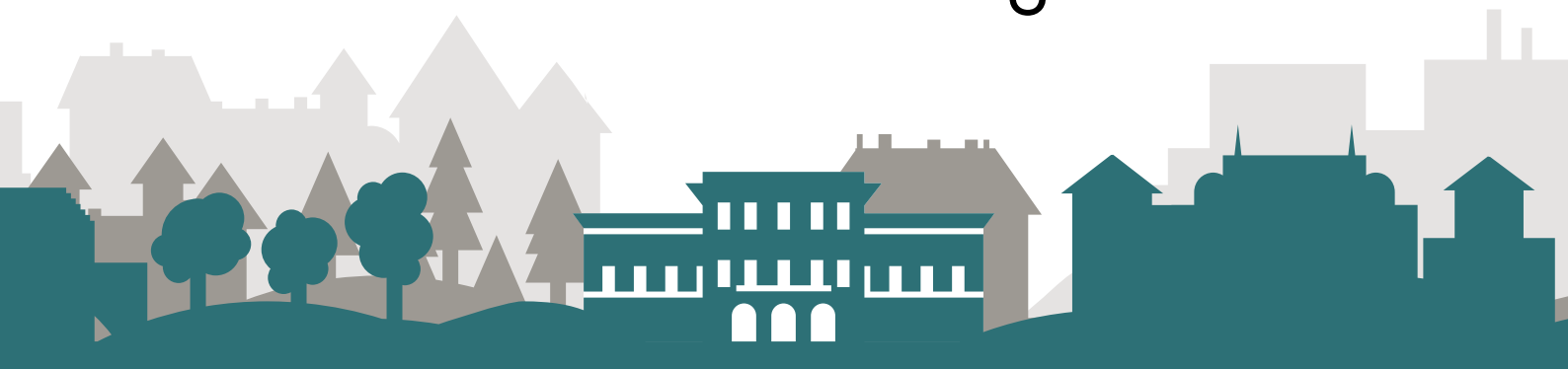


MATIÈRE À RÉFLEXION

N° 4



Confédération, cantons et communes
dans les soins intégrés:



Rôles possibles 2026



Une publication du fmc

Impressum

Éditeur:

fmc – Schweizer Forum für Integrierte Versorgung
Zugerstrasse 193, 6314 Neuägeri, www.fmc.ch

Concept & Textes:

Peter Berchtold, Urs Zanoni

Graphisme:

www.grafisch.ch

Impression:

Heller Druck AG, Cham
www.hellerdruck.ch
ISBN: 978-3-033-07053-0
© fmc, novembre 2018

Étude:

Rôles actuels et futurs de la Confédération, des cantons et des communes dans les soins intégrés
Haute École d'économie de Lucerne – Susanne Gedamke, Oliver Kessler; avec la collaboration de: Matthias Wächter, Jonas Willisegger et Kathrin Jehle, 9 août 2018

Des exemplaires supplémentaires de fmc Matière à réflexion N°4 peuvent être obtenus gratuitement chez l'éditeur (info@fmc.ch). La version PDF peut être téléchargée depuis le site Web www.fmc.ch.

Nous remercions Bernhard Güntert, Marco van den Heuvel, Christian Lovis, Oliver Reich, Cyrill Rüegg, Falk Schimmann ainsi que les partenaires-or et les partenaires qui, grâce à leur expertise dans le domaine, ont contribué à cette matière à réflexion.

Sommaire

- 04 Éditorial (confédération, cantons, communes)
- 06 Contexte
- 08 Résumé des résultats de recherche
- 16 Pilotage gouvernemental des soins intégrés dans d'autres pays
- 17 Quatre domaines d'action et rôles possibles
- 26 Recommandations pour les fournisseurs de prestations et les assureurs
- 28 Douze exemples d'application
- 41 Le portefeuille de prestations du fmc
- 43 Les soutiens du fmc

Gouvernement vs. non gouvernemental

Dans cette matière à réflexion, les «acteurs gouvernementaux» sont souvent appelés ainsi que les «acteurs non gouvernementaux»:

- Les «acteurs gouvernementaux» incluent les gouvernements, les autorités et les parlements de la Confédération, des cantons et des communes.
- Les «acteurs non gouvernementaux» incluent tout les autres acteurs, y compris ceux qui sont entièrement ou partiellement dans la propriété de l'État comme les hôpitaux cantonaux: prestataires de services ambulatoires et stationnaires, assureurs, organisations de patients, ligues de la santé, établissements d'enseignement, etc.



Il faut une dynamique globale, à tous les niveaux



Stefan Spycher, Vice-directeur,
Office fédéral de la santé publique,
Unité de direction Politique de la santé

Avec le vieillissement de la société, les défis en matière de politique de santé évoluent. Le nombre de personnes souffrant d'une ou plusieurs maladies chroniques augmente. Les coûts augmentent aussi et, en même temps, le système est difficile à piloter et manque de transparence. Je suis convaincu que la promotion des soins coordonnés est un élément important pour relever ces défis.

Quatre éléments me semblent essentiels à la promotion des soins coordonnés. Premièrement, il faut des réseaux de soins dans lesquels les prestataires de premier recours collaborent avec les spécialistes et les autres professionnels de santé sur une base (plus) contraignante. Deuxièmement, la planification des soins doit mieux être mise en œuvre dans le système de santé – en particulier dans le cas des maladies chroniques, il est important de discuter de manière proactive de l'évolution possible de la maladie. Troisièmement, des formes de collaboration interprofessionnelles sont nécessaires. Quatrièmement, cela nécessite davantage d'échanges électroniques d'informations.

La Confédération met en œuvre des mesures dans ces quatre domaines. Des modèles de soins coordonnés sont promus pour des groupes de patients spécifiques (p. ex. le Projet soins coordonnés, la Stratégie nationale en matière de démence, la Plateforme soins palliatifs, la Stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles). Nous discutons également de moyens plus ambitieux pour

promouvoir la création de réseaux de soins coordonnés. L'OFSP met en œuvre des mesures visant à renforcer la planification des soins et a lancé le programme de promotion de l'interprofessionnalité. Dans le domaine de la cybersanté (eHealth), l'introduction du dossier électronique du patient est une mesure centrale.

Mais une chose est claire – et les résultats de l'étude du fmc le montrent également – la coordination des soins et la gestion des défis posés par le système de santé ne sont pas une tâche qu'un seul acteur peut maîtriser. Il faut une dynamique globale, qui touche tous les niveaux de notre système et tous les domaines. J'attends donc de tous les acteurs qu'ils soient prêts à trouver ensemble des solutions et à les mettre en œuvre: les cantons et les communes, qui peuvent créer et promouvoir des structures de soins coordonnés; les prestataires de soins, qui se regroupent pour former des réseaux de soins; les assureurs, qui favorisent des soins coordonnés via des modèles d'assurance appropriés. C'est la seule façon d'améliorer durablement la prise en charge des personnes âgées, en particulier celle des malades chroniques.

Un effet multiplicateur

Les programmes de soins intégrés constituent une excellente source de réflexion pour améliorer notre système de santé et prendre en charge les maladies chroniques et les patients polymorbides de manière plus efficace et plus humaine.

De nombreuses initiatives sont menées sur tout le territoire national. Dans le canton de Fribourg, par exemple, on a mis en place une stratégie pour les soins de longue durée. Stratégie qui s'inscrit dans le cadre de notre politique globale

Anne-Claude Demierre,
Conseillère d'Etat,
Direction de la santé et
des affaires sociales,
Canton de Fribourg



de la personne âgée Senior+, et qui couvre aussi bien la planification des établissements médico-sociaux que les prestations fournies aux personnes vivant à leur domicile.

Autre domaine où le canton de Fribourg pratique les soins intégrés : la prise en charge des personnes souffrant d'addictions, où coopèrent médecins, infirmières, assistants sociaux, éducateurs et parfois milieux judiciaires. L'anamnèse, les diagnostics et les propositions de prise en charge sont examinés en commun, et les décisions prises en principe en accord avec le patient.

Réunir des compétences ne consiste pas simplement à les juxtaposer ou à les additionner : par un effet multiplicateur, cela apporte une réelle plus-value au système de santé. L'Enquête suisse sur les soins intégrés (2015–2016) constitue le premier état des lieux systématique décrivant les initiatives de soins intégrés existant en Suisse. Elle souligne

la diversité de ces initiatives en matière d'organisation, notamment en termes de professions impliquées, du nombre de niveaux de service de santé intégrés ou d'objectifs. Il est clair cependant que le concept même de soins intégrés devrait être développé de manière plus importante à tous les niveaux.

Pour y parvenir, il faut davantage de travail de mise en réseau et de coordination. Cela concerne tant les prestataires de soins publics et privés, les patients et les assureurs maladie que les autorités politiques, à tous les échelons institutionnels. Coordinons nos efforts pour proposer à la population de nos cantons une offre de soins encore plus efficace!

Les soins intégrés sont l'avenir

Le vieillissement démographique, la demande accrue de soins d'urgence et ambulatoires, le souhait de rester à son domicile le plus longtemps possible, le manque des médecins de familles et d'autres professionnels – face aux divers défis posés par les soins médicaux de base et les besoins de la population, il faut le courage et la vision commune des partenaires du terrain pour adapter les structures de soins et développer ensemble un modèle d'avenir. Les communes et les villes y jouent un rôle important. Leur volonté politique d'offrir des soins de base de qualité aussi à l'avenir, en tenant compte des spécificités régionales, est un facteur de succès clé.

Il y a de nombreuses approches comment les communes peuvent ainsi assurer une médecine de base intégrée et accessible à tous et par cela, contribuer à la qualité de vie de la population et au développement de la région. Elles peuvent lancer le processus de nouveaux modèles de prestations tels que les réseaux de soins et les centres de santé ou bien recourir à une coopération régionale déjà existante. Elles peuvent, dans le cadre des contrats de prestations avec des organisations de soins, régler la mise en réseau et la collaboration avec les fournisseurs de prestations médicales et sociales. Elles peuvent aussi adapter le développement territorial en fonction du vieillissement démographique et prendre des décisions en matière de construction pour une architecture correspondante ainsi qu'en matière de développement des quartiers.

Claudia Hametner,
directrice suppléante
secteurs politique
d'éducation, de santé,
d'intégration et sociale,
Association des
Communes Suisses



Les avantages des modèles de soins intégrés sont évidents : de par une coordination étroite et une collaboration interdisciplinaire le long de la chaîne de traitement, la qualité des prestations pour les patients peut être améliorée et les voies de communication simplifiées. Ces dernières années, de plus en plus de communes et des villes se sont rendues compte de la nécessité de passer à l'action et s'engagent en faveur d'une meilleure mise en réseau et d'une meilleure coordination des partenaires de soins.

Pour que cela réussisse, les milieux politiques sont appelés à créer les conditions-cadre et les attraits nécessaires, permettant de favoriser la naissance de nouveaux modèles collaboratifs d'approvisionnement. En dialogue depuis 2017, l'Association des Communes Suisses, l'Union des villes suisses, l'organisation faîtière des pharmaciens pharmasuisse, Spitex Suisse, CURAVIVA Suisse et mfe Médecins de famille et de l'enfance Suisse s'engagent pour faire avancer ensemble des modèles de soins intégrés en Suisse et de transmettre des exemples de bonnes pratiques.

Contexte

La Confédération, les cantons et les communes jouent depuis quelques années un rôle nettement plus actif dans les soins intégrés. Cela n'a rien d'étonnant, puisqu'ils sont régulièrement confrontés à des conflits d'intérêts, tiraillés entre le bien-être de la population et leurs innombrables responsabilités presque antagonistes relatives au système de santé, en tant que régulateurs, financiers et (co)propriétaires de fournisseurs de prestations. Si l'engagement de la Confédération, des cantons et des communes pour des concepts de soins intégrés et axés sur la population ne peut pas empêcher ces conflits, il peut néanmoins les limiter.

On peut s'attendre que la Confédération, les cantons et les communes s'engageront encore davantage à l'avenir pour une amélioration de la mise en réseau et de la coordination des soins. Et que les efforts de contrôle prennent une toute autre direction: tandis qu'auparavant, l'accent était principalement mis sur les maladies aiguës et les soins hautement spécialisés, ce sont aujourd'hui les maladies chroniques et les patients polymorbides qui occupent une place de plus en plus importante, ce qui coïncide avec les objectifs principaux des soins intégrés.

Mais quels sont les aspects de cet engagement multiple? Comment la Confédération, les cantons et les communes exerceront à la fois leurs anciens et leurs nouveaux rôles? Quelles seront les conséquences pour les prestataires de santé et assureurs maladies? Quels seront les changements pour les patientes et patients?

Il est donc question de gouvernance publique, l'instrument du secteur public destiné à optimiser l'intérêt collectif. En principe, la gouvernance publique oscille entre deux pôles:

- D'une part, il n'est pas toujours judicieux que l'Etat fournisse lui-même des prestations publiques.
- D'autre part, la privatisation des prestations publiques peut poser un problème.

Considérés comme un échec de l'Etat et un échec du marché, ces deux pôles incluent une multitude de modèles de pilotage gouvernementaux et concurrentiels. Selon la définition de la Commission des Nations Unies sur la gouvernance mondiale (Global Governance), la gouvernance est l'«ensemble des structures et processus qui mènent à la réglementation des questions d'ordre public». Les fonctions de gouvernance sont endossées d'un côté par l'Etat (Con-

fédération, cantons, communes), et de l'autre par des acteurs tels que des organisations industrielles et professionnelles, des groupes d'intérêts ou la population. Il en résulte que les systèmes de santé sont administrés par de nombreux acteurs animés d'intérêts partiellement contradictoires, qui agissent ensemble. Pour les organes gouvernementaux, on distingue deux instruments de pilotage essentiels, chacun ayant recours à différents instruments:¹¹

- Tout d'abord, l'Etat peut assurer des prestations en fournissant lui-même des biens et ressources.
- Ensuite, il peut exiger et influencer une action sociale, de façon directe ou indirecte.

En termes de régulation directe, on peut notamment citer la situation passée de la plupart des hôpitaux publics, qui étaient régis par une gestion publique. Aujourd'hui, la régulation indirecte est nettement plus présente, par exemple avec des prescriptions juridiques (comme des contrats de performance hospitalière), des incitations financières (comme des crédits à taux avantageux pour la construction d'infrastructures médicales), des procédures simplifiées (comme pour le contrôle des coûts des soins) ou des campagnes d'information (comme pour la réduction individuelle de primes). Le tableau 1 donne un exemple des possibilités de pilotage de la Confédération, des cantons et des communes dans les soins intégrés.

Dans les faits, les fonctions de gouvernance dans les systèmes de santé sont exercées par différents acteurs animés d'intérêts contradictoires. En outre, il arrive que ces intérêts entrent en conflit, ce qui engendre alors des échecs. Cette situation soulève quelques questions fondamentales en ce qui concerne les soins intégrés:

	Fournir soi-même des prestations de soins	Pilotage direct par régulation	Pilotage indirect par incitations financières	Influence par information et communication
Confédération	La Confédération ou des organisations proches de la Confédération dirigent des établissements de soins intégrés	Introduction de budgets globaux (intelligents)	La Confédération met en place un fonds d'innovation pour des concepts de soins intégrés	Plan d'action national sur les compétences en santé
Cantons et régions	Les cantons transforment leurs propres hôpitaux pour en faire des établissements de soins intégrés	Les contrats de prestations ne concernent plus seulement les hôpitaux, mais aussi des groupes de fournisseurs de prestations qui forment un panel de soutiens commun au sens d'une Accountable Care Organization ACO	La Promotion économique cantonale soutient la création d'établissements de soins intégrés dans les régions périphériques	Plan général cantonal pour les soins intégrés
Communes et villes	Les communes/villes sont équipées d'établissements de soins de longue durée qui proposent des prestations ambulatoires, stationnaires et sociales.	Les communes/villes attendent des concepts de prise en charge intégrés de la part des établissements de soins de longue durée	Les communes/villes soutiennent la création d'établissements de soins intégrés, par exemple pour les personnes âgées	Campagne d'information «Autodétermination à la maison» ou centres locaux/régionaux d'information, de consultation et de triage pour les seniors

Tableau 1: Exemples de gouvernance gouvernementale dans le système de santé

- Comment la Confédération, les cantons et les communes peuvent-ils contribuer efficacement aux soins intégrés?
 - Quelles missions doivent rester du ressort des autorités publiques, si certaines fonctions de gouvernance sont prises en charge par d'autres acteurs?
 - Quelles missions peuvent éventuellement être retirées des mains de l'Etat pour être accomplies avec plus d'efficacité par d'autres acteurs?
 - Quelles missions doivent être prises en charge par l'Etat, car d'autres acteurs seraient moins, ou ne seraient pas en mesure de les accomplir?
 - Dans quels domaines l'Etat doit-il également être actif et créer un cadre qui permettrait aux autres acteurs de prendre en charge partiellement ou entièrement la réalisation de prestations de gouvernance?
 - Où l'Etat doit-il créer des marges de manœuvre, indispensables à la réalisation de certaines tâches de gouvernance (par ex. contrats de prestations pour le système de santé d'une région)?
 - Peut-on intégralement se passer de l'Etat pour certaines prestations de gouvernance, ou l'Etat doit-il uniquement définir des règles et s'assurer, ou charger d'autres acteurs de s'assurer qu'elles sont respectées?
- Ces questions sont à l'origine du mandat de recherche que le fmc a confié à l'Institut pour l'économie régionale et d'entreprise de la Haute école d'économie de Lucerne.

Résumé des résultats de recherche

Le fondement conceptuel de cette étude est le modèle de pilotage de Braun & Giraud (2003; tableau 2). Il indique les options de pilotage gouvernemental dans le secteur de la santé et a été adapté pour les soins intégrés en Suisse. Ce modèle catégorise les possibilités d'action de l'Etat en quatre secteurs: pilotage par régulation, pilotage financier, pilotage structurel et pilotage par communication. Le fondement méthodologique de cette étude inclut une analyse documentaire, une enquête en ligne et des interviews d'experts.

Catégorie de gouvernance	Instruments de pilotage dans les soins intégrés (sélection pour cette étude)
Régulation (Régulateur)	<ul style="list-style-type: none"> • Adapter les bases légales existantes ou en créer de nouvelles • Inscrire les concepts visant une amélioration de la mise en réseau et de la coordination dans les contrats de performance hospitalière
Pilotage financier (Investisseur)	<ul style="list-style-type: none"> • (Co-)financer des projets pilotes destinés à améliorer la mise en réseau et la coordination des soins • Collaborer au développement de nouvelles formes de remboursement (conditions cadres) qui récompensent une meilleure mise en réseau et coordination
Pilotage structurel (Architecte)	<ul style="list-style-type: none"> • Inscrire l'amélioration de la mise en réseau et de la coordination des soins dans les objectifs stratégiques • Créer de meilleures bases de données pour la recherche en matière de soins • Encourager les centres de conseil et de coordination
Communication (Modérateur)	<ul style="list-style-type: none"> • Créer des plates-formes permettant d'améliorer la coordination entre la Confédération, les cantons et les communes • Créer des plates-formes d'échange d'expériences et de transfert de connaissances • Organiser des manifestations d'information afin de gagner les prestataires de services à la cause d'une meilleure mise en réseau et coordination des soins • Associer activement la population afin d'augmenter les compétences en matière de santé et la sensibilité aux coûts de celle-ci

Tableau 2: Modèle de pilotage selon Braun & Giraud (2003), adapté aux soins intégrés



Les résultats les plus importants

361 personnes ont participé à l'enquête en ligne. Un tiers d'entre eux représentaient la Confédération, les cantons et les communes, et les deux autres tiers étaient d'autres acteurs (principalement des prestataires de soins de longue durée, hôpitaux, fournisseurs de prestations ambulatoires, assurances maladie et organisations de patients). 89% des participants venaient de Suisse alémanique et 11% de Suisse romande. Le questionnaire en ligne rassemblait les sujets suivants:

- Objectifs, obstacles et actions requises dans les soins intégrés
- Importance stratégique des soins intégrés pour la Confédération, les cantons et les communes, et importance de ces derniers pour les soins intégrés
- Possibilités de pilotage gouvernemental dans les soins intégrés
- Répartition des tâches et compétences entre la Confédération, les cantons et les communes
- Coordination entre les niveaux de l'Etat

En complément de l'enquête quantitative en ligne, 30 interviews qualitatives ont eu lieu sur les mêmes sujets avec des experts et expertes de la Confédération, des cantons et des communes, ainsi que des acteurs non gouvernementaux.

Objectifs et importance des soins intégrés

La majorité des acteurs interrogés ont une conception commune des soins intégrés, puisqu'ils ont livré une estimation très similaire des objectifs ainsi que des obstacles qui se présenteront (tableau 3). Des scores élevés ont notamment été notés dans les catégories «Assurer la coordination et la continuité des soins sur une période prolongée» (98%), «Améliorer la collaboration entre professionnel/les et organisations différents» (97%), «Éviter les examens superflus» (94%) et «Améliorer la qualité des soins globaux des patients» (92%).

Objectifs des soins intégrés	Approbation Ø
Assurer la coordination et la continuité des soins sur une période prolongée	98%
Améliorer la collaboration entre professionnel/les et organisations différents	97%
Éviter les examens superflus	94%
Améliorer la qualité des soins globaux des patients (performance)	92%
Améliorer les soins des patients souffrant de maladies multiples et complexes	89%
Améliorer la prise en compte des patients et de leurs besoins	88%
Réduire les coûts	84%
Assurer l'accès aux soins médico-infirmiers de base dans les régions rurales	78%
Renforcer la promotion de la santé et la prévention	74%
Relier le système de santé au système social	64%

Tableau 3: Hiérarchisation des objectifs des soins intégrés du point de vue de toutes les personnes interrogées (n=361)

La figure 1 montre les trois objectifs les plus prioritaires des soins intégrés, et «l'indice de l'optimisme» pour les acteurs non gouvernementaux: tous les groupes estiment que les objectifs «Améliorer la collaboration entre les professionnels» et «Assurer la coordination et la continuité des soins sur une période prolongée» sont très importants. Les fournisseurs de prestations placent également «l'amélioration des soins des patients souffrant de maladies multiples et complexes» et «l'amélioration de la qualité» au premier plan; les organisations de patients et les assurances maladie ont souligné l'importance «d'éviter les examens superflus».

Des estimations très variables ont été données quant à la probabilité d'atteindre les objectifs nommés dans dix ans: les acteurs gouvernementaux font preuve d'un optimisme supérieur à la moyenne (indice de l'optimisme sur tous les objectifs: cantons = 78%, Confédération = 68%, communes = 61%). Les autres acteurs sont nettement plus sceptiques dans l'ensemble, et notamment les assurances maladie et les organisations de patients.



— l'indice de l'optimisme: Proportion (%) de participants dans les différents groupes d'acteurs qui s'attendent à ce que les objectifs des soins intégrés soient atteints au cours des 10 prochaines années.

Figure 1: Les 3 objectifs majeurs selon des acteurs non gouvernementaux avec indice de l'optimisme (n=215)

Actions requises

Les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux ne sont pas d'accord en ce qui concerne les actions les plus nécessaires: la Confédération, les cantons et les communes se concentrent là où ils voient les principaux obstacles pour les soins intégrés, c'est-à-dire dans les intérêts contradictoires des acteurs concernés, leur manque de volonté d'accepter des changements, ainsi que les tarifs et structures tarifaires (figure 2).

Les acteurs non gouvernementaux voient les choses tout à fait autrement: selon eux, il faut agir au niveau des modèles de financement inadaptés, des tarifs et structures tarifaires et de la répartition inappropriée des tâches et compétences entre les acteurs (figure 3).

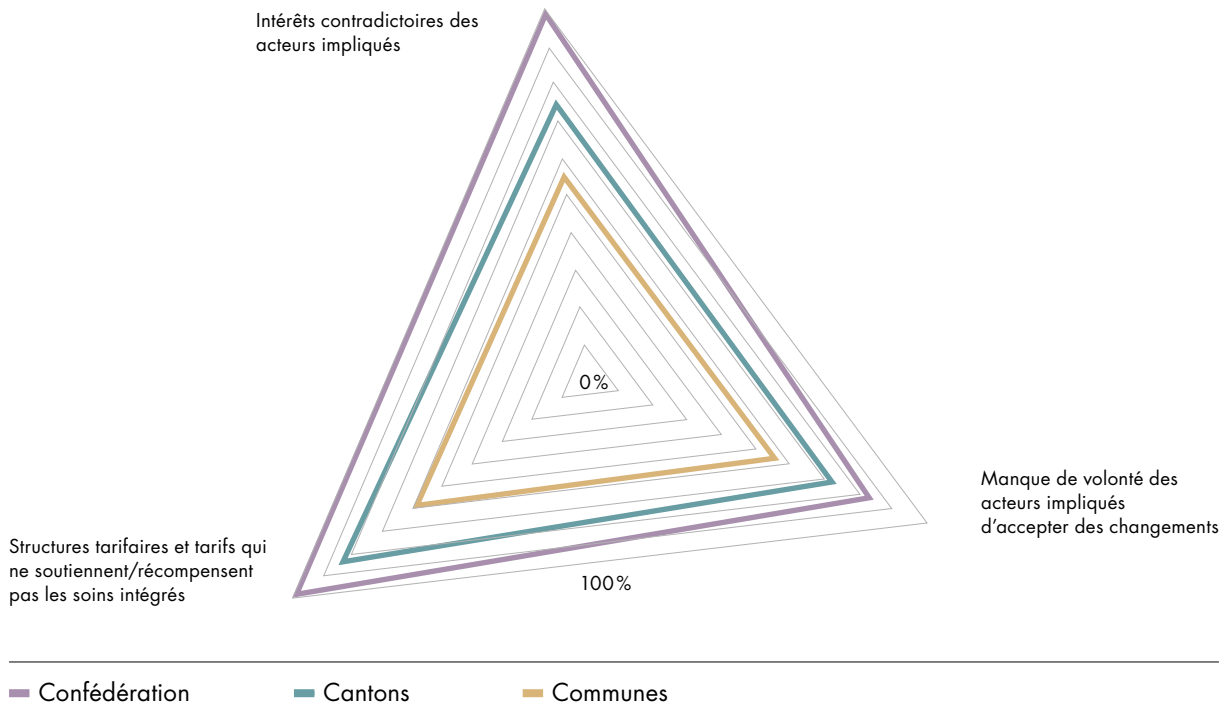


Figure 2: Les 3 domaines majeurs nécessitant une intervention selon des acteurs gouvernementaux (n=104)

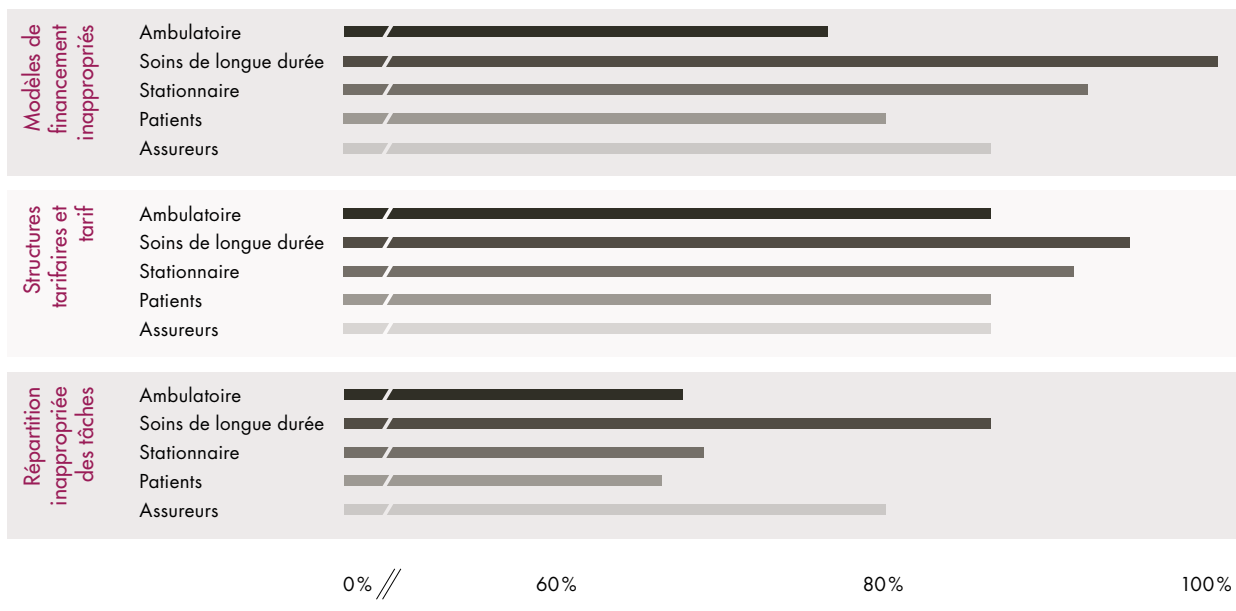


Figure 3: Les 3 domaines majeurs nécessitant une intervention selon des acteurs non gouvernementaux (n=215)

Mesures de pilotage pour la promotion des soins intégrés

A ce jour, la Confédération, les cantons et les communes occupent déjà une place de premier plan dans les soins intégrés: ce point de vue est partagé à la fois par les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux. Les deux groupes considèrent que l'importance de la Confédération, des cantons et des communes continuera d'augmenter au cours des cinq prochaines années. Les assurances maladie constituent ici l'exception. Seule une petite partie de leurs représentants ont considéré que les acteurs gouvernementaux jouaient un rôle important dans les soins intégrés.

La problématique centrale de ce mandat de recherche était de déterminer quelles mesures de pilotage gouvernementales de la Confédération, des cantons et des communes sont attendues, par quels acteurs elles sont attendues, et quelles mesures sont prévues par la Confédération, les cantons et les communes. Les réponses étaient très variées. Ainsi, les fournisseurs de prestations ambulatoires et les assurances maladie sont plutôt réservés en ce qui concerne la progression du pilotage gouvernemental. En revanche, les représentants des établissements de soins longue durée, des hôpitaux et des organisations de patients attendent quant à eux plus d'engagement de la part des acteurs gouvernementaux. Des mesures appropriées sont principalement attendues dans les secteurs considérés justement comme ceux nécessitant une action prioritaire.

		Acteurs gouvernementaux	Ambulatoire	Soins de longue durée	Stationnaire	Patients	Assureurs
		<i>prévu</i>	<i>attendu</i>				
Régulation	Confédération	42%	56%	50%	71%	70%	64%
	Cantons	42%	63%	68%	66%	75%	46%
	Communes	28%	22%	36%	13%	30%	0%
Pilotage financier	Confédération	8%	59%	63%	71%	80%	39%
	Cantons	33%	61%	78%	68%	80%	46%
	Communes	30%	31%	34%	13%	0%	0%
Structuration	Confédération	42%	57%	58%	56%	73%	48%
	Cantons	46%	47%	59%	52%	57%	29%
	Communes	31%	16%	39%	22%	23%	14%
Communication	Confédération	17%	36%	49%	49%	63%	38%
	Cantons	31%	33%	62%	51%	38%	39%
	Communes	31%	34%	39%	35%	35%	36%

Tableau 4: Pilotage gouvernemental *prévu* et *attendu* dans les cinq ans à venir (n=319). Jeu de lecture: 42% des représentants fédéraux *prévoient* davantage de réglementation au cours des cinq prochaines années. 56% des représentants des fournisseurs ambulatoires *s'attendent* à une réglementation accrue de la part du gouvernement fédéral au cours des cinq prochaines années.

Le tableau 4 montre un aperçu pondéré du pilotage prévu par la Confédération, les cantons et les communes, et attendu par les autres acteurs. Les pourcentages désignent la proportion des acteurs qui prévoient (acteurs gouvernementaux) ou attendent (autres acteurs) des mesures appropriées dans les cinq ans à venir.

Les représentants de la Confédération prévoient principalement des mesures dans les secteurs de la régulation et de la structuration (42 à 46%). Les autres acteurs attendent toutefois de la Confédération un engagement aussi marqué dans les domaines du pilotage financier et de la communication. Les représentants des cantons situent eux aussi leur propre rôle plutôt dans la régulation et la structuration. Les acteurs non gouvernementaux considèrent toutefois

que les mesures de pilotage financier constituent la mission principale des cantons dans les soins intégrés. Il est ici question avant tout du (co-)financement de projets pilote et de la mise en place de nouveaux modèles de rémunération.

Les représentants des communes prévoient une répartition relativement équilibrée des activités de pilotage, mais se montrent généralement réservés. Les acteurs non gouvernementaux, en revanche, placent plutôt le rôle des communes dans les activités de communication (créer des plates-formes, améliorer l'information de la population, etc.). On peut noter la faible proportion de participants (16% en moyenne) qui refusent toute mesure de pilotage des acteurs gouvernementaux pour la promotion des soins intégrés (figure 4).

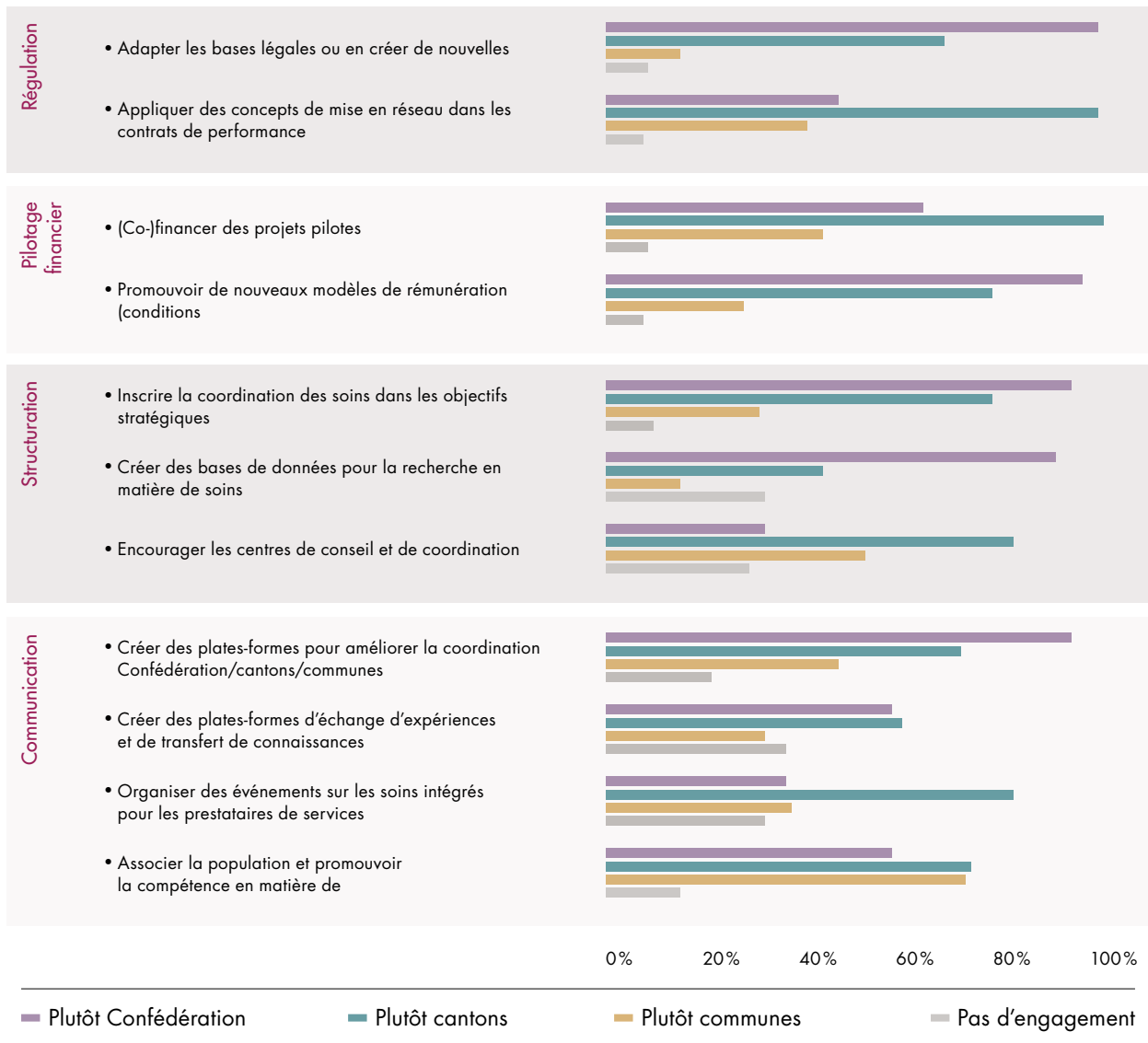


Figure 4: Mesures de pilotage attendues par les acteurs non gouvernementaux (n=215)

Répartition des compétences et coordination

Il est clair que la répartition des tâches et compétences entre la Confédération, les cantons et les communes en matière de soins intégrés est loin d'être satisfaisante. Seuls les représentants de la Confédération et des cantons jugent la répartition actuelle un peu moins sévèrement (figure 5). Cette image reprend le résultat qui montre que de nom-

breux acteurs non gouvernementaux considèrent la répartition actuelle des tâches et des compétences comme l'un des obstacles majeurs pour la progression des soins intégrés, et estiment qu'il est indispensable d'agir à ce niveau.

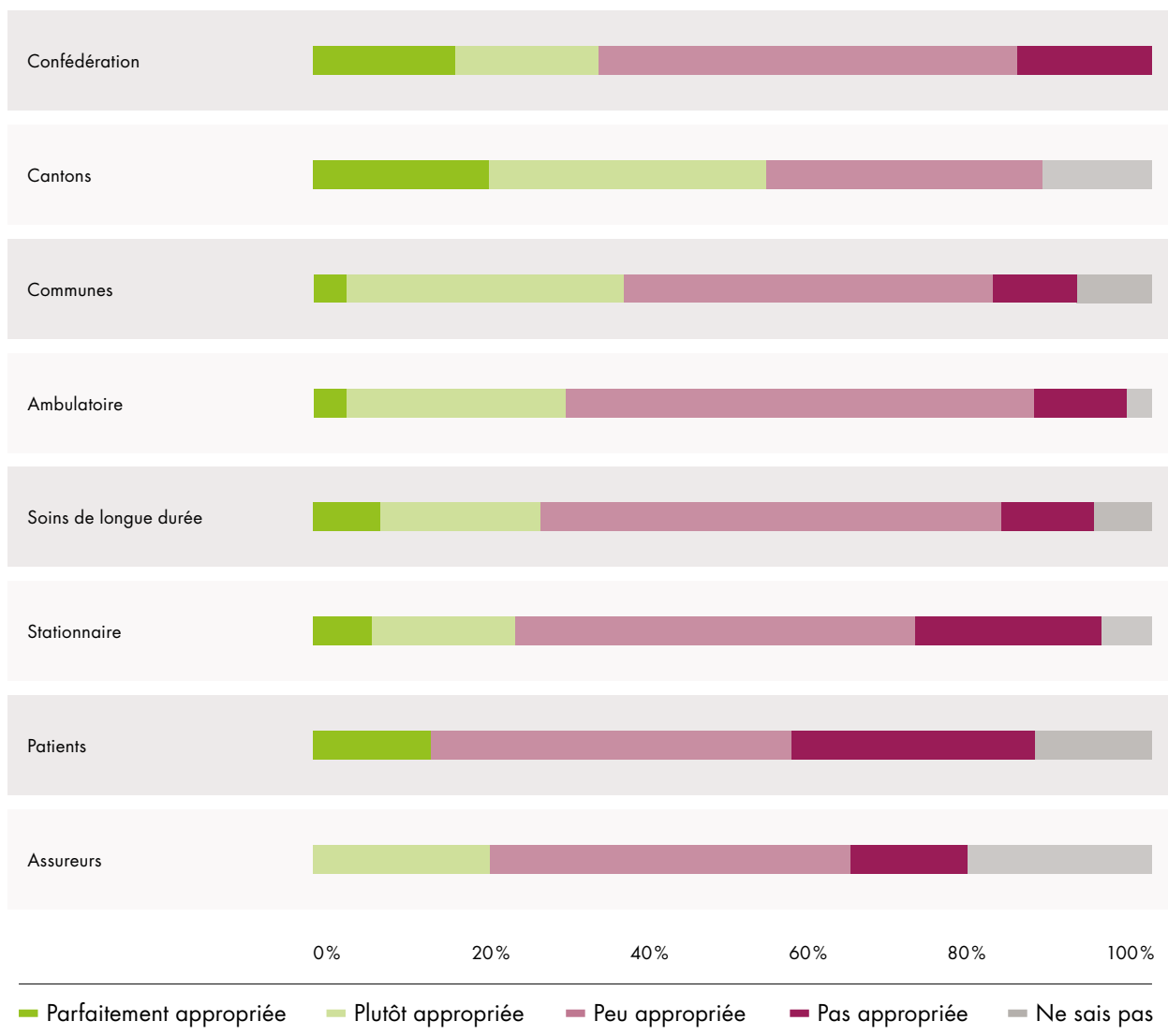


Figure 5: Répartition des tâches et compétences entre la Confédération, les cantons et les communes (n=319)

Conclusion

L'étude montre nettement que la Confédération, les cantons et les communes doivent répondre à des attentes élevées en termes de promotion des soins intégrés. La plupart des acteurs non gouvernementaux exigent notamment des actions et une organisation intelligente de la part de l'Etat. Les différents acteurs ont une perception nuancée des problèmes et considèrent majoritairement qu'une action est indispensable. On constate également que tous les acteurs sont nécessaires lorsque des solutions durables doivent émerger des bases de décision existantes.

Les résultats principaux de l'étude sont résumés et organisés ci-dessous.

Harmonie dans la conception et la perception des problèmes dans les soins intégrés

On note un consensus fondamental en ce qui concerne les objectifs principaux des soins intégrés. En revanche, on observe une différence d'estimation quant à la probabilité de réalisation de ces objectifs entre les groupes d'acteurs: la Confédération, les cantons et les communes ont un point de vue nettement plus optimiste sur l'avenir que les autres acteurs.

D'autre part, on remarque également une perception généralement commune des problèmes: la conception actuelle du financement et des rémunérations est considérée par tous les acteurs comme un obstacle aux soins intégrés.

Rôle grandissant du pilotage gouvernemental dans les soins intégrés

Cette conclusion est partagée par la Confédération, les cantons et les communes, et les autres acteurs (bien que les fournisseurs de prestations ambulatoires et les assurances maladie émettent plus de réserves). On remarque notamment l'importance croissante des communes dans les soins intégrés: plus d'un tiers de celles qui ont répondu discutent déjà d'une stratégie concrète.

Le rôle grandissant de la Confédération, des cantons et des communes fait écho à une forte demande de pilotage par les acteurs gouvernementaux. Ici aussi, les fournisseurs de prestations ambulatoires et les assurances maladie constituent une exception: ils sont moins désireux que les autres acteurs de voir l'Etat s'investir dans les soins intégrés.

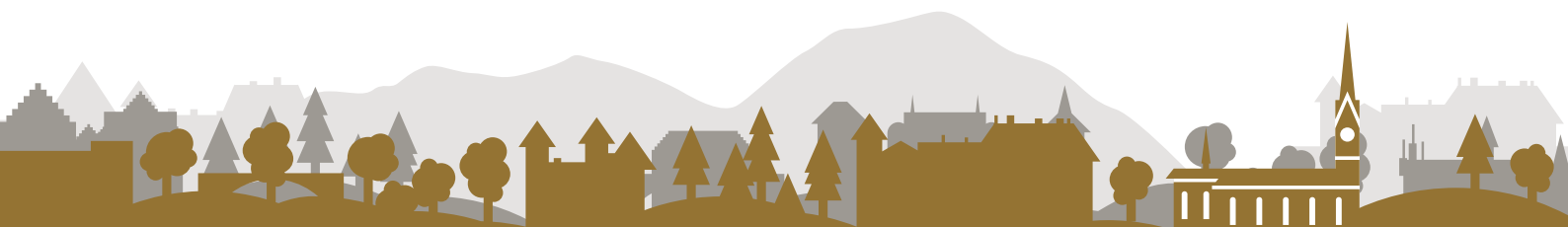
Attentes différentes à la conception du pilotage

On note une différence très marquée entre la perception interne et externe du pilotage financier des soins intégrés: les fournisseurs de prestations et les assureurs considèrent comme particulièrement efficaces le développement de nouveaux modèles de rémunération récompensant la prise en charge coordonnée, ainsi que le (co-)financement de projets pilotes. La Confédération, les cantons et les communes sont plutôt réservés à ce sujet.

Au regard de la typologie des rôles selon Braun & Giraud, la Confédération se voit surtout comme régulateur et architecte. Des acteurs non gouvernementaux attendent cependant de la Confédération plutôt un engagement en tant qu'investisseur. Ils sont également plus prompts à placer les cantons dans un rôle de régulateur que les cantons eux-mêmes. Pour les communes, les perceptions externe et interne sont plus cohérentes: elles se placent avant tout comme des modérateurs.

Insatisfaction face à la répartition des tâches et des compétences

Presque tous les acteurs interrogés considèrent que la répartition actuelle des tâches et des compétences entre la Confédération, les cantons et les communes est peu adaptée à la promotion des soins intégrés (seuls les représentants de la Confédération et des cantons portent un jugement moins négatif). La coordination entre les trois niveaux de l'Etat n'est elle aussi que modérée, selon les participants à l'enquête.



Pilotage gouvernemental des soins intégrés dans d'autres pays

Grande-Bretagne: En 2012, le National Health Service (NHS) et les Clinical Commissioning Groups ont été chargés de promouvoir les soins intégrés, par exemple par une intégration plus forte des soins hospitaliers et longue durée. En outre, depuis 2015, les autorités locales mettent en place des projets pour les soins intégrés dans le cadre du Better Care Fund. Ces projets visent principalement à améliorer la gestion des interfaces; l'intégration des prestations de service sanitaires et sociales est placée au premier plan. En 2016, le NHS et ses agences locales ont lancé 44 «partenariats pour la durabilité et la transformation», à la base de futures régions de prise en charge, qui doivent permettre l'émergence de nouvelles formes de collaboration encore plus étroites. Dans ces régions, des projets pilotes avec de nouveaux modèles d'intégration sont à l'essai et leur transférabilité est testée pour d'autres régions.

Allemagne: Depuis 2004, des contrats de soins intégrés spécifiques aux indications ou orientés vers la population peuvent être promus par des financements initiaux. Dans ces contrats, les prestations sont rémunérées par des forfaits individuels ou des primes à la santé par assuré inscrit. Comme en Suisse, les réseaux de médecins et les modèles de soins centrés sur les médecins traitants jouent un rôle de plus en plus important. En 2016, un fonds d'innovation pour la promotion des soins intégrés et la recherche sur les soins a été introduit; il donne accès à 300 millions d'euros chaque année.

Etats-Unis: Au cours des dernières années, deux modèles d'intégration, également discutés en Suisse, ont été particulièrement accélérés: la maison médicale centrée sur le patient (Patient-centered Medical Home), qui met l'accent sur la continuité et la coordination, ainsi que sur un cadre de référence régional. Ensuite, des Accountable Care Organizations (ACOs) orientées vers la population, qui ont gagné en popularité avec le lancement de l'Obamacare. Les ACOs sont des associations de prestataires à intégration horizontale et verticale, qui s'engagent à garantir l'accès aux soins pour une population définie et à l'optimiser par une coopération renforcée. La rémunération des prestations est ici reliée à la réalisation d'objectifs d'efficacité et de rentabilité. En outre, les Etats-Unis sont pionniers en ce qui concerne la promotion des soins intégrés par des incitations financières et des formes innovantes de rémunération. Les paiements à l'épisode des soins (Bundled Payments), par exemple, sont largement répandus. Il s'agit d'une indemnité forfaitaire qui se rapporte principalement à une indication ou un épisode de soins.

Pays-Bas: Le système de soins néerlandais se base sur le Gate-Keeping inscrit dans la loi: tous les patients doivent s'inscrire chez un médecin traitant de leur choix, et l'accès à des spécialistes ou à l'hôpital est uniquement accessible par prescription du médecin traitant, sauf en cas d'urgence. Comme aux Etats-Unis, les paiements à l'épisode de soins sont largement utilisés pour rémunérer le traitement et la prise en charge des maladies chroniques. De plus, en tant qu'institution publique, le conseil de l'assurance maladie peut fournir des paiements exceptionnels comme incitations financières pour les projets de soins intégrés. Parmi ces projets, on peut citer des associations régionales de fournisseurs de prestations et des centres de santé.

Quatre domaines d'action et rôles possibles

Nous avons établi quatre domaines d'action qui serviront de base de discussion sur les éventuels rôles futurs de la Confédération, des cantons et des communes dans les soins intégrés, et qui occuperont une place importante au cours des prochaines années. Ces quatre domaines d'action correspondent aux objectifs prioritaires des soins intégrés, tels qu'ils ont été évalués par les participants au mandat de recherche. Les domaines d'actions sont les suivants:

Domaine d'action 1

Améliorer la prise en charge des patients chroniques, polymorbides et complexes

Domaine d'action 2

Impliquer de façon cohérente les patients (et leurs proches) dans le traitement et la prise en charge

Domaine d'action 3

Assurer durablement des soins médicaux et thérapeutiques primaires dans les zones rurales

Domaine d'action 4

Améliorer la collaboration entre les professionnels (interprofessionnalité)

Les quatre domaines d'action et rôles possibles sont représentés ainsi

- une brève caractérisation et description des défis majeurs,
- un résumé des mesures de pilotage attendues par les participants à l'étude de la part de la Confédération, des cantons et des communes,
- des rôles possibles pour la Confédération, les cantons et les communes.

Les rôles possibles sont basés sur trois hypothèses fondamentales:

- «Le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS)» sera mis en œuvre, car il n'est pertinent de donner des rôles nouveaux ou complémentaires à l'État que si la principale incitation pernicieuse est supprimée.
- Au niveau de la Confédération et/ou des cantons, les modèles de soins et de rémunération innovants se fondent sur des normes juridiques en vigueur («article relatif aux projets pilotes»).
- Nous nous basons sur les quatre rôles fondamentaux qui peuvent être assumés par l'État, c'est-à-dire la Confédération, les cantons et les communes: régulateur (politique de régulation), investisseur (pilotage financier), architecte (structuration) et modérateur (argumentation).

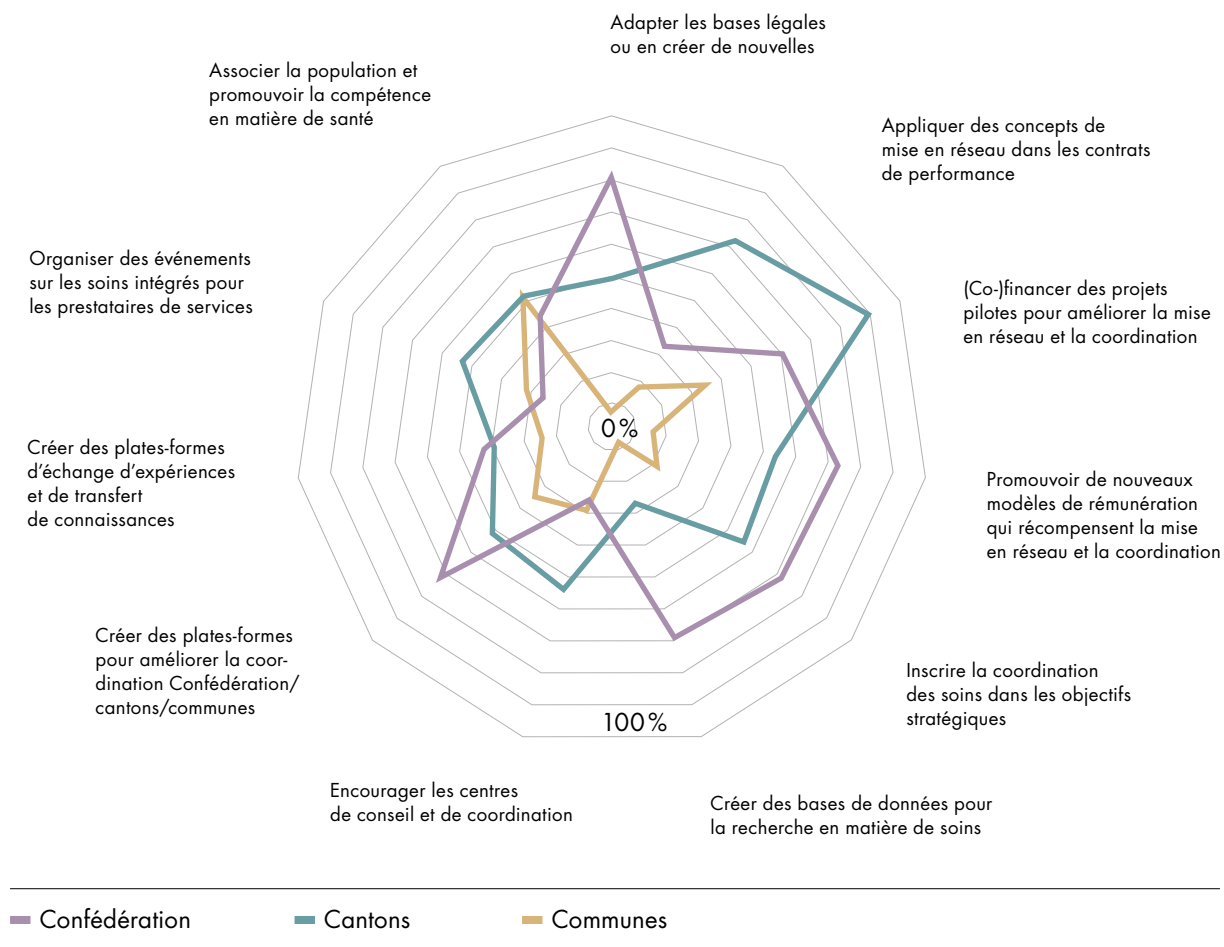
Naturellement, la Confédération, les cantons et les communes s'engagent déjà à ce jour dans ces domaines d'action. Les rôles possibles pour 2026 décrits ci-dessous suggèrent des aspects et manières pour les acteurs gouvernementaux de s'investir davantage. D'une part pour assumer leur propre responsabilité. D'autre part afin de créer des conditions cadres pour les autres acteurs (jusqu'à la population) pour leur permettre de mieux assumer leurs responsabilités respectives. En effet, une coopération optimale entre les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux sera également primordiale à l'avenir pour l'amélioration de la mise en réseau et de la coordination du système de santé.



Domaine d'action 1

Améliorer la prise en charge des patients chroniques, polymorbides et complexes

Les patients (très) âgés, chroniques et polymorbides seront le groupe de patients le plus important à l'avenir. Outre des prestations médicales, infirmières et thérapeutiques, ils ont également besoin d'un soutien psychosocial, juridique (p. ex. capacité de discernement) et financier (p. ex. prestations complémentaires). Cela implique des exigences importantes: une meilleure coordination entre les professionnels du secteur médico-social; de nouveaux modèles de rémunération forfaitaire, qui comprennent également les prestations de coordination; une meilleure harmonie entre les organismes payeurs (assureur, canton, commune); un contrôle de la qualité pendant les phases de prise en charge pluriannuelles; un renforcement de l'aide de voisinage/du travail bénévole.



Domaine d'action 1: Actions attendues par les acteurs non gouvernementaux de la part de la Confédération, des cantons et des communes

Rôles possibles pour le domaine d'action 1



La Confédération

- > **initie** et soutient l'adaptation des bases juridiques existantes afin d'améliorer la prise en charge des patients chroniques, polymorbides et complexes (p. ex. rémunération des prestations de coordination).
- > **crée** des prérequis pour les assureurs, pour qu'ils puissent adapter la rémunération des prestations aux critères de performance et de résultats (outcomes).
- > **lance** un programme de développement «Traitement et accompagnement coordonnés des patients chroniques, polymorbides et complexes». Ce programme soutient des projets de recherche pour l'élaboration de bases de connaissances pratiques et évalue des modèles de bonne pratique, afin que ceux-ci puissent être multipliés.
- > **initie** et soutient la création de bases de données qui permettront de déterminer des facteurs pertinents en termes de résultats dans le traitement de maladies chroniques, et qui peuvent également être rendues exploitables en pratique.
- > **soutient** la détection et l'intervention précoces chez les jeunes patients atteints de maladies chroniques qui engendrent des coûts élevés sur le long terme (p. ex. diabète, mucoviscidose, asthme, obésité).
- > **crée** les conditions pour que le numéro AVS puisse être utilisé comme le numéro d'identification du patient.



Les cantons

- > **encouragent** l'amélioration de l'intégration du traitement et de la prise en charge pour les patients chroniques avec des contrats de prestations attribués aux établissements de soins, et adaptent l'intégration aux critères de mise en réseau et de performance.
- > **créent** la possibilité d'attribuer des contrats de prestations pour la prise en charge des patients chroniques à des groupes de fournisseurs de prestations (qui forment à cet effet une organisation indépendante). Ces groupes de fournisseurs de prestations peuvent aussi agir dans tous les cantons.
- > **soutiennent** la création des centres régionaux de maladies chroniques. Leur domaine d'intervention va également au-delà des frontières des cantons.

- > **instaurent** un fonds d'innovation financé par des sources gouvernementales et privées, destiné à soutenir l'amélioration du traitement et de la prise en charge des patients chroniques et polymorbides. Les partenaires concernés ont besoin de nouveaux modèles financiers et structures tarifaires pour garantir les projets sur le long terme.
- > **utilisent** ce même fonds d'innovation pour soutenir des start-ups qui développent des offres numériques pour le traitement et la prise en charge du groupe-cible.
- > **encouragent** l'utilisation d'outils numériques et la diffusion du dossier électronique du patient (DEP) pour les patients chroniques (car ce sont eux qui en profitent le plus).
- > **créent** un comité de spécialistes (à l'échelle de tous les cantons) qui conseille les acteurs dans l'élaboration de nouveaux modèles de soins et de rémunération (les personnes concernées sont représentées de manière proportionnelle dans ce comité).
- > **lancent** et soutiennent des programmes de prévention adaptés aux groupes-cibles pour promouvoir l'activité physique, la nutrition et la santé psychique.



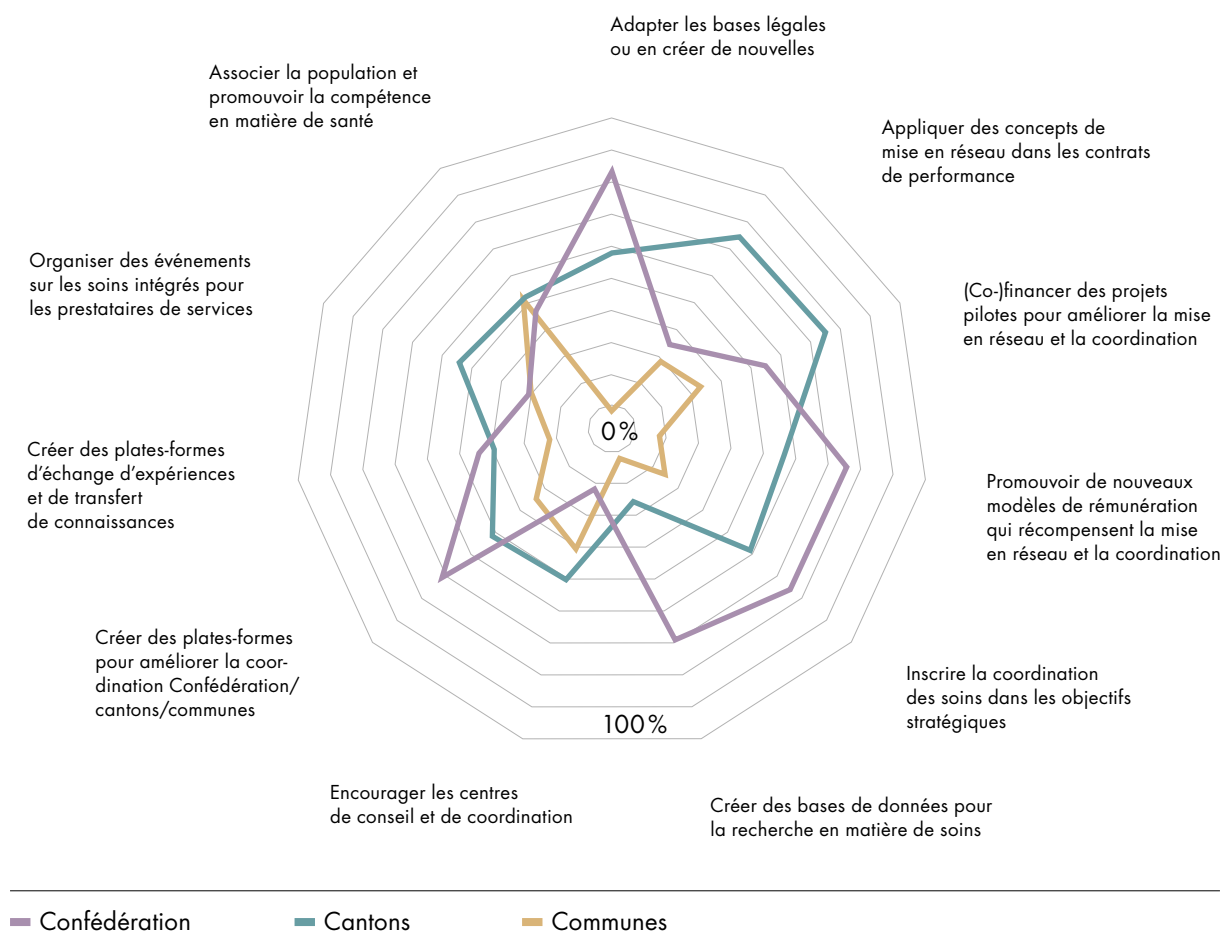
Les communes

- > **contribuent**, en accord avec le canton et les communes voisines, à la création des centres régionaux de maladies chroniques.
- > **régulent**, dans le cadre de contrats de prestations avec les organisations d'aide et de soins à domicile et les maisons de repos, la mise en réseau et la coordination avec d'autres fournisseurs de prestations ainsi que l'amélioration des compétences en matière de santé auprès des patients chroniques.
- > **encouragent** l'aide de voisinage et le travail bénévole comme soutien essentiel afin de permettre aux patients chroniques et polymorbides de vivre le plus longtemps possible à leur domicile.
- > **s'associent** entre elles et développent - avec les écoles, les associations, les employeurs, etc. - des initiatives régionales, notamment pour la promotion de la santé, la détection précoce et la prévention.

Domaine d'action 2

Impliquer de façon cohérente les patients (et leurs proches) dans le traitement et la prise en charge

Les patient(e)s sont les seules personnes (éventuellement avec leurs proches) à avoir une vue d'ensemble sur toute la progression de la maladie et du traitement. Si ces connaissances étaient répertoriées et prises en compte systématiquement, les professionnels pourraient mieux s'accorder à chaque étape. Mieux les personnes concernées sont impliquées, plus elles tiennent compte des prescriptions et recommandations en matière de thérapie. S'ils sont impliqués en temps utile, les proches et autres personnes de confiance peuvent également influencer positivement le cours du traitement et de la prise en charge. Il s'agit par ailleurs de former les patients et professionnels à l'utilisation de moyens numériques et d'accroître les compétences de chacun en matière de santé.



Domaine d'action 2: Actions attendues par les acteurs non gouvernementaux de la part de la Confédération, des cantons et des communes

Rôles possibles pour le domaine d'action 2



La Confédération

- > **instiue** les prérequis juridiques pour permettre aux cantons d'établir des prescriptions pour les contrats de prestations attribués aux établissements de soins, en tenant compte de paramètres de résultats (outcome) axés sur les patients; et pour permettre aux assureurs d'adapter la rémunération des prestations aux paramètres de résultats axés sur les patients.
- > **encourage** - avec les organisations de patients et les ligues de santé - l'accès à des informations valides concernant la santé ainsi que la disponibilité des données de qualité et de résultats des fournisseurs de prestations.
- > **encourage** la diffusion des dossiers patient électroniques auprès des assurés, des patients et des fournisseurs de prestations ambulatoires.
- > **initie** une surveillance des compétences en matière de santé selon les groupes de population/patients et les régions
- > **soutient** des initiatives de promotion des compétences en matière de santé pour les enfants et adolescents (p. ex. formation des parents, Peer Education/Tutoring, modules de formation).
- > **soutient** des réseaux locaux de communautés axées sur les maladies/patients afin de mieux profiter de leur expérience pratique.



Les cantons

- > **initient** - en collaboration avec les autres cantons, des ligues de santé et d'autres partenaires - des centres d'information pour conseiller et former les assureurs, les patients et leurs personnes de confiance dans le choix des fournisseurs de prestations, la vérification des indications et l'auto-gestion des maladies (chroniques).
- > **lancent** - en partenariat avec des organisations de fournisseurs de prestations - l'initiative «Ensemble pour votre santé»: les professionnels et institutions concernés intègrent systématiquement les patients dans les décisions concernant le traitement, encouragent l'accompagnement virtuel du traitement (Telemonitoring) et soutiennent la prise en charge à domicile (Home Care).

- > **complètent** les contrats de prestations attribués aux établissements de soins avec des indicateurs de qualité et de résultats axés sur le patient et exigent la publication des résultats.
- > **obligent** les établissements ambulatoires et stationnaires à instituer des comités de patients qui enregistrent les besoins des patients - notamment les patients chroniques - et participent aux processus de traitement et de prise en charge.
- > **obligent** les établissements de formation à accorder une place plus importante aux compétences en matière de santé dans leurs programmes d'enseignement.
- > **encouragent** - avec leurs partenaires - des offres de soutien pour les patients âgés (et leurs proches) dans l'utilisation du dossier électronique du patient.
- > **encouragent** - en accord avec les communes - l'aide de voisinage et le travail bénévole comme base pour des réseaux de prise en charge à domicile.



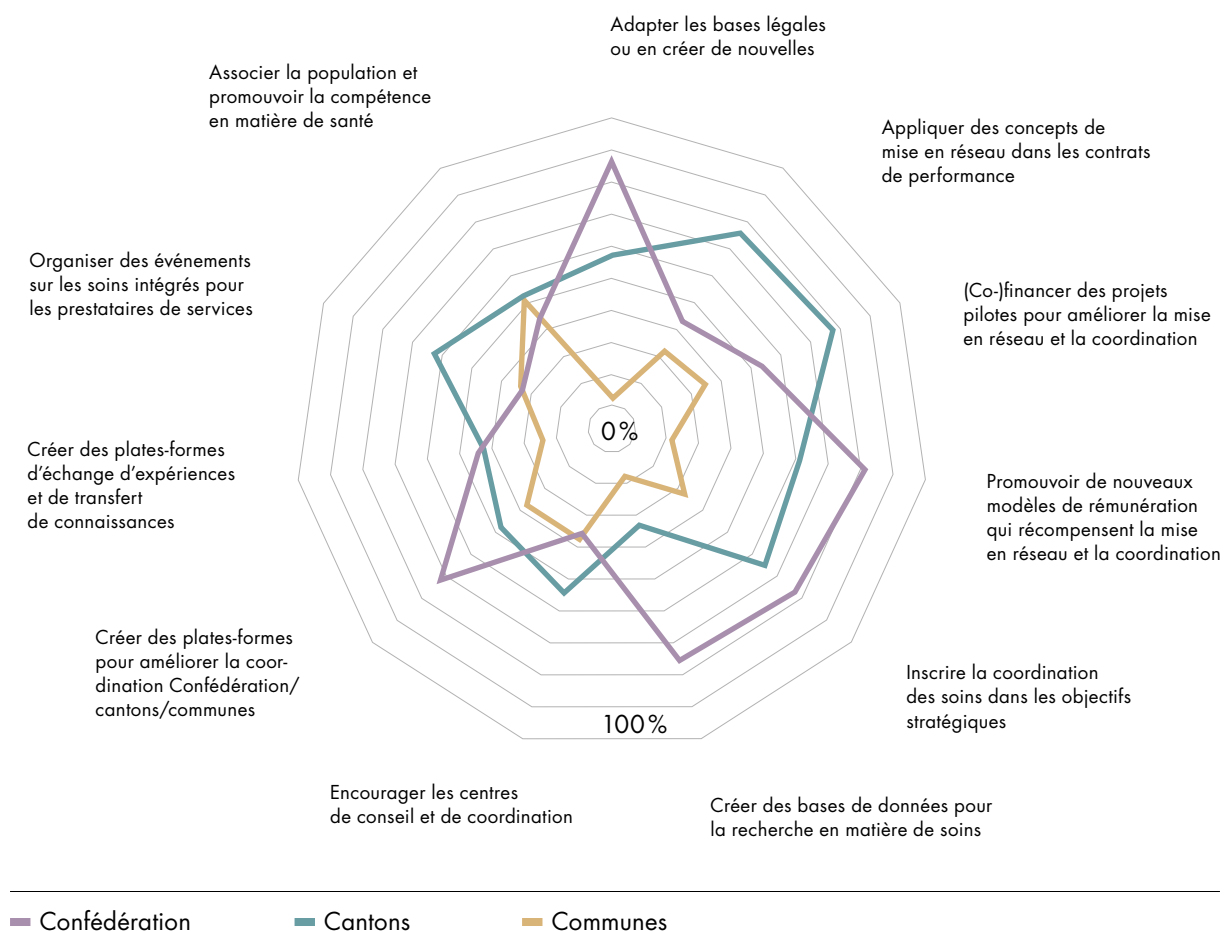
Les communes

- > **participent** aux offres de soutien pour les personnes issues de l'immigration dans le but de renforcer leurs compétences en matière de santé et de patients.
- > **créent** - en collaboration avec les partenaires - des établissements de santé dans lesquelles les assurés et les patients peuvent recevoir des informations et des conseils neutres et de qualité.
- > **soutiennent** des programmes concernant toutes les maladies, pour la promotion de l'auto-gestion et de la gestion de la santé des patient(e)s, et qui donnent la priorité aux perspectives et aux problèmes des personnes concernées et de leurs proches.
- > **encouragent** - avec les fournisseurs de prestations, les établissements de formation, les associations, les groupes d'entraide, etc. - des événements et actions de proximité pour la promotion de la santé, la détection précoce et la prévention.
- > **encouragent** - avec leurs partenaires - des structures de prise en charge à petite échelle, basées sur l'aide de voisinage et le bénévolat (Caring Communities).

Domaine d'action 3

Assurer durablement des soins médicaux et thérapeutiques primaires dans les zones rurales

De nombreux médecins ne trouvent pas de successeur, et en particulier à la campagne. En effet, la grande majorité des jeunes médecins (femmes comme hommes) veulent travailler à temps partiel et être (en premier lieu) embauchés comme salariés. D'autre part, des soins primaires complets et de proximité sont nettement nécessaires à la population et constituent un avantage géographique pour une commune ou une région. Il s'agit donc de réorganiser les soins primaires dans les zones rurales: les réseaux de soins régionaux, qui sont organisés en groupes de prestations interprofessionnels; la répartition des tâches axée sur la performance entre les professionnels médecins ou non; l'utilisation des moyens numériques pour accompagner les personnes sans contrainte de temps ou de lieu (p. ex. hospital@home, Telemonitoring, Active Assisted Living).



Domaine d'action 3: Actions attendues par les acteurs non gouvernementaux de la part de la Confédération, des cantons et des communes

Rôles possibles pour le domaine d'action 3



La Confédération

- > **crée** le cadre juridique pour que l'ensemble des soins primaires (ambulants et stationnaires) soient implantés et financés dans tous les cantons.
- > **crée** les conditions nécessaires pour de nouvelles formes de soins primaires (p. ex. des modèles régionaux, axés sur la population) ainsi que de nouvelles formes de rémunération (p. ex. Bundled Payment).
- > **établit** le cadre juridique où les assurances maladie doivent différencier leurs remises pour des modèles d'assurance alternatifs, de sorte à favoriser les modèles d'assurance avec des réseaux contractuels de médecins et de soins par rapport aux modèles d'assurance avec des listes de médecins.
- > **crée** les conditions pour que les professionnels non médecins disposant d'une formation tierce (p. ex. expert(e)s en soins, coordinateurs/trices en médecine ambulatoire) puissent facturer leurs services via l'assurance-maladie obligatoire dans le cadre d'un modèle de soins intégrés, et ainsi se charger de certaines prestations habituellement réalisées par des médecins.
- > **établit** le cadre juridique pour soutenir la coopération des cantons dans la formation initiale et continue du personnel soignant.



Les cantons

- > **soutiennent** la mise en place de réseaux de soins régionaux avec une nouvelle répartition des tâches entre les professionnels médecins ou non (p. ex. espaces santé, Medical Home).
- > **créent** des conditions cadres favorables pour des centres de soins (cabinets collectifs) et des modèles de soins intégrés dans les régions rurales/périphériques, et rédigent les contrats de prestations correspondants.
- > **complètent** les contrats de prestations attribués aux établissements de soins avec des dispositions qui soutiennent l'intégration des fournisseurs de prestations (ambulateurs) périphériques dans tous les secteurs ainsi que les services mobiles.
- > **encouragent** et soutiennent l'utilisation de services mobiles (Flying Health Professionals).

- > **initient**, en collaboration avec leurs partenaires, des régions modèles, où les patient(e)s sont d'abord pris(es) en charge à leur domicile et relié(e)s en permanence à des centres d'intervention, grâce à des prestations numériques et mobiles (p. ex. conseil télémedical et soutien lors du traitement, télésurveillance des fonctions vitales).
- > **créent** des initiatives en faveur de la répartition régionale des ressources personnelles, professionnelles, infrastructurelles et techniques en fonction des besoins.
- > **cherchent** parfois avec les cantons voisins (ou pays voisins) des solutions collectives.



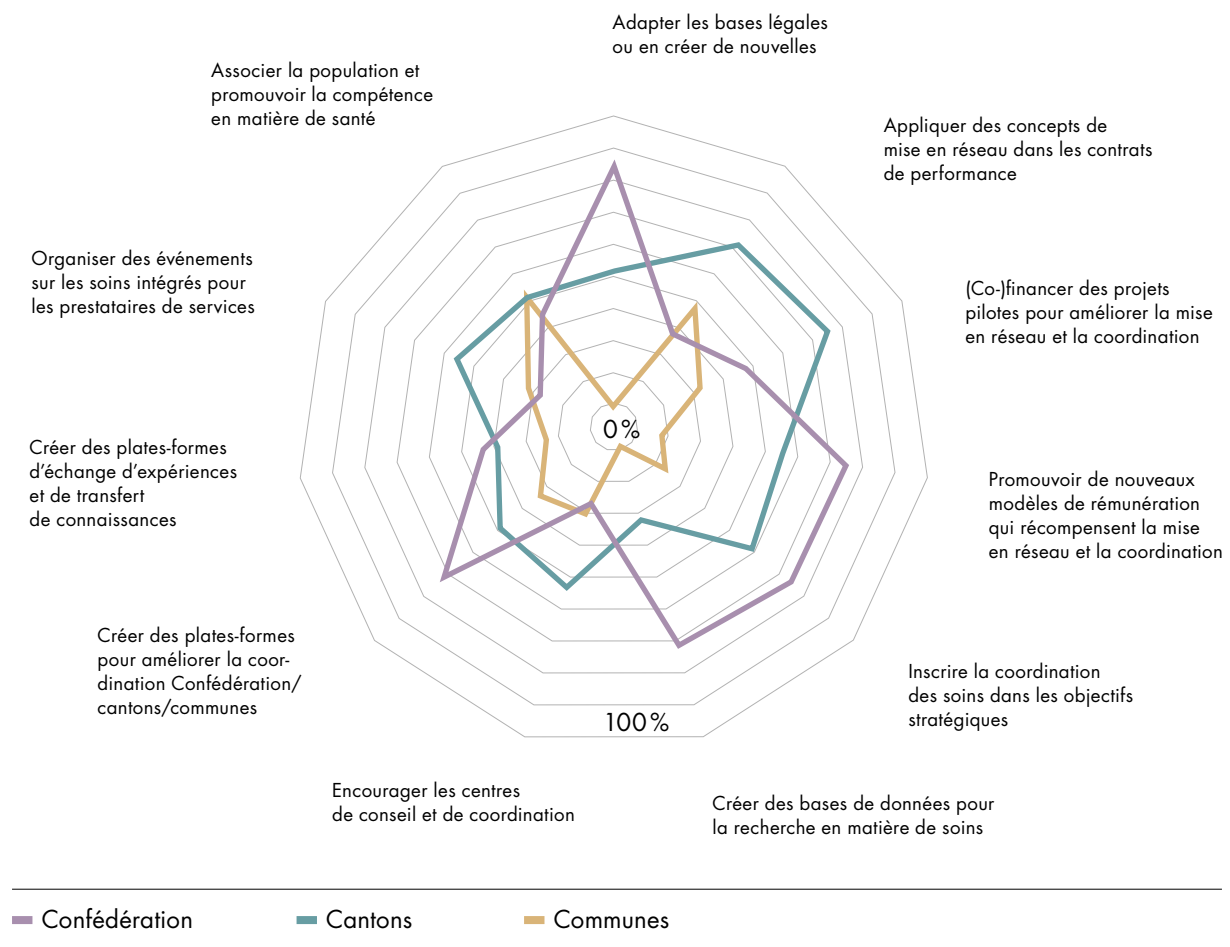
Les communes

- > **définissent** le contrôle des soins primaires médicaux et thérapeutiques comme une tâche régionale commune et ancrent celui-ci dans leurs plans directeurs/stratégies.
- > **initient** et soutiennent la mise en place de cabinets collectifs, maisons de santé, réseaux de soins et services mobiles, dans le cadre des modèles de soins intégrés.
- > **créent** des initiatives et assurent des services pour de nouveaux fournisseurs de prestations de soins nécessaires (p. ex. changements d'affectation, aide à la recherche de locaux, prêts, allègements de loyers, aménagements de voies de transport).
- > **initient** un panel de soutiens pour le système de santé local/régional, auquel la population peut également participer (p. ex. coopérative, association).
- > **créent** des initiatives et assurent des prestations pour soutenir la mise en place de modèles de soins régionaux et axés sur la population (p. ex. motivation d'autres communes, coordination, modération, recherche d'investisseurs, incitations pour les investisseurs).
- > **fondent** des centres régionaux d'information, de conseil et de triage qui permettent aux personnes ayant besoin d'aide de trouver rapidement l'offre qu'il leur faut.
- > **élaborent**, en collaboration avec des fournisseurs de prestations et d'autres partenaires, des documents informatifs destinés à un usage physique et numérique. Ces informations offrent plus d'autonomie à la population et indiquent à quels fournisseurs de prestations s'adresser en priorité dans différentes situations.

Domaine d'action 4

Améliorer la collaboration entre les professionnels (interprofessionnalité)

Les soins médicaux, infirmiers et thérapeutiques de l'avenir reposent sur un travail d'équipe interprofessionnel. Une nouvelle culture du travail et de la communication est nécessaire à cet effet: déléguer ce qui ne doit pas être obligatoirement fait par soi-même; reconnaître les capacités et les compétences des autres groupes professionnels et leur faire confiance; évoluer sur un pied d'égalité, quelle que soit la formation; analyser en équipe les traitements insatisfaisants (sans chercher des coupables); considérer les patients et leurs proches comme des partenaires et des coéquipiers. Il s'agira d'apprendre et d'expérimenter ensemble cette collaboration interprofessionnelle. Des réseaux intersectoriels, axés sur une collaboration interprofessionnelle et égalitaire, sont également nécessaires.



Domaine d'action 4: Actions attendues par les acteurs non gouvernementaux de la part de la Confédération, des cantons et des communes

Rôles possibles pour le domaine d'action 4



La Confédération

- > **détermine** si les bases juridiques existantes encouragent ou entravent la collaboration interprofessionnelle et les adapte si nécessaire.
- > **s'assure** - en collaboration avec les cantons - que les sujets de l'interprofessionnalité et de la coopération sont ancrés dans les plans d'enseignement de toutes les formations de base des métiers de la santé, et enseignés et appris au niveau interprofessionnel.
- > **crée** les prérequis pour que les formes de collaboration interprofessionnelle non remboursées aujourd'hui puissent être compensées à l'avenir par les soins primaires (p. ex. effort de coordination).
- > **crée** les conditions pour que les professionnels non médecins possédant des qualifications supérieures puissent facturer leurs prestations via l'assurance de base (p. ex. expert(e) en soins/ANP, coordinateur/trice de pratiques médicales). Cela concerne particulièrement les prestations réalisées aujourd'hui par des médecins.
- > **initie** et soutient une formation pour les personnes pouvant accompagner et coacher des équipes de traitement et de prise en charge.



Les cantons

- > **ajoutent** en amont et en aval des dispositions pour la collaboration interprofessionnelle aux contrats de prestations attribués aux établissements de soins, notamment pour la prise en charge des patients chroniques et très âgés.
- > **augmentent** les nombres de cas minimum pour certains groupes de services spécialisés dans les contrats de prestations afin de concentrer l'expertise nécessaire à cet effet.
- > **soutiennent** la mise en place de réseaux de soins interprofessionnels avec une nouvelle répartition des tâches entre les professionnels médecins ou non, tels que les coordinateurs/trices de pratiques médicales, les expert(e)s en soins et les pharmaciens (espaces santé, Medical Home).
- > **soutiennent** les communautés eHealth à acquérir un maximum de fournisseurs de prestations ambulatoires pour

le dossier patient électronique. Ils augmentent ainsi la quantité de données disponibles et améliorent la transparence du traitement.

- > **formulent** des dispositions dans les contrats de prestations attribués aux universités, aux hautes-écoles et aux écoles professionnelles pour une intégration cohérente de la collaboration interprofessionnelle dans la formation initiale et continue des professionnelles de la médecine et de la santé (formations avec simulation p. ex.).
- > **instituent** - en collaboration avec la Confédération - des prérequis pour évaluer les meilleures pratiques en Suisse et à l'étranger, et élaborer des recommandations pour les établissements de formation et la pratique thérapeutique.
- > **organisent** régulièrement des événements pour l'interprofessionnalité au cours desquels des modèles et exemples pratiques sont présentés et discutés.



Les communes

- > **sensibilisent** la population – en collaboration avec le canton et les fournisseurs de prestations – à la nécessité de nouveaux concepts de soins interprofessionnels avec une plus grande proportion de professionnels non médecins, tels que des coordinateurs/trices de pratiques médicales, des expert(e)s en soins et des pharmaciens.
- > **créent** – collectivement – des centres régionaux d'information, de conseil et de triage pour les personnes ayant besoin d'un soutien infirmier, social et financier. Les organisations et institutions concernées s'engagent pour une meilleure collaboration et une harmonisation de leurs offres.
- > **encouragent**, dans le cadre de contrats de prestations avec les organisations de soins à domicile et les maisons de repos, la coordination et la coopération avec d'autres fournisseurs de prestations.
- > **encouragent** un traitement et une prise en charge interprofessionnels dans les centres de santé et réseaux de soins qu'elles soutiennent.
- > **profitent** des événements locaux et régionaux (p. ex. expositions commerciales, assemblées communales) pour présenter et discuter de la coopération interprofessionnelle dans le système de santé.

Recommandations pour les fournisseurs de prestations et les assureurs

Cette matière à réflexion décrit les rôles futurs possibles de la Confédération, des cantons et des communes dans les soins intégrés. Cela s'explique par le fait que, depuis quelques années déjà, ils sont beaucoup plus actifs dans l'amélioration de la mise en réseau et de la coordination des partenaires de soins.

Mais on constate également que la Confédération, les cantons et les communes ne peuvent donner à eux seuls la bonne orientation aux soins intégrés - ou aux quatre domaines d'action sélectionnés. La disponibilité de tous les partenaires de soins (fournisseurs de prestations, patients, assureurs, établissements de formation, de recherche) est plus que jamais nécessaire à l'amélioration de la mise en réseau et de la coordination. Les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux doivent également être prêts à chercher ensemble des solutions pour faire face aux futurs défis dans les systèmes de santé: par exemple pour le développement de nouveaux modèles de soin et de rémunération; pour la formation initiale et continue des professionnels nécessaires; pour l'intégration des assurés et des patients dans la prévention et le traitement; pour la numérisation et l'assurance qualité basée sur les données; pour l'association des services sociaux et du système de santé.

C'est parce que cet ensemble est si important que beaucoup des mesures gouvernementales proposées portent la mention «en collaboration avec». En effet, le système de santé est particulièrement adapté pour les partenariats public-privé.

En même, la question se pose de savoir quelles sont les options des fournisseurs de prestations et des assureurs dans les soins intégrés de demain. En voici une sélection.

Fournisseurs de prestations

- Les fournisseurs de prestations mettent en place des centres régionaux de maladies chroniques. et interprofessionnels. Les patients qui ne peuvent plus se déplacer sont accompagnés par des équipes professionnelles mobiles ou utilisent des outils numériques. Les équipes de prise en charge entretiennent une «culture d'égal à égal».
- Les grands établissements de soins ouvrent des centres de santé dans lesquels les assurés, les patients et leurs proches peuvent recevoir des informations et des conseils neutres de qualité. Ces derniers bénéficient également du choix et de l'instruction à l'utilisation d'appareils de traitement pour un usage à domicile.
- Les fournisseurs de prestations et les assureurs négocient de nouveaux modèles de contrats, assurant d'une part la rémunération des prestations de coordination, et requérant d'autre part l'échange d'informations et de données entre les fournisseurs de prestations.
- Les fournisseurs de prestations et les assureurs conviennent de l'utilisation d'instruments modernes pour garantir la qualité (p. ex. Patient Reported Outcome Measures PROMs). Ceux-ci doivent notamment aider à contrôler et améliorer l'indication de la qualité.
- C'est sur la base d'instruments orientés sur les résultats et les performances tels que ceux-ci, ou d'autres (p. e. ICHOM), que les fournisseurs de prestations et assureurs élaborent de nouveaux modèles de contrats et de rémunération.
- Le réseau Swiss Personalized Health Network a créé le Swiss Health Data Trust Center, qui collecte et évalue systématiquement des données sur les patients et les maladies (recherche en soins). Les fournisseurs de prestations et les assureurs mettent en place des incitations à cet effet. Si cela ne suffit pas, la Confédération et les communes peuvent contraindre les fournisseurs de prestations à fournir les données.
- Le Swiss Health Data Trust Center crée également des registres pour les patients chroniques afin d'évaluer et améliorer les soins longue durée.
- Des organisations axées sur les patients, notamment des ligues de santé, forment des communautés avec des portails de santé qui donnent également un accès au dossier électronique du patient.

- Ces portails contiennent de nombreuses prestations spécifiques aux maladies, p. e. conseils lors du choix d'un traitement, d'un médicament ou d'un fournisseur de prestations; accompagnement lors de l'utilisation d'outils numériques; mise en réseau avec d'autres personnes dans le même cas (communautés de pairs).
- Les organisations de consommateurs et de patients lancent des offres ciblées afin d'améliorer les compétences en matière de santé et d'action pour les assurances maladie et les patients, par exemple des conseils individuels («Il me faut une nouvelle prothèse de genou. A qui vaut-il mieux m'adresser?»); un produit d'assurance alternatif pour l'assurance de base avec des incitations à influence favorable sur le comportement; des informations neutres et de qualité sur la santé; un coaching en ligne pour l'activité physique, la nutrition, la santé psychique, etc.; une boutique en ligne de produits de santé de qualité contrôlée; des évaluations de fournisseurs de prestations et d'assureurs; un soutien en cas de refus d'une prestation de la part d'un assureur («Aide en cas de panne»).

Assureurs

- créent des incitations pour les assurés afin d'encourager l'ouverture et l'utilisation du dossier électronique du patient.
- créent des incitations pour encourager les fournisseurs de prestations à fournir leurs données sur les patients et maladies au Swiss Health Data Trust Center.
- développent des produits d'assurance basés sur des évaluations scientifiques de données. Les remises peuvent ainsi être modulées avec plus de précision ou les assurés peuvent bénéficier de prestations supplémentaires ciblées.
- développent - en collaboration avec les fournisseurs de prestations - des modèles de contrats basés sur les résultats et contenant des rémunérations axées sur les performances.
- développent - en collaboration avec les fournisseurs de prestations - des modèles de soins et d'assurances pour les patients chroniques, notamment pour les centres régionaux de maladies chroniques.

Littérature

Atun, R., de Jongh, T. Secci, F.; Ohiri, K., Adeyi, O. (2010). A systematic review of the evidence on integration of targeted health interventions into health systems. In: Health policy and planning 25 (1), S. 1–14.

Berchtold P, Peytremann-Bridevaux I. Integrated care organizations in Switzerland. International Journal of Integrated Care 2011; Volume 11, 14 March 2011.

Braun D, Giraud O. Steuerungsinstrumente. In: Schubert, K., Bandelow, N. (Hrsg.). Lehrbuch der Politikfeldanalyse: Oldenbourg Verlag, München – Wien 2003, 147-173

Ebert S, Peytremann-Bridevaux I, Senn N. (2015). Les programmes de prise en charge des maladies chroniques et de la multimorbidité en Suisse (Obsan Dossier 44). Observatoire suisse de la santé. Neuchâtel.

Maruthappu, M., Hasan, A., Zeltner, T. (2015). Enablers and Barriers in Implementing Integrated Care. In: Health Systems & Reform 1 (4), S. 250–256

Schedler K. Public Management und Public Governance. In: Benz A, Lütz S, Schimank U, Simonis G (Hrsg.). Handbuch Governance. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendungsfelder, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2007, 253-268

Schedler, K. (2015). Die Governance des Gesundheitswesens. St. Gallen: Institut für Systemisches Management und Public Governance der Universität St. Gallen. IMPacts Ausgabe (9), S. 5–7.

Schusselé-Fillietaz, S., Kohler, D., Berchtold, P., Peytremann-Bridevaux, I. (2017). L'Enquête suisse sur les soins intégrés (2015–2016), est le premier état des lieux systématique décrivant les initiatives des soins intégrés existant en Suisse. Observatoire suisse de la santé (Obsan). Neuchâtel.

Exemples d'application

- 29** Mehr Koordination verspricht mehr Qualität und weniger Kosten
- 30** Gesundheitsnetzwerk Uri: Grundversorgung für alle
- 31** Une promotion «innovante» de la santé à tous les âges
- 32** So funktioniert Innovation im Thurgauer Gesundheitswesen
- 33** Des personnes âgées dans le réseau socio-sanitaire
- 34** INSPIRE: Pflegegeleite integrierte Versorgung Baselland
- 35** Soutenir la transformation du système de santé
- 36** Die Balance suchen und finden
- 37** Vaud joue pleinement son rôle de moteur
- 38** Der Mensch im Mittelpunkt, nicht Krankheiten
- 39** Projet anticipé des soins: un modèle pour des soins intégrés
- 40** Regionale Netzwerke für klinische Forschung

Mehr Koordination verspricht mehr Qualität und weniger Kosten

Die Koordination der Versorgung soll da verstärkt werden, wo es am meisten Nutzen bringt. Deshalb konzentriert sich der Bund bei seinen Aktivitäten auf ausgewählte Patientengruppen.

Der Bundesrat hat sich zum Ziel gesetzt, das Kostenwachstum im Schweizer Gesundheitswesen zu dämpfen. Mit einem Kostendämpfungspaket soll dazu beigetragen werden, unnötige und vermeidbare medizinische Leistungen zu verhindern. «Koordinierte Versorgung stärken» ist eine der vorgeschlagenen Massnahmen [1].

Beim Bundesamt für Gesundheit BAG laufen verschiedene Aktivitäten, um diese Massnahme umzusetzen. Dabei besteht Konsens, dass die koordinierte Versorgung insbesondere für jene Patientengruppen verstärkt werden muss, die viele Leistungen von unterschiedlichen Leistungserbringern beanspruchen, sogenannt koordinationsintensive Patientinnen und Patienten [2]. Bei dieser Gruppe wiegt der Nutzen einer verbesserten Koordination am höchsten:

1. eine bessere Qualität der Behandlung und Betreuung für die Patientinnen und Patienten,
2. Effizienzgewinne aufgrund der besseren Zusammenarbeit von Gesundheitsfachpersonen verschiedener Berufsgruppen und Einrichtungen sowie Task shifting,
3. Kosteneinsparungen aufgrund vermiedener Doppelspurigkeiten und unnötiger Behandlungen.

Verbesserung der Rahmenbedingungen

Das BAG hat 2015 das Projekt «Koordinierte Versorgung» lanciert. Es hat zum Ziel, die koordinierte Versorgung für ausgewählte Patientengruppen bzw. an spezifischen Schnittstellen zu verbessern. Auf der Grundlage verschiedener Studien und einer Befragung wurden drei Gruppen ausgewählt, die berücksichtigt werden sollten: (hoch-)betagte, multimorbide Patientinnen und Patienten; psychisch kranke Menschen mit gleichzeitig somatischer Erkrankung; Kinder und Jugendliche mit schwerwiegenden chronischen Krankheiten.

Massnahmen für (hoch-)betagte, multimorbide Patientinnen und Patienten wurden bereits erfolgreich umgesetzt. Für die Versorgung von psychisch kranken Menschen mit gleichzeitig somatischer Erkrankung werden in einem Bericht Modelle guter Praxis aufgezeigt. Aus der Forschung und Theorie ist bekannt, dass die koordinierte Versorgung für diese Patientengruppe besonders wichtig und notwendig ist. Es gibt bislang jedoch wenige Kenntnisse darüber, wie Modelle einer koordinierten Versorgung praktisch umgesetzt werden können. Um diese Lücke zu schliessen, werden acht verschiedene Modelle, deren Umsetzung, Nutzen, Chancen und Herausforderungen beschrieben und vertieft analysiert [3].

Ein weiteres Ziel des Projektes ist es, die Rahmenbedingungen für die koordinierte Versorgung zu überprüfen und allenfalls zu verbessern. Zu diesem Zweck wurde ein Handbuch zur Abgeltung von speziellen

Lea von Wartburg, Projektleiterin Koordinierte Versorgung, Bundesamt für Gesundheit

www.bag.admin.ch/koordinierte-versorgung

Kontakt: Lea von Wartburg,
lea.vonwartburg@bag.admin.ch

Leistungen der koordinierten Versorgung erstellt. Der Schwerpunkt liegt auf den Schnittstellen zwischen der akutstationären Versorgung und den vor- und nachgelagerten Bereichen sowie auf den derzeit geltenden Abgeltungsmodalitäten. In elf Fallbeispielen werden Situationen beschrieben, in denen Unklarheiten bezüglich der Abgeltung bestehen. Diese Fallbeispiele wurden juristisch beurteilt und mit einer Handlungsempfehlung für die Leistungserbringer und Kostenträger versehen [4].

Interprofessionelle Zusammenarbeit fördern

Das Projekt «Koordinierte Versorgung» trägt zwar dazu bei, die Koordination an spezifischen Schnittstellen zu verbessern. Doch eine übergeordnet verstärkte Koordination der verschiedenen Gesundheitsfachpersonen wird damit nicht erreicht. Deshalb werden im BAG zusätzliche Überlegungen angestellt, wie man interprofessionelle Grundversorgungsstrukturen fördern könnte.

Im Fokus stehen auch hier (ältere) Personen mit (mehrfachen) chronischen Erkrankungen, die dauerhaft im Gesundheitssystem sind und viele Leistungen von verschiedenen Leistungserbringern beanspruchen. Ziel ist es, die Versorgungsstrukturen derart weiterzuentwickeln, dass die Behandlung und Betreuung künftig als Gesamtleistung erbracht wird. Dazu braucht es verbindlichere Zusammenarbeitsformen der Gesundheitsfachpersonen.

Das BAG hat am 7. November 2017 zusammen mit dem «European Observatory on Health Systems and Policies» einen Policy Dialogue organisiert, um zu diskutieren, wie solche Modelle in der Schweiz aussehen und umgesetzt werden können. Die Diskussion mit schweizerischen und internationalen Fachleuten zeigte, dass der Ansatz grundsätzlich positiv aufgenommen und als notwendig erachtet wird.

Literatur

- 1 Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Bericht der Expertengruppe vom 24. August 2017
- 2 Volken T., Bopp M., Rüesch P. (2014): Intensität der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Schweizer Bevölkerung. Auswertung der Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung. Schlussbericht
- 3 Spiess, M., Ruffin, R. (2018). Koordinierte Versorgung an der Schnittstelle (Akut)Psychiatrie – Akutsomatik. Modelle guter Praxis. socialdesign ag im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Oktober 2018, Bern.
- 4 Giger M., Staffelbach D. (2018): Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung. Handbuch im Rahmen des Projekts «Koordinierte Versorgung» des Bundesamtes für Gesundheit, Bern.

Gesundheitsnetzwerk Uri: Grundversorgung für alle

Im September 2013 hat der Kanton Uri das Projekt «Gesundheitsnetzwerk Uri» gestartet mit dem Ziel, nachhaltige Massnahmen zur Förderung der medizinischen Grundversorgung zu entwickeln und umzusetzen.

Uri hat schweizweit eine der tiefsten Ärztedichten. Zudem erreicht in den kommenden Jahren ein Grossteil der Urner Hausärztinnen und Hausärzte das Pensionsalter. Die aktuellen Geschäftsmodelle ländlicher Einzelpraxen mit hohen Präsenzzeiten sind für die künftige Generation von Ärztinnen und Ärzten unattraktiv. Folglich besteht im Kanton Uri Handlungsbedarf bei der medizinischen Grundversorgung. Dabei ist es primäre Aufgabe der Gemeinden und des Kantons, gemeinsam geeignete Voraussetzungen für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu schaffen. Vor diesem Hintergrund hat die Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion 2013 das Projekt «Gesundheitsnetzwerk Uri» lanciert.

Zudem hat das Urner Stimmvolk im Juni 2016 einer Änderung des Urner Gesundheitsgesetzes zugestimmt (Förderung der medizinischen Grundversorgung). Damit ist es dem Kanton und auch den Gemeinden möglich, via Fördermassnahmen und Anreizsysteme einer allfälligen Unterversorgung entgegenzuwirken bzw. die bestehende Grundversorgung zu erhalten und zu verbessern.

Das «Gesundheitsnetzwerk Uri» hat die Struktur eines Rahmenprojektes mit verschiedenen Teilprojekten (Abbildung 1). Unter dem Dach von «Gesundheitsnetzwerk Uri» werden zurzeit folgende Teilprojekte bzw. folgende Massnahmen durchgeführt:

- «uriMed - Junges Ärztenetzwerk Uri» will junge Urnerinnen und Urner während des Medizinstudiums und während der anschliessenden Assistenzzeit begleiten und unterstützen. Das Ziel ist, die angehenden Ärztinnen und Ärzte dazu zu motivieren, später einmal im Kanton Uri zu praktizieren. Es werden pro Jahr zwei Veranstaltungen mit verschiedenen Inhalten durchgeführt.
- Unter der Leitung des Instituts für Hausarztmedizin und Community Care Luzern wird seit August 2017 das Pilotprojekt «ANP Uri: Interprofessionelle Arbeitsteilung zwischen Nurse Practitioner und Hausarzt/Hausärztin» umgesetzt und wissenschaftlich begleitet. Dabei ist eine klinische Pflegeexpertin (Nurse Practitioner) mit erweiterten Kompetenzen (Advanced Nursing Practice ANP) in einer hausärztlichen Doppelpraxis tätig. Im Verlaufe der 3-jährigen Projektdauer wird die Rolle der Pflegeexpertin, insbesondere ihre Tätigkeiten und Einsatzgebiete, in der Hausarztpraxis erprobt und evaluiert. Der Kanton Uri und die CSS Versicherungen unterstützen das Projekt finanziell. In dieser Konstellation ist dieses Pilotprojekt in der Schweiz neu- und einzigartig.

Beat Planzer, Abteilungsleiter Amt für Gesundheit Uri
www.ur.ch/gesundheitsnetzwerk

Kontakt: Beat Planzer, planzer.beat@ur.ch

- Der Urner Landrat hat im November 2017 die Einführung einer **Bereitschaftsentschädigung für Hebammen** beschlossen. Mit der neuen Regelung erhalten die Urner Hebammen vom Kanton bei einer Haus- oder Beleghebammen-Geburt eine pauschale Bereitschaftsentschädigung. Das Ziel ist, die Leistungen der Hebammen als wichtiger Teil der medizinischen Grundversorgung zu stärken.
- Dank der neuen gesetzlichen Grundlage kann der Kanton die Gemeinden bei der **Förderung einzelner Grundversorger** finanziell unterstützen. So wurde bereits zwei Gemeinden ein paritätischer Beitrag des Kantons ausgerichtet. Diese beiden Gemeinden haben im Rahmen eines sechsmonatigen Pilotprojekts einer Hausarztpraxis kostenlos Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt. Damit kann in diesen beiden Gemeinden an zwei Halbtagen pro Woche eine «Satelliten-Hausarzt-Praxis» betrieben werden.
- Der Kanton finanziert zudem unter dem «Gesundheitsnetzwerk Uri» auch **die ärztliche Praxisassistentenz** in Urner Haus- und Kinderarztpraxen sowie das sechsmonatige «**Curriculum Hausarztmedizin**» für angehende Hausärztinnen und Hausärzte.
- Die **Medizinischen Praxisassistentinnen (MPA)** in den Arztpraxen sind ein wichtiges Element, damit die ärztliche Grundversorgung gut funktionieren kann. Daher soll der Beruf der MPA gestärkt werden. Der Kanton unterstützt und fördert entsprechende Massnahmen.

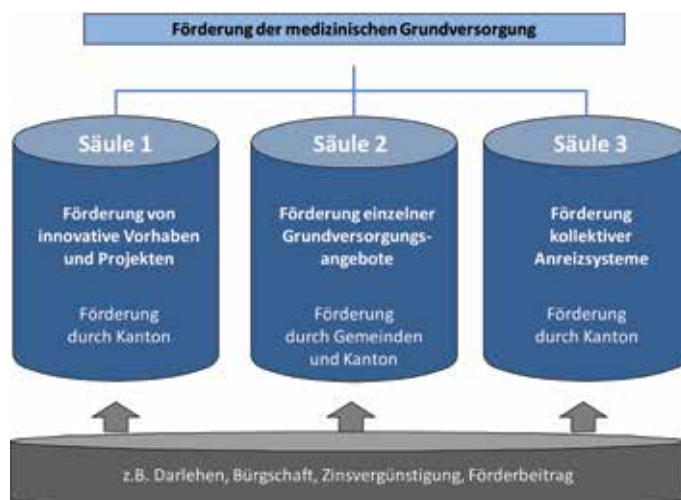


Abbildung 1. Förderung der Grundversorgung im Kanton Uri

Une promotion «innovante» de la santé à tous les âges

L'association Promotion santé Valais est un organisme de référence en matière de promotion de la santé et de prévention auprès de toutes les tranches d'âge de la population valaisanne.

Née en 1951 sous le nom de la Ligue valaisanne pour la lutte contre la tuberculose, l'association s'est développée au fil du temps et a intégré progressivement d'autres thèmes prioritaires de santé. En 2010, elle change de dénomination au profit de Promotion santé Valais (PSV) qui traduit mieux son statut de réel partenaire en la matière, avec plusieurs mandats issus du Service cantonal de la santé publique. Promotion santé Valais est une association à but non lucratif reconnue d'utilité publique dont les financements proviennent principalement des prestations facturées aux assurances maladies et de soutiens cantonaux et fédéraux pour les activités de promotion de la santé.

Cette association a comme objectif de favoriser durablement la santé de l'ensemble de la population valaisanne dans une visée d'égalité des chances et à tous les âges de la vie. Dans cette optique, Promotion santé Valais regroupe quatre domaines d'activités: l'unité cantonale de santé scolaire, la Ligue pulmonaire Valaisanne, le centre de dépistage du cancer du sein et la promotion de la santé.

Un domaine pluriel, mais avec un objectif commun de santé publique

Créé en 2016, le domaine «promotion de la santé» regroupe plusieurs programmes cantonaux [1], différents secteurs [2] et d'autres programmes [3]. L'ensemble de ces activités visent à couvrir tous les âges de la vie, et tous les milieux sociaux afin de renforcer les compétences des acteurs dans les périodes de transition de vie: petite enfance, adolescence, vie active (santé au travail, grossesse, etc.), vieillesse; ceci afin qu'elles et ils adoptent de saines habitudes de vie. Pour ce faire, Promotion santé Valais cherche à développer des outils innovants en utilisant les nouvelles technologies, comme par exemple avec le programme «J'arrête de fumer» via Facebook élaboré en 2015 par le CIPRET-Valais. Ce programme s'appuie sur les techniques du marketing social, pour inciter des fumeurs à cesser leur consommation tabagique, alors qu'ils n'en avaient pas forcément l'intention.

De même, le programme pédagogique www.moicmoi.ch compatible avec le Plan d'Etudes romand (PER) a été développé par les cantons du Valais et du Jura. Ce programme se donne pour objectifs de favoriser pour les élèves du secondaire I l'acquisition d'attitudes et de comportements positifs à l'égard du corps, quel que soit leur format corporel. Il s'agit pour ces élèves notamment de modifier leurs croyances sur les déterminants du poids et de la physionomie, de développer ainsi des habiletés de résistance à la pression des pairs. Le programme forme également les professionnels travaillant avec ce public cible.

Dr rer. soc. Alexandre Dubuis, responsable communication, Promotion santé Valais

www.promotionsantevalais.ch

Contact: Alexandre Dubuis,
alexandre.dubuis@psvalais.ch

Promotion santé Valais en constante évolution

Dans cette même perspective Promotion santé Valais vient de se voir confier par le Service de la santé publique le mandat de prévention des addictions dans les écoles. En réponse à cette demande, Promotion santé Valais a développé une activité ludico-sérieuse bilingue de type escape room, au profit de la prévention multi-addictions dans le secondaire I. «L'Escape addict» cherche à susciter une réflexion sur différentes substances, consommations et addictions grâce à une approche de prévention expérientielle qui fera vivre aux élèves des situations qu'elles ou ils rencontrent ou qu'elles ou ils risquent de rencontrer dans leur quotidien, telles que la prise de risque ou l'influence des pairs, des médias et des réseaux sociaux. En termes de santé publique, les objectifs de ce projet sont de valoriser les non-consommateurs, de sensibiliser aux risques d'une consommation festive et de faciliter l'accès au réseau d'aide. Les actions multi-addictions de ce type s'inscrivent pleinement dans la vision transversale de la prévention recherchée par les stratégies nationales [4].

En conclusion, l'expérience de Promotion santé Valais montre, que des programmes liés à la santé peuvent utiliser de nouveaux canaux de communication tels que les réseaux sociaux et s'avérer efficaces, en touchant des personnes que des actions plus traditionnelles n'atteindraient pas. Elles mettent en évidence, la nécessité de non seulement s'appuyer sur des connaissances scientifiques, des best practices mais surtout d'innover, de travailler sur la transmission, sur la vulgarisation de ces connaissances, afin de rendre le plus efficient possible les messages de promotion de la santé.

Pour plus d'information

- 1 Plateforme 60+, Programme cantonal de prévention du tabagisme, Programme cantonal bien dans ton corps alimentation mouvement
- 2 Centre alimentation et Mouvement, Senso 5, CIPRET-Addictions, Antenne sida, Plateforme 60+
- 3 Entreprise en santé, Commune en santé, Réseau d'écoles21, Prévention du Rejet des Minorités Sexuelles (PREMIS), femmesTISCHE
- 4 Santé 2020 et plus spécifiquement Prévention des maladies non transmissibles (MNT) et Addictions.

So funktioniert Innovation im Thurgauer Gesundheitswesen

Brennpunkte Gesundheit Thurgau ist eine Erfolgsgeschichte: Aus den bisherigen zwei Zyklen sind je drei Teilprojekte hervorgegangen, die dem Gesundheitswesen frische Impulse verleihen. Der nächste Zyklus startet im Sommer 2019.

An einem Runden Tisch im Jahre 2011 machten sich einige wichtige Player im Thurgauer Gesundheitswesen darüber Gedanken, wie sich die Bewirtschaftung der zahlreichen Schnittstellen verbessern liesse. Aufgrund der guten Erfahrungen in diesen Diskussionen beschloss eine kleine Gruppe von Entscheidungsträgern, diese Form des Gedankenaustauschs in strukturierter Form weiter zu führen: Die Idee des Innovationszyklus war geboren.

In jedem Innovationszyklus werden drei Projektideen ausgewählt, in einem schlüssigen Konzept beschrieben und wenn möglich umgesetzt. Der Grundstein für diese Projekte wird an einer Open Space Konferenz gelegt. Die Teilnehmenden – über hundert Entscheidungsträger aus dem Thurgauer Gesundheitswesen – bringen Ideen für die Verbesserung des Gesundheitswesens in die Runde ein. Diese Ideen werden im Verlauf des Tages zu Projektskizzen verdichtet und am Schluss von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Punkten bewertet.

Projektstruktur und Vorgehen

Zentrales Organ von Brennpunkte Gesundheit Thurgau ist eine siebenköpfige Steuergruppe, die aus Vertretern von wichtigen Leistungserbringern im kantonalen Gesundheitswesen zusammengesetzt ist. Diese Steuergruppe wählt aus den Projektskizzen drei Ideen aus. Sie unterstützt und begleitet die ausgewählten Projekte bis zum Abschluss der Konzeption und – falls es dazu kommt – bis zur Umsetzung.

Wir haben gute Erfahrungen damit gemacht, einerseits Projekte mit einem klar begrenzten Fokus auszuwählen, daneben aber auch Ideen zu unterstützen, die weiter gesteckte Ziele anstreben. Ein Beispiel für die zweite Kategorie ist das Projekt «Sicherstellung der hausärztlichen Grundversorgung». Aufgrund einer sorgfältigen Bedarfsanalyse in den Thurgauer Gemeinden wurde das Konzept einer Anlaufstelle entwickelt, die nun von einer Fachperson aufgebaut und betreut wird. Die Finanzierung der Stelle teilen sich der Kanton Thurgau, die Ärztesgesellschaft Thurgau und der Verband Thurgauer Gemeinden VTG.

Ein Beispiel für eine Projektidee mit einem engeren Fokus heisst «Gewalt in jugendlichen Liebesbeziehungen». Das Projekt sensibilisiert Jugendliche und ihre Bezugspersonen für das Thema der sexuellen, physischen und psychischen Gewalt. Unter Anleitung von Fachpersonen haben Jugendliche Plakate entworfen, die Präventionsbotschaften zum Thema Gewalt in jugendlichen Liebesbeziehungen für Gleichaltrige in Wort und Bild setzen (siehe Bild). Das Präventionsangebot steht seit Sommer 2018 den Thurgauer Berufsschulen als gern genutztes Angebot zur Verfügung.

Dr. Felix Helg, Projektleiter Brennpunkte Gesundheit Thurgau

www.brennpunkte-gesundheit.tg.ch

Kontakt: Felix Helg, helg@helg-consulting.ch

Philosophie und Finanzierung

Brennpunkte Gesundheit Thurgau lebt solange, wie es von den Organisationen im kantonalen Gesundheitswesen ideell und tatkräftig unterstützt wird. Wir haben bewusst darauf verzichtet, das Projekt in die kantonale Verwaltung zu integrieren, weil wir davon überzeugt sind, dass Innovation am besten in einem Umfeld gedeiht, in dem ein gewisses Risiko, eine gewisse Unsicherheit alle Beteiligten animiert, nach unkonventionellen Lösungen zu suchen.

Das Departement für Finanzen und Soziales kommt für die Honorare der Gesamtprojektleitung und der Teilprojektleitungen sowie für die Kosten der zwei Tagungen auf. Einzelne Organisationen unterstützen das Projekt finanziell als Gönner. Für die Entwicklung der Konzepte delegieren interessierte Organisationen Mitarbeitende, die ihren Beitrag im Rahmen ihrer regulären Anstellung erbringen. Wir wollen keine zusätzliche staatliche Parallelstruktur aufbauen, sondern einen kostengünstigen Weg beschreiten, um unser Gesundheitswesen «bottom up» zu optimieren.



Die Plakate zur Prävention von Gewalt in jugendlichen Liebesbeziehungen stammen von Jugendlichen

Des personnes âgées dans le réseau socio-sanitaire

L'Association Réseau Orientation Santé Social (AROSS) est un projet pilote qui a débuté ses prestations en 2016 pour les habitants âgés de plus de 65 ans dans une région semi-urbaine du canton de Neuchâtel.

Le projet pilote de l'Association Réseau Orientation Santé Social (AROSS) est un projet issu de la planification médico-sociale (PMS) du canton de Neuchâtel, votée en mai 2012 par le Grand Conseil. L'AROSS est un projet porté par les partenaires socio-sanitaires du canton de Neuchâtel. L'association a été créée afin de concrétiser une structure d'information et d'orientation destinée à la population et aux professionnels. Il s'agissait également de développer et formaliser les collaborations avec les ressources existantes dans un contexte de travail en partenariat.

Objectifs, spécificités et organisation

La structure mise en place sur une région semi-urbaine du canton, est axée sur les besoins des personnes de plus de 65 ans et en appui aux médecins de famille et autres partenaires. Concrètement, il s'agit de: a) collaborer avec les partenaires du domaine socio-sanitaire, afin de détecter les personnes en situation complexe ou fragiles afin d'anticiper leur orientation; b) assurer l'interface entre tous les acteurs concernés pour garantir l'organisation, la continuité et la coordination de l'accompagnement en interdisciplinarité; c) informer la population et les professionnels de santé sur le réseau socio-sanitaire de la région; d) informer et orienter sur l'offre disponible en matière de solutions transitoires, d'alternatives intermédiaires ou d'orientation en établissement médico-social.

Les spécificités de l'AROSS sont les suivantes:

- Prestations centrées sur la personne âgée;
- Evaluation globale qui intègre la prise en compte de l'environnement, les préférences du bénéficiaire et l'évaluation des partenaires;
- Les compétences et ressources de la personne âgée sont mises en avant dans le cadre de l'évaluation, favorisant ainsi le maintien à domicile;
- Interdisciplinarité de l'équipe et supervision par un médecin gériatre;
- Test d'outils de détection de la fragilité qui identifient des personnes âgées pré-fragiles, fragiles et robustes;
- Test d'outils d'aide à la décision d'orientation (non normatifs) basés sur un profil de dépendance;
- Propositions de recommandations s'agissant du lieu de vie ou de prestations répondant aux besoins du bénéficiaire;
- Réévaluation annuelle du profil de dépendance, de la fragilité et du suivi des recommandations;
- Transmission des informations aux professionnels intervenant dans la situation.

Sylvie Le Bail, Responsable et cheffe de projet de l'AROSS; **Yves Kühne**, Président de l'AROSS

www.aross-ne.ch

Contact: Sylvie Le Bail, sylvie.lebail@aross-ne.ch

L'AROSS a été fondée en 2015, depuis 2016 des prestations d'information, orientation et accompagnement sont offertes. Dans le cadre du pilote, le projet est entièrement financé par l'Etat de Neuchâtel.

Un dispositif essentiel au travail en réseau

Sont membres du comité, constitués en groupes pour les établissements médico-sociaux (EMS), les institutions reconnues d'utilité publique au bénéfice d'un contrat de prestations avec l'Etat, les actrices et acteurs du réseau socio-sanitaire cantonal, ainsi que les communes constituées en groupe par région. Un représentant du service cantonal de la santé publique est présent comme invité permanent au comité. Par sa composition le comité symbolise la collaboration, la concertation et l'approche partenariale.

Afin de clarifier le périmètre d'intervention de l'AROSS, les membres du comité ont créé un document de référence décrivant les principes et modalités de collaboration entre l'AROSS et les partenaires. Ces principes visaient à garantir le bon fonctionnement de l'écosystème de l'AROSS en termes de rôles et de responsabilités des acteurs. Il fixait les modalités de l'intervention de l'AROSS au travers de principes généraux et de processus d'intervention.

Bilan et perspectives

Le projet pilote a été évalué par l'IUMSP en 2017 après 18 mois d'activité. Il ressort de cette évaluation que le projet fait consensus en termes de buts et d'objectifs. Il est perçu comme répondant à un besoin non couvert et réel et son déploiement cantonal n'est pas remis en question. Ce rapport a également montré un niveau de satisfaction très élevé parmi les bénéficiaires et leurs proches aidants. Il situe également l'AROSS face aux données issues de la littérature internationale concernant les soins intégrés.

Une plus-value certaine a été démontrée dans le cadre de ce projet mise en avant par les bénéficiaires, leurs proches et certains partenaires, cependant, le décloisonnement et la coopération interprofessionnelle ne vont pas de soi. Ils demandent des efforts permanents, une attention de tous les instants et une volonté forte d'agir ensemble dans une direction commune. Mener un projet collectif d'intérêt général, c'est certainement sortir de sa zone de confort habituelle... mais, n'est-ce pas justement là que la magie s'opère?

INSPIRE: Pflegegeleitete integrierte Versorgung Baselland

Der Anteil an 80-jährigen Personen und älter wird im Kanton Basel-Landschaft zwischen 2013 und 2040 um 79% zunehmen. Ein innovatives Versorgungsmodell soll ihre Bedürfnisse bestmöglich abdecken.

Mit der Einführung eines neuen Altersbetreuungs- und Pflegegesetz hat der Kanton die Grundlagen für ein zukunftsweisendes Versorgungsmodell von älteren Personen gelegt. Das Gesetz verlangt, dass sich die Gemeinden zu Versorgungsregionen zusammenschliessen und pflegegeleitete Informations- und Beratungsstellen zu Fragen der Betreuung und Pflege im Alter implementieren.

Ziele und Zielpublikum

Das INSPIRE-Projekt hat zum Ziel, ein integriertes Versorgungsmodell für ältere Personen zu gestalten und einzuführen (siehe Grafik). Der Fokus liegt auf der Rollenentwicklung der Pflegefachperson in der Informations- und Beratungsstelle, die idealerweise eine Advanced Practice Nurse (APN) ist. Der Erfolg der Implementierung wird auf Personen-, Leistungserbringer- und Systemebene evaluiert.

Der Fokus liegt auf Personen, bei denen ein Risiko für Funktionsverlust, Hospitalisierung oder Institutionalisierung besteht. Die Identifikation der Risikogruppen erfolgt per Definition (z. B. alle älteren Personen, die nach einer ungeplanten Hospitalisation aus dem Spital entlassen wurden) oder durch ein Screening der gesamten älteren Bevölkerung mit einem kurzen und einfach anzuwendenden Screening-Tool.

Das INSPIRE-Versorgungsmodell

Ältere Personen, die als gefährdet gelten, werden von der APN in der Informations- und Beratungsstelle einem umfassenden geriatrischen Assessment (CGA) unterzogen. Rubenstein et al. (1991) definieren das CGA als «einen multidimensionalen und interdisziplinären diagnostischen Prozess, der darauf abzielt, die medizinische, psychologische und funktionelle Fähigkeit einer gebrechlichen Person zu bestimmen, um einen koordinierten und integrierten Plan für die Behandlung und langfristige Nachverfolgung zu entwickeln». Ausgehend von diesem Assessment wird die APN einen individualisierten Pflege- und Behandlungsplan erstellen, der die Ziele und Bedürfnisse unter Einbezug der wichtigsten interprofessionellen Gesundheitsversorger und Gesundheitsfachpersonen abbildet.

Evidenzbasierte Protokolle, die auf die häufigsten geriatrischen Syndrome anwendbar sind, werden verfügbar gemacht. Die Umsetzung dieser Protokolle wird durch alle Verantwortlichen des gesamten Betreuungsteams gewährleistet und durch die APN koordiniert.

Dr. Mieke Deschodt & Azra Karabegovic,
Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel, und das INSPIRE-Konsortium (Sabina De Geest, Andreas Zeller, Nicole Probst-Hensch, Matthias Briel, Matthias Schwenkglens, Eva Blozik, Franziska Zúñiga)

www.inspire-bl.unibas.ch

Kontakt: Mieke Deschodt, mieke.deschodt@unibas.ch

Überweisungen an Dienstleister, Beratung und Koordination werden ebenfalls Teil der Nachsorge sein.

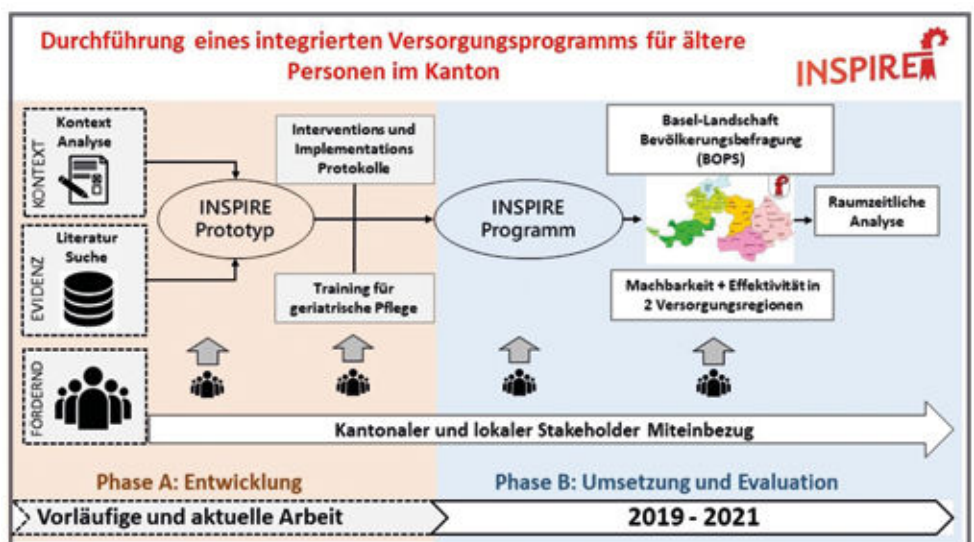
Partnerschaften und Finanzierung

INSPIRE ist ein interprofessionelles Projekt des Departements für Public Health der Universität Basel (Institut für Pflegewissenschaft, Swiss TPH, Basel Institut für Klinische Epidemiologie & Biostatistik, Institut für Pharmazeutische Medizin, Institut für Hausarztmedizin). Zusammen mit dem Kanton Basel-Landschaft und der Ärztesgesellschaft Baselland geht es die Herausforderungen der zunehmend alternden Bevölkerung an. Das Projekt dauert von September 2017 bis Dezember 2020 und wird vom Swisslos-Fonds Baselland und der Velux Stiftung unterstützt.

INSPIRE wird massgeblich zur klinischen Praxis und Gesundheitspolitik beitragen, indem es ein effektives integriertes Versorgungsmodell entwickelt. Dieses wird über das Potenzial verfügen, in grossem Umfang eingesetzt zu werden. Der weitere Ausbau einer gut durchdachten Implementierungsforschung kann zu einer kostengünstigeren öffentlichen Gesundheitsversorgung, klinischen Verfahren und Programmen beitragen.

Literatur

- Rubenstein, L.Z., Stuck, A.E., Siu, A.L., Wieland, D. (1991) Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. Journal of the American Geriatrics Society, 39(9), 8S-18S
- World Health Organisation – Regional Office for Europe (2016). Integrated care models: an overview.



Soutenir la transformation du système de santé

La fragmentation de notre système de santé est un défi pour répondre aux besoins complexes des patient-e-s. Or, les professionnel-le-s ont des propositions pour y réagir que l'Association PRISM contribue à concrétiser.

Différents facteurs rendent complexe la prise en charge de certain-e-s patient-e-s, par ex. polymorbidité, chronicité, difficultés socio-économiques, isolement social, épuisement des proches, multiples intervenants. Il est indispensable que notre système de santé évolue vers plus d'intégration des soins, en se concentrant sur quatre axes: a) travail en équipe interprofessionnelle, b) clarification des rôles des patient-e-s, des proches et des professionnel-le-s, c) nouveaux moyens de communication, d) systèmes de remboursement alternatifs.

Créée en 2009, l'Association PRISM vise à soutenir l'intégration des soins pour les malades présentant des besoins complexes par la mise en place d'une équipe composée du patient, de ses proches et des professionnels de la santé. Cette équipe interprofessionnelle est caractérisée par des processus interactifs (réunions de planification des soins, mise en place d'un plan commun de prise en charge) et dynamiques (suivi coordonné, outils informatiques partagés). Ils favorisent l'autonomie des patient-e-s et les aident à atteindre des résultats de santé optimaux.

Soutenue par des fonds privés, PRISM est une association sans but lucratif, qui se compose d'un comité de sept personnes provenant de différentes institutions genevoises (Hôpitaux Universitaires, Cité générations, Institution de maintien à domicile, Faculté de médecine, Association des médecins) et de deux employés.

L'approche de PRISM est essentiellement catalysatrice: PRISM ne suit pas de patient mais travaille en partenariat avec différentes organisations ou professionnels. Ces partenariats, formalisés de différentes manières, créent des dynamiques de diffusion de l'innovation basées sur l'addition des compétences de terrain, de santé publique et de gestion du changement.

Les méthodes de PRISM s'inspirent de la recherche-action [1], selon une approche cyclique:

1. Approche bottom-up: les obstacles et les facilitateurs à l'implantation de la prise en charge interprofessionnelle des patient-e-s avec besoins complexes sont identifiés dans différents contextes;

Séverine Schusselé Filliettaz, Infirmière/MSc;
Dr méd. Nicolas Perone, Association PRISM –
Promotion des réseaux intégrés des soins aux malades

www.prism-ge.ch

Contact: severine.schussele@prism-ge.ch,
nicolas.perone@prism-ge.ch

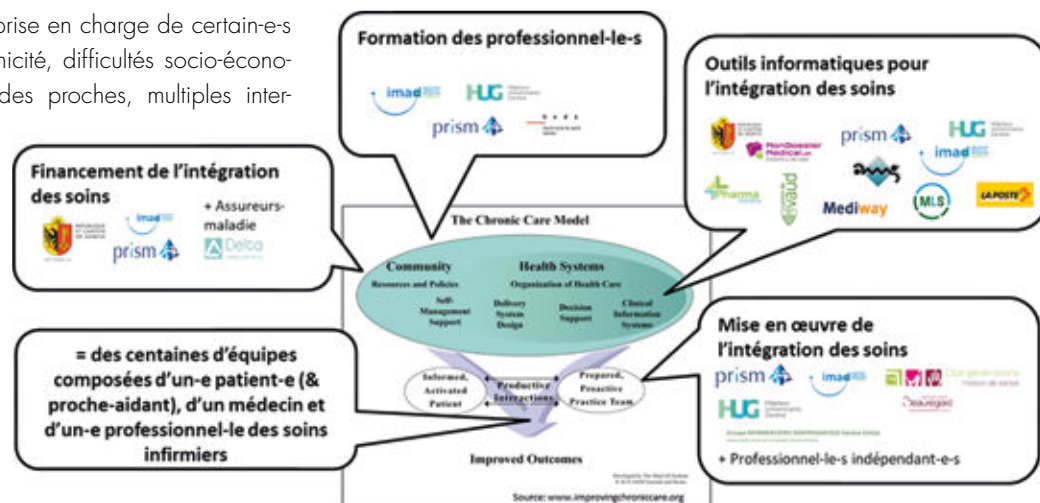


Figure 1. Vers un changement du système de santé pour plus d'intégration des soins: PRISM & ses partenaires

2. Approche top-down: l'analyse systémique de ces éléments, puis la co-construction de solutions macroscopiques avec d'autres partenaires, permettent ensuite de retourner ajuster ces solutions localement dans les différents contextes (Figure 1).

Ces méthodes itératives nécessitent des indicateurs de suivi en constante évolution, à même de révéler les avancées obtenues (ex: institutionnalisation des nouvelles pratiques d'intégration des soins [2], outils informatiques développés comme le plan de soins partagé [3]), tout comme les obstacles encore présents.

La spécificité de PRISM consiste à valoriser les bonnes pratiques et les initiatives existantes, à les renforcer ou à les ajuster en partenariat avec les institutions et les professionnels de Genève, afin de les rendre durables dans le système de santé.

Littérature

- Perone N, Schusselé Filliettaz S, Budan F, Schaller P, Balavoine J-F, Waldvogel F. Concrétiser la prise en charge interdisciplinaire ambulatoire de la complexité. *Rev Fr Santé Publique*. 2015;27(S1):77-86.
- Schusselé Filliettaz S, Moiroux S, Marchand G, Battaglia L. «UATm: de T comme temporaire à T comme transition». *Soins Infirmiers*, no. 10 (2017): 53-55.
- Schusselé Filliettaz S, Marjollet L, Perone N, Budan F, Rosemberg A. Le Plan de Soins Partagé informatisé. *Soins Infirm*. 2016;(10):72-3.

Die Balance suchen und finden

Wie kann eine Aktiengesellschaft die Bedürfnisse betagter Menschen erfüllen und gleichzeitig verantwortungsvoll, selbsttragend und zukunftsorientiert arbeiten? Die Thurvita AG hat dafür eine Strategie.

2013 fusionierten die Gemeinden Wil und Bronschhofen. Gleichzeitig wurde die Thurvita AG operativ, welche sechs Alters- und Pflegeheime, Pflegewohnungen und die Spitex aus der Region unter einem Dach zusammenführte. Ziel ist die Altersversorgung unabhängig von der Finanzierung durch die öffentliche Hand. Als gemeinnützige Aktiengesellschaft geht die Thurvita einen dritten Weg zwischen Privatisierung der Alterspflege und staatsnaher Organisation mit Defizitgarantie. Bei Thurvita nehmen die Gemeinden über ihre Vertretung im Verwaltungsrat Einfluss auf die Alterspolitik und gleichzeitig behält die Geschäftsleitung ihre unternehmerische Freiheit.

Aktionäre der Thurvita sind Wil, Niederhelfenschwil, Rickenbach und Wilen. Übernommen wurden 250 stationäre Heimplätze sowie rund 600 ambulant betreute Spitex-Klienten. Thurvita beschäftigte damals und heute 370 Mitarbeitende. Der Umsatz beträgt 29 Millionen Franken und in den letzten drei Jahren schloss Thurvita mit einem EBITDA von 1.5 bis 2 Millionen Franken ab.

Universal- statt Teilanbieter

Hilfebedürftige betagte Menschen müssen heute zwischen ambulanter, spitalexterner Pflege oder stationärem Heim wählen. Angebote dafür gibt es von privaten und staatsnahen Organisationen. Sie werden jedoch nicht aus einer Hand offeriert und sind auf einer starren, zeitlich linearen Achse angeordnet: Zuerst wird dem Klienten die Spitex empfohlen und ab einer gewissen Pflegestufe das Leben im Heim. Menschen mit speziellen Erkrankungen wie Demenz werden in bestehende Häuser integriert, welche die spezifischen Anforderungen nicht adäquat erfüllen.

Dem gegenüber positioniert sich Thurvita als Universalanbieter mit einem Netzwerk ineinander verzahnter Angebote. Betagte Menschen werden in ihrem letzten Lebenszyklus permanent und aus einer Hand begleitet. Die Beratung erfolgt zentral und die Lösungen werden mit der laufend veränderten Situation abgestimmt. Die Kunden wählen jene Hilfe, die zu ihrer Situation passt.

Thurvita Modell 2024

Als umfassender Dienstleister fördert Thurvita neben klassischer Spitex und stationären Angeboten drei Säulen:

Älter werden im Quartier: Alle Menschen sollen bis zu ihrem Lebensende zuhause wohnen können, selbst bei hohem Pflegbedarf. Geplant ist die Eröffnung des Quartierzentrums Bronschhofen für 2022. Realisiert werden 34 Wohnungen für Betagte, 42 Wohnungen für Familien oder Singles, sowie Läden und ein Restaurant. Integriert wird ein Spitex-Stützpunkt, der das Zentrum und das umliegende Quartier betreut.

Alard du Bois-Reymond, CEO Thurvita AG

www.thurvita.ch

Kontakt: Alard du Bois-Reymond,
alard.dubois@thurvita.ch

Die Architektur der Alterswohnungen erlaubt eine Pflege bis zum Lebensende und so die Aufhebung der heutigen Limiten der Krankenkassen für ambulante Leistungen. Das Projekt ermöglicht die Betreuung von Menschen mit einer Pflegestufe über 5 in ihren eigenen vier Wänden, weil die Alterswohnungen den gesetzlichen Bestimmungen für ein Pflegeheim entsprechen und die Sozialversicherungen die Dienste somit als stationäre Leistung anerkennen.

Thurvita Care: Im Alter führen Spitalaufenthalte oft zur Aufgabe der Selbstständigkeit und zum Eintritt ins Heim. Thurvita Care stellt sich gegen diesen Automatismus. In diesem Besinnungs- und Mobilisierungspool wird über den weiteren Weg entschieden. Massgebend ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Case-Managern, Ärzten, Pflegenden sowie Ergo- und Physiotherapeuten. Seit 2015 schaffte Thurvita Care in rund 60 Prozent aller Fälle eine Brücke vom akuten Spitalaufenthalt nach Hause.

Kompetenzzentrum Demenz: Bestehende Alters- und Pflegeheime sind selten geeignet für die Pflege dementer Menschen. Für 2022 hat Thurvita ein Kompetenzzentrum für 80 Demenz-Patienten geplant. In zehn familienähnlichen Wohngruppen zu je acht Personen haben die Patienten eigene Zimmer, die um einen zentralen Wohnraum mit «Feuerstelle» gruppiert sind, inklusive Zugang zu einer Gartenzone. Neu ist auch die fachübergreifende Zusammenarbeit von Fachleuten der Pflege, Verpflegung und Hausdienste, die gemeinsam mit den Bewohnenden ein Gefühl von Sicherheit und Behaglichkeit schaffen.

Tägliche Hausaufgaben

Kundenorientierung ist das zentrale Erfolgselement. Die durch Umfragen erhobene Zufriedenheit der Thurvita-Kunden ist überdurchschnittlich gross.

Neben den strategischen Herausforderungen muss die gemeinnützige AG eine gesunde wirtschaftliche Basis schaffen. Dazu gehören Ressourcenbewirtschaftung, konsequente Codierung erbrachter Leistungen, Optimierung der Bettenauslastung und damit die Senkung der normierten Pflegekosten. Dank solcher Leistungen erreichte das grösste Altersheim der Thurvita, der Sonnenhof, im letzten Jahr ein EBITDA von mehr als 13%. Die Thurvita AG ist zwar den Gemeinden verpflichtet, aber die Anforderungen an die wirtschaftliche Effizienz sind vergleichbar mit einer privaten Organisation.

Vaud joue pleinement son rôle de moteur

Pour répondre aux besoins d'une population vieillissante et afin d'apporter une réponse à l'urgence cohérente, Vaud soutien des projets novateurs. Le Pôle Santé du Pays-d'Enhaut s'inscrit pleinement dans cette dynamique.

Il est un fait avéré qu'à l'horizon 2035, le monde de la santé sera confronté à des défis auxquels il faut se préparer dès aujourd'hui. Le constat d'une population devenant toujours plus âgées avec des poly-morbidités toujours plus complexes va devenir le quotidien des soins à domicile, des établissements médico-social (EMS) et du monde hospitalier. C'est maintenant qu'il faut s'y préparer et le Canton de Vaud n'entend pas rester les bras croisés face à ce défi de société.

La planification vaudoise montre clairement qu'un besoin accru de 500 lits hospitaliers et de 3'500 lits en EMS seront nécessaires pour couvrir les besoins de la population vaudoise des 75 ans et plus. Tant pour des raisons financières que de ressources humaines, il n'est tout simplement pas possible de se lancer dans une course effrénée d'augmentation de la capacité d'accueil par la création de lits supplémentaires. Il faut adapter le modèle actuel, car si rien ne change, la situation sera ingérable. Ce phénomène est d'autant plus accentué dans les régions excentrées où la rareté des moyens (en personnel et financiers) est toujours plus prononcée.

La création d'un Pôle Santé au Pays-d'Enhaut, mettant l'accent sur une prise en charge coordonnée de proximité pour la population vieillissante, est une réponse à cette problématique. Repenser la coordination et les processus métier entre les diverses institutions locales afin de proposer à la population une prise en charge et des soins correspondants à leurs besoins de manière efficiente.

Des Pôles Santé pour les régions périphériques

Les 5'000 habitants du Pays-d'Enhaut bénéficient aujourd'hui d'un hôpital, de structures d'hébergement (EMS) et de soins à domicile (CMS). Chacun est régi par son propre fonctionnement, ses propres processus et son propre financement. Ces institutions travaillent pour ainsi dire en «silo». L'idée est de créer un Pôle Santé réunissant tout le monde sous un même toit avec une direction unique. Au delà de la volonté de faire des économies d'échelle et de simplifier les processus de prises en charge, il s'agit de se rapprocher de la population locale afin de lui garantir des soins et des prestations adaptées.

«Briser les silos» existants signifie également un besoin de changer les cultures d'entreprises et d'avoir une vision plus globale et plus large des besoins de la population. Il n'y aura plus qu'un seul employeur favorisant les synergies et un renforcement de la polyvalence des collaborateurs au travers d'une formation adéquate et soutenue. La priorité sera mise sur le renforcement des soins à domicile, en créant par exemple des équipes mobiles, afin de limiter le recours aux urgences et aux hospitalisations. Retarder l'entrée en EMS de 3 à 6 mois est également un objectif.

Eric Fatio, Président Pôle Santé du Pays-d'Enhaut

www.pole-sante.ch

Contact: Eric Fatio, eric.fatio@pole-sante.ch

Le Canton de Vaud s'investit déjà aujourd'hui dans la mise sur pied et la création de trois Pôles Santé. En plus de celui du Pays-d'Enhaut, le Balcon du Jura (Ste-Croix) et la Vallée de Joux vont pouvoir, grâce à un soutien financier de la Santé publique vaudoise, créer et en quelque sorte tester, ce modèle novateur de soins intégrés.

Une aide financière et une volonté politique

Non seulement Vaud aide financièrement ces projets régionaux, mais c'est aussi un soutien politique très clair que M. le Conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard envoie aux Pôles Santé et aux régions périphériques. Alors que nous vivons à l'heure des regroupements voire des fermetures d'hôpitaux, ici la volonté est clairement différente. C'est en maintenant localement des structures efficientes et proches de la population, couplées avec un fonctionnement novateur, que l'on pourra répondre aux défis qui attendent les générations futures.

Afin de faciliter la mise en place des Pôles Santé, les Réseaux de Santé (Réseau Santé Haut-Léman et Réseau Santé Nord-Broye) sont associés aux réflexions et aux actions qui en découlent. De plus, le renforcement des collaborations avec les centres hospitaliers régionaux (par ex. l'Hôpital Riviera Chablais) va compléter l'offre de soins grâce à leurs infrastructures, leur expertise et leurs compétences. On le voit, le Canton de Vaud se donne les moyens de garantir le succès de ses ambitions au profit de sa population. Enfin, les Communes qui accueillent les Pôles Santé sont également invitées à s'associer à ces projets, soit par un soutien financier soit en créant des conditions cadres favorables (par ex: mise à disposition de terrains, accueil de nouveaux médecins).

Der Mensch im Mittelpunkt, nicht Krankheiten

«Handeln, bevor über die Gemeinden hinweg gehandelt wird», war die Devise im Oberen Freiamt. Seither entwickelt sich hier eine Gesundheitsregion, die möglichst viele Versorgungspartner und die Bevölkerung einbeziehen will.

2008 trat im Kanton Aargau das neue Pflegegesetz in Kraft. Seither sind die Gemeinden für die ambulante und stationäre Langzeitpflege verantwortlich. Im Oberen Freiamt, ein Bezirk mit 19 Gemeinden, 36'000 Einwohnern und einem Spital, war man sich rasch bewusst, dass Handlungsbedarf besteht und die Zusammenarbeit in der Region verstärkt werden muss.

Im März 2016 startete die Vision «Gesundes Freiamt», ein regionales, bevölkerungsorientiertes Versorgungskonzept (Abbildung 1). Die zentrale Überlegung dahinter: Die wichtigste Voraussetzung, um Fachpersonen und deren Angebote besser zu vernetzen, ist gegenseitiges Vertrauen. Dieses Vertrauen wiederum ist in aller Regel dort am grössten, wo sich Menschen persönlich kennen: in der Region. Träger der Vision ist der Regionalplanungsverband Oberes Freiamt, in dem alle 19 Gemeinden vertreten sind. Leitungsgremium ist die Fachgruppe Alter und Gesundheit.

Im Interesse aller – Vorteile für alle

Die starke Zunahme an (hoch-)betagten, chronisch kranken, multimorbiden Patienten verlangt nach einer Neuorientierung des Versorgungssystems, wofür Regionen gute Voraussetzungen bieten: der Mensch (und sein Umfeld) im Fokus statt Diagnosen/Krankheiten; dauerhafte Betreuung statt nur Akutversorgung; interprofessionelle Teams statt Arztzentrierung; verbindliche Vernetzung der Versorgungspartner (inklusive eHealth); starker Einbezug der Patienten; Verbindung des Medizinisch-Pflegerischen mit dem Sozialen (Gemeinden!).

Hans-Peter Budmiger, Gemeindepräsident Muri/AG, und die Fachgruppe Alter und Gesundheit
www.gesundes-freiamt.ch

Kontakt: Hans-Peter Budmiger, hp.budmiger@muri.ch

Mittlerweile sind zwei Projekte im Gange: Das eine («daHeim») bezweckt, dass die Pflegeheime in der Region ihre Angebote aufeinander abstimmen und Qualitätskriterien erfüllen, die gemeinsam erarbeitet wurden. Das andere («Drehscheibe Gesundes Freiamt») ist eine Informations-, Beratungs- und Triage-Stelle für Menschen aller Generationen, die Fragen haben zur Begleitung im häuslichen Umfeld und zur Pflege im Alter. Damit soll gewährleistet sein, dass pflege- oder betreuungsbedürftige Menschen jederzeit am geeigneten Ort sind.

Aus der Zukunftswerkstatt im August 2017 ergab sich der Massnahmenplan 2018-20 mit drei Handlungsfeldern:

- Handlungsfeld 1: Drehscheibe Gesundes Freiamt. Ziel: Ihre Dienstleistungen sind bei allen Zielgruppen bekannt und werden entsprechend genutzt. Die Finanzierung ist gesichert.
- Handlungsfeld 2: Bevölkerung im Oberen Freiamt. Ziel: Sie nutzt die Angebote des Gesunden Freiamts (z.B. Aktion «xond und boschper») und/oder engagiert sich dafür (z.B. Freiwilligenarbeit).
- Handlungsfeld 3: Wohnen im Alter. Ziel: Im Oberen Freiamt entsteht eine Wohnform für Menschen über 60 mit Modellcharakter.
- Handlungsfeld 4: Medizinische Grundversorgung. Ziel: Sie ist im Oberen Freiamt gewährleistet (inkl. Notfälle).

Eigenes Versicherungsmodell

Das enorme Potenzial solcher Gesundheitsregionen zeigt sich im «Gesunden Freiamt» mit einem Blick ins Jahr 2025:

- Es besteht ein eigenständiges Versicherungsmodell «Gesundes Freiamt». 12 Versicherer bieten dieses an und decken damit 90 Prozent der Bevölkerung ab.
- Das Projekt «Integrierte Geriatrie Freiamt» läuft im dritten Jahr und hat einen Leistungsauftrag des Kantons. Träger ist eine Betriebsgesellschaft, gegründet von den beteiligten Leistungserbringern.
- Für 500 Franken (einmalig) gehört man zur Genossenschaft Gesundes Freiamt und profitiert von Vergünstigungen bei über hundert Veranstaltungen, hauptsächlich Kurse und Vorträge.
- Mehr als die Hälfte der Bevölkerung hat ein elektronisches Patientendossier.
- Wer seine Bewegungskilometer (zu Fuss oder per Velo) mit einer Smartwatch erfasst, profitiert von Rabatten bei Partner-Firmen des Gesunden Freiamts.



Abbildung 1: «Gesundes Freiamt» auf einen Blick

Projet anticipé des soins: un modèle pour des soins intégrés

Mettre à disposition des repères communs aux professionnels de santé et permettre au patient de décider, de manière libre, éclairée, et anticipée des objectifs qu'il souhaite donner à sa prise en charge, renforce les soins intégrés.

Réunissant l'ensemble des acteurs du système de santé (Établissements Médico Sociaux, Soins à Domicile, Soins aigus et de Réadaptation, Médecins de Famille et Associations), le Réseau Santé Région Lausanne (RSRL) a lancé en 2017 et à la demande de ses membres, le projet «Projet Anticipé des Soins» (PAS; Figure 1). Il vise à:

- Élaborer des repères et processus communs aux acteurs du système de santé visant la planification des soins (care planning), y compris en anticipation d'une incapacité de discernement (advance care planning).
- Accorder l'ensemble des acteurs du système de santé autour d'objectifs de soins communs permettant de traduire les décisions du patient.

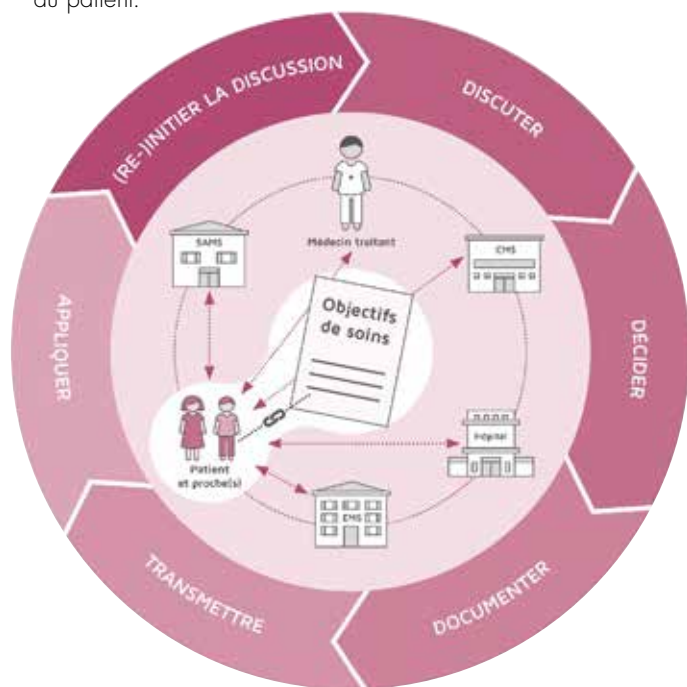


Figure 1. Modèle inspiré par les niveaux de soins utilisées dans les établissements de santé du Québec

Calendrier et étapes prévues

Étape 1 (01.2018 – 06.2018): Assurer un état des lieux nous ayant permis de connaître notamment:

- Par un questionnaire les pratiques actuelles des membres du réseau en lien avec les Directives Anticipées et l'intégration des patients dans la définition de leur objectif de soins: 73% des professionnels pensent que les usagers de leur structure ont besoin d'être encouragés et accompagnés dans leur rédaction de Directives Anticipées.
- Par différentes publications, les concepts déjà existants pouvant servir de base de réflexion et de conception, dont

Philippe Anhorn, Directeur, Réseau Santé Région Lausanne; **Mathilde Chinet**, Responsable des projets; **Lila Devaux**, cheffe de projet

www.reseau-sante-region-lausanne.ch/projet-anticipe-des-soins-pas

Contact: Philippe Anhorn, philippe.anhorn@rsrl.ch

nous tirons les principes suivants: mettre en place un processus de communication patient proche professionnel; identifier les valeurs, les attentes et les souhaits des patients; avoir une documentation uniforme et des repères communs entre les acteurs du système de santé.

- Des entretiens afin d'identifier la vision de ce que pourraient être ces repères et ce processus communs

Étape 2 (07.2018 – 06.2019), premier semestre 2019: Concevoir et tester un concept de PAS partagé en réunissant lors de groupes de travail les différents représentants des membres et partenaires du Réseau. L'objectif étant de: concevoir des objectifs de soins communs à l'ensemble des acteurs du système de santé; identifier les objectifs de chacune des étapes du processus de communication; identifier les bonnes pratiques et contenus pour la discussion et la détermination permettant une décision libre et éclairée du patient ainsi que son empowerment; création d'outils d'aide à la réflexion, et de sensibilisation; création de formation.

Étape 3 (dès 07.2019): Implanter auprès des membres du Réseau une pratique transversale de PAS et les outils nécessaires à sa mise en œuvre.

Effets attendus et perspectives

Le PAS a pour but de:

- Renforcer le rôle du patient comme acteur de sa santé en lui permettant de prendre des décisions de manière libre et éclairée et également en permettant que ces décisions soient respectées par les différents acteurs du système de santé.
- Permettre aux professionnels d'avoir, tout au long du parcours de santé du patient, des repères communs leur permettant de proposer au patient la prise en charge la plus adaptée possible à ses volontés.
- Diminuer les actes inutiles car non souhaités et pouvant être perçus par le patient comme ayant trop d'impact négatif sur sa qualité de vie.

Littérature

- Rossignol, M. Boothroyd, L. (2016). Les niveaux de soins, normes et standards de qualité. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Québec.
- Judith A C Rietjens et al., on behalf of the European Association for Palliative Care. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol* 2017;18:e543–51.

Regionale Netzwerke für klinische Forschung

Patientinnen und Patienten sollen überall in der Schweiz Zugang haben zu innovativen Krebstherapien. Dies mit dem Fokus: Optimierung der Behandlung, Verminderung von Nebenwirkungen, Stärkung der Lebensqualität.

Oncosuisse, ein Zusammenschluss von sieben Organisationen aus dem Krebsbereich, hat vom Dialog Nationale Gesundheitspolitik den Auftrag erhalten, die Nationale Strategie gegen Krebs NSK bis 2020 weiterzuführen. Das Thema Koordination ist einer der Schwerpunkte der NSK und so bestehen verschiedene Vernetzungsprojekte [1].

Das Projekt «The SAKK Initiative for Regional Networks» der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für klinische Krebsforschung SAKK baut auf die Tatsache auf, dass klinische Studien als Teil der üblichen onkologischen Behandlung durchgeführt werden. Gerade die häufigsten Krebsarten, die nicht in spezialisierten Zentren behandelt werden müssen, können nur sinnvoll erforscht werden, wenn die Leistungserbringer möglichst gut vernetzt sind und interdisziplinär zusammenarbeiten.

Kleinere Spitäler würden besonders profitieren

Angesichts von neuen Entwicklungen in der Krebsbehandlung und der Notwendigkeit kontinuierlicher Optimierung der Therapien nehmen klinische Studien auch Fragen zur Vorsorge, Nachsorge, Gesundheitsökonomie und Lebensqualität auf. Aus diesem umfassenderen Forschungs- und Behandlungsansatz, der dem Patienten/der Patientin folgt, ergibt sich die Notwendigkeit, in Netzwerken zu kooperieren.

Träger der SAKK sind das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation SBFI, die Krebsliga Schweiz sowie die Stiftung Krebsforschung Schweiz. Die SAKK hat 20 Spitäler als Mitglieder; jedes Zentrum hat ein Einzugsgebiet von 300'000 bis 400'000 Einwohnern, was für klinische Studien eher gering ist [2]. Gerade kleinere Spitäler, die ihren Hauptfokus auf die optimale lokale Versorgung und Nachsorge der Patientinnen und Patienten legen, betreiben oft keine klinische Forschung, obwohl sie Patientinnen und Patienten betreuen, welche sich für klinische Studien qualifizieren würden bzw. von ihnen profitieren könnten.

Vernetzte Forschung – vernetzte Patientenversorgung

Hürden sind neben dem Mengengerüst auch der administrative Aufwand, regulatorische Vorgaben, Datamanagement, Reisekosten und der zusätzliche Zeitaufwand des Studienpersonals. Dies führt in der Konsequenz dazu, dass Patientinnen und Patienten, die in einer lokalen Versorgung gut aufgehoben sind, in ein Universitätsspital oder Zentrumsspital wechseln müssen, um an einer klinischen Studie teilzunehmen. Prof. Dr. Roger von Moos, Präsident der SAKK, vertritt – frei zitiert – die Meinung, dass «die Daten wandern sollten und nicht die Patienten».

Dr. Catherine Gasser, Co-Leitung Gesamtprojekt
Nationale Strategie gegen Krebs NSK

www.nsk-krebsstrategie.ch

Kontakt: Catherine Gasser,
catherine.gasser@nsk-krebsstrategie.ch

Ziel ist es also, durch Vernetzung kleinerer Versorgungseinheiten mit SAKK-Mitgliedern mehr Patientinnen und Patienten in klinische Studien einzubeziehen und somit die Zugangsgerechtigkeit unter allen Betroffenen zu fördern – unabhängig vom lokalen Behandlungsort. Dadurch würde für die kleineren Spitäler der administrative Aufwand abgebaut und die Patienten hätten Zugang zu innovativen Behandlungsformen. Gleichzeitig würden die SAKK-Zentren gestärkt und die klinische Krebsforschung könnte insgesamt effizienter ablaufen. Gleichzeitig würde auch die Patientenversorgung von der Vernetzung profitieren – ganz im Sinne der integrierten oder koordinierten Versorgung.

Klar definierte Voraussetzungen

Angesichts der unterschiedlichen kantonalen Rahmenbedingungen werden sich je nach Region unterschiedlich ausgestaltete Netzwerke bilden müssen. So kann zum Beispiel ein Zentrumsspital mit kooperierenden Konsiliarspitälern zusammenarbeiten. Oder einzelne «Subinvestigatoren» an Netzwerkstandorten arbeiten mit «Principal Investigators» in Zentrumsspitalern zusammen. Es kann auch sein, dass ein Netzwerkstandort zum eigentlichen Studienzentrum wird und die SAKK nur fachliche Unterstützung und Schulung für den Aufbau anbietet.

Die grundsätzlichen Voraussetzungen, um sich an einem Studiennetzwerk zu beteiligen, sind generell gültig und klar definiert: In der zweijährigen Projektphase geht es darum, dass Forschungsnetze entstehen und sich verpflichten, 5 bis 10 Patienten pro Jahr in klinische Studien einzubringen. Dazu sind Netzwerkverträge abzuschliessen, das geeignete Personal zu bestimmen, das Forschungsteam zu schulen, die IT-Infrastruktur bereitzustellen und sich gegenüber der SAKK als Forschungsgemeinschaft zu bekennen. Sind diese Kriterien erfüllt, kann eine finanzielle und fachliche Unterstützung durch die SAKK erfolgen.

Die Krebsliga Schweiz unterstützt dieses Projekt. Die Nationale Strategie gegen Krebs wird die Umsetzung begleiten und über die Ergebnisse der Projektevaluation informieren.

Literatur

- 1 Umsetzungsplan Nationale Strategie gegen Krebs 2014-2020. Projekte und Aktivitäten 2018-2020
- 2 <https://www.sakk.ch/de>

Le portefeuille de prestations

Activités internes – exclusivement pour les partenaires fmc

Comité stratégique

Le Comité stratégique est ouvert à nos Partenaires-or. Il forme un vaste réseau d'experts et reflète le développement thématique du fmc. S'il y a lieu, il participera à la conception des activités sélectionnées.

Les discussions de fond

Lors des discussions de fond, on présente et discute de concepts de soins innovants, de travaux scientifiques ou d'initiatives politiques ainsi que des travaux d'experts. Ces discussions permettent un échange approfondi dans une atmosphère conviviale, et créent les conditions idéales à de fructueux dialogues. Les sujets à l'ordre du jour sont inspirés de l'actualité ou suggérés par nos membres. Ces discussions sont organisées trimestriellement, en marge des réunions du comité stratégique. En règle générale, elles ont lieu lors des réunions du comité stratégique.

Club fmc – vivre l'innovation

Pour bien comprendre la structure et le fonctionnement des prestations sanitaires ou des concepts de soins innovants, il est important de les vivre au plus près et d'en discuter sur place avec les initiateurs. Une fois l'an, le fmc offre la possibilité à ses partenaires de découvrir la mise en œuvre pratique de prestations extraordinaires en termes de soins.

La plateforme de réflexion

Dans la plateforme de réflexion du fmc, des thèmes relatifs à l'intégration verticale sont abordés et modérés de façon interprofessionnelle. De cet échange entre Partenaires-or, experts et autres acteurs doivent naître des pistes de réflexion, voire même l'initiation de projets. Ce qui en ressort peut ensuite être mis à disposition d'autres utilisateurs. Les thèmes abordés sont suggérés par les partenaires.

Les voyages d'études

Comparer les différents systèmes en place dans le monde et analyser les approches de Best Practice dans le domaine de la santé publique est extrêmement important pour glaner de nouvelles idées de concepts de soins. C'est la raison pour laquelle le fmc et l'association allemande Bundesverband Managed Care (BMC) organisent, chaque année, au moins un à deux voyages d'études dans un pays jugé particulièrement intéressant du point de vue de sa politique sanitaire. Le nombre de participants est limité. Les personnes invitées sont les collaborateurs de nos Partenaires et Partenaires-or.

Les groupes de travail et groupes régionaux

Les positions du fmc ou sujets développés concernant les soins intégrés sont d'abord discutés avec nos membres avant d'être publiés. Le travail de développement s'effectue avec flexibilité lors de réunions, conférences téléphoniques ou visioconférences, ou encore par courriel. Le fruit de ce travail est ensuite présenté aux groupes cibles concernés sous la forme d'articles spécialisés, de discussions personnelles, via un travail médiatique ou encore des manifestations.



Activités externes

Symposium national des soins intégrés

Dans le cadre d'exposés liminaires, de présentations de projets et d'ateliers, des professionnels de renommée nationale et internationale ont mis en lumière les facteurs de réussite et les défis en matière d'amélioration de la compréhension entre les professions, entre les différents secteurs de la prise en charge et concernant les nouvelles conditions cadres ou les évolutions techniques. Avec plus de 300 participants, le Symposium fmc s'est imposé comme une plateforme unique pour le dialogue interprofessionnel.

Matière à réflexion du fmc

Par le biais de la série de publications Matière à réflexion, le fmc souligne son ambition de devenir une force motrice et un centre d'excellence en matière de soins intégrés en Suisse. Les différentes éditions sont disponibles en version papier ou en téléchargement, et rendues accessibles au plus grand nombre possible de décideurs du secteur de la santé et de la vie politique.

Prix d'encouragement du fmc

Le prix d'encouragement du fmc vient récompenser les projets novateurs sous forme d'incitation financière. Sont éligibles les projets et concepts favorisant la mise en réseau et la collaboration interprofessionnelles et intersectorielles. Le comité stratégique du fmc nomme trois projets parmi les travaux proposés. Le vainqueur est choisi par les participants lors du Symposium national pour les soins intégrés. Le prix est doté de 15'000 francs suisses.

Magazine spécialisé en ligne impulsions fmc et entretien fmc

Notre magazine spécialisé en ligne «impulsions fmc» fournit avec compétence quatre à cinq fois par an des informations fondées sur les évolutions, les défis et les solutions actuels en matière de soins intégrés. L'abonnement est gratuit. Les articles se rapprochent le plus possible de la pratique et s'adressent à tous les partenaires de soins (prestataires, représentants des patients, organismes payeurs, autorités, politiques ainsi que représentants des secteurs de la formation et des sciences). En alternance avec les numéros de «impulsions fmc», les abonnés reçoivent des entretiens avec des spécialistes confirmés sur des sujets d'actualité.

www.fmc.ch

Notre site Internet présente d'une part les prestations et produits du fmc, et donne d'autre part des informations actuelles concernant les soins intégrés. L'ensemble est approfondi par des bases solides et indépendantes pour une amélioration de la coordination et de la mise en réseau du système de santé: processus de traitement et de prise en charge, autonomisation des patients, financement du système, rémunération des prestations, formation, recherche, politique.

Collecte de données et expertise

Le fmc collecte et publie régulièrement des données quantitatives et qualitatives sur la diffusion et l'élaboration des soins intégrés en Suisse. Des groupes d'experts du fmc rédigent des prises de position fondées sur des thèmes de politique de santé et des questions choisies en matière de soins intégrés.

Les soutiens du fmc

Partenaires-or



Science For A Better Life



Helsana



medbase



sana**care**



zur *Rose*

Partenaires

Ctésias SA

eastcare AG

hawadoc AG

Meconex AG

Medgate AG


MediService AG

MSD Merck Sharp & Dohme AG

Sandoz Pharmaceuticals AG

Vivre la diversité

Le fmc est plus diversifiée que toute autre organisation dans le système de soins. Les acteurs apportent leurs perspectives différentes dans le développement des soins intégrés et renforcer ainsi l'importance de nos activités. Nous tenons à remercier tous les membres et partenaires de coopération pour leur soutien, leurs suggestions et leur participation active à de nombreuses discussions constructives et axées sur des solutions.



Le fmc forum suisse
des soins intégrés
est une plateforme de réflexion
et d'anticipation.
Rendez-nous visite sur fmc.ch

