soins à domicile), ni de soins hospitaliers. Cette nouvelle prise en charge devra être prescrite par le médecin de l'hôpital, devra obligatoirement suivre un séjour hospitalier et ne pas dépasser deux semaines. Le financement sera identique au financement hospitalier, c'est à dire que le canton paiera le 55% des coûts, l'assureur payant les 45% restants. L'entrée en vigueur de la loi est fixée au 1^{er} juillet 2009, ce qui semble irréaliste, vu le nombre de modifications que la loi et ses ordonnances impliquent.