

Structures et organisation de la médecine universitaire suisse : réflexions et propositions de réformes

1. Introduction	page 2
2. Situation actuelle	page 3
3. Buts de la réforme	page 5
4. Description de la réforme	page 6
5. Stratégie de la réforme	page 10
6. Calendrier	page 12
7. Annexe 1 : modèles d'organisation et de financement des CHU	page 13
8. Annexe 2 : Quelques données sur la formation et la recherche en médecine humaine	page 14

Projet élaboré par un groupe de travail comprenant M. Annoni, HH. Brunner, E. Buschor, P. Glauser, Ch. Schäublin, G. Schuwey, PF. Unger, F. Waldvogel, F. Wyss, Th. Zeltner, présidé par Ch. Kleiber. Tous s'exprimaient à titre personnel.

Berne, le 18 juillet 2003

1. Introduction

Depuis de nombreuses années, les hôpitaux universitaires et les facultés de médecine sont à la recherche de meilleures solutions pour accomplir leur obligation de soins et leur mandat de recherche et de formation. Le processus de réforme des Hautes Ecoles d'ici 2008 et les discussions sur la révision de la LAMAL ouvrent de nouvelles opportunités politiques pour tenter de mettre en œuvre les changements nécessaires et pour aider les institutions hospitalo-universitaires à s'adapter. La réforme proposée repose sur cinq constats :

1. Les facultés de médecine et les hôpitaux universitaires sont en danger : asphyxie financière, surcharge de travail, qualité menacée de la recherche clinique, risque de diminution de la qualité des soins et de leur rationnement. Menace de ne plus pouvoir assumer leur rôle de référence critique pour l'assurance de la qualité des soins et le développement de bonnes pratiques médicales, financièrement supportables.
2. Sous la pression du système de santé, l'équilibre, en termes d'influence et de ressources, entre la formation, la recherche et des soins est rompu au profit des soins.
3. Les cantons universitaires n'ont plus la capacité à garantir un financement stable à moyen ou long terme.
4. Les universités avec faculté de médecine sont progressivement amenées à sacrifier d'autres disciplines pour assurer les ressources nécessaires à la médecine.
5. Le développement des sciences de la vie risque d'être freiné par une coopération insuffisante avec les hôpitaux universitaires.

Ce projet de réforme concerne la médecine humaine, la médecine dentaire et la médecine vétérinaire. Mais les propositions qui suivent visent principalement la médecine humaine qui seule fait véritablement problème. Le cas échéant, ce projet pourrait facilement être adaptée aux cas particuliers des médecines dentaires et vétérinaires.

La démarche proposée n'est pas de planifier ce que sera la médecine universitaire à l'horizon 2010, mais de mettre en œuvre, à partir de quelques décisions stratégiques, un processus capable d'apporter des améliorations concrètes, de responsabiliser les professionnels de la formation, de la recherche et des soins par des mécanismes incitatifs.

Par un regroupement des compétences, une quête de la masse critique et des allocations de ressources basées selon la performance, la qualité de la médecine clinique devrait se trouver améliorée tant sur le plan de la formation que de la recherche et des soins: tel est le but ultime d'une telle réforme.

2. Situation actuelle

La médecine suisse, en comparaison internationale, est bonne, mais elle est coûteuse. Les hôpitaux universitaires et les facultés de médecine, dans des conditions souvent difficiles, mettent tout en œuvre pour améliorer la qualité de leurs prestations. L'analyse qui suit se concentre sur les points de blocage qui freinent leur évolution.

Fonctionnement¹

- Les 5 hôpitaux universitaires et facultés de médecine n'atteignent pas la masse critique, à l'exception de Zurich.
- La participation des principaux hôpitaux cantonaux non-universitaires à la formation et à la recherche doit être améliorée.
- La norme de référence – dans un système de santé différent - est une population de 2 millions au minimum pour un "hôpital universitaire complet".
- La situation est aggravée par la fragmentation des hôpitaux universitaires en plusieurs institutions autonomes (hôpitaux pédiatriques, orthopédiques, etc.)
- L'offre et la demande de médecins sont difficiles à équilibrer
- La formation et la recherche perdent des compétences disponibles.
- La recherche clinique suisse est freinée par un manque de coordination entre les centres, ce qui mène à un nombre insuffisant de patients.

Financement

- Manque de transparence
- Distorsion du financement en faveur des soins
- Le financement primaire ne tient
- Les coûts réels des soins, de la formation et de la recherche sont mal connus.
- Les mécanismes d'assurance de qualité sont insuffisamment développés et ne permettent pas les comparaisons.
- L'interdépendance des soins, de la formation et de la recherche n'est pas assez prise en considération en terme de gestion, de gouvernance et d'allocation de ressources.
- L'imputation des coûts aux secteurs des soins, de la formation et de la recherche n'est pas équitable et pénalise l'activité universitaire.
- L'imputation des coûts à la formation prégraduée préclinique à la charge des universités est relativement bien connue
- Par contre, les coûts de la formation prégraduée clinique restent incertains
- Les coûts de la formation post graduée sont inconnus et très difficiles à établir ; ils touchent aussi bien les hôpitaux universitaires que non-universitaires.
- La fonction incitative du financement est négligée

¹ Pour faciliter la lecture et la discussion, une formulation synthétique a été élaborée. Le texte sur fond vert foncé comprend l'information essentielle et permet une lecture rapide; le texte sur fond vert clair apporte des informations complémentaires et contient quelques questions ouvertes.

pas suffisamment compte des prestations et des résultats (output + outcome).

Pilotage

- Absence de pilotage et de vision stratégique au niveau national
 - Difficultés à réaliser une véritable coopération régionale
 - Décalage entre médecine universitaire et pratique
 - Insuffisance du partenariat entre hôpitaux et universités, gestion et gouvernance floues.
- L'équité et la compétitivité sont affaiblies par l'absence de standards et normes communes applicables aux hôpitaux universitaires pour les soins, la formation et la recherche.
 - Enchevêtrement complexe des compétences entre Confédération et cantons.
 - Manque de concertation entre les instances de politique sanitaire et académique.
 - Il n'y a pas de maîtrise de la démographie médicale : une pénurie de médecins assistants est prévisible.
 - Le développement de bonnes pratiques médicales est insuffisamment coordonné.
 - Concurrence dans la médecine de pointe a des effets négatifs.
 - La coopération régionale pour répartir les fonctions spécialisées, éviter les double emplois, atteindre la masse critique et maîtriser les coûts entre hôpitaux universitaires et avec les principaux hôpitaux est insuffisante.
 - La concertation politique régionale est trop faible.
 - L'exploitation des réseaux régionaux de compétences est insuffisante.
 - Peu d'objectifs partagés, affrontement plutôt qu'intégration des logiques des soins, de la formation et de la recherche.
 - La logique des soins a tendance à s'imposer au détriment de la formation et de la recherche ; cette dernière en est pénalisée.
 - Les relations entre la médecine, les sciences de base et les sciences de la vie sont insuffisantes.
 - Les facultés de médecine sont affaiblies.

Conclusions :

Le processus de réforme doit permettre :

1. de faire émerger un espace national de soins, de formation et de recherche fondé sur la transparence, des règles communes de financement et l'autonomie universitaire
2. de favoriser la concertation régionale
3. de renforcer le partenariat entre les universités et les hôpitaux, pour répondre concrètement à l'interdépendance des soins, de la formation et de la recherche.

3. Buts de la réforme

Les buts de la réforme sont , dans le respect de l'autonomie universitaire :

- 1) d'améliorer la qualité des prestations de soins, des formations pré et post grades et de recherche fondamentale et clinique,
- 2) de mieux maîtriser les coûts,
- 3) de maîtriser la démographie des professions de la santé.

Dans cette perspective, 5 objectifs, à mettre en œuvre de façon simple et transparente, sont proposés :

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> – concentrer les capacités de soins, de formation et de recherche médicale | <ul style="list-style-type: none"> • Grâce à une coopération renforcée entre les 5 hôpitaux universitaires actuels et des alliances permettant de créer 2 ou 3 pôles principaux pour la Suisse. • Grâce à l'attribution de missions nationales dans le domaine de la médecine de pointe. • Grâce à des processus incitatifs mobilisant les acteurs eux-mêmes |
| <ul style="list-style-type: none"> – créer un espace national de la médecine universitaire tout en favorisant les coordinations régionales | <ul style="list-style-type: none"> • Grâce à la création d'une instance de régulation nationale disposant de la représentativité politique et universitaire nécessaire. • Grâce à des mécanismes fédérateurs et des règles contractuelles communes. • Grâce à des mécanismes qui stimulent la coopération des facultés d'une part (ex. VET-SUISSE) et qui d'autre part, rassemblent les hôpitaux universitaires et les principaux hôpitaux cantonaux de la région. • Grâce à un leadership accru de la Confédération et à l'augmentation de sa contribution financière. |
| <ul style="list-style-type: none"> – mettre en œuvre des mécanismes de financement coordonnés fondés principalement sur les prestations et la qualité | <ul style="list-style-type: none"> • Grâce à un financement primaire coordonné, fondé sur des indicateurs et données agrégées pour les soins, la formation et la recherche. |
| <ul style="list-style-type: none"> – renforcer la gouvernance et l'autonomie des institutions hospitalo-universitaires et le partenariat université-hôpital | <ul style="list-style-type: none"> • Grâce à une organisation, un statut juridique et des mécanismes de financement qui respectent l'équilibre entre les soins, la formation et la recherche et renforcent le lien universitaire. |

4. Description de la réforme

Fonctionnement

- Création progressive d'ici 2010 de 3 centres hospitalo-universitaires (**CHU**) sur 5 sites
- Ces CHU sont autonomes et travaillent en réseau avec des hôpitaux affiliés.
- Ils sont soit gérés sur le modèle contractuel, soit intégrés dans l'université et sa faculté de médecine (voir la description des modèles en page 13).
- Les activités formation et recherche sont placés sous la responsabilité d'un seul doyen par CHU (modèle VETSUISSE).
- Un calendrier et des objectifs de mise en place des CHU sont convenus entre les parties qui s'organisent librement.
- Organisation indicative :
 - CHU Berne-Bâle: affiliés Aarau, Soleure, Thoune, Bienne, Delémont, etc.
 - CHU Genève-Lausanne : affiliés Fribourg, Neuchâtel, Sion, Lugano, etc.
 - CHU Zurich : affiliés Lucerne, Winterthur, St-Gall, etc.
- Les CHU assurent la formation des médecins nécessaires et développent ensemble la recherche clinique.
- Les CHU et les principaux hôpitaux cantonaux qui participent à la formation et la recherche concluent un contrat d'affiliation
- Le contrat d'affiliation fixe les objectifs et les ressources correspondantes et fait l'objet d'une mise au concours et d'une évaluation périodique.
- La médecine de pointe et les équipements très coûteux font l'objet d'un plan national pour les soins, la formation et la recherche.
- Les CHU choisissent les "leading house" par spécialités médicales.

Financement primaire

De nouveaux principes de financement primaire pour les CHU sont définis:

- Les soins sont financés en fonction du coût par cas. Le 50% des soins est pris en charge par les assureurs et l'autre 50% par les cantons de domicile des patients.
- Selon révision en cours de la LAMAL

- Pour renforcer la fonction recherche et formation des CHU, une majoration du coût par cas pour "environnement universitaire" est introduite.
- La formation est financée en fonction du coût par étudiant/diplômé. Le 50% de la formation est pris en charge par les cantons et l'autre 50% par la Confédération.
- Les cantons siège des CHU apportent un supplément pour tenir compte de l'avantage de site.
- La recherche financée par la Confédération (FNS + CTI + programmes européens), contient l'overhead.
- Les autorités de tutelle des CHU peuvent librement compléter leurs contributions financières en fonction d'objectifs particuliers.
- Les prestations de services sont au minimum autofinancées et tiennent compte d'un overhead.
- La majoration du coût par cas a pour objectif de tenir compte des coûts supplémentaires dus à la mise en œuvre de soins avec des buts associés de formation et de recherche.
- Une majoration est essentielle pour stimuler l'environnement universitaire des soins.
- Le financement du surcoût par cas est assuré soit par les assureurs et les cantons (à travers la LAMAL, soit par la Confédération (à travers la loi cadre sur les Hautes Ecoles).
- Selon la nouvelle loi cadre sur les Hautes Ecoles.
- Pour la Confédération, le passage d'un financement d'environ 17% à 50% de la formation représenterait un coût supplémentaire de l'ordre de 200 mio/an.
- La contribution des cantons est réglée par un concordat.
- L'avantage de site permet de tenir compte des effets positifs de l'hôpital universitaire sur la fiscalité, le marché du travail, l'attraction d'entreprises, etc.
- Cette contribution est fonction du nombre total d'étudiants en médecine accueillis sur le site. Elle est fixée au niveau national.
- La contribution n'implique pas de charges supplémentaires pour le canton
- Le financement de l'overhead est prévu pour 2008.
- Le coût supplémentaire dépendra du taux de remboursement et des effets sur la subvention de base.
- Cette disposition devrait représenter une modeste augmentation des recettes.

Allocation interne des ressources

- Les CHU sont gérés en fonction d'un budget global et de mandats de prestations pour les soins, la formation et la recherche.
- Des contrats de prestations standards sont définis par les CHU et leurs autorités de tutelle.

- Les fonctions de recherche et de formation sont financées par l'université dans le cadre d'une convention de prestations standardisée.
- Les fonctions de soins sont financées à travers le budget global du CHU dans le cadre d'une convention de prestations standardisée, passée avec le ou les cantons concernés.
- Ce mécanisme doit permettre de préserver le lien universitaire du CHU malgré son autonomie accrue.
- L'université verse au CHU tout ou partie des recettes par étudiant/diplômé provenant des cantons et de la Confédération et du supplément des recettes par cas pour environnement universitaire.
- Le versement de tout ou partie des recettes universitaires au CHU dépend de la politique de l'université.

Pilotage national

- La Confédération et les cantons créent un conseil de la médecine universitaire.
- Présidence : un conseiller fédéral
- Membres : représentants politiques de la Confédération et des cantons dans le domaine des universités (CUS) et de la santé + FMH (le cas échéant, un autre organisation faitière)
- Compétences : fixer et adapter les conditions-cadre (nombre d'étudiants de médecine à former, objectifs de la formation, majoration du coût par cas pour environnement universitaire); approuver la planification stratégique de la médecine universitaire, nommer les membres du conseil académique pour la médecine.
- Base légale : loi cadre sur les Hautes Ecoles et LAMAL.
- NB. Cette instance pourrait résulter progressivement de la coopération accrue entre la Conférence des directeurs des affaires sanitaires et la Conférence universitaire suisse.
- Un conseil hospitalo-académique est créé qui prépare les décisions politiques relatives à la médecine universitaire.
- Ce conseil fait partie ou travaille par délégation du conseil académique suisse prévu pour l'ensemble des Hautes Ecoles.
- Présidence : une personnalité indépendante respectée pour ses compétences dans le domaine
- Membres : des personnalités éminentes de la communauté universitaire et médicale, de la société civile et des assureurs
- Compétences : proposer une stratégie nationale pour la médecine universitaire.
- Base légale : loi cadre sur les Hautes Ecoles.
- En cas de pilotage commun des CHU, les cantons concernés peuvent créer un conseil régional pour la médecine universitaire.

Gouvernance du CHU

Deux modèles type sont envisageables : le modèle contractuel et le modèle intégré.

- Dans le modèle contractuel, les universités définissent, financent et évaluent les prestations de formation et de recherche confiées au CHU sur la base d'un contrat de prestations.
- Dans le modèle intégré, le rectorat de la ou des universités définit, finance et évalue les prestations de formation et de recherche confiées au CHU, dont fait partie la faculté de médecine.
- La faculté de médecine est le partenaire universitaire du CHU; le doyen est membre de la direction et responsable de la formation et de la recherche.
- L'organisation doit pouvoir assurer un équilibre des pouvoirs hospitalier et universitaire.
- Le président du CHU, professeur à la faculté, est de droit vice-recteur (ou doyen) pour la médecine dans la ou les universités concernées.
- Le président est assisté par les directeurs des soins, de la formation et de la recherche et des directeurs de sites notamment.

NB. D'autres modèles de gouvernance hospitalo-universitaire pourraient être expérimentés (voir les schémas de la page 13).

5. Stratégie de la réforme

La réforme proposée est ambitieuse et complexe. Elle ne pourra être réalisée que si les principaux acteurs en éprouvent la nécessité et se sentent responsables. Il ne s'agit donc pas de planifier le changement, mais de mettre en œuvre un processus qui combine les approches "top-down" et "bottom-up" à partir d'une vision commune et de quelques décisions stratégiques. Chaque étape permettra ensuite de faire des expériences, d'adapter le processus de réforme et d'inventer des solutions originales. Les décisions stratégiques, nécessaires et suffisantes pour lancer le processus de réforme sont les suivantes :

Financement

- Financement des soins en fonction du coût par cas
 - Majoration du coût des soins par cas pour environnement universitaire
 - Financement primaire de la formation en fonction d'un coût par étudiant / diplôme
 - Financement des coûts indirects de la recherche (overhead)
 - Augmentation de la contribution de la Confédération
- Base légale : deuxième révision LAMAL
 - Entrée en vigueur : 2005
 - Responsable : Confédération
- Base légale : révision LAMAL ou loi cadre sur les hautes écoles
 - Entrée en vigueur : 2006 dans le cadre de la LAMAL et 2008 dans la loi cadre sur les Hautes Ecoles
 - Responsable : Confédération
- Base légale : loi cadre sur les hautes écoles
 - Entrée en vigueur : 2008
 - Responsable : Confédération en concertation avec les cantons
- Base légale : loi sur la recherche et l'innovation
 - Entrée en vigueur : 2008
 - Responsable : Confédération en concertation avec les cantons
- Base légale : loi cadre sur les Hautes Ecoles
 - Entrée en vigueur : 2008, avec le Message FRT 2008-2011
 - Responsable : Confédération en concertation avec les cantons

Création des instruments contractuels

- Convention standard de formation et de recherche entre l'université et l'hôpital universitaire
 - Convention standard d'affiliation académique entre le CHU et les hôpitaux affiliés
- Adaptation et généralisation du modèle INSEL
 - Entrée en vigueur : 2005
 - Responsables : groupe ad hoc hôpitaux – universités sous responsabilité CUS-CDS
- NB : mention dans la loi cadre sur les hautes écoles
- Adaptation et généralisation du modèle INSEL
 - Entrée en vigueur : 2005
 - Responsables : groupe ad hoc hôpitaux – universités sous responsabilité CUS-CDS
- NB : mention dans la loi cadre sur les hautes écoles

- Convention standard de soins entre le ou les cantons concernés et les CHU
- Convention nationale de répartition des charges formation, postformation et soins

Médecine de pointe et coopération

- Création d'une instance de décision pour la médecine de pointe
- Définition d'une stratégie nationale pour la médecine de pointe
- Coopération entre les CHU

- Adaptation et généralisation des modèles existants
 - Entrée en vigueur : 2005
 - Responsables : groupe ad hoc hôpitaux – universités sous responsabilité CUS-CDS
- NB : mention dans la troisième révision LAMAL
- Reprise et synthèse des études existantes
 - Entrée en vigueur : 2005
 - Responsables : groupe ad hoc Confédération – cantons – FMH
- NB : mention dans la loi cadre sur les hautes écoles

- Travaux en cours à la CDS
 - Base légale : deuxième (et troisième) révision LAMAL ou loi cadre sur les hautes écoles, convention intercantonale
 - Entrée en vigueur : 2006 dans le cadre de la LAMAL et 2008 dans la loi cadre sur les Hautes Ecoles
 - Responsable : Confédération en concertation avec les cantons
 - Variante : cantons (subsidièrement la Confédération)
- Travaux en cours du groupe ad hoc de la CDS
 - Entrée en vigueur : 2005 avec obligation dès 2008
- Exploration du potentiel et des modèles de coopération entre les centres de Lausanne/Genève et Bâle/Berne et définition d'un modèle de coopération renforcée
 - Mise en œuvre progressive dès 2005, obligation dès 2010
 - Responsables : cantons et CHU

D'autres décisions devront être prises pour atteindre les buts et les objectifs fixés, notamment celles qui concernent la gouvernance des CHU. Mais ces décisions relèvent de la compétence particulière des cantons et des instances hospitalo-universitaires et n'entrent pas dans le processus des réformes qui visent à créer un cadre commun minimum. De plus, il est souhaitable d'expérimenter des solutions différentes qui permettent d'enrichir le processus de changement.

Les décisions énumérées ci-dessus ne sont pas acquises et exigeront un grand travail de convictions politiques et un enjeu financier supplémentaire de la Confédération. Mais elles auront plus de chances d'être prises si elles s'intègrent dans un projet cohérent et ambitieux pour l'avenir.

6. Calendrier

1. Etude de faisabilité : avril-décembre 2003

- débats à la CDS, à la FMH et à la CRUS
- choix politique des cantons et de la Confédération et définition des principes (CUS)

2. Mise en place d'une organisation de projet : décembre 2003.

3. Modifications légales et éventuellement constitutionnelles : 2004-2006

4. Mise en œuvre par étapes progressives :

- dès 2005 sur une base volontaire
 - dès 2008 sur une base légale contraignante.
-

7. Annexe 1 : modèles d'organisation et de financement des CHU

Modèle contractuel

The diagram illustrates the contractual model. At the top left is a box for 'UNI' containing 'Fac de Méd'. Below it is another 'Hôpital affilié'. To the right is a box for 'CHU' containing 'Doyen'. Below the 'CHU' box is a box for 'Canton(s)' containing 'Assureurs'. Red arrows labeled 'contrat de prestation pour la formation et la recherche' point from 'UNI' to 'CHU' and from 'Fac de Méd' to the 'Hôpital affilié' below it. Black arrows labeled 'contrat de prestation pour les soins' point from 'Canton(s)' to both 'Hôpital affilié' boxes and from 'Assureurs' to the 'CHU' box.

- Les contrats de prestations pour la formation et la recherche règlent les conditions auxquelles l'université finance les prestations et fixe les prix.
- Les contrats de prestations pour les soins fixent les conditions auxquelles le ou les cantons financent les prestations.
- Le doyen est membre de la direction du CHU et responsable de la formation et de la recherche.
- Le modèle implique une gouvernance forte et un positionnement clair face à l'hôpital de la faculté de médecine.
- Le CHU dispose d'une large autonomie et d'un budget global dans le cadre de ses contrats de prestations.

Modèle intégré

The diagram illustrates the integrated model. At the top left is a box for 'Uni Rectorat'. To its right is a box for 'CHU' containing 'Fac de Méd'. Below the 'CHU' box is a box for 'Canton(s)' containing 'Assureurs'. Below the 'Canton(s)' box are two 'Hôpital affilié' boxes. Red arrows labeled 'contrat de prestation pour la formation et la recherche' point from 'Uni Rectorat' to 'CHU' and from 'Canton(s)' to both 'Hôpital affilié' boxes. Black arrows labeled 'contrat de prestation pour les soins' point from 'Canton(s)' to both 'Hôpital affilié' boxes and from 'Assureurs' to the 'CHU' box.

- Les contrats de prestations pour la formation et la recherche règlent les conditions auxquelles l'université finance les prestations et fixe les prix.
- Les contrats de prestations pour les soins fixent les conditions auxquelles le ou les cantons financent les prestations.
- Le directeur général du CHU, professeur, est de droit vicedirecteur pour la médecine (ou doyen de la faculté). Il est secondé par les directeurs des soins, de la formation et de la recherche.
- Le CHU dispose d'une large autonomie et d'un budget global dans le cadre de ses contrats de prestations.

8. Annexe 2 : quelques données sur la formation et la recherche en médecine humaine

1. Les dépenses totales de formation et de recherche en médecine humaine représentent 1,2 milliards sur les 44 milliards des dépenses totales de santé. Leur financement est le suivant :

• Confédération	0,13 mia	(10,8%)
• Cantons	0,93 mia	(77,5%)
• Tiers	0,14 mia	(11,7%)
Total	1,2 mias	(100%)

2. Sur ces 1,2 milliards, 0,5 milliards sont dépensés, selon l'Office fédéral de la statistique, à l'intérieur des hôpitaux universitaires et 0,7 milliards dans les facultés de médecine.

3. La part de 0,7 milliards des facultés de médecine est financée comme suit :

• Confédération	0,13 mia	(18,6%)
• Cantons	0,43 mia	(61,4%)
• Tiers	0,14 mia	(20,0%)
Total	0,7 mia	(100%)

Ce montant représente 16,5% des dépenses de toutes les universités et 24,4% des dépenses des universités concernées et concerne 7017 étudiants, soit 6,7% de l'ensemble des étudiants des universités et des EPF.