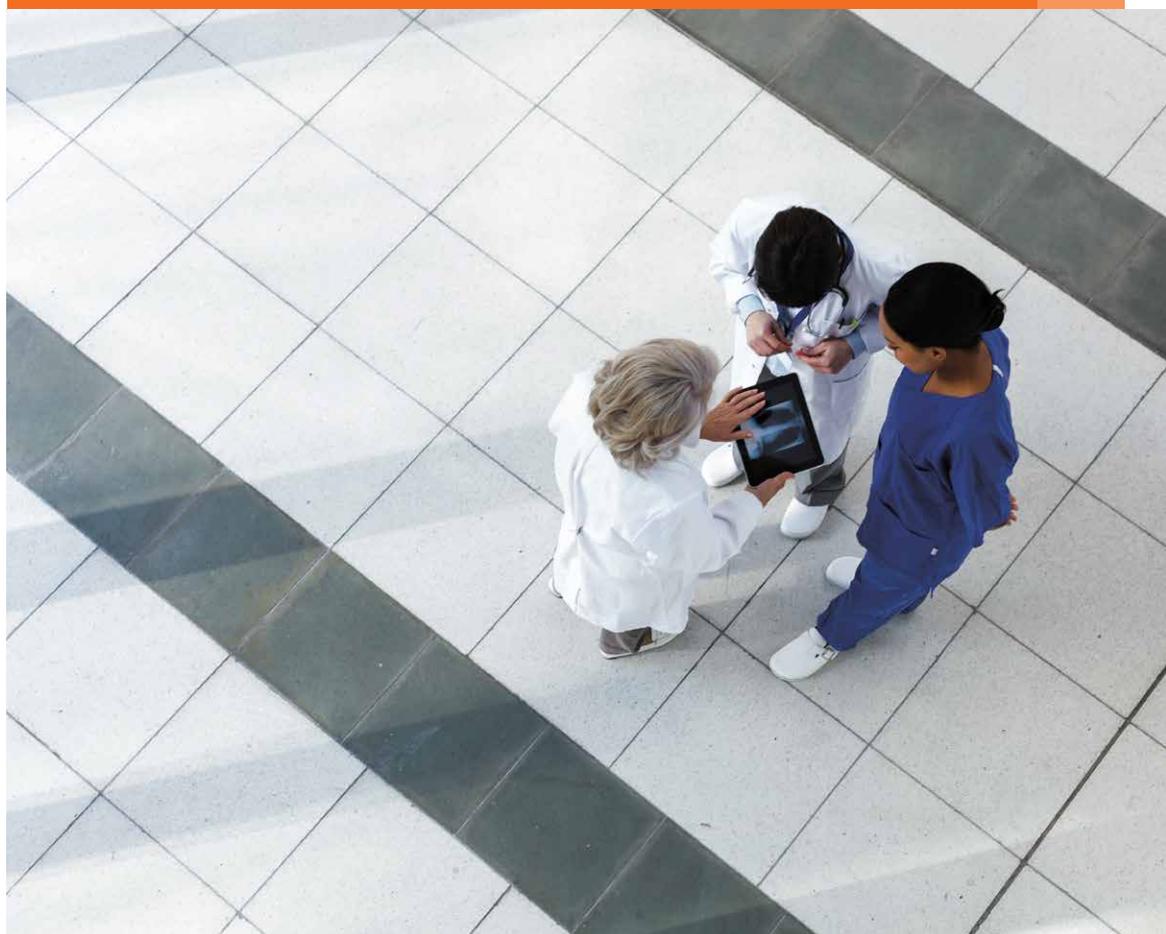


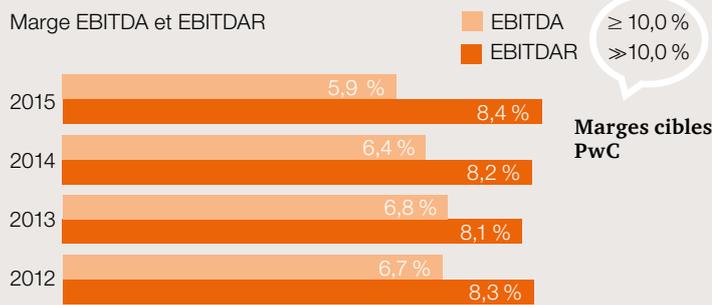
Hôpitaux suisses : santé financière 2015

*Une comparaison des
principaux indicateurs de
28 hôpitaux suisses et
11 établissements psychia-
triques suisses entre 2012
et 2015*



Situation financière des hôpitaux de soins aigus analysés de 2012 à 2015

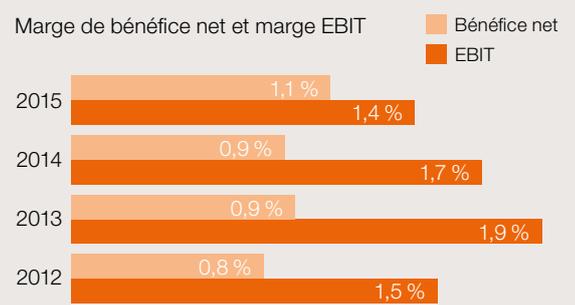
Marge EBITDA et EBITDAR



↘ **Marge EBITDA en légère baisse**

→ **Marge EBITDAR stable**

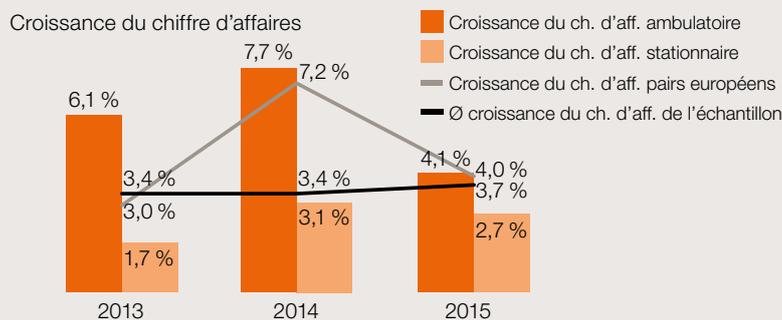
Marge de bénéfice net et marge EBIT



↗ **Marge de bénéfice net en légère hausse**

↘ **Marge EBIT en recul**

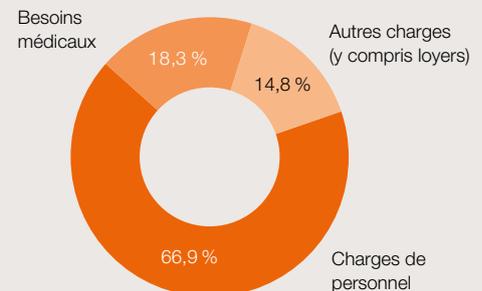
Croissance du chiffre d'affaires



↗ **Croissance ambulatoire disproportionnée**

→ **Croissance stationnaire toujours positive**

Coût en % des coûts globaux 2015



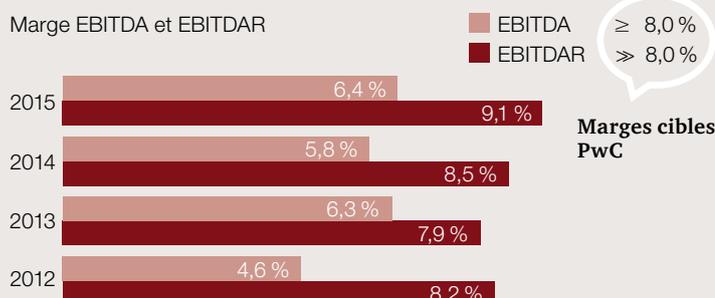
→ **Charges de personnel stables**

CONCLUSION

- De nombreux hôpitaux de soins aigus n'atteignent toujours pas la valeur cible de 10,0 % que nous avons déduite pour la marge EBITDA. La valeur cible pour la marge EBITDAR est, selon le contrat de location, nettement supérieure à 10,0 %.
- Les hôpitaux de taille moyenne sont les plus rentables jusqu'à présent.
- Le nouveau financement hospitalier a conduit à une dynamique positive – toutefois jusqu'ici sans grandes incitations capables de réduire la croissance quantitative.
- Des modèles d'exploitation innovants dans le secteur (hospitalier) ambulatoire font leur apparition. Il faut mettre en place de bonnes incitations pour les hôpitaux afin de permettre et d'encourager ces innovations.

Situation financière des établissements psychiatriques analysés de 2012 à 2015

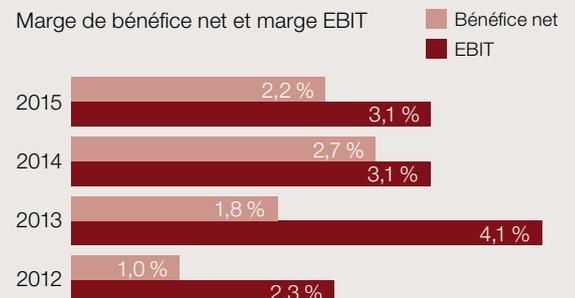
Marge EBITDA et EBITDAR



↗ **Marge EBITDA en hausse**

↗ **Marge EBITDAR en légère hausse**

Marge de bénéfice net et marge EBIT



↗ **Marge de bénéfice net en hausse**

↗ **Marge EBIT en hausse**

CONCLUSION

- La situation économique des hôpitaux analysés semble légèrement meilleure que celle des hôpitaux de soins aigus.
- La pression économique augmente aussi pour les établissements psychiatriques.
- L'avenir est incertain en raison des effets non prévisibles de l'introduction de TARPSY.
- La consolidation conduira à des coopérations, des alliances et des fusions.

Introduction

Chère lectrice, cher lecteur,

La dynamique du secteur hospitalier suisse ne tarit pas, comme en témoignent l'introduction de nouveaux modèles d'exploitation, la consolidation des structures, la réorientation des offres et l'optimisation des processus. Des contraintes de financement toujours plus efficaces, visant une concurrence régulée, soutiennent le mouvement.

La présente étude, la cinquième depuis 2011, brosse un tableau des indicateurs financiers des hôpitaux suisses en 2015. Après avoir dressé un bref état des lieux, nous commentons les marges qu'un hôpital devrait réaliser pour atteindre un succès durable. Rendez-vous au [chapitre 1](#) pour en savoir davantage.

Les ratios financiers de la médecine somatique aiguë hospitalière, tels que la marge EBITDA ou le taux de fonds propres et d'endettement, ont changé en 2015 par rapport aux années précédentes. Nous vous expliquons comment. Pour la première fois, nous avons analysé en détail la marge EBITDAR afin de fournir aux hôpitaux un ratio pertinent sur leur excédent brut avant loyer. Vous pourrez lire notre analyse au [chapitre 2](#).

Après avoir défini une série de ratios financiers de 2012 à 2015 et constaté la manière dont de nombreuses forces de marché ont pu se développer face à la concurrence régulée, nous sommes en mesure de porter un jugement sur le nouveau financement hospitalier. Une constatation s'impose d'emblée : bien des choses évoluent dans le bon sens. Pour autant, il faut envisager d'autres approches pour limiter la croissance quantitative. Le [chapitre 3](#) vous montrera lesquelles.

L'intégration de la psychiatrie dans la publication de l'année dernière a suscité de nombreux retours positifs. Les établissements psychiatriques se préparent aussi à des changements, avec la prochaine introduction de TARPSY. Le [chapitre 4](#) vous informe plus amplement sur les évolutions du marché de la psychiatrie.

Tant les hôpitaux de soins somatiques aigus que les établissements psychiatriques se demandent toujours comment améliorer encore les résultats opérationnels, eu égard à la pression économique croissante. Une approche systématique permet d'identifier les leviers pour le faire. Le [chapitre 5](#) vous dira comment.

Notre étude « Ambulatoire avant stationnaire – Ou comment économiser un milliard de francs par an » a fait sensation. Nous abordons dans la présente publication des modèles d'exploitation susceptibles de permettre aux hôpitaux de suivre la tendance à l'ambulatoire. Nous étayons notre propos par des exemples tirés de la pratique. Rendez-vous au [chapitre 6](#).

Enfin, vous trouverez au [chapitre 7](#) notre conclusion ainsi qu'un bref regard vers l'avenir.

Nous vous souhaitons une lecture intéressante.

Votre équipe PwC



Patrick Schwendener
Director, Head Deals Healthcare



Philip Sommer
Director, Head Advisory Healthcare

Sommaire

Quelques mots sur l'étude	6	4. Santé financière toujours plus importante pour la psychiatrie	30
1. État des lieux : le lancinant problème de l'EBITDA et de l'EBITDAR	7	La tendance à l'amélioration des marges se poursuit malgré une croissance poussive	31
Objectifs de marge EBITDA de PwC pour la Suisse	7	Entretien avec Erich Baumann : intégration horizontale et verticale dans le secteur de la santé comme levier d'optimisation des gains et d'augmentation de la qualité	32
Marges EBITDA en comparaison internationale	8	5. Amélioration des résultats	34
Les objectifs financiers demeurent inchangés et restent difficiles à atteindre	8	Identifier systématiquement le potentiel d'amélioration des résultats	34
2. Hôpitaux de soins aigus : croissance du chiffre d'affaires et rentabilité stagnante	10	Projets d'amélioration des résultats en quatre étapes	35
Croissance des revenus ambulatoires nettement supérieure aux stationnaires	10	Facteurs de réussite de la mise en œuvre	36
Croissance du chiffre d'affaires comparable en Europe	11	<i>Digression : benchmarking</i>	37
Les dépenses de santé augmentent en pourcentage du produit intérieur brut (PIB)	12	6. Ambulatoire avant stationnaire	38
La croissance quantitative se poursuivra	13	Le marché ambulatoire se développe	38
Des ratios de rentabilité qui piétinent toujours	13	Les hôpitaux se tournent davantage vers la mise en place de prestations ambulatoires	38
Les hôpitaux de taille moyenne sont les plus rentables	15	Défis dans le domaine ambulatoire	39
<i>Digression : calcul des coûts de location</i>	17	Le potentiel ambulatoire n'est de loin pas encore épuisé	39
Étude de cas : hôpital d'Uster, une offre de prestations complète grâce à une bonne coopération	19	<i>Étude de cas : hôpital universitaire de Zurich, modèles d'exploitation ambulatoires</i>	40
Stabilité des ratios de charges de personnel et autres charges	20	<i>Étude de cas : hôpital cantonal de Bâle-Campagne et hôpital universitaire de Bâle-Ville, un hôpital de jour pour des actes opératoires et interventionnels (TOP)</i>	43
Ratios du bilan toujours à un niveau satisfaisant	21	7. Conclusion et perspectives	44
<i>Digression : coup de projecteur sur les transactions dans la branche hospitalière</i>	21	8. Annexe	45
3. Le nouveau financement hospitalier	23	Échantillon	45
Objectifs et instruments du nouveau financement hospitalier	23	Valeurs médianes et valeurs moyennes	45
La réforme n'a pas entièrement atteint les objectifs	24	Ratios utilisés	46
Maîtrise de la croissance quantitative indispensable pour réduire les coûts	27	Bibliographie	46
Éliminer les incitations pernicieuses pour atteindre les objectifs de la révision de la LAMal	29	9. Contacts	47

Quelques mots sur l'étude

Comme les années précédentes, la partie quantitative de la présente étude se base sur les états financiers publiés par les hôpitaux retenus pour l'analyse. Concernant les années 2012 à 2015, nous nous sommes appuyés sur les derniers chiffres des rapports de gestion de 2013 à 2015, puisque les comptes ont été partiellement réajustés rétrospectivement. Un certain nombre d'institutions ayant adopté récemment les Swiss GAAP RPC pour leurs états financiers, il a été nécessaire de procéder à des ajustements rétroactifs. Pour analyser l'EBITDAR, nous avons demandé des informations complémentaires aux hôpitaux analysés lorsqu'elles n'étaient pas publiées avec suffisamment de détails dans les états financiers.

Nous avons concentré notre analyse sur les indicateurs suivants :

- EBITDAR
- EBITDA
- EBIT et bénéfice net
- Charges de personnel
- Charges médicales
- Taux de fonds propres
- Taux de liquidité

Notre étude se fonde sur des valeurs médianes, afin d'éviter les distorsions provoquées par les extrêmes. L'édition de cette année prend systématiquement en compte les marges EBITDAR pour établir une meilleure comparabilité des différents modèles d'exploitation à forte intensité de capital, notamment les différences concernant l'immobilier hospitalier. Les écarts moyens entre les marges EBITDAR et EBITDA sont nets, mais relativement stables. Une situation réjouissante pour le secteur hospitalier suisse.



1. État des lieux : le lancinant problème de l'EBITDA et de l'EBITDAR

c'est-à-dire le bénéfice d'exploitation avant amortissement (DA = Depreciation, Amortisation), intérêts (Interest), impôts (Tax) et loyers (Rent), est fixée nettement plus haut que l'objectif EBITDA. Il n'est donc pas possible de définir une valeur indicative générale pour ce ratio. L'illustration 1 reproduit la structure schématique d'un compte de résultat hospitalier.

La marge EBITDAR découle de deux facteurs. D'une part, du résultat des produits annuels déduction faite des coûts d'exploitation. D'autre part, et cela correspond à l'objectif de marge susmentionné, de différentes hypothèses sur le montant des objectifs pour atteindre un résultat nul pour le bénéfice net. L'illustration 2 propose une définition de la marge EBITDAR.

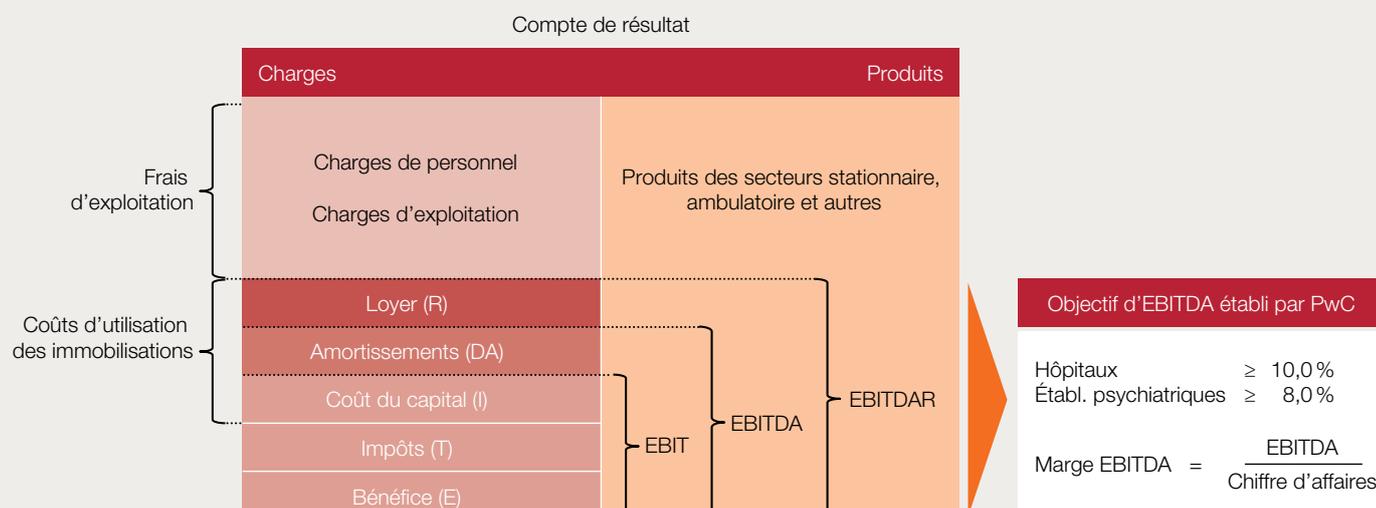
Objectifs de marge EBITDA de PwC pour la Suisse

Dans nos études précédentes, nous avons montré qu'il est possible de déduire un objectif de marge EBITDA pour la Suisse, en se fondant sur une rémunération conforme aux risques des fonds propres et étrangers (WACC) et sur une durée de vie moyenne des placements. Pour les hôpitaux de soins aigus, cette marge se situe à 10,0% au moins, pour les établissements psychiatriques à 8,0% au moins.¹ Par exemple, un hôpital qui loue ses locaux au canton n'aura pas d'amortissements ni de charges d'intérêts. À la place, il verse un loyer au loueur. En santé publique, on utilise en règle générale un loyer basé sur les coûts, car il n'existe pas de marché pour ce genre d'immeubles. Selon le bail, la valeur EBITDAR cible,

Illustration 2 : la marge EBITDAR, utilisation des installations et impôts

$$\text{Marge EBITDAR} = f \left[\begin{array}{l} \text{coûts du capital (WACC)} \\ \text{Ø durée de vie des installations} \\ \text{rotation du capital} \\ \text{loyers} \\ \text{impôts} \end{array} \right]$$

Illustration 1 : compte de résultat schématique d'un hôpital



¹ «Schweizer Spitäler: den Finanzen auf den Puls gefühlt» (Situation financière des hôpitaux suisses), PwC, 2012, et «Hôpitaux suisses : santé financière 2014», PwC, 2015.

Marges EBITDA en comparaison internationale

EBITDA et EBITDAR sont des valeurs d'analyse traditionnellement utilisées au niveau européen. EBITDA est la plus utilisée en raison de la plus grande disponibilité des données, et parce que les analystes financiers se concentrent typiquement sur cet indicateur. En 2015, la valeur médiane de la marge EBITDA d'hôpitaux européens cotés en bourse était de 10,5%. Dans les quatre ans à venir, les analystes attendent des marges EBITDA de près de 14,0%.² Cette comparaison est toutefois un peu courte. Les hôpitaux cotés en bourse ne sont pas comparables en tous points avec les hôpitaux publics en Suisse: Car ils peuvent davantage être gérés dans une perspective économique, subissent généralement moins de contraintes et doivent fournir moins de prestations de base. À l'inverse, le système de liste suisse implique, par exemple, que les hôpitaux figurant sur la liste doivent remplir certaines contraintes et missions. En conséquence et même si le taux de propriété privée est élevé, il existe une certaine dépendance aux cantons.³ Un grand nombre d'hôpitaux privés en Suisse n'en atteint pas moins des marges EBITDA nettement supérieures à celles des hôpitaux publics de notre échantillon. À l'étranger, le financement des infrastructures est en partie différent. Sans compter que les changements structurels et les réorientations y sont souvent plus rapides et plus profonds. Enfin, il faut prendre en compte le fait que les estimations des analystes se révèlent rétrospectivement souvent trop optimistes.

Dans l'ensemble, les ratios issus de la comparaison internationale n'en indiquent pas moins clairement qu'il existe encore un certain potentiel d'optimisation en santé publique. Même si la majorité des hôpitaux publics ne pourront pas atteindre des marges comparables à celles des hôpitaux privés, il existe des pistes à suivre dans le domaine public. Nous abordons au chapitre 5 une approche systématique visant à améliorer les résultats.

Notre étude montre que les résultats financiers ont considérablement augmenté en 2012 pour des raisons de système, mais que la tendance est latérale depuis. Notre première analyse systématique des marges EBITDAR conduit en revanche à une constatation réjouissante: depuis 2012, leur valeur médiane dépasse la marge EBITDA de presque deux points de pourcentage. Il n'en faudra pas moins d'autres améliorations pour assurer le financement durable de projets de rénovation. Le retour de ces mêmes thèmes chaque année au centre des préoccupations ainsi que l'augmentation régulière de la pression économique peuvent sembler décourageants. Pourtant, le secteur de la santé n'est pas le seul dans ce cas. De nombreuses autres branches se trouvent dans une situation similaire malgré des efforts d'optimisation fournis sans relâche depuis des années.

Les objectifs financiers demeurent inchangés et restent difficiles à atteindre

En matière de financement, de nombreuses entreprises fournissent des efforts d'optimisation et de couverture des taux. Certes, des taux bas influencent positivement la faisabilité de gros investissements. Reste à savoir comment l'environnement de marché actuel et futur influencera la réalisation des objectifs financiers. Nous livrons ici un *scénario du futur* (voir illustration 3 à la page suivante) à l'aide des principaux indicateurs du compte de résultat d'un hôpital:

- **Produits**: nous pensons que la pression sur les tarifs va se maintenir à un niveau élevé et qu'il ne sera pas possible d'imposer des rémunérations plus élevées. À long terme, nous considérons un développement stable, voire une croissance inflationniste, comme probables. Les prestations d'intérêt général (PIG) affichent une évolution négative. Les autres produits, majoritairement assumés par les patients eux-mêmes ou par leurs assurances complémentaires, recèlent encore un certain potentiel.
- **Charges d'exploitation**: du côté des charges, les frais de personnel sont aujourd'hui les plus lourds, ce qui ne devrait pas changer ces prochaines années. Certes, de nouvelles infrastructures et des processus automatisés peuvent accroître l'efficacité, mais les exigences en hausse et la pénurie générale de personnel restent importantes. En revanche, les charges d'exploitation, en particulier au niveau des charges médicales, détiennent encore un potentiel net d'économie, que des coopérations d'achat et une optimisation des stocks permettraient de mieux exploiter. Au total, les défis commerciaux et leurs conséquences financières pour les hôpitaux resteront importants à l'avenir.

² Ces estimations ne sont disponibles qu'au niveau de l'EBITDA et pas à celui de l'EBITDAR; base de données Capital IQ, octobre 2016.

³ «Vermeintliche Privatisierung, Klassenkampf am Spitalbett» (Prétendue privatisation, lutte des classes autour du lit d'hôpital), NZZ, 23 août 2016.

- **Coûts du capital**: on parle ici des changements effectués sur l'infrastructure et, simultanément, des coûts d'utilisation des installations. Eu égard au niveau historiquement bas des taux, nous partons du principe que les coûts du capital augmenteront à nouveau à long terme et que le capital non couvert renchérrira. Bien des projets d'investissement sur le long terme peuvent être financés aujourd'hui à un taux de 2,5 % ou moins, ce qui parle en faveur de la faisabilité financière. Un retour de la hausse des taux nécessiterait d'améliorer les marges en cas de financement ou de refinancement. C'est en effet la seule manière d'atteindre la viabilité financière de tels projets.
- **Durée d'utilisation des installations**: compte tenu de la durée d'utilisation moyenne de l'infrastructure hospitalière, nous considérons une diminution comme probable, car la part des investissements de construction pure se réduit au profit de celle de la technique informatique et médicale. Cette dernière augmente le substrat d'amortissement du fait de cycles de renouvellement relativement courts, ce qui nécessiterait une marge EBITDAR plus élevée. Une évolution que connaissent de nombreux hôpitaux suisses et européens qui investissent fortement dans l'informatique. Quant à savoir si ces investissements produiront le rendement nécessaire (ROI) en conduisant à des économies ou à un ralentissement de la croissance des coûts, la réponse nous parviendra ces prochaines années.
- **Rotation du capital**: la question de savoir si la rotation du capital – c'est-à-dire le rapport du chiffre d'affaires aux investissements – peut augmenter reste ouverte. Dans l'affirmative, l'impact serait positif. Car chaque franc investi générerait davantage de produits. Et donc, une marge EBITDAR légèrement inférieure (en pourcentage) suffirait pour couvrir les coûts d'utilisation des installations.

Dans le contexte économique actuel, les hôpitaux suisses doivent accroître l'efficacité de leurs investissements. Ces investissements ne doivent pas soutenir uniquement le modèle d'affaires actuel, mais aussi celui à venir. Eu égard aux hypertendances imminentes telles que la numérisation, la mutation démographique, les progrès médicaux et autres, les hôpitaux doivent prévoir des nouvelles infrastructures aussi souples que possible. D'un point de vue financier, ils devraient viser une large optimisation des processus clés (plus de détails au chapitre 5). Même s'il reste opportun et nécessaire de se concentrer sur l'optimisation des taux qui permet des économies importantes, cela reste toutefois largement insuffisant. Les hôpitaux qui poursuivent résolument leurs objectifs stratégiques et financiers sans céder aux chants des sirènes à court terme, vivent actuellement une période faste, où ils peuvent s'assurer à long terme des avantages concurrentiels. C'est pourquoi nous nous en tenons aux valeurs indicatives actuelles en matière d'objectifs financiers.

Illustration 3: scénario d'évolution des paramètres hospitaliers

Horizon		court	moyen	long
Exploitation 	Prix stationnaires et ambulatoires			
	Autres produits			
	Prestations d'intérêt général (PIG)			
	Charges de personnel			
	Autres charges d'exploitation			
	Infra-structure 	Coûts du capital		
	Ø de la durée d'utilisation des installations			
	Rotation du capital (chiffre d'affaires/capital investi)			



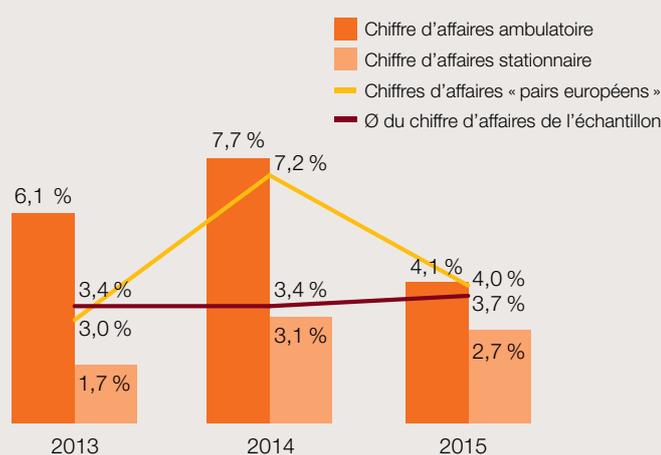
2. Hôpitaux de soins aigus : croissance du chiffre d'affaires et rentabilité stagnante

Croissance des revenus ambulatoires nettement supérieure aux stationnaires

La croissance annuelle du chiffre d'affaires des hôpitaux de soins aigus suisses était de 3,5 % ces trois dernières années. À titre de comparaison, durant la même période, la croissance du chiffre d'affaires a atteint 4,7 % en moyenne dans l'espace européen.

En valeur médiane, les hôpitaux de soins aigus suisses ont enregistré en 2015 une croissance du chiffre d'affaires de 3,7 %, soit à peine plus que les 3,4 % des années 2013 et 2014. À titre de comparaison, la croissance médiane du chiffre d'affaires avait été de 6,0 % en 2012, une valeur très distordue toutefois par l'introduction du nouveau financement hospitalier qui a influencé tout particulièrement les revenus stationnaires. Les revenus stationnaires déclarés avant 2012 n'étant que difficilement comparables à ceux réalisés après l'introduction du nouveau financement hospitalier, il n'a pas été possible de calculer un taux de croissance significatif pour 2012 (voir illustration 4).

Illustration 4 : croissance du chiffre d'affaires des hôpitaux de 2013 à 2015, en pourcentage



La comparaison entre prestations ambulatoires et stationnaires montre des taux de croissance nettement plus élevés pour les prestations ambulatoires. La majorité des hôpitaux suisses tablent sur une extension significative du secteur ambulatoire ces prochaines années et, ainsi, sur les taux de croissance correspondants. Notre étude publiée en 2016 « Ambulatoire avant stationnaire – Ou comment économiser un milliard de francs par an » s'est penchée plus en détail sur cette situation et fournit des chiffres concrets et une projection des conséquences financières.⁴

La croissance disproportionnée des prestations ambulatoires s'est un peu atténuée dans notre échantillon en 2015, même si elle reste une fois et demie plus rapide que celle du secteur stationnaire. À titre de comparaison : dans les années 2013 et 2014, la croissance ambulatoire était encore respectivement 3,0 et 2,5 fois supérieure à la croissance stationnaire. Malgré une base de croissance différente, la tendance à l'ambulatoire est en hausse nette. Les progrès médicaux et les futures adaptations tarifaires maintiendront cette tendance, et la croissance ambulatoire dépassera encore longtemps la croissance stationnaire. Une évolution qu'il faut soutenir. Car les interventions ambulatoires sont, d'une part, moins chères que les stationnaires et, d'autre part, généralement plus supportables pour les patients, du moins en ce qui concerne le suivi à la maison. Par ailleurs, les risques d'infection sont souvent plus faibles.⁵ Pour que le transfert conduise véritablement à des soins plus efficaces et moins chers, les solutions ne doivent pas être faussement incitatives, c'est-à-dire ne pas encourager les prestataires à augmenter les volumes. Elles ne doivent pas non plus associer gains d'efficacité et augmentation des volumes. C'est pourquoi les discussions portent notamment sur des approches comme l'introduction de forfaits de traitement ambulatoire pour certaines interventions, de forfaits SwissDRG sans nuitée, ou comme une régulation ciblée des volumes par la loi (voir chapitre 5). Enfin, le droit de choisir et l'information impartiale des patients sur toutes les options de traitement possibles par des professionnels sont très importants.

Selon l'association faitière des assureurs-maladie santé suisse, les coûts médicaux ambulatoires ont enregistré en 2015, avec 5,7 %, la plus forte hausse au sein des coûts de santé. Les coûts de traitements ambulatoires à l'hôpital ont augmenté de 3,2%.⁶ Les coûts ambulatoires sont entièrement supportés par les caisses maladie.

⁴ « Ambulatoire avant stationnaire – Ou comment économiser un milliard de francs chaque année », PwC, 2016.

⁵ « Zusatzversicherungen von Krankenkassen haben üble Nebenwirkungen » (Les assurances complémentaires des caisses maladie ont des effets secondaires indésirables), *Aargauer Zeitung*, 14 octobre 2016.

⁶ « Croissance ininterrompue des coûts des soins ambulatoires », santé suisse, communiqué du 16 septembre 2016.

Il n'est donc pas étonnant qu'il faille attendre une nouvelle hausse des primes d'assurance-maladie pour 2017, pouvant atteindre 6,0%. Les coûts cofinancés par les cantons dans le secteur stationnaire (au moins 55,0% à partir de 2017, selon la LAMal) n'ont augmenté quant à eux que de 1,9%. Pour éviter au maximum des incitatifs erronés dans ce domaine, nous estimons nécessaire d'envisager un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires.

Étant donné que, selon nos estimations, les prix n'ont guère augmenté ces dernières années, la hausse moyenne des coûts de 3,5% pour chacune des trois dernières années est majoritairement due à une croissance des volumes. En cas de nouvelle hausse de l'inflation et de sa répercussion sur les coûts de personnel et d'exploitation, des augmentations de prix et/ou d'efficacité seront nécessaires pour maintenir les marges stables.

Croissance du chiffre d'affaires comparable en Europe

En 2015, nous avons observé des chiffres de croissance comparables pour les hôpitaux européens cotés en bourse, souvent expliqués principalement par la mutation démographique. Certes, il s'agit d'un facteur qui contribue en partie à la croissance des coûts de santé, mais pas davantage que dans d'autres branches. La plus grande part de la croissance des coûts est due aux progrès médicaux et aux exigences des personnes traitantes et traitées. De plus, des incitations pernicieuses conduisent toujours les hôpitaux à fournir des prestations ne correspondant pas ou pas entièrement aux prescriptions de la LAMal^{7,8}. Une évolution qui va perdurer. En effet, les analystes financiers attendent une croissance annuelle moyenne de 6,0% ces cinq prochaines années, et de 4,0% pour 2016, pour les hôpitaux européens cotés en bourse analysés. Compte tenu d'une inflation estimée à 0,0%⁹ pour l'Europe en 2015 et de la moyenne historique à long terme ou de la valeur cible future d'environ 2,0%, ces taux de croissance laissent présumer que la croissance quantitative annuelle oscillera entre 2,0% et 4,0%. Pour la Suisse, la future croissance quantitative devrait se situer dans une fourchette comparable si l'on tient compte d'un objectif d'inflation à long terme de 1,0% et d'une croissance annuelle du chiffre d'affaires de 3,0% à 5,0%.

Il est intéressant ici de porter un regard sur les taux de croissance des dépenses de santé suisses depuis la moitié des années 1970 et sur des périodes différentes.

Les données de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) nous enseignent que la croissance globale des coûts a nettement reculé depuis 1975, à savoir de 5,3% par an sur l'ensemble de la durée, et de 3,4% de 2005 à 2015 (illustration 5). Après déduction de l'inflation générale, il apparaît que ce recul ne provient pas, comme supposé, d'une base de calcul annuelle plus élevée, mais bien plus d'une réduction de l'inflation. À partir de la moitié des années 1990, l'inflation annuelle est restée sous la barre des 2,0% et s'est établie, à partir de l'an 2000, aux alentours de 1,0% suite à une nouvelle stratégie monétaire de la Banque nationale suisse, qui reposait notamment sur la stabilité des prix et sur une prévision annuelle de l'inflation. Depuis la crise financière de 2008 et les interventions monétaires subséquentes des banques centrales à l'échelle mondiale, l'inflation est demeurée à 0,0% en moyenne. La croissance restante peut avoir différentes causes. Par exemple, une croissance quantitative due à l'évolution démographique ou aux progrès de la médecine, ou un recours moins efficace aux ressources (du moins jusqu'à l'introduction des forfaits par cas en 2012). Il reste intéressant de constater que l'augmentation moyenne corrigée de l'inflation est restée relativement stable à 3,0% chaque année depuis le début des années 1990 (voir illustration 5). Depuis 2012, cette valeur a légèrement augmenté avec le nouveau financement hospitalier.¹⁰ Bien entendu, cette méthode ne permet qu'une estimation approximative de la croissance quantitative étant donné que l'inflation pour le secteur médical peut diverger de l'inflation générale.

Illustration 5 : analyse de la croissance des coûts de santé depuis 1975 (source : OCDE, calculs propres)

	Total	Inflation	Reste
Ø 1975-2015	5,3 %	2,0 %	3,3 %
Ø 1985-2015	4,8 %	1,4 %	3,4 %
Ø 1995-2015	3,8 %	0,6 %	3,2 %
Ø 2005-2015	3,4 %	0,4 %	3,0 %
Ø 2010-2015	3,2 %	0,0 %	3,2 %

⁷ Efficace, approprié et économique, art. 32, LAMal.

⁸ « Zusatzversicherungen von Krankenkassen haben üble Nebenwirkungen » (Les assurances complémentaires des caisses maladie ont des effets secondaires indésirables), *Aargauer Zeitung*, 14 octobre 2016.

⁹ www.statista.com, consulté le 17 octobre 2016.

¹⁰ Sans le taux de croissance comparativement plus élevé en 2012, la croissance annuelle moyenne se situerait également à 3,0% sur la période analysée de 2010 à 2015.

Les dépenses de santé augmentent en pourcentage du produit intérieur brut (PIB)

Depuis 1975, la croissance annuelle des coûts de santé en Suisse a diminué alors que la croissance corrigée de l'inflation restait stable depuis plus de deux décennies. Au cours des quatre dernières décennies, la croissance globale des coûts n'est restée inférieure à la croissance du PIB que deux années sur dix. En d'autres termes, la part des dépenses de santé augmente en pourcentage du produit intérieur brut.

L'illustration 6 représente cette évolution pour les pays de l'OCDE considérés. En 2014, les dépenses de santé en Suisse se montaient à 11,4% du PIB selon l'OCDE ; pour 2015, les prévisions sont de 11,5%.¹¹ Depuis 1975, une époque à laquelle les coûts de santé étaient encore de 6,3% du PIB, les dépenses de santé ont augmenté beaucoup plus fortement que la croissance économique totale. Par rapport aux pays de l'OCDE, la Suisse occupe la deuxième place derrière

les États-Unis.¹² L'Allemagne, la France et la Suède dépensent, avec 11,0% de leur PIB respectif, proportionnellement environ autant que la Suisse.

Depuis que les statistiques existent en la matière, la part des dépenses de santé par rapport au produit intérieur brut augmente dans la plupart des pays industrialisés. Entre 2000 et 2015, seuls la Slovénie, la Hongrie, la Turquie et le Portugal sont parvenus à la contenir en dessous de 0,5%, et pas plus de deux pays de l'OCDE, à savoir l'Islande et la Lettonie, ont réussi à la réduire. Précisons toutefois que le système de santé letton semble moins développé par rapport à la moyenne des pays de l'OCDE. En revanche, l'Islande montre qu'il est possible de stabiliser, voire de réduire les dépenses de santé dans des pays disposant d'un système de santé hautement développé. Cette évolution islandaise a deux origines principales : une croissance élevée du PIB jusqu'en 2007 et des économies sensibles à partir de 2008.

Illustration 6 : dépenses de santé en pourcentage du PIB de 1975 à 2015 (source : OCDE)

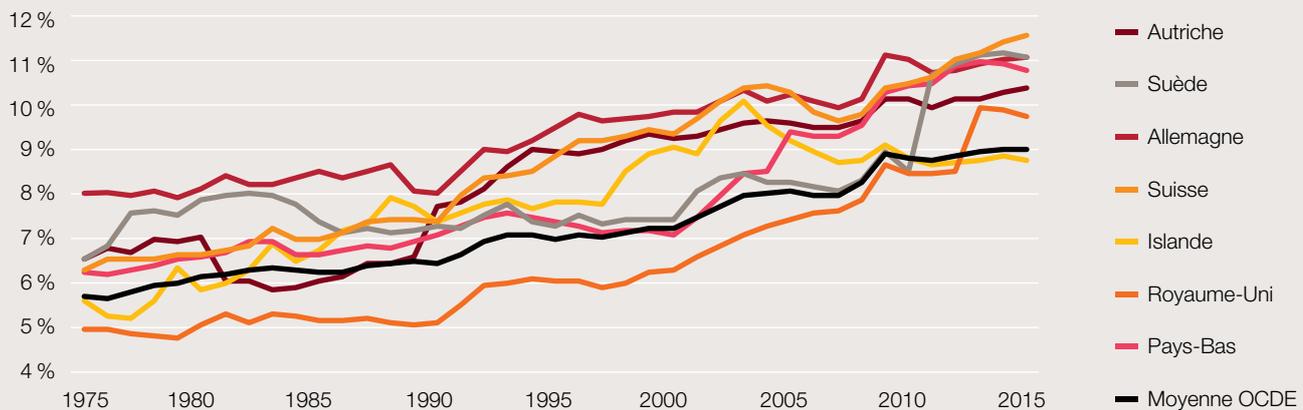
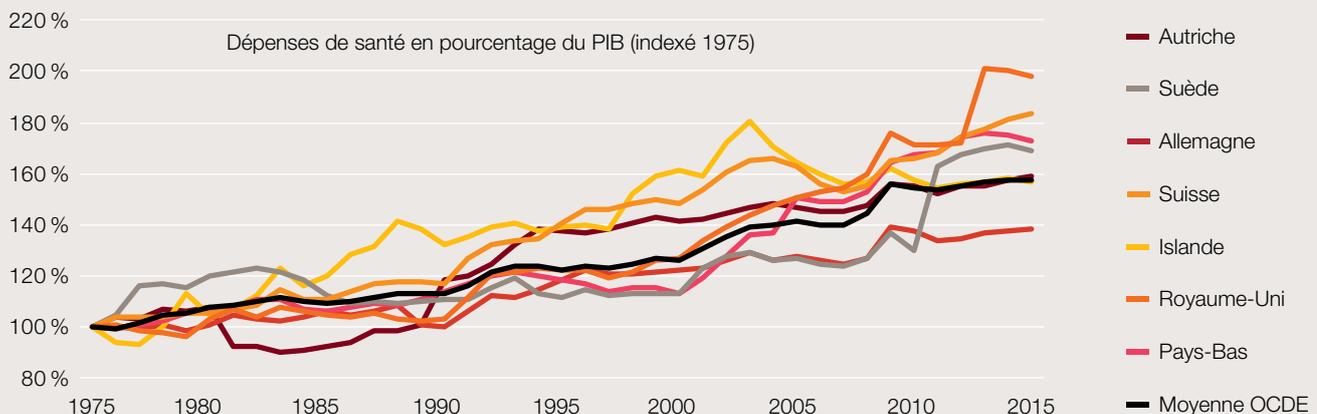


Illustration 7 : évolution relative des dépenses de santé en pourcentage du PIB de 1975 à 2015 (source : OCDE)



¹¹ Par dépenses de santé, l'OCDE entend tout ce qu'un pays dépense en termes de biens et de services en lien avec la santé de ses citoyens. Les investissements dans l'infrastructure, les dépenses de prévention et les frais administratifs sont compris dans la somme. En raison de bases de calcul différentes, les données sont légèrement supérieures à celles émises par l'Office fédéral de la statistique.

¹² Depuis toujours, les États-Unis occupent les places de tête en matière de dépenses de santé.

La croissance enregistrée dans de nombreux pays industrialisés ces dernières décennies confère au secteur de la santé une importance économique notoire. C'est ce que l'observation indexée d'une sélection de pays fait apparaître dans l'illustration 7. Nettement moins cyclique que l'économie générale d'un pays, le secteur de la santé a un effet stabilisateur en périodes de crise.

Et ce d'autant plus que la part des dépenses de santé se développe par rapport au PIB. Car, depuis l'éclatement de la crise financière en 2008, les dépenses de santé se sont accrues par rapport au PIB dans 80,0% des 35 pays de l'OCDE. Comparée aux années précédentes, la part des coûts de santé au PIB a augmenté plus vite depuis la crise dans deux tiers des pays de l'OCDE.¹³ Selon l'impact de la crise, un contre-mouvement se fera jour ces prochaines années, résultant d'une diminution des dépenses de santé.

La croissance quantitative se poursuivra

Le secteur de la santé sera encore plus cher à l'avenir, même si les hôpitaux et d'autres prestataires de santé gagnent en efficacité. La première cause de ce renchérissement n'est pas à chercher dans une hypothétique inefficacité de la fourniture des prestations, mais bien dans les attentes de la société face au secteur de la santé. Tant qu'il n'y aura pas de changement radical, les coûts continueront d'augmenter. Les projets d'investissement et d'extension à hauteur de plusieurs milliards au total montrent que la plupart des hôpitaux suisses comptent sur une augmentation des cas et des patients. Une des questions clés est de savoir si ces investissements tiennent suffisamment compte des tendances actuelles, comme l'augmentation de l'ambulatoire, la numérisation, etc., pour continuer à fournir des soins efficaces. On ne connaît pas non

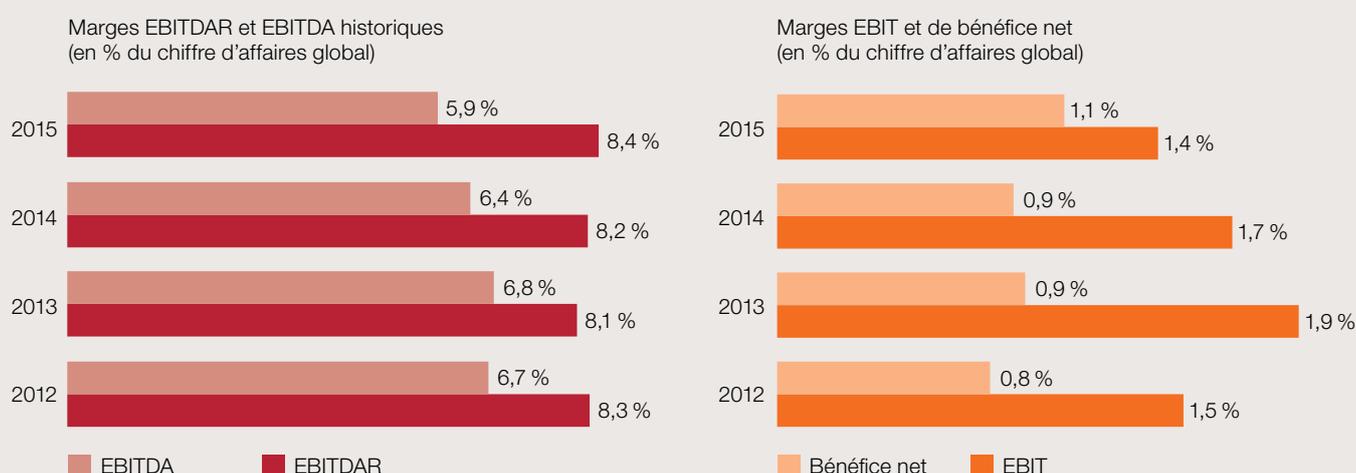
plus les nouveaux prestataires qui entrèrent sur le marché de la santé à côté des hôpitaux et si ceux-ci ne feront « que » prendre des patients et des parts de marché aux acteurs du marché établis, ou s'ils étendront le marché. C'est ainsi que se constitue, par exemple, de plus en plus de cabinets de groupe depuis quelques années et que Migros et Coop ont déjà mis le pied dans la porte en tant qu'acteurs puissants extérieurs au secteur.

Des ratios de profitabilité qui piétinent toujours

Nous avons, dans la présente étude, calculé pour la première fois les marges EBITDAR pour les hôpitaux analysés. Cela n'était pas possible jusqu'ici faute d'informations disponibles (loyers souvent inclus dans les coûts d'utilisation des installations et non mentionnés séparément). Nous avons donc décidé de demander les informations manquantes directement aux participants à l'étude, et de nous concentrer uniquement sur les loyers immobiliers (terrain et bâtiment). C'est-à-dire que le leasing et les loyers du mobilier et des appareils techniques n'ont pas été analysés séparément et ne sont pas contenus dans le ratio que nous avons mentionné.

En 2015, la valeur médiane des ratios de rendement se situe à peu près au même niveau qu'en 2014. Pendant que les marges EBITDA et EBIT reculaient légèrement par rapport à 2014, la marge EBITDAR augmentait de 0,2 point de pourcentage à 8,4%. De manière réjouissante, les marges EBITDAR sont en moyenne supérieure de près de deux points de pourcentage aux marges EBITDA depuis 2012 (voir illustration 8).

Illustration 8 : ratio de profitabilité des hôpitaux suisses de 2012 à 2015



¹³ Les périodes d'observation sont les suivantes : 2000 à 2007 et 2007 à 2014.



Les hôpitaux suisses n'ont plus amélioré leurs ratios de rendement depuis 2012. Si les marges EBITDAR enregistraient une tendance latérale relativement stable, les marges EBITDA baissaient de presque un point de pourcentage. Certes, cette évolution divergente n'est significative ni statistiquement ni économiquement, mais elle illustre bien les différences entre EBITDA et EBITDAR. Si un hôpital de soins aigus externalise tous ses biens immobiliers et bâtiments dans une société distincte (société immobilière), il conclura un contrat de location pour compenser l'utilisation des bâtiments. Ce type de dissociation n'influence que très peu l'EBITDA, car les frais de loyer supplémentaires sont neutralisés par des amortissements réduits. Selon son contenu, le contrat de location permet d'inclure différentes dépenses immobilières dans le loyer. Il en résulte une hausse des coûts de loyer, mais aussi une réduction des amortissements pour la société d'exploitation ainsi qu'une diminution d'autres coûts d'utilisation des installations comme les coûts d'exploitation, d'entretien ou de gestion. Ce qui conduit une nouvelle fois à une neutralisation partielle des coûts. L'EBITDAR est donc un meilleur indice de rentabilité du cœur de métier d'un hôpital de soins aigus puisque le ratio n'est pas influencé par la décision propriété ou location. À condition toutefois que les prix des loyers calculés correspondent au principe de pleine concurrence. Cela signifie que les prix de compensation de transactions entre entreprises proches doivent être fixés comme pour une transaction comparable entre des tiers indépendants sur un marché externe. En l'absence de prix du marché pour les biens fonciers dans le secteur de la santé publique, la pratique s'appuie pour les solutions locatives sur ce qu'on appelle le loyer basé sur les coûts.

Les marges suivent une tendance latérale depuis 2012, voire se sont infléchies tout récemment (EBITDA). Une certaine réserve suite à la constitution de provisions peut donner parfois une image du résultat plus défavorable qu'il n'est. Nous doutons néanmoins que les véritables marges aient déjà atteint les valeurs cibles. Les optimisations fonctionnelles doivent donc rester à l'agenda des directions et des conseils d'administration des sociétés hospitalières.

Il est réjouissant de voir que, depuis 2012, les marges EBITDAR dépassent les marges EBITDA de deux points de pourcentage. Il n'en faut pas moins rester prudent lorsque l'on compare les marges EBITDA d'hôpitaux possédant leur propre infrastructure et les marges EBITDAR d'hôpitaux travaillant dans une structure louée. En effet, le contrat de location permettant d'intégrer éventuellement différents postes de coûts dans le loyer, la comparabilité n'est pas totale. La comparaison correcte serait celle des marges EBITDAR et EBITANK, la marge avant frais financiers, impôts et autres coûts d'utilisation des installations, typiquement compensée par le loyer. En conclusion, la marge EBITDAR doit être supérieure à la marge EBITDA. Reste à clarifier au cas par cas de combien elle doit dépasser 10,0%.

Les hôpitaux de taille moyenne sont les plus rentables

Les grands projets d'investissement et de construction vivement discutés dans les médias suisses – certains parlent de « boum de la construction » – polarisent l'attention. Les informations disponibles sur les finances et les capacités des 28 hôpitaux de soins aigus pris en considération permettent une analyse plus précise des choses.

Dans un premier temps, nous avons trié les 28 hôpitaux de soins aigus en fonction de leur capacité de lits. Les données proviennent des chiffres publiés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).¹⁴ Ceux de 2015 n'étant pas disponibles à l'heure où nous finalisons notre étude, nous avons étayé nos réflexions sur les données de 2014. Nous avons ensuite comparé la capacité de lits (axe x) et la marge EBITDAR (axe y) à l'aide d'un diagramme de dispersion simple. La ligne de tendance montre une régression simple¹⁵ des deux valeurs. Il est à noter que la marge EBITDAR comme la marge EBITDA affiche une tendance négative purement graphique. Cela suggère que les hôpitaux au plus grand nombre de lits sont tendanciellement moins rentables que ceux avec moins de lits. Les raisons peuvent en être variées (voir illustration 9).

Nous avons classé ensuite les hôpitaux en quatre groupes en termes de capacité de lits : (1) moins de 200 lits, (2) entre 200 et 450 lits, (3) entre 450 et 700 lits, ainsi que (4) plus de 700 lits. Les résultats sont les suivants : onze hôpitaux entrent dans la catégorie 1, le reste se répartit à raison de cinq à six hôpitaux sur les trois dernières catégories. Nous avons ensuite calculé pour chaque groupe la médiane d'EBITDAR et d'EBITDA.

Cette analyse confirme que les plus grands hôpitaux affichent en valeur médiane des marges EBITDAR et EBITDA plus basses. Si l'on mesure l'EBITDAR et l'EBITDA par lit, la catégorie 2 semble la plus rentable. Ce groupe affiche une EBITDAR médiane de 9,9 % ainsi qu'une EBITDA par lit de près de CHF 73'000 (voir illustration 10).

Illustration 10: lien entre la taille de l'hôpital et l'EBITDAR ou l'EBITDA

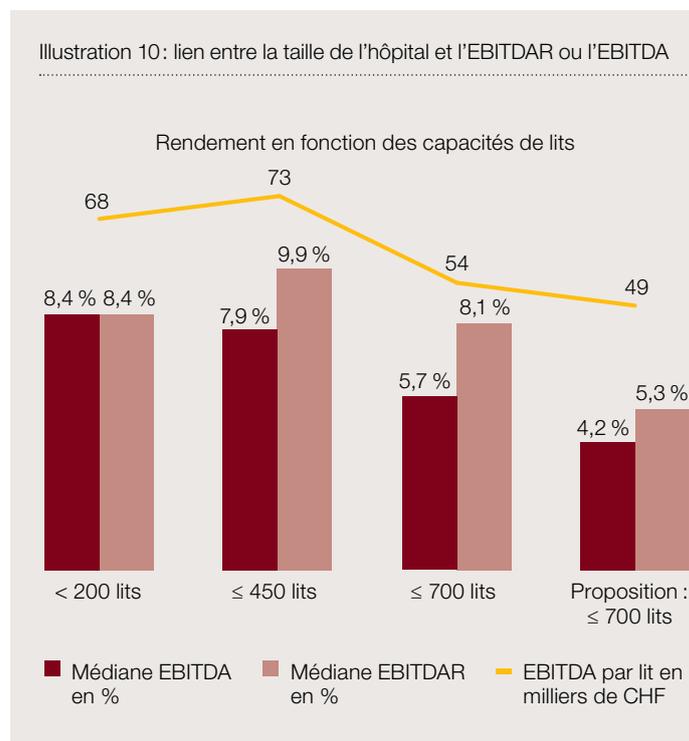
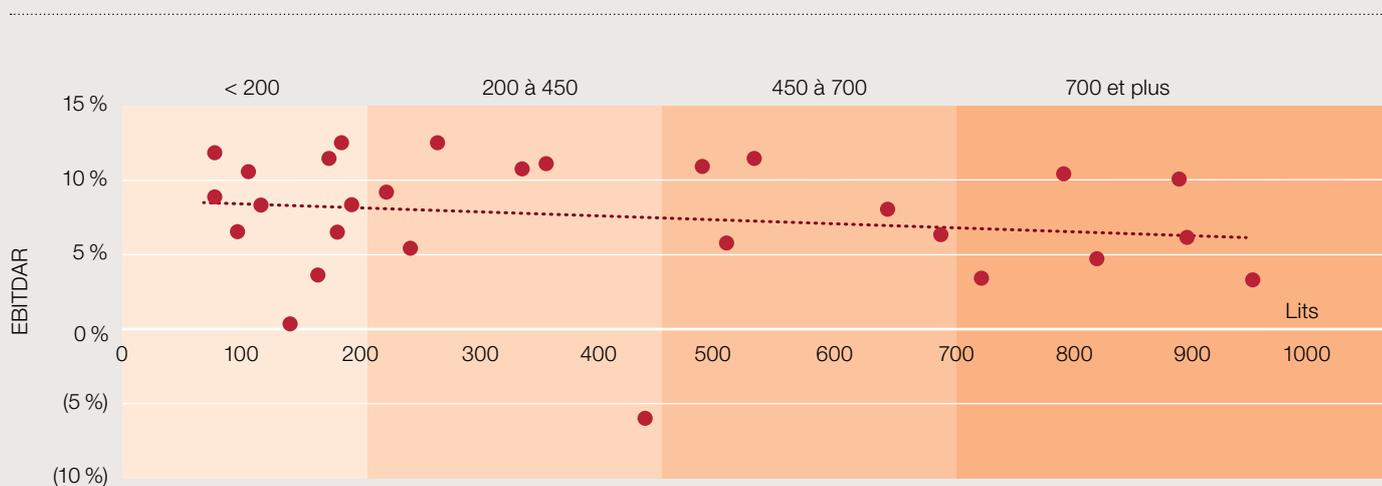


Illustration 9: lien entre le nombre de lits et l'EBITDAR



¹⁴ « Chiffres-clés des hôpitaux suisses », Office fédéral de la santé publique, diverses années.

¹⁵ Cette régression n'est pas représentative malgré une valeur p significative, car l'échantillon est trop petit. De plus, il ne contient que des hôpitaux publics.

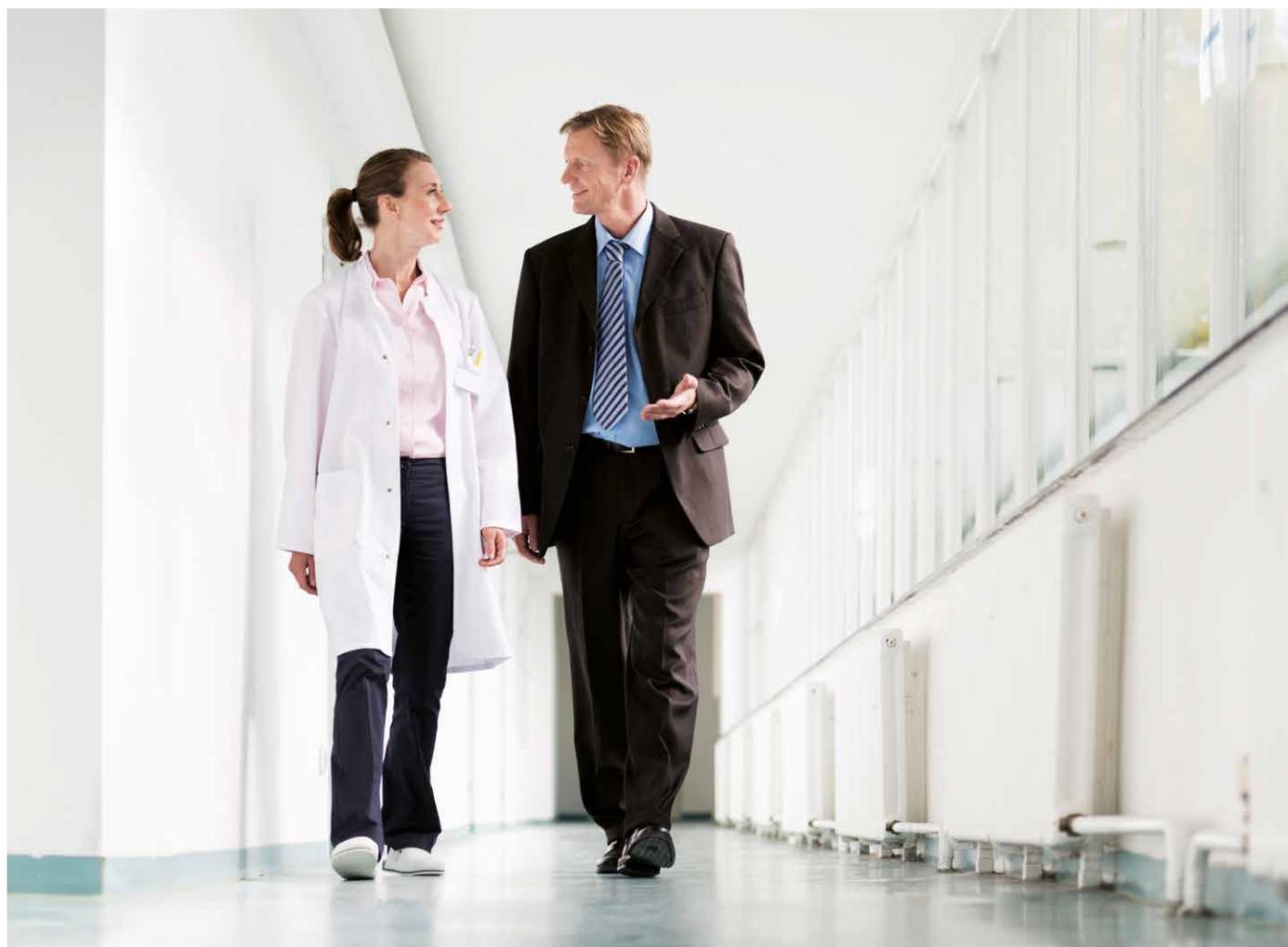
L'étude de l'Office fédéral de la statistique (OFS) « Analyse de l'efficacité et de la productivité des hôpitaux suisses » avait déjà montré, en 2005, que les très petits et les très grands hôpitaux étaient moins rentables. Cette étude conclut que « le potentiel d'économies d'échelle est grand dans les hôpitaux qui comptent moins de 200 lits ». Le rendement qui diminue avec l'augmentation de la taille de l'hôpital permet de conclure à des économies d'échelle dégressives dues notamment à la plus grande complexité. De plus, l'insuffisance de couverture de cas complexes traités par les hôpitaux universitaires et les centres hospitaliers, ainsi que la rémunération insuffisante de l'enseignement et de la recherche dans les hôpitaux universitaires jouent aussi un rôle.

L'existence des différents mandats de prestations fausse quelque peu la comparaison entre rendement et capacité de lits. En effet, les hôpitaux universitaires assument non seulement des dépenses supplémentaires pour la recherche et l'enseignement, mais aussi des coûts plus élevés d'installations et d'appareillages hautement complexes. Par ailleurs, ils doivent proposer une très large gamme de prestations médicales qui, en raison de leur fréquence et de la rémunération actuelle ne peuvent pas être honorées économiquement de la même manière que des interventions comparativement

simples. Les petits hôpitaux sont eux aussi désavantagés, car ils doivent mettre à disposition des infrastructures et des prestations difficiles à financer eu égard au faible nombre de cas.

Du point de vue économique, une certaine consolidation de l'industrie hospitalière publique semble pertinente, car elle permet une répartition plus ciblée des moyens sur moins d'installations. Il devient alors possible de réaliser des synergies de coûts grâce à des augmentations de l'efficacité et des effets d'échelle. La tendance à davantage d'ambulatoire ne doit pas non plus être négligée. D'un point de vue purement économique, il faudrait réduire la durée d'hospitalisation. D'une part, l'étude de l'OFS susmentionnée révèle un lien clair entre la durée d'hospitalisation moyenne d'un hôpital et le montant des coûts globaux. D'autre part, il devient possible de diminuer des capacités de lits inutiles et de construire moins d'hôpitaux gourmands en capital.

Notre analyse montre enfin un lien positif entre la croissance du chiffre d'affaires et l'EBITDAR. Un lien qui s'est encore renforcé en 2014 et 2015. Cela pourrait indiquer que les potentiels d'optimisation économiques existants sont mieux identifiés et exploités.



Digression : calcul des coûts de location

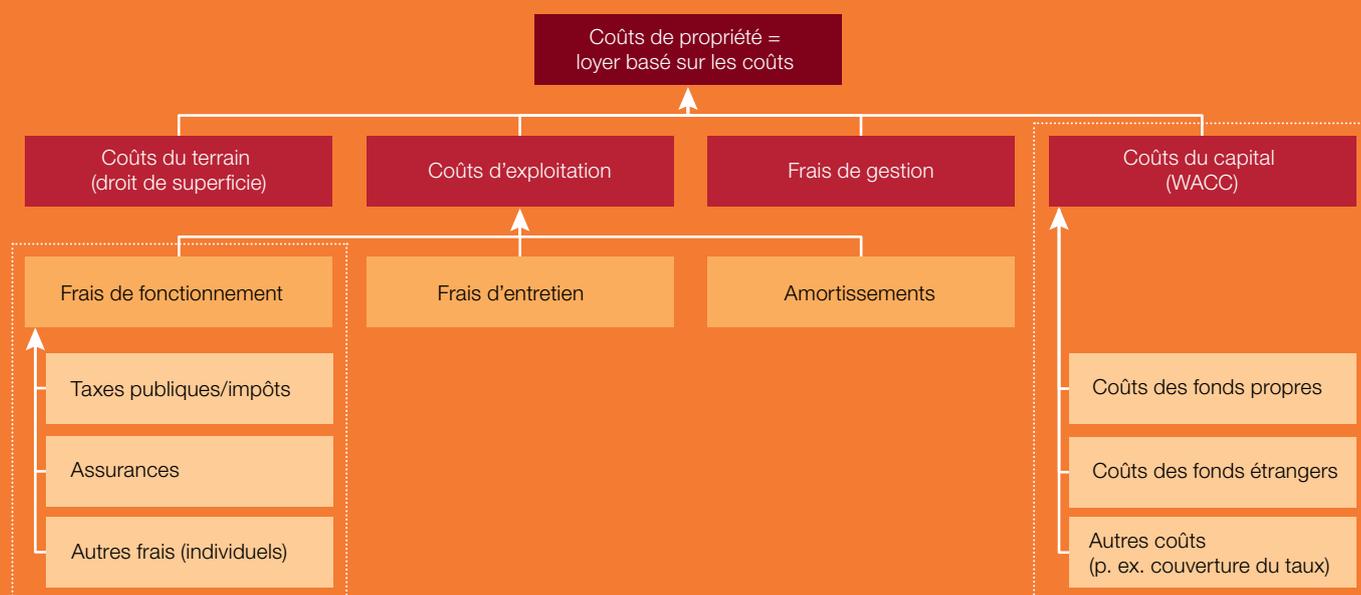
Lorsque l'on parle de valeurs financières cibles, on constate une importance accrue de la marge EBITDAR aux côtés de l'EBITDA pour les hôpitaux avec des biens loués. Dès lors, quid d'un loyer approprié ? La difficulté réside dans sa fixation, faute d'existence d'un véritable marché des biens immobiliers hospitaliers. Dans la pratique, le concept du loyer basé sur les coûts s'impose. On entend par là le calcul du loyer nécessaire à la couverture complète des charges annuelles d'immobilier. L'expérience montre que l'utilisation des loyers basés sur les coûts est répandue dans les hôpitaux publics, bien qu'il s'agisse en général d'une location par le canton (par exemple hôpitaux de Soleure) ou par une société immobilière propre (par exemple hôpital cantonal des Grisons). Cela permet de transmettre entièrement à l'hôpital les avantages de financement du propriétaire des biens immobiliers. Le loyer basé sur les coûts peut comprendre les composantes suivantes (voir illustration 11) :

- les coûts du capital,
- le droit de superficie (rémunération du terrain),
- les amortissements des investissements et les investissements de remplacement destinés à maintenir ou à augmenter la valeur, ainsi que les assainissements, généralement selon REKOLE¹⁶,
- les coûts d'entretien, de fonctionnement et de gestion.

Selon le cas, le contrat de loyer comprend les coûts de personnel pour la gestion et l'entretien des biens immobiliers. Des coûts qui ne sont pas compris dans la marge EBITDAR d'un hôpital, ce qui a pour effet de l'augmenter. Dans la marge EBITDA, seuls les amortissements et les coûts du capital ne sont pas pris en compte. Tous les coûts de personnel ainsi que les autres coûts de fonctionnement, d'entretien et de gestion sont inclus, ce qui fait baisser la marge EBITDA. C'est pourquoi mettre au même niveau les marges EBITDA et EBITDAR n'est recevable que si le loyer découle d'abord des amortissements et des coûts du capital. S'il comprend d'autres charges, la valeur cible EBITDAR doit être plus élevée d'autant que l'EBITDA. Si le détachement d'un bien immobilier entraîne le transfert de l'entretien (estimé à 1,0% du chiffre d'affaires) de la société opérationnelle vers la société immobilière, les coûts matériels baissent pour la première et le loyer augmente. L'objectif EBITDAR de l'hôpital de soins aigus devrait alors logiquement augmenter d'un point de pourcentage.

Une comparaison pertinente de la marge EBITDA d'un hôpital propriétaire de l'ensemble de ses installations et de la marge EBITDAR d'un hôpital locataire de biens immobiliers impliquerait que tous les postes de coûts exclus de l'EBITDAR (qui font partie du loyer basé sur les coûts) le soient aussi de l'EBITDA. Sous cet angle, on pourrait parler aussi d'EBITANK au lieu d'EBITDA, c'est-à-dire de bénéfice avant frais financiers, impôts et coûts d'utilisation des installations. Si la pratique permet cette démarche dans le cadre d'un *benchmarking* approfondi, cela nécessite une exactitude d'analyse toutefois nettement plus élevée et des informations détaillées en conséquence.

Illustration 11 : calcul schématique *bottom-up* des coûts de location



¹⁶ Révision de la comptabilité analytique et de la saisie des prestations.



Étude de cas : hôpital d'Uster, une offre de prestations complète grâce à une bonne coopération

Les places de réadaptation sont trop peu nombreuses à Zurich. Alors que les offres à caractère de rétablissement sont disponibles souvent en périphérie, la demande porte aujourd'hui clairement sur des soins intégrés proches du lieu d'habitation.

L'hôpital d'Uster et la fondation zurichoise des centres de réadaptation ont perçu cette évolution il y a quelques années déjà. Au moment de planifier l'extension et la transformation de l'hôpital de soins aigus, les responsables ont réfléchi à la manière de proposer une offre de prestations intégrées correspondant aux besoins de la population résidente. Ce qui marqua le début de la collaboration entre la fondation zurichoise des centres de réadaptation et l'hôpital d'Uster.

L'hôpital construit l'infrastructure nécessaire. La fondation louera les nouveaux locaux construits à Uster et exploitera quatre services. Si la situation de départ semble relativement simple, la conception et la mise en œuvre de la coopération pose de grands défis aux deux partenaires. Car en plus de la conception

organisationnelle et personnelle de la collaboration, il faut régler la question délicate des mécanismes de rémunération entre les deux partenaires.

Si l'indemnisation de prestations opérationnelles acquises est réglée par des conventions de prestations (Service Level Agreements), la grande difficulté consiste à déterminer un loyer « juste ». Comme c'est l'usage pour les constructions hospitalières, le concept choisi est celui du loyer basé sur les coûts. En d'autres termes, l'hôpital d'Uster devra être indemnisé de tous les coûts d'infrastructure concernant les locaux de la réadaptation. Ces coûts comprennent la part des coûts du terrain, des frais de gestion (coûts de fonctionnement et d'entretien, et amortissements), ainsi que les coûts du capital. Il est incontestable que les coûts du terrain doivent être rémunérés par le loyer basé sur les coûts.

Quant aux frais de gestion, les amortissements en constituent la plus grande part. C'est pourquoi le futur locataire doit être convaincu que la construction suit des principes de rentabilité. La fondation sera donc impliquée étroitement dans la planification avant le début des travaux déjà, et représentée par deux personnes au sein de la commission de construction. Le montant des coûts de fonctionnement et d'entretien dépend de la formulation du contrat de location et des prestations qui y sont stipulées.

Les débats actuels sur les taux d'intérêt donnent parfois l'impression que les coûts du capital sont négligeables. Dans le cadre de modèles de loyers basés sur les coûts, il faut toutefois, d'une part, adopter une perspective à long terme et, d'autre part, tenir compte de l'ensemble des risques. En clair, il ne s'agit pas seulement de couvrir les coûts

effectifs de la dette mais aussi de compenser de manière adéquate les risques du point de vue des bailleurs de fonds propres et étrangers. L'hôpital d'Uster qui finance et réalise largement lui-même la partie réadaptation en tant que maître de l'ouvrage court un risque entrepreneurial. C'est pourquoi il doit être indemnisé de manière adéquate par le biais d'un taux d'intérêt calculatoire. L'objectif est, au travers d'une durée contractuelle assez longue, de transférer les risques de l'hôpital vers la fondation, ce qui aura pour effet de réduire l'intérêt calculatoire.

La discussion devra porter avant tout sur des questions de proportionnalité ainsi que de méthode de construction adaptée aux besoins, c'est-à-dire sur la question de savoir si les coûts d'infrastructure et les loyers qui en découleront seront maintenus au niveau le plus bas possible.

Les négociations sont encore en cours à l'heure où nous publions la présente étude. Les deux parties sont convaincues qu'elles parviendront à une solution globale acceptable et supportable. Cet optimisme est compréhensible, car la nouvelle chaîne de traitement intégrée, dont on espère qu'elle conduira également à des économies de coûts, représente une amélioration pour toutes les parties prenantes.

Stabilité des ratios de charges de personnel et autres charges

Comme les années précédentes, nous avons analysé l'évolution des charges de personnel et des autres charges pour 2015. Pour les secondes, nous avons analysé séparément les besoins médicaux. À cet effet, nous avons mis en relation les postes de coûts d'une part avec le chiffre d'affaires et, d'autre part, avec les coûts globaux jusqu'à l'EBITDA, c'est-à-dire les charges de personnel et les autres charges (voir illustration 12). Depuis le début de nos analyses en 2007, les charges de personnel sont restées relativement constantes. En 2015, avec 62,5 % du chiffre d'affaires, elles enregistrent une légère baisse. Sur plusieurs années, le ratio est resté plus ou moins inchangé depuis 2012. La comparaison avec les années antérieures doit être maniée avec prudence, car les produits ont enregistré une hausse très inéquitable par rapport aux coûts en 2012. Rapporté aux charges de personnel et aux autres charges, les choses ont très peu changé ces dernières années. Les charges de personnel représentent deux tiers des coûts globaux depuis 2007. Face aux grands défis que connaît le secteur, il faut saluer le fait que les coûts de personnel n'aient pas augmenté plus rapidement que les autres charges. Ce poste de dépenses représente un tiers des frais globaux et son importance relative n'a également que très peu évolué durant les années observées. Dans les autres charges, la part des dépenses médicales dépasse légèrement la moitié. Nous attendons ici une réduction, car les prix d'achat suisses pour les besoins médicaux sont en partie encore très élevés en contexte international. Par ailleurs, la baisse de l'euro face au franc depuis le début de 2015 n'a pas encore eu d'impact visible sur les chiffres.

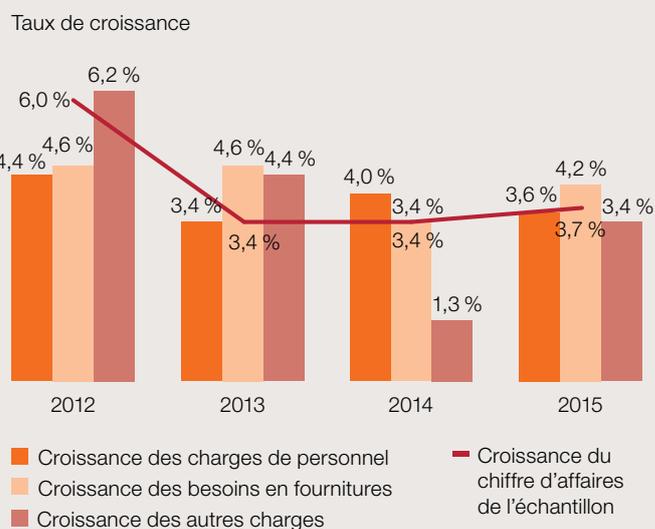
L'élément déterminant dans l'évolution de la marge est la relation entre la croissance du chiffre d'affaires et celle des coûts. Si le chiffre d'affaires croît chaque année dans la même mesure, ou s'il baisse comme les coûts, les marges demeurent constantes. Si la progression des revenus est plus élevée, le rendement s'améliore. L'échantillon permet de déduire les rapports présentés dans l'illustration 13. La forte poussée du chiffre d'affaires en 2012, nettement supérieure à celle des charges de personnel et du besoin médical, a conduit à une amélioration de marge sensible. Les taux de croissance entre chiffre d'affaires et coûts en revanche sont, depuis, plus congruents, ce qui explique la relative modestie des différences de marges annuelles.¹⁷

Illustration 12: part des coûts en pourcentage du chiffre d'affaires et des coûts globaux de 2012 à 2015

En age du chiffre d'affaires	2012	2013	2014	2015
Charges de personnel	62,6%	62,3%	62,9%	62,5%
Besoin en fournitures médicales	16,6%	16,5%	17,4%	17,3%
Autres charges (hors loyers)	12,4%	13,1%	11,4%	11,8%
Loyers	1,6%	1,3%	1,8%	2,6%
EBITDAR	8,3%	8,1%	8,2%	8,4%
EBITDA	6,7%	6,8%	6,4%	5,9%

En pourcentage des coûts globaux	2012	2013	2014	2015
Charges de personnel	67,1%	66,2%	67,0%	66,9%
Besoin en fournitures médicales	18,1%	18,4%	18,2%	18,3%
Autres charges (hors loyers)	14,8%	15,4%	14,8%	14,8%

Illustration 13: croissance des coûts entre 2012 et 2015 pour différents postes de dépenses, par rapport à la croissance du chiffre d'affaires, en pourcentage



¹⁷ S'agissant de valeurs médianes tant pour les taux de croissance que pour les évaluations des marges, et compte tenu du fait que toutes les données ne sont pas disponibles pour tous les hôpitaux, reporter les changements de marges mentionnés dans l'étude sur les différents taux de croissance n'est possible qu'approximativement.

Ratios du bilan toujours à un niveau satisfaisant

L'analyse des ratios du bilan n'est pas particulièrement préoccupante : comme prévu, les ratios de fonds propres ont poursuivi leur progression et atteignent une valeur médiane supérieure à 50,0% depuis 2014 (voir illustration 14). Compte tenu de la forte dispersion de 10,0% à 90,0%, la prudence reste de mise à propos de ce ratio. Les taux de liquidité ont peu évolué et restent toujours largement au-dessus des valeurs minimales. Si l'activité d'investissement s'intensifie ces prochaines années, ces valeurs baisseront (voir illustration 15).

Illustration 14 : évolution des taux de fonds propres entre 2012 et 2015

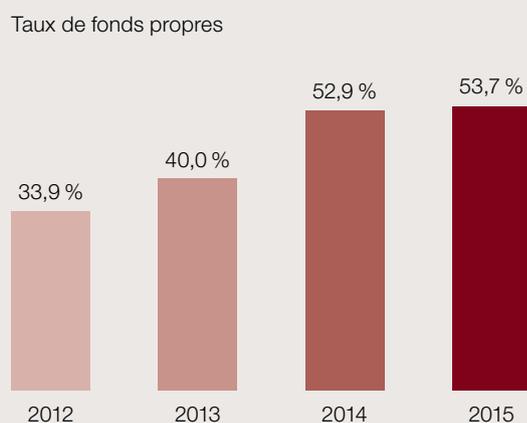
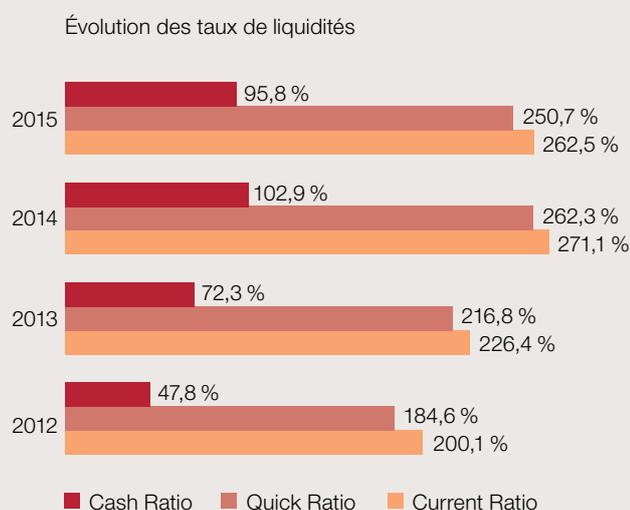


Illustration 15 : évolution des taux de liquidités de 2012 à 2015



Digression : coup de projecteur sur les transactions dans la branche hospitalière¹⁸

Les coûts d'investissement élevés et l'augmentation des coûts d'exploitation sous forme de charges de personnel et de médicaments placent les hôpitaux nationaux et internationaux devant des épreuves considérables et conduisent à des restructurations. Ces dernières années, la Suisse a connu relativement peu de grandes transactions d'entreprises par rapport aux pays européens, ce qui est certainement aussi une conséquence des structures particulières de son système de santé. Les deux grands groupes hospitaliers privés, Hirslanden et Swiss Medical Network, font exception. L'analyse des grandes fusions et acquisitions nationales met en lumière une différence essentielle entre les stratégies d'acquisition des hôpitaux publics et celles des cliniques privées.

Le groupe Hirslanden a accru sa part de marché par l'acquisition de plus petites cliniques privées. L'achat de la Clinique La Colline à Genève et de Swissana Clinic à Meggen lui a permis de renforcer de manière ciblée sa part de marché en Suisse romande et en Suisse centrale.

L'AEVIS VICTORIA SA, propriétaire du Swiss Medical Network, deuxième plus grand groupe hospitalier, renforce sa position de chef de file en Suisse romande. Fin septembre 2016, elle annonçait reprendre la majorité des actions de la clinique privée genevoise Générale-Beaulieu. Cette clinique qui emploie actuellement 400 personnes et collabore avec 600 médecins agréés devient ainsi une des plus grandes cliniques du Swiss Medical Network.

Les cliniques privées s'efforcent d'adapter leur position aux tendances actuelles non seulement en termes géographiques mais aussi structurels. En janvier 2016, l'AEVIS VICTORIA SA a pris une participation de 40,0% à Medgate, un prestataire leader des soins de santé ambulatoires. Les quelques transactions des hôpitaux publics permettent de conclure qu'une extension sur le marché n'est pas un objectif stratégique pour eux à l'heure actuelle. C'est pourquoi les rares acquisitions, comme celle de Numeraria AG par l'hôpital universitaire de Bâle, se limitent à des investissements ciblés dans les technologies et les compétences. L'émancipation juridique et l'indépendance accrue vis-à-vis des cantons pourraient aussi conduire les hôpitaux publics à tenter d'améliorer leur compétitivité par des acquisitions ciblées.

L'analyse des prix de transaction historiques dans le domaine hospitalier en Europe montre qu'en valeur médiane, les montants payés ont été de 12.2 fois l'EBITDA (LTM¹⁹) et 15.9 fois l'EBIT (LTM). Pour les cliniques spécialisées, ces multiplicateurs peuvent même être légèrement plus élevés. Compte tenu des marges relativement faibles (10,0% à 15,0% EBITDA en moyenne européenne), ce sont ici des valeurs plutôt élevées (voir illustration 16).

¹⁸ Source : Mergermarket.

¹⁹ LTM = last twelve months, c'est-à-dire l'EBITDA des 12 derniers mois.

Qui dit multiplicateurs de transactions élevés, dit valeurs d'entreprise élevées malgré une faible rentabilité. Ils indiquent en effet que des valeurs de substance élevées sont prises en compte y compris pour les entreprises à forte demande de capitaux et qu'il faut s'attendre à une bonne croissance à l'avenir. Par exemple, Mediclinic, propriétaire du groupe Hirslanden, a pris une participation équivalant à 630 millions de francs avec 29,9 % (valeur de l'entreprise implicite de 2,7 milliards de franc ou une EV/EBITDA de 17,8 fois) dans le groupe britannique Spire Healthcare. Cette acquisition a permis à Mediclinic d'accroître son emprise sur le marché européen. Selon les toutes dernières informations publiques, elle a l'intention d'augmenter encore cette participation.

Les multiplicateurs d'entreprises de référence cotées estimés par les analystes montrent qu'à l'avenir aussi il faudra compter avec des facteurs similaires. Leur baisse au fil du temps indique que les calculs reposent sur des recettes et des bénéfices opérationnels en hausse. Pour illustrer notre propos, nous avons ajouté la croissance prévue du chiffre d'affaires (CAGR²⁰ : 6,3 %) dans l'illustration 17.

Illustration 16 : multiplicateurs de transactions historiques dans le secteur hospitalier (soins aigus)

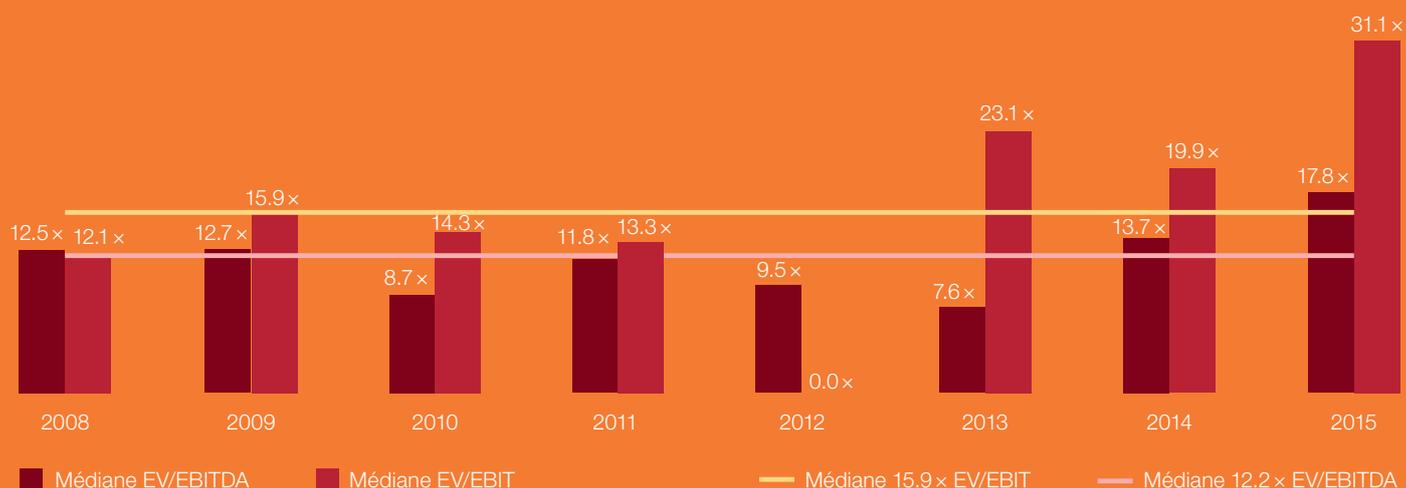


Illustration 17 : multiplicateurs de groupes hospitaliers européens cotés en bourse (entreprises comparables)



²⁰ Le CAGR (*compound annual growth rate*) décrit le taux de croissance annuel moyen sur un laps de temps spécifique.

3. Le nouveau financement hospitalier

Objectifs et instruments du nouveau financement hospitalier

Le système de santé suisse, et en particulier son financement, ont connu bien des adaptations ces dernières décennies. En 2007, l'Assemblée fédérale a réformé la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Cette réforme est en vigueur depuis 2009, et la plupart des dispositions sur le nouveau financement hospitalier ont été mises en œuvre en 2012. Pour l'essentiel, les buts de la réforme étaient les suivants : ²¹

- réduire les coûts par des incitations économiques sans réduire la qualité,

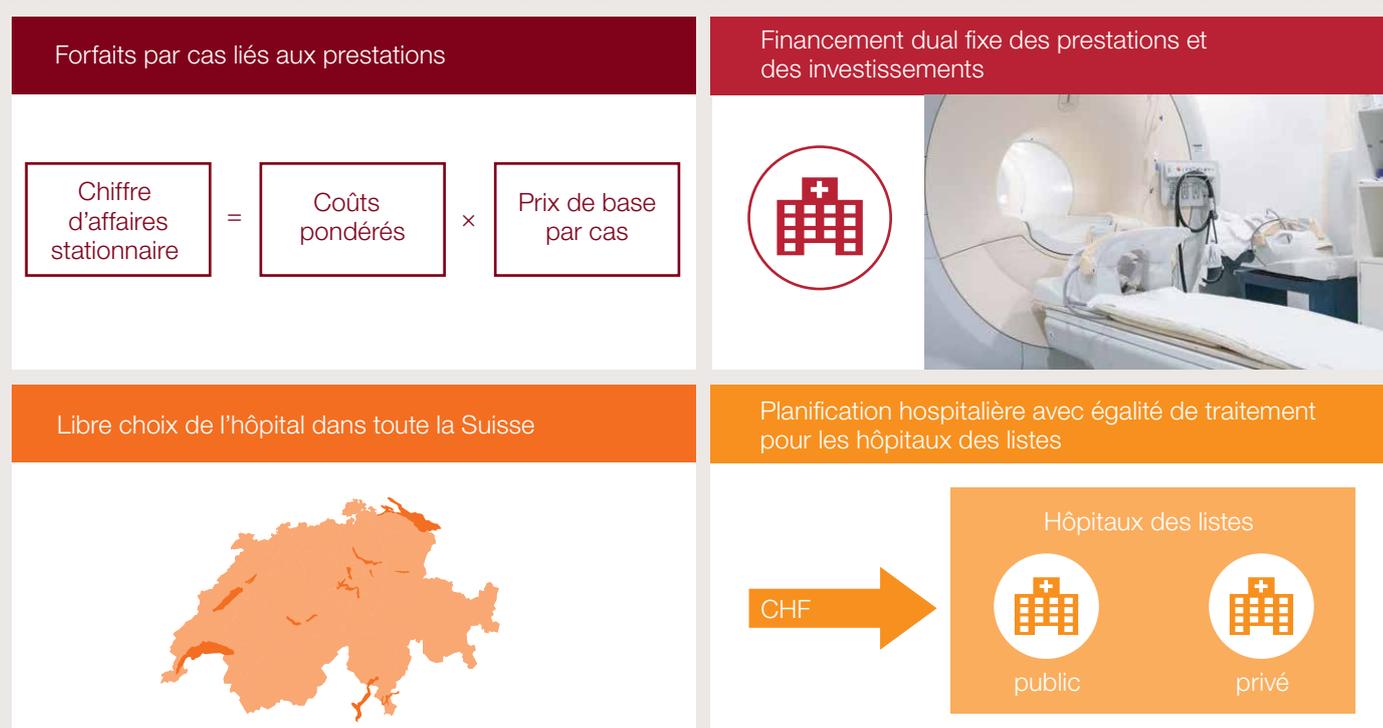
- renforcer la concurrence et augmenter l'efficacité dans la fourniture de prestations,
- augmenter la transparence par rapport aux coûts et à la qualité des prestations médicales.

À cet effet, quatre instruments de pilotage de la performance et des coûts ont été créés (voir illustration 18) :

- des forfaits liés aux prestations pour les soins somatiques aigus (SwissDRG, à partir de 2012), pour la psychiatrie (TARPSY, à partir de 2018 environ) et pour la réadaptation (ST Reha, date d'introduction encore indéterminée),
- un financement dual fixe du secteur stationnaire (investissements compris),
- le libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse,
- des contraintes de planification hospitalières par le biais des listes.

Compte tenu des contraintes posées aux planifications hospitalières cantonales, on peut parler de concurrence régulée pour le système de santé suisse. Un système néanmoins fédéraliste, qui réunit dans un seul pays 26 systèmes de santé différents. C'est pourquoi l'avancée de la mise en œuvre des lois varie selon les cantons. ²²

Illustration 18 : instruments du nouveau financement hospitalier



²¹ « Révision de la LAMal, financement hospitalier – éléments principaux », Office fédéral de la santé publique, 2014.

²² « Les soins hospitaliers au cœur des tensions de la politique cantonale : actualisation 2015 », Polynomics, 2015.

La réforme n'a pas entièrement atteint les objectifs

La révision de la LAMal a véritablement insufflé un nouveau dynamisme au système de santé suisse. Nous examinons en détail ci-après la réalisation des objectifs (voir illustration 23).

Maîtrise des coûts : l'évolution des coûts dans le système de santé est déterminée par la quantité des consultations et le prix des traitements. En 2009, les coûts de santé représentaient 10,4% du PIB.

Cette valeur a continuellement augmenté depuis 1995 (8,8%), ainsi qu'après la mise en œuvre de la révision de la LAMal en 2012 (2014 : 11,1%). L'augmentation annuelle en pourcentage des coûts de la santé oscille à un niveau similaire à celui datant d'avant l'introduction du nouveau financement hospitalier. L'objectif n'a donc pas été atteint (voir illustrations 19 et 20).^{23,24}

Les données disponibles actuellement ne permettent pas de tirer de conclusions définitives sur les causes. Il semble toutefois qu'elles puissent être imputables à une croissance quantitative et non à une augmentation des prix, qui sont restés à peu près constants pour l'ensemble du secteur de la santé. À une réduction des prix indexés des médicaments répond une légère augmentation des prix des prestations médicales.²⁵

Illustration 19 : évolution des coûts de santé de 2006 à 2014 en millions de CHF

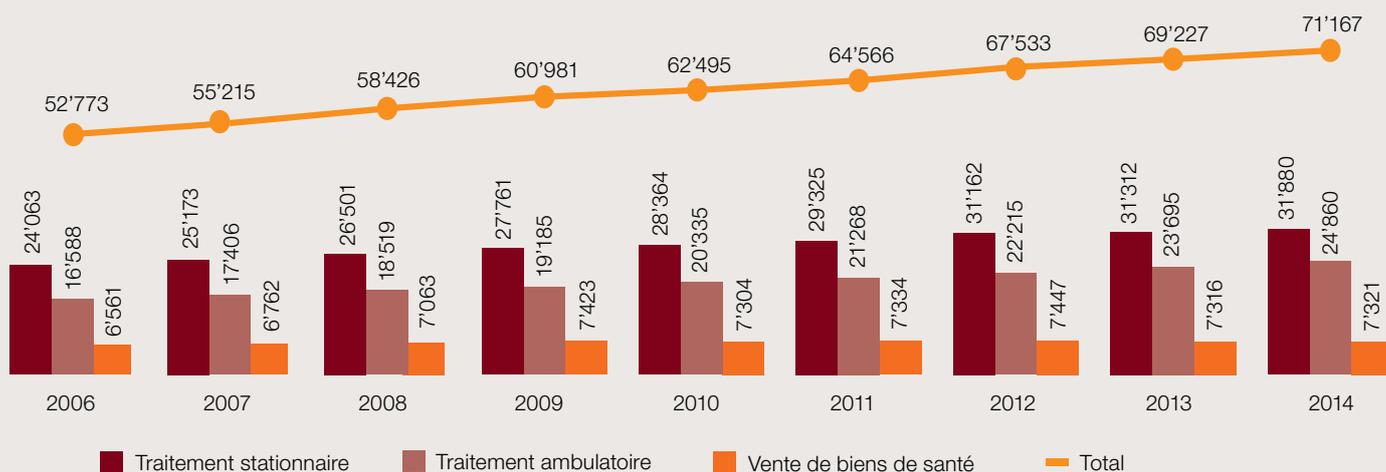
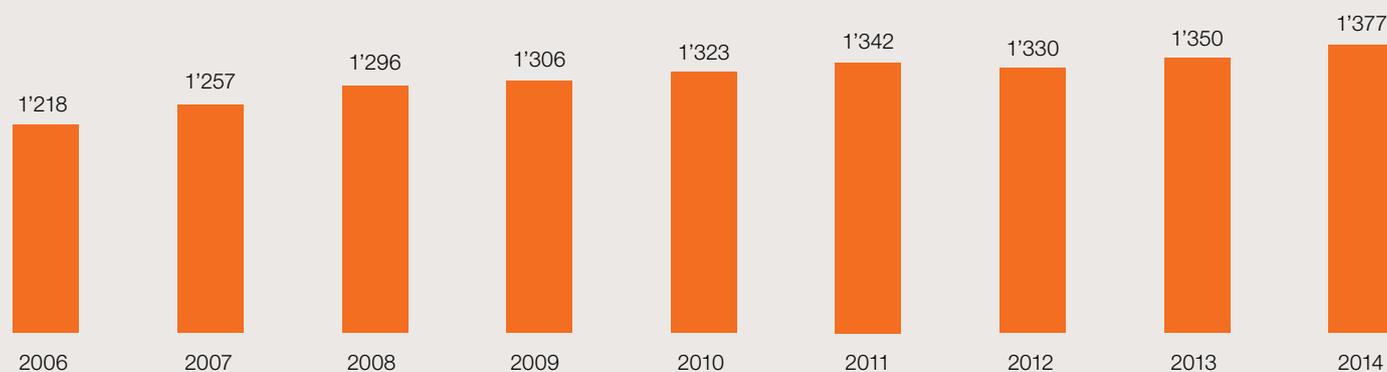


Illustration 20 : évolution du nombre de cas stationnaires de 2006 à 2014 en milliers



²³ Notons que cette valeur augmente certes régulièrement, mais qu'en comparaison internationale la Suisse n'occupe qu'une place d'arrière terrain et que sa situation n'est pas plus mauvaise que celle de l'Allemagne ou des États-Unis par exemple.

²⁴ Les calculs reposent sur des données de l'OFS et peuvent donc s'écarter de manière marginale de celles de l'OCDE au chapitre 2. Ce qui est dû aux indicateurs différemment définis. Les tendances des jeux de données sont toutefois identifiables.

²⁵ «Swiss Healthcare and Pharmaceutical Market», Interpharma, 2016.

La croissance des coûts semble donc imputable avant tout à une croissance quantitative dans les secteurs stationnaire et ambulatoire. Lors d'une conférence de presse, l'OFSP a précisé que l'augmentation des quantités est le levier central pour atténuer la croissance des coûts.²⁶ Plusieurs raisons contribuent à expliquer cette augmentation, à l'instar de l'évolution démographique (patients toujours plus âgés qui nécessitent un suivi médical sur des durées plus longues). Certains experts estiment que l'offre est également responsable de la plus forte demande.²⁷ La pression financière accrue pousse les hôpitaux à améliorer leurs résultats par des mesures économiques. Par exemple en visant un taux d'occupation élevé de leurs capacités pour générer des montants de couverture. S'agissant d'offres de prestations médicales très pointues, il en résulte une asymétrie de l'information entre le médecin et le patient. C'est la raison pour laquelle le marché des prestations médicales est économiquement induit par l'offre. De plus, une partie de cette croissance quantitative est imputable aux structures d'incitation (inexistantes ou pernicieuses) de la LAMal en lien avec la croissance quantitative.²⁸ La rémunération des prestations ambulatoires (moniste, par les caisses-maladie) est différente de celle des prestations stationnaires (duale fixe par les caisses-maladie et les cantons). De facto, un traitement répondant à la même indication médicale peut être fourni nettement moins cher en ambulatoire qu'en stationnaire. Pourtant, les caisses-maladie sont incitées à faire fournir la prestation en stationnaire. Car dans ce cas, elles ne subviennent aux coûts qu'à hauteur de 45,0%, les 55,0% restants étant à la charge du canton. Dans le secteur ambulatoire en revanche, la caisse-maladie doit prendre en charge le traitement complet. Cette entrave au transfert de prestations vers l'ambulatoire est également l'une des raisons centrales à l'impuissance devant la croissance des coûts.²⁹

Nous avons montré dans notre étude « Ambulatoire avant stationnaire – Ou comment économiser un milliard de francs par an » que les structures tarifaires, mais aussi la différence opérée entre le financement ambulatoire et stationnaire, ne contribuent pas à réduire les fausses incitations, mais plutôt à les renforcer. L'augmentation des quantités peut tout à fait être désignée comme effet secondaire indésirable du nouveau financement hospitalier.

Concurrence et augmentation de l'efficacité : les conditions de concurrence se sont intensifiées dans l'ensemble ; nous parlons désormais d'une concurrence régulée. La consolidation du secteur se poursuit. Avant l'introduction du nouveau financement hospitalier déjà, des hôpitaux publics avaient procédé à certains apurements dans leur offre. Désormais, la tendance aux regroupements, aux constitutions de groupes et aux consolidations structurelles se poursuit. De plus, les offres sont étoffées et les projets de positionnement et d'amélioration des résultats sont exécutés pour des raisons stratégiques d'offre. Nous en concluons que la réforme de la LAMal a fourni une contribution clé à ce sujet et a apporté du mouvement dans un système de santé jusqu'ici rigide. Toutefois, la consolidation s'est limitée aux regroupements dans un premier temps ; à ce jour, aucun hôpital de soins aigus n'a encore fait faillite. Ici, les garanties publiques implicites supposées par les différents acteurs, de la part des cantons comme responsables ou actionnaires des hôpitaux publics jouent un rôle déterminant.

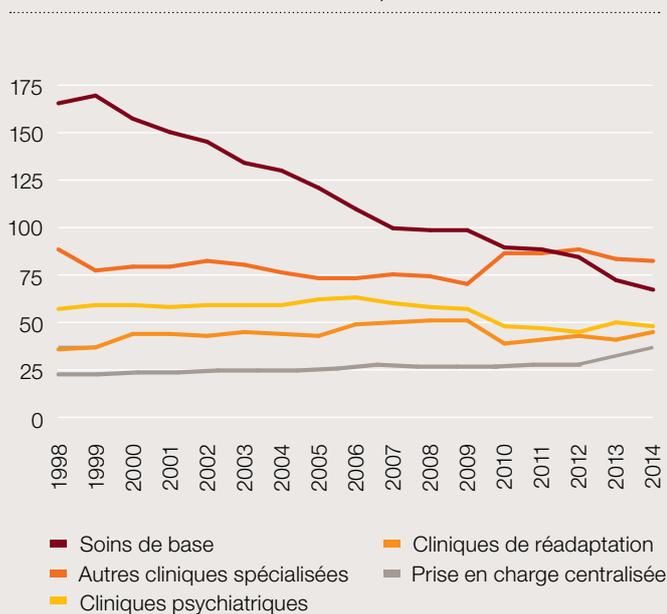
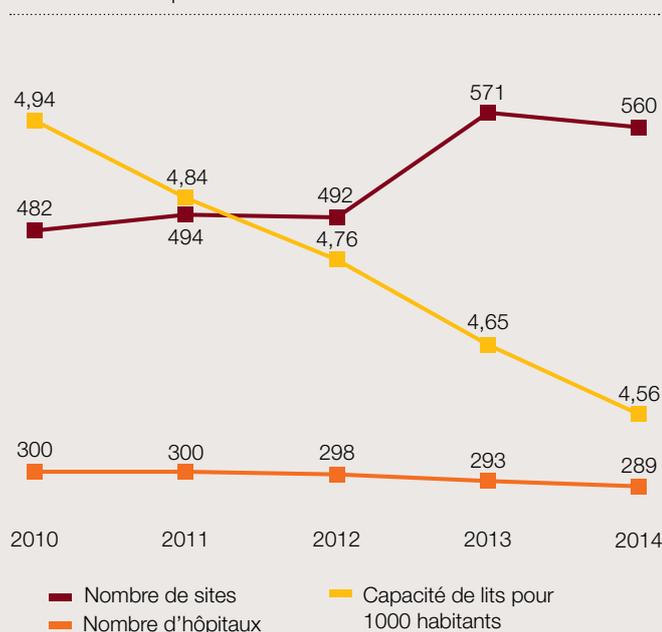
Quant à savoir si les cantons viendront à l'aide d'un hôpital en difficulté financière, la réalité le dira ces prochaines années. Le recul du nombre des entreprises tel que représenté par l'illustration 21 est trompeur : les regroupements ont, certes, conduit à une réduction du nombre de sociétés hospitalières, pour autant, le nombre de sites n'a pas diminué, mais a augmenté depuis 2012. Une situation due notamment à l'ouverture de nouveaux sites comme des centres ambulatoires et de chirurgie de jour, des instituts MRI ou des cliniques sans rendez-vous, dites *walk-in* (voir illustration 22).

²⁶ « Des mesures sont nécessaires pour freiner la hausse des coûts de la santé », Conseil fédéral, 2016.

²⁷ Meyer, Beatrix et Rohner, Barbara. « Séance d'information de la FMH : les DRG ont-ils un impact sur les volumes ? », *Bulletin des médecins suisses*, 2015, p. 31-32.

²⁸ « Endlich die Fehlanreize beseitigen » (En finir avec les fausses incitations), *NZZ*, 26 septembre 2016.

²⁹ « Ambulatoire avant stationnaire – Ou comment économiser un milliard de francs chaque année », PwC, 2016.

Illustration 21 : évolution du nombre d'hôpitaux de 1998 à 2014³⁰Illustration 22 : évolution du nombre de sociétés hospitalières, de sites et des capacités de lits de 2010 à 2014³⁰

À l'heure actuelle, le degré de concurrence entre les cantons est encore très inégal. Et ce, bien que l'efficacité ait partout augmenté depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier en 2012 et qu'elle se soit constamment améliorée depuis 2007.³¹ Les cantons interprètent et mettent en œuvre la LAMal de manière différente. Les PIG notamment font ressortir des différences sensibles en termes de soutien financier des hôpitaux par les cantons. Ces derniers accordent à leurs objectifs de politique régionale la priorité sur les objectifs de concurrence en matière de santé. C'est justement la protection des hôpitaux régionaux par des soutiens divers au travers des PIG octroyées par les cantons qui bouscule la concurrence au profit des objectifs de politique régionale.³² Les objectifs de renforcement des sites se heurtent ici à une intensité concurrentielle élevée. Une concurrence ouverte permettrait aux patients de profiter au moins à long terme d'un processus de traitement harmonisé et d'une meilleure qualité due à une compétition accrue entre les prestataires par-delà les frontières cantonales. Par ailleurs, les subventions cachées dans les cantons limitrophes augmentent la pression sur d'autres cantons, car elles ont une influence négative sur la concurrence supracantonale.

Avec l'intensification de la concurrence, l'introduction des forfaits par cas a nettement fait augmenter aussi le travail administratif à l'hôpital. Comme prévu par les politiques, les processus de fourniture de prestations ont, il est vrai, gagné en efficacité. Pourtant, cet effet est partiellement cassé par les exigences accrues posées à la documentation.³³ Le temps médecin-patients et soins-patients est en partie phagocyté par un plus grand travail de documentation.

Transparence et qualité : dans l'ensemble, la transparence des prix et des coûts par traitement a augmenté. La comparaison entre les hôpitaux s'est nettement améliorée notamment dans la fourniture de prestations stationnaires des soins aigus. La grande inconnue en termes de transparence au niveau du financement hospitalier se trouve dans les PIG des cantons responsables de certains hôpitaux. Il existe en effet d'innombrables différences dans la détermination des PIG et dans l'imputation des coûts d'enseignement et de recherche dans les hôpitaux universitaires.³⁴ Ce qui entraîne une distorsion de la concurrence entre hôpitaux privés et hôpitaux publics. Pourtant, le nouveau financement hospitalier aurait dû éliminer cette faille.³⁵ Enfin, la transparence en matière de qualité a été améliorée, notamment en permettant d'évaluer les hôpitaux sur divers sites internet.

³⁰ « Statistique des hôpitaux », Office fédéral de la statistique, diverses années.

³¹ « Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik. » (Les soins hospitaliers au cœur des tensions de la politique cantonale), Polynomics, 2013. « Les soins hospitaliers au cœur des tensions de la politique cantonale : actualisation 2015 », Polynomics, 2015.

³² « Coûteux, le protectionnisme des hôpitaux », Polynomics, 2013.

³³ « Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik. » (Les soins hospitaliers au cœur des tensions de la politique cantonale), Polynomics, 2013. Polynomics (2015) : Les soins hospitaliers dans le champ de tension de la politique hospitalière cantonale : actualisation 2015.

³⁴ « Trotz steigendem Dossieraufwand bleibt die Spitalärzteschaft motiviert » (Malgré une hausse continue des tâches administratives, les médecins hospitaliers restent motivés), gfs.bern, 2015.

³⁵ « Beschäftigung dank neuer Bürokratie » (La nouvelle bureaucratie crée des emplois), NZZ, 27 septembre 2016.

³⁶ « Dérégulation, incitations erronées – qui paie l'addition », Clinicum Romandie 1-15, 2015.

³⁷ Felder, Stefan. « Tarif- und Finanzierungsunterschiede zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken » (Différences de tarifs et de financement entre les hôpitaux publics et les cliniques privées. Rapport final.), 2016.

Ces évaluations permettent aux patients de s'informer avant de choisir un hôpital. L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) utilise des indicateurs pour vérifier la qualité des hôpitaux et veille à une plus grande transparence. De leur côté, les hôpitaux comprennent toujours mieux que le public et les patients veulent de la transparence sur leur qualité et leur économicité eu égard à l'augmentation permanente des primes d'assurance-maladie et des impôts.³⁶ Les hôpitaux ont donc réagi en publiant des rapports de qualité par exemple. Par ailleurs, il existe désormais divers portails qui évaluent les prestations médicales. Encore peu utilisés, ils ne sont toutefois pas d'une grande aide à un futur patient.

À notre connaissance, aucune étude de SwissDRG n'indique actuellement que la qualité baisserait systématiquement sous une pression financière accrue. Par exemple, il n'est pas possible de généraliser une tendance aux sorties prématurées («sanglantes») ni de déceler un déficit de soins des cas difficiles. Les médecins travaillant dans le secteur hospitalier ambulatoire constatent parfois davantage de sorties «rapides».³⁷ Mais si la réduction de la durée des séjours peut être imputable à la pression économique, elle est due aussi aux progrès techniques ; par ailleurs, on constate un transfert plus rapide vers un établissement de suivi. Enfin, les indicateurs de qualité définis par l'OFSP ne soulignent pas de hausse significative des taux de mortalité ou de réhospitalisation. Nous considérons les évolutions dans les prescriptions de nombres de cas minimums pour un mandat de prestations comme positives pour la garantie de qualité.³⁸ Il est ainsi possible de garantir que le médecin responsable ou l'hôpital dispose de l'expérience nécessaire dans les traitements concernés.

Illustration 23 : réalisation des objectifs par le nouveau financement hospitalier en 2015

(○ non réalisé ● entièrement réalisé)

Objectif du nouveau financement hospitalier	Réalisation de l'objectif
Réduire la croissance des coûts	
Augmenter la concurrence et l'efficience	
Transparence et qualité	

Maîtrise de la croissance quantitative indispensable pour réduire les coûts

Les objectifs de qualité, de transparence et de concurrence ont été atteints dans une bonne mesure. En revanche, la réduction des coûts ou en tout cas l'atténuation de leur augmentation constitue un objectif politiquement toujours très important, non réalisé à ce jour. Une constatation régulièrement soulignée par les acteurs du marché de la santé. Une meilleure maîtrise des coûts passera notamment par les actions suivantes :

(1) Accroître le principe de concurrence

Augmenter la concurrence implique de réduire absolument les subventions cachées octroyées par les cantons. Pour cela, il serait judicieux de réglementer de manière transparente le financement des PIG à l'échelle de la Suisse. De plus, le canton devrait subordonner dans une large mesure ses objectifs de politique régionale aux objectifs du système de santé suisse et ne pas intervenir sur le marché. Il serait donc particulièrement indiqué d'accorder leur autonomie aux hôpitaux qui font encore partie d'une administration communale ou cantonale. En tant que propriétaire, le canton a toujours intérêt à l'économicité de son hôpital. Ce qui ne signifie pas encore qu'il abandonne les incitations de la concurrence intercantonale. À long terme, la libéralisation complète sous forme de privatisations offre la chance d'ouvrir beaucoup plus largement le marché à la concurrence et ainsi d'accroître la pression à l'économicité sur les hôpitaux. Il est toutefois impossible de prévoir si les objectifs de politique des soins peuvent être respectés.

(2) Réduction des incitations erronées dans les structures tarifaires entre ambulatoire et stationnaire

La suppression des incitations erronées dans les structures tarifaires passera soit par des forfaits par cas ambulatoires, l'extension des structures tarifaires stationnaires au secteur hospitalier ambulatoire (dit «Zero Night DRG»), soit par une régulation étatique (fourniture de certaines prestations stationnaires seulement après présentation d'une garantie de prise en charge). La plus importante est certainement l'élimination des différents systèmes de financement des traitements ambulatoires et stationnaires. Une différenciation qui pousse toujours les assureurs-maladie à ne pas soutenir un transfert systématique vers l'ambulatoire. En effet, un traitement ambulatoire est souvent financièrement moins avantageux pour eux qu'un traitement hospitalier.³⁹

³⁶ Aebi, Jürg. «Unzufriedene Patienten? Ein Segen für mehr Qualität!» (Patients mécontents ? Une bénédiction pour la qualité), Influence, 26. août 2016.

³⁷ «Trotz steigendem Dossieraufwand bleibt die Spitalärzteschaft motiviert» (Malgré une hausse continue des tâches administratives, les médecins hospitaliers restent motivés), gfs. Bern, 2015.

³⁸ Cf. p. ex. «Versorgungsbericht 2015» (Rapport des soins 2015), Direction de la santé du canton de Zurich, 2016.

³⁹ «Ambulatoire avant stationnaire – Ou comment économiser un milliard de francs chaque année», PwC, 2016.

(3) Réduction des incitations erronées dans les structures tarifaires entre assurance de base et complémentaire

La rémunération différemment gratifiante des traitements de patients au bénéfice de l'assurance de base ou complémentaire est elle aussi une incitation pernicieuse. On ne peut que souhaiter que le traitement d'une pathologie nécessitant une même indication médicale soit choisi et exécuté indépendamment de la catégorie d'assurance du patient. Le secteur ambulatoire pourrait également envisager de concevoir autrement les offres pour les patients au bénéfice d'une assurance complémentaire et de les facturer en conséquence. Cela garantirait davantage d'équité entre les catégories d'assurance.

(4) Réduction des rôles multiples des cantons

Les rôles multiples de planificateur des soins, acheteur de prestations, autorité tarifaire et parfois de propriétaire d'hôpitaux peuvent conduire à des incitations erronées pour les cantons et à des conflits d'intérêts opaques. La concurrence n'est plus la bienvenue, ou est subordonnée aux objectifs de politique, comme la garantie des emplois dans la région. C'est pourquoi les hôpitaux publics sont toujours cofinancés par les cantons.⁴⁰

Nous sommes favorables à un affranchissement systématique des hôpitaux de la tutelle communale ou cantonale et à leur conversion en structures économiquement indépendantes et ouvertes à des incitations entrepreneuriales. Nous sommes d'avis que la concurrence en sortirait renforcée.

(5) Réduction des incitations à augmenter les quantités – davantage de régulation

Planifier les soins à une échelle régionale élargie est l'une des méthodes prônées pour réduire l'augmentation des quantités. C'est le cas, par exemple, au nord-ouest de la Suisse où les cantons de Bâle-Ville, Bâle-Campagne, Argovie et Soleure disposent depuis 2012 d'une planification sanitaire commune.⁴¹

Au niveau de la réglementation, les budgets globaux sont aussi une approche pour limiter la hausse quantitative. Cette méthode consiste à prescrire aux hôpitaux des plafonds contraignants et à leur infliger des pénalités financières en cas de dépassement. Une étude de l'OFSP montre que les cantons qui gèrent leurs hôpitaux par budgets globaux (GE, VD, TI) affichent dans le secteur stationnaire une augmentation des coûts nettement plus faible que les autres cantons.⁴²

Les approches avec tarifs dégressifs pour certaines prestations vont un peu dans le même sens. La rémunération par prestation est dégressive à partir d'un certain montant. Les hôpitaux n'ont pas intérêt à fournir des prestations dépassant cette limite. L'Allemagne, par exemple, pousse cette approche à l'extrême dans le secteur ambulatoire en cabinet : à partir d'un certain budget, les rémunérations des prestations sont sensiblement plus faibles.⁴³ Ainsi, les hôpitaux pourraient se voir attribuer un budget de traitements, au sens d'un nombre maximal de traitements exécutables par trimestre. Pour augmenter la flexibilité, il serait envisageable de fixer pour chaque hôpital le chiffre d'affaires maximal facturable par trimestre, rémunéré au facteur de pondération complet. Une fois le budget atteint, la rémunération diminuerait de manière dégressive. Dans l'ensemble, force est de constater que ces interventions régulatrices peuvent à la fois réduire certaines incitations pernicieuses et en introduire de nouvelles.

(6) Réduction des incitations à augmenter les quantités : patients et assurés

Il serait possible aussi de remédier aux incitations pernicieuses pour les patients ou les assurés. Par exemple, en instaurant une réglementation restrictive de la fréquence de changement de franchise. Il serait envisageable aussi d'augmenter le montant de la franchise minimale ou de la quote-part. Ce qui comporte toutefois le risque de charger excessivement les malades chroniques.⁴⁴ Certes, le système de santé suisse affiche une part des coûts financée par les patients très élevée. Mais cela permettrait de relever le seuil d'accès aux urgences. Des approches similaires préconisent d'infliger une amende aux patients qui se précipitent aux urgences « pour un nez qui coule ».⁴⁵

Les assurés et les patients, eux, ne souhaitent pas nécessairement maîtriser la croissance quantitative. S'il existe des méthodes de traitement pour un tableau clinique, ils souhaitent naturellement en profiter et améliorer leur santé personnelle ou guérir la maladie. Une possibilité consisterait ici à remanier radicalement le catalogue de prestations de l'assurance de base et à ne couvrir que les formes de traitement les plus actuelles. Cela permettrait de tenir compte des progrès médicaux et de les encourager. Et les coûts des traitements ne correspondant plus à la dernière situation de la médecine seraient éliminés.

D'une manière générale, réduire les quantités est une menace pour la concurrence. Différents objectifs se font donc face ici, que le législateur doit contrebalancer par des mesures bien pensées.

⁴⁰ « Trotz steigendem Dossieraufwand bleibt die Spitalärzteschaft motiviert » (Malgré une hausse continue des tâches administratives, les médecins hospitaliers restent motivés), gfs. Bern, 2015.

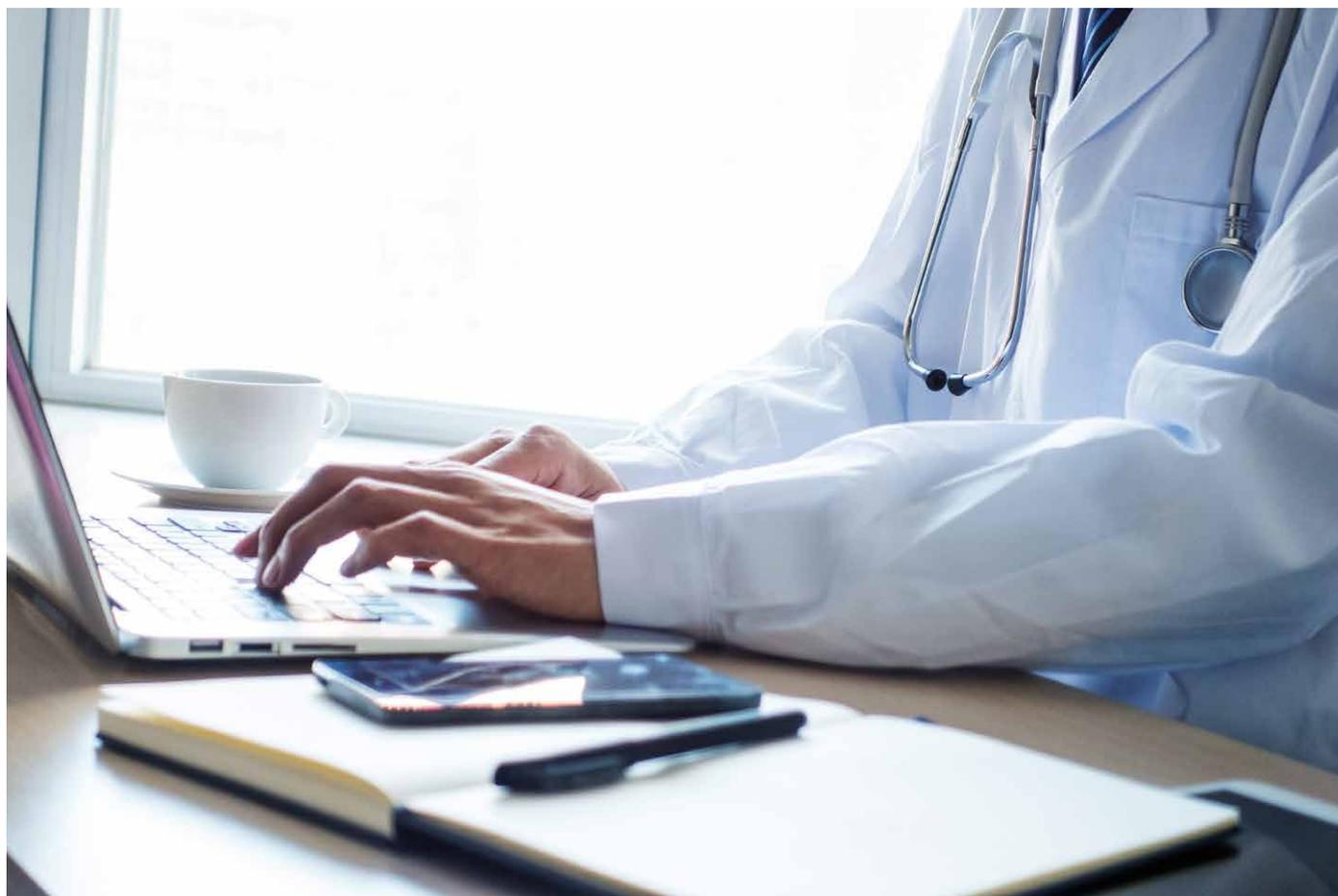
⁴¹ Planification hospitalière du Département de la santé du canton de Bâle-Ville, 2016.

⁴² « Contenir la hausse des coûts dans le domaine de la santé », Office fédéral de la santé publique, 2016.

⁴³ « Erläuterungen zum Regelleistungsvolumen » (Explications des volumes de prestations régulières), Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, 2009.

⁴⁴ « Endlich die Fehlanreize beseitigen » (En finir avec les fausses incitations), NZZ,

⁴⁵ « Bagatellen im Notfall: Bezahl-Schranke als Lösung » (Cas bagatelles aux urgences : moins rembourser comme solution ?), Medinside,



(7) Augmentation de la transparence

Comme nous l'avons déjà dit, la transparence entre les cantons ne règne pas dans le domaine des PIG. Ce qui peut entraîner des distorsions dans la concurrence et inciter les cantons avec un fort niveau de concurrence à intervenir davantage sur le marché (par les PIG ou les listes hospitalières).⁴⁶ Il faut donc mettre en place, pour réaliser pleinement les objectifs de concurrence, un financement clair, transparent et homogène des PIG à l'échelle de la Suisse et mettre en œuvre strictement les prescriptions du Conseil fédéral.⁴⁷

L'asymétrie d'information entre le médecin et le patient est elle aussi un critère de transparence. Les connaissances élargies du praticien peuvent précisément conduire les patients à recourir à des prestations qui ne correspondent pas aux principes d'économicité, d'adéquation et d'efficacité. Il faut accroître ici la transparence dans le conseil entre les médecins et les patients.

Éliminer les incitations pernicieuses pour atteindre les objectifs de la révision de la LAMal

Le nouveau financement hospitalier a contribué à renforcer la concurrence et à augmenter l'efficacité. En même temps, il améliorerait la transparence. Pourtant, l'objectif de la réduction des coûts n'a pas été atteint. Certes, les évolutions démographiques, les progrès de la technique médicale et les nouveaux besoins des patients en sont en partie responsables. Mais la révision de la LAMal n'a pas non plus éliminé les incitations pernicieuses à une extension des quantités du côté de l'offre, voire les a en partie renforcées.

Pour contenir la hausse des coûts, nous proposons diverses mesures. Notamment, des réglementations plus favorables à la concurrence dans les cantons, visant avant tout une réduction de la croissance quantitative : un traitement plus homogène des PIG, la suppression éventuelle du monisme dans le financement ambulatoire et l'exécution de la planification des soins à une échelle régionale élargie.

⁴⁶ «Les soins hospitaliers au cœur des tensions de la politique cantonale : actualisation 2015», Polynomics, 2015.

⁴⁷ Conseil fédéral 2012 : «Selon l'art. 49, al. 1, LAMal, il convient de préciser les prestations dont les coûts ne doivent en aucun cas être mis à la charge de la LAMal – à savoir les coûts liés au maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ainsi que les coûts pour la recherche et la formation universitaire – tout en laissant, en lien avec l'approvisionnement en soins, une certaine marge de manœuvre aux cantons pour financer d'autres prestations.»

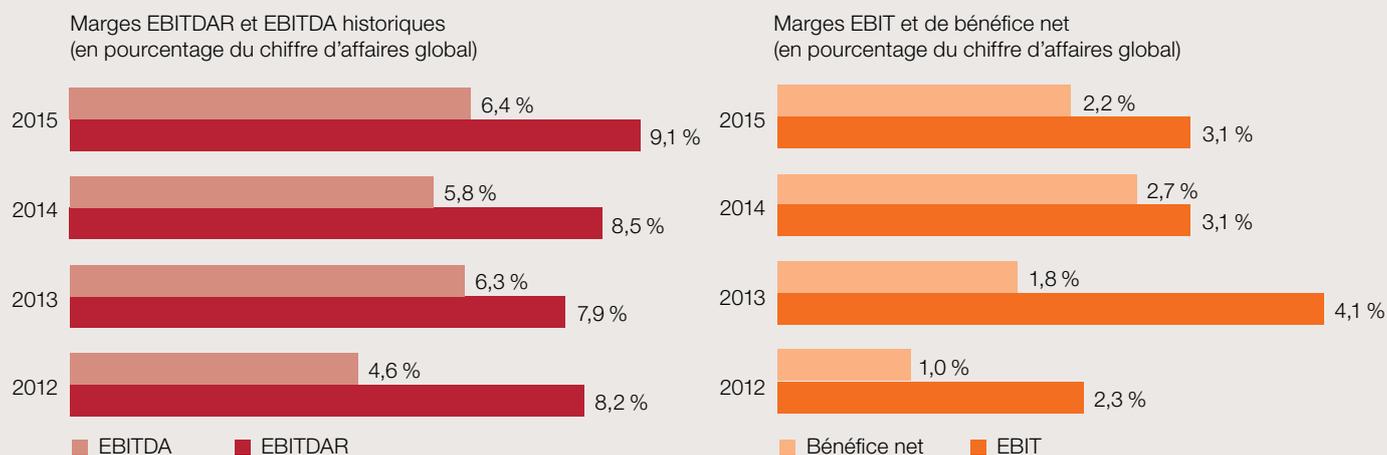
4. Santé financière toujours plus importante pour la psychiatrie

En psychiatrie, on observe une évolution similaire à celle du secteur des soins somatiques aigus. Au niveau des soins, nous pensons que la durée de séjour moyenne va continuer à baisser. Par ailleurs, il faut encourager une plus forte connexion entre les prestataires ainsi qu'avec des établissements en amont et en aval au sens d'une chaîne de traitement perméable, et favoriser la tendance aux prestations ambulatoires. La «course aux talents» est pleinement lancée dans le domaine médical et des soins. Pour Erich Baumann, président de la direction de la clinique universitaire psychiatrique de Zurich (PUK), cette compétition va s'intensifier massivement. Ce sera l'occasion pour les cliniques psychiatriques de se positionner comme employeur attrayant en offrant des formations de base et continues adaptées aux besoins, des salaires honorant correctement les performances et des plans de carrières intéressants, le tout combiné à des modèles de temps de travail respectant les besoins. Chez les patients, l'attente augmente en raison d'une multimorbidité plus élevée, conséquence de la mutation démographique.

Le fait que la partie stationnaire soit suffisamment rémunérée en moyenne, mais que les tarifs peinent à couvrir les coûts dans le secteur hospitalier ambulatoire, est commun aux soins somatiques aigus et à la psychiatrie. C'est pourquoi les représentants des établissements psychiatriques demandent aussi de nouvelles possibilités de financement. «Les prestataires ne proposent des offres innovantes et mieux orientées sur les patients que si le financement est assuré à long terme et orienté sur ce genre d'approches innovantes», nous dit Erich Baumann.

Les soins intégrés sont une priorité particulière en psychiatrie. Par exemple l'intégration de la psychiatrie des enfants, des adolescents et des adultes sous un seul toit (organisation et hiérarchie).⁴⁸ On parle ici de «psychiatrie de transition». Elle a pour objectif de surmonter les interruptions de soins par-delà les différentes classes d'âge. Il faudra pour cela créer des moyens d'accès et de traitement adaptés aux besoins dans la psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. Au niveau organisationnel, cette intégration peut être garantie dans la mesure où les disciplines proposent leurs prestations au même rythme ou dans un centre ambulatoire commun. Enfin, il faut impliquer des partenaires externes, venant des domaines de l'éducation et du social, de l'aide à la jeunesse et des écoles. Certains établissements psychiatriques élaborent des concepts d'implication systématique des écoles. Le but est de réussir le retour à l'école après un traitement psychiatrique.

Illustration 24 : ratios de rendement des établissements psychiatriques suisses de 2012 à 2015



⁴⁸ «L'intégration en pédopsychiatrie», fmc-Impulse, édition 2016/4.

La tendance à l'amélioration des marges se poursuit malgré une croissance poussive

La tendance réjouissante à de meilleures marges pour les établissements psychiatriques suisses s'est poursuivie en 2015. La hausse relativement faible du chiffre d'affaires n'a pas empêché les marges EBITDAR et EBITDA d'augmenter.

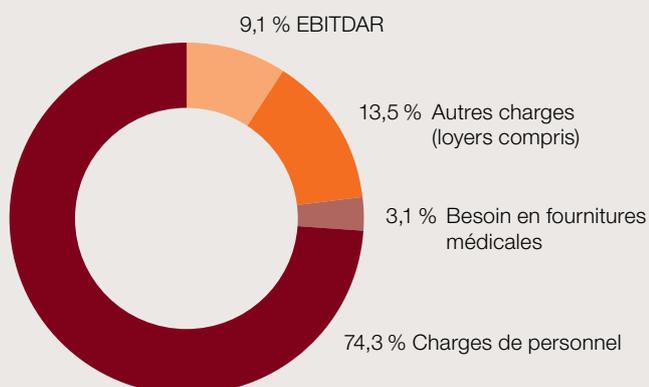
Malgré une croissance poussive, la psychiatrie suisse a continué à améliorer son efficacité. Avec 9,1 %, la marge EBITDAR des établissements psychiatriques analysés dépassait de 0,6 % celle de l'année précédente. En valeur médiane, la marge EBITDA s'est améliorée sur la même période de 5,8 % à 6,4 %, soit de 0,6 % (voir illustration 24).

Dans notre dernière étude, nous avons formulé une valeur cible de 8,0 % pour la marge EBITDA. Un objectif qui n'est pas encore entièrement atteint. Toutefois, l'amélioration des marges par rapport à l'année précédente, malgré une hausse plus faible du chiffre d'affaires, permet de penser que les choses vont continuer à s'améliorer ; il reste manifestement du potentiel à la hausse.

Du côté des charges, le tableau paraît stable. Par rapport aux soins somatiques aigus, les charges de personnel en psychiatrie représentent, avec 74,3 % en 2015, une part nettement plus élevée du chiffre d'affaires. Eu égard à la concurrence mentionnée pour s'adjoindre les services de professionnels qualifiés, il ne faut pas s'attendre à une réduction sensible des charges de personnel dans un avenir proche. Des surcoûts dans ce domaine peuvent être compensés par un besoin médical inférieur (voir illustration 25).



Illustration 25 : répartition des charges en psychiatrie en 2015



Entretien avec Erich Baumann : intégration horizontale et verticale dans le secteur de la santé comme levier d'optimisation des gains et d'augmentation de la qualité



Erich Baumann travaille depuis 1997 à la clinique universitaire psychiatrique de Zurich (PUK). Il en est le président de la direction depuis 2007. L'économiste d'entreprise avec une formation postgrade en gestion hospitalière est également membre du conseil d'administration de l'hôpital Limmattal.

1. Comment voyez-vous l'évolution à long terme des marges EBITDA en psychiatrie ?

Tout d'abord, pour survivre et financer son infrastructure, une institution psychiatrique doit absolument réaliser un bénéfice approprié. Je pense que les marges EBITDA évolueront de manière latérale ces prochaines années voire, faute de mesures augmentant l'efficacité, enregistreront même une légère baisse. Du côté des tarifs, aucune hausse significative des rémunérations n'est attendue ni en ambulatoire ni en stationnaire, et du côté des coûts, la pression va augmenter en particulier sur les salaires les plus élevés. Aujourd'hui déjà les bons collaborateurs sont rares dans le secteur de la santé et ont donc leur prix. La situation ne devrait pas se détendre.

2. Où sont les grands leviers d'optimisation de l'EBITDA ?

On les trouve du côté des coûts, notamment dans les processus clés de la chaîne de traitement, mais aussi dans les processus de support. Il faut repenser fondamentalement les prestations clés et placer le patient et l'efficacité au centre des réflexions. Il faut aussi étendre les chaînes de processus aux institutions en amont et en aval, et améliorer la perméabilité entre les offres ambulatoires, de cliniques de jour et stationnaires. La PUK, par exemple, a intégré des cabinets spécialisés à l'hôpital et créé cette année l'offre Home Treatment. C'est-à-dire que la prestation est fournie chez le patient.

Optimiser les processus passe aussi par une bonne infrastructure. En prévoyant de nouvelles constructions, les hôpitaux

peuvent adapter de manière ciblée leur infrastructure à des processus innovants (*structure follows processes*). Ainsi, la PUK a prévu de ne plus interrompre ni fragmenter les traitements ambulatoires, en clinique de jour et stationnaires, en les regroupant géographiquement (intégration verticale), ce qui permet de minimiser les trajets au sein de la clinique. Au niveau du support, des coopérations permettent d'atteindre des effets d'échelle, par exemple dans la logistique et dans les achats.

Du côté des recettes, l'orientation ciblée sur des segments lucratifs peut influencer favorablement l'EBITDA. Je veux parler ici des patients privés et semi-privés. La concurrence portera sur la présence des médecins traitants, car ces patients veulent être soignés par le médecin-chef en personne. Par ailleurs, la relation avec les référents est un facteur essentiel du succès d'une clinique dans ces segments. Les patients étrangers notamment sont une aubaine, en particulier pour les hôpitaux universitaires qui disposent d'une offre haut de gamme. Les patients fortunés venant de pays aux systèmes de santé peu développés sont des groupes cibles potentiels. Les patients extracantonaux représentent un potentiel plutôt modeste, car ils ne peuvent pas être acquis à large échelle mais seulement individuellement pour des traitements spécifiques.

3. Comment les soins intégrés vont-ils évoluer ?

Je vois des potentiels à différents niveaux pour les soins intégrés : au sein des cliniques, par l'amélioration de la collaboration avec des services en amont et en aval, mais aussi entre la psychiatrie et les soins somatiques aigus, la réadaptation et les homes. Un soin intégré pour des patients aux diagnostics somatiques et psychiatriques se fait, par exemple, par l'intermédiaire des services de consultation et de liaison à l'hôpital. Non seulement la collaboration devrait être intensifiée entre des cliniques psychiatriques du même niveau de soins, comme les cliniques universitaires, mais aussi être perméable. En conclusion, la collaboration augmentera ou devra

augmenter entre tous les groupes d'intérêt.

La recherche est un domaine jusqu'ici peu exploité. Il reste, tant dans la recherche fondamentale que dans la recherche clinique, des potentiels inexploités dans la collaboration entre la psychiatrie et les soins somatiques aigus. C'est pourquoi il pourrait être très productif de lancer ici des projets modèles.

Pour renforcer les soins intégrés, il faut assouplir les règles rigides de la LAMal. Il faut cesser de penser à l'argent et augmenter la flexibilité. Ce sont des conditions importantes pour initier et permettre des formes de soins innovantes. Les assureurs-maladie devraient élargir leur horizon de pensée au-delà de la LAMal, considérer les assurés dans leur globalité et cofinancer des projets de niche. Par exemple, à la PUK, nous avons un projet de familles d'accueil : la PUK accompagne les patients qui habitent chez une famille d'accueil pendant la réinsertion, et certains assureurs financent en partie les coûts générés.

Du côté des prestataires impliqués, il est important, pour intensifier les coopérations, qu'il existe un objectif commun, que les parties croient au projet et que le top management apporte son plein soutien.

4. À votre avis, quel sera l'impact de l'introduction du TARPSY et du financement général des prestations psychiatriques ?

Sur ce point, je pars toujours du principe d'une introduction le 1^{er} janvier 2018. Étant donné que le manuel de codage ne sera disponible que mi-novembre, il n'est pas possible de dire actuellement si – et dans l'affirmative – dans quelle mesure le nouveau modèle de rémunération conduira à davantage de concurrence. Sans doute tous les prestataires ne profiteront-ils pas de la même manière de l'introduction du TARPSY. Les cliniques de soins classiques seront probablement dans une position moins

confortable que les cliniques spécialisées. La complexité et le niveau d'exigence d'un traitement psychiatrique sont difficiles à justifier, ce qui pose de grands défis en termes de rémunération adéquate.

La tendance à transférer les prestations vers l'ambulatorio se poursuivra en psychiatrie aussi. Le grand problème, toutefois, est que le barème actuel des prix ne permet pas de rémunérer suffisamment les prestations ambulatoires et de l'hôpital de jour. Ce transfert souhaité (aussi) politiquement doit être soutenu par des évaluations plus professionnelles de ces prestations. Il faut étayer ces nouveaux modèles de rémunération sur des données et des faits.

Par ailleurs, le système de financement ne devrait pas reposer sur une base annuelle, mais être planifié à long terme. Un financement durablement stable encouragera les innovations, en particulier dans le domaine ambulatoire et de l'hôpital de jour. Ce qui devrait se traduire par un éloignement accru du secteur stationnaire. Les coopérations doivent elles aussi être planifiées pour pouvoir justifier à long terme les investissements nécessaires à la mise en place de la coopération avec le partenaire.

Le financement différencié des prestations stationnaires en hôpital (financement dual par le canton et les assureurs) et des prestations hospitalières ambulatoires (financement moniste) conduit à des incitations pernicieuses, entrave la concurrence et est en contradiction avec le principe « ambulatoire avant stationnaire ». Pour fournir davantage de traitements en ambulatoire, il faut éliminer ces incitations, par exemple en choisissant de faire financer de la même manière toutes les prestations de l'assurance-maladie obligatoire par un organisme de financement. Ce rôle pourrait être assumé par les assureurs. Il ne faut pas oublier toutefois qu'un tel changement de système s'accompagnera de bouleversements importants.

5. Comment parvenir enfin à contenir la hausse des volumes et des coûts dans le secteur de la santé ?

Je vois notamment trois possibilités.

D'abord limiter, réexaminer régulièrement et adapter le catalogue de prestations très volumineux en Suisse. Sans craindre de se défaire de vieux schémas si de nouvelles méthodes moins onéreuses sont disponibles, offrant un meilleur résultat.

Ensuite, assouplir le fédéralisme, car la migration intercantonale annoncée des patients n'a pas eu lieu. L'esprit de clocher doit céder la place à l'intérêt général. En la matière, il est possible de renforcer des coopérations intercantionales et de développer de nouvelles régions hospitalières supracantoniales, comme la Suisse du Nord-Ouest y réfléchit actuellement.

Enfin, il faut passer aux mandats de prestations. Le canton peut augmenter les obstacles pour maintenir les mandats de prestations, par exemple en définissant le nombre minimal de cas.

Merci beaucoup pour cette interview.

5. Amélioration des résultats

Plus de la moitié des hôpitaux suisses analysés n'atteignent pas (certains, de loin) la marge EBITDA recommandée de 10,0% au minimum. Cette situation, ajoutée à la pression financière croissante ces prochaines années sous forme de baisse des prix, montre que de nombreux hôpitaux doivent prendre des mesures pour améliorer les résultats. Nous consacrons les points suivants aux leviers qui aideront à réussir et à la manière dont les hôpitaux peuvent procéder.

Identifier systématiquement le potentiel d'amélioration des résultats

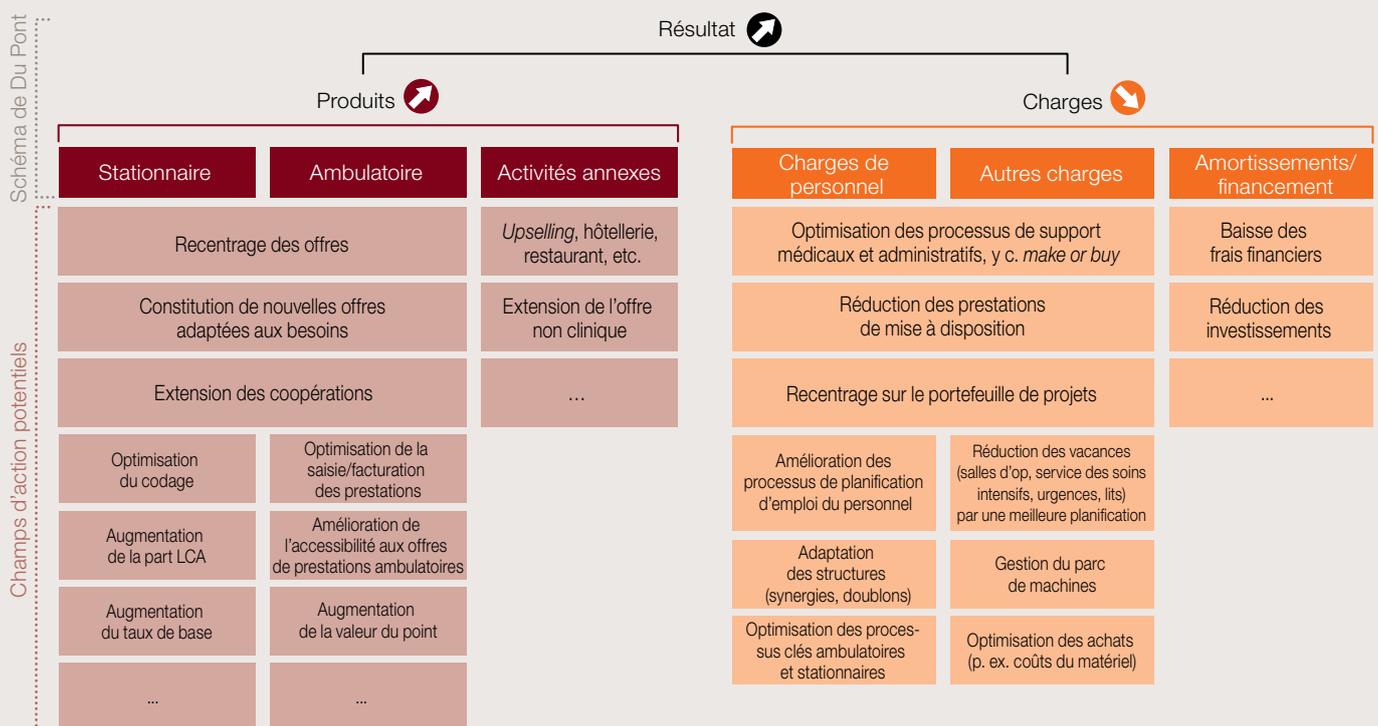
Pour réussir à optimiser les résultats, il est indispensable d'adopter une méthode cohérente qui permettra d'étayer la communication des mesures. L'hôpital aura ainsi également la garantie qu'il identifie vraiment tous les secteurs présentant

le plus grand potentiel. La méthode basée sur le schéma de Du Pont est appropriée en la matière (voir illustration 26). Elle comprend des leviers d'amélioration des résultats tant du côté recettes que du côté coûts.

Les changements du côté des recettes résultent de la multiplication des prestations fournies et du prix correspondant. L'augmentation des revenus passe donc fondamentalement par la quantité et par le prix. Pour les revenus, il y a trois catégories de leviers : les revenus stationnaires, les revenus ambulatoires et les revenus d'activités annexes. Ces catégories présentent à leur tour une série de champs d'action. Au niveau stratégique, le portefeuille d'offres et ses quantités de prestations constituent un point de départ. Pour se démarquer de la concurrence, il est possible de se concentrer sur certaines offres. Cela conduit à un positionnement plus clair, avec un effet positif sur les quantités de prestations. Une autre approche réside dans la connexion externe. Des coopérations permettent d'élargir le rayon d'action.

Les affaires opérationnelles contiennent d'autres leviers du côté des revenus. L'hôpital peut agir au niveau de la saisie des prestations, du codage et de la facturation. Parmi les mesures concrètes, citons par exemple la sensibilisation du personnel, les formations continues et des processus clairs.

Illustration 26 : schéma de Du Pont pour identifier les potentiels d'optimisation



Du côté des coûts, l'attention portera sur les charges de personnel et les autres charges ainsi que sur le financement d'investissements. Le montant des charges d'exploitation est déterminé par les coûts du matériel à l'achat, par la gestion du parc de machines et par des capacités qui ne sont pas utilisées de manière optimale. Les coûts dans le secteur du personnel, le plus gros poste de frais dans un hôpital de soins aigus, avec 60,0% à 70,0% des coûts globaux (près de 80,0% en psychiatrie), sont influencés par une série de facteurs. Le principal levier de réduction des charges de personnel et des autres charges est une organisation fonctionnelle efficace. La création de synergies, l'élimination d'interfaces, la réduction de doublons et l'élimination des prestations de mise à disposition jouent ici un rôle central.

Concrètement, la standardisation et la numérisation des processus et l'optimisation de processus de planification au niveau du personnel et des immobilisations corporelles peuvent se révéler efficaces. L'organisation fonctionnelle dépend essentiellement de l'infrastructure disponible. Pour que l'hôpital puisse concevoir au mieux ses processus et contenir les charges de personnel et les autres charges autant que possible, il doit adapter largement son infrastructure aux processus (*structure follows processes*). Cette adaptation peut conduire à une baisse des coûts, par exemple par la création de services partagés au-delà de l'hôpital, ou par l'externalisation de tâches annexes à des tiers spécialisés.

Dans le domaine des finances, les charges financières et les amortissements peuvent être largement influencés par les investissements. Pour réduire les amortissements au minimum, il faut des investissements aussi peu coûteux que possible qui tiennent compte des besoins futurs. Par exemple, on se demandera pour le financement si les couvertures des taux d'intérêts sont pertinentes à long terme et conduisent à des économies de coûts ou à davantage de sécurité dans la planification.

En amont, un controlling efficace, la mise en place d'un *benchmarking* interne et une culture d'entreprise orientée sur des processus continus d'amélioration peuvent contribuer durablement à améliorer les résultats.

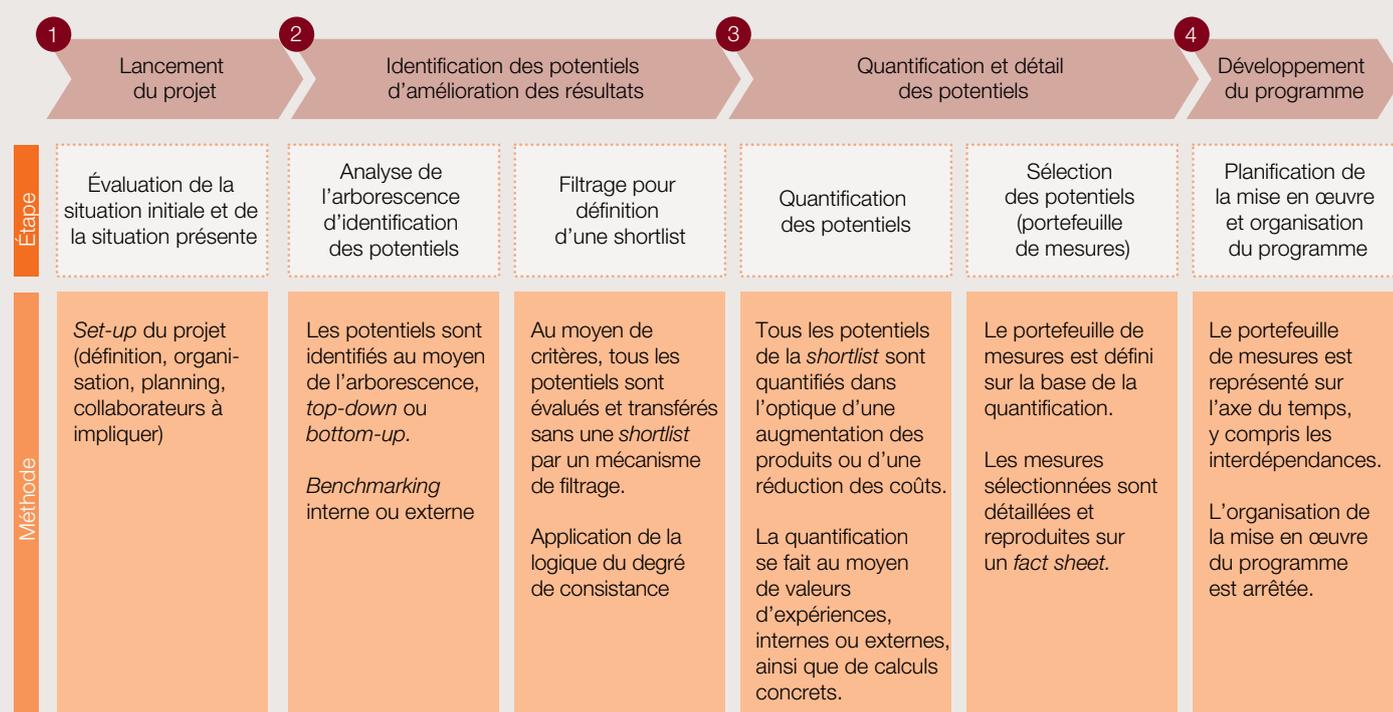
Projets d'amélioration des résultats en quatre étapes

Avant d'aborder un projet d'amélioration des résultats, l'hôpital doit en fixer les objectifs. En définissant notamment des marges EBITDAR ou EBITDA cibles. Dans nos projets d'amélioration des résultats, nous appliquons la plupart du temps une méthode en quatre étapes (voir illustration 27) :

Étape 1 : lancement du projet

Il s'agit ici de définir l'organisation du projet, de fixer le calendrier et de désigner les collaborateurs impliqués.

Illustration 27 : les quatre étapes des projets d'amélioration des résultats



Étape 2 : identification des potentiels d'amélioration des résultats

Cette étape vise à identifier les potentiels le long du schéma de Du Pont, ce qui permet de dégager une *longlist* de potentiels. Ces derniers sont évalués en substance à l'aide de critères appropriés (par exemple conformité stratégique, potentiel financier ou faisabilité) puis filtrés en une *shortlist*. Pour compléter, une logique du degré de consistance permet d'évaluer le degré de maturité de chaque potentiel. Le degré de maturité et la probabilité de réalisation des potentiels font l'objet d'une analyse structurée.

Les méthodes qui ont fait leurs preuves consistent à conduire des entretiens avec les personnes clés et à étudier les ratios financiers, les organigrammes et les processus. Pour éviter que l'analyse ne repose uniquement sur les hypothèses de collaborateurs, les informations récoltées peuvent être comparées à celles d'autres hôpitaux ou établissements psychiatriques (voir digression *benchmarking*). Un accompagnement de certains processus au sens d'une « visite sur site » peut également fournir des renseignements.

Le processus d'identification peut être conduit aussi bien selon une approche descendante (*top-down*) ou ascendante (*bottom-up*), ou en combinant les deux. En cas d'approche descendante, les potentiels sont identifiés dans un premier temps par les membres de la direction, les cadres de l'état-major et, éventuellement, d'un niveau hiérarchique inférieur, puis introduits progressivement. Avec l'approche ascendante, les potentiels sont identifiés « à la base », les propositions des collaborateurs enregistrées puis agrégées.

Étape 3 : quantification et détail des potentiels

À ce niveau du projet, tous les potentiels de la *shortlist* sont quantifiés financièrement en termes de hausse des revenus ou de réduction des coûts. Ce résultat émane d'une part de calculs concrets et, d'autre part, des expériences tirées de projets antérieurs ou faites par d'autres hôpitaux. Puis les mesures quantifiées sont sélectionnées. Ce qui permet de définir celles à mettre en œuvre pour améliorer les résultats. Ces mesures sont accompagnées de responsabilités et leur mise en œuvre est planifiée sur l'axe du temps. L'hétérogénéité peut être très importante ; des résiliations ou des non-prolongations de contrats sont envisageables, ainsi que des adaptations budgétaires pour les années suivantes et le lancement (ou l'achèvement) de projets.

Les effets financiers pour l'organisation doivent également être pris en compte dans le catalogue de mesures. Ils seront utilisés pour la modélisation des futurs comptes de résultat, bilans et flux de trésorerie. Cette modélisation financière peut permettre de calculer plusieurs scénarios (nombre différents de mesures) et sensibilités.

Étape 4 : développement du programme

La dernière étape est consacrée à la planification de la mise en œuvre et à l'organisation du programme d'amélioration des résultats. Il s'agit de déterminer le pilotage du programme (par exemple comité de programme, direction et *sounding board*) et la méthode de travail. Les processus de décision et l'intégration organisationnelle du programme sont d'autres thèmes à prendre en considération.

Facteurs de réussite de la mise en œuvre

Pour réussir la mise en œuvre de son programme d'amélioration des résultats, un hôpital doit tenir compte de plusieurs facteurs, dont les quatre principaux sont les suivants :

1. L'*acceptation des mesures* doit être élevée tant parmi les collaborateurs qu'au sein de l'équipe de dirigeants. Une stratégie de communication appropriée et des explications claires apporteront un soutien efficace. Il s'agit de justifier les mesures de manière transparente, d'en souligner l'importance et d'en décrire le profit de manière plausible. Les préoccupations des collaborateurs doivent être prises au sérieux. Car ils se posent une seule question : « Qu'est-ce que cela signifie pour moi ? »
2. Le *controlling de mise en œuvre* est un facteur clé de succès. Les mesures et les effets attendus doivent être ancrés dans le budget et le *business plan* et régulièrement mesurés.
3. Le *maintien des affaires courantes* doit être garanti. Il faut pour cela que l'hôpital dispose de ressources suffisantes et que les projets ne surchargent pas les collaborateurs en plus de leur travail quotidien.
4. La *motivation des participants* doit être maintenue à un niveau élevé. L'hôpital devrait mettre en lumière les succès à intervalles réguliers, les honorer et créer éventuellement des incitations particulières. Pour gagner immédiatement la motivation des participants, ces *quickwins* doivent être rapidement réalisés.

Digression : *benchmarking*

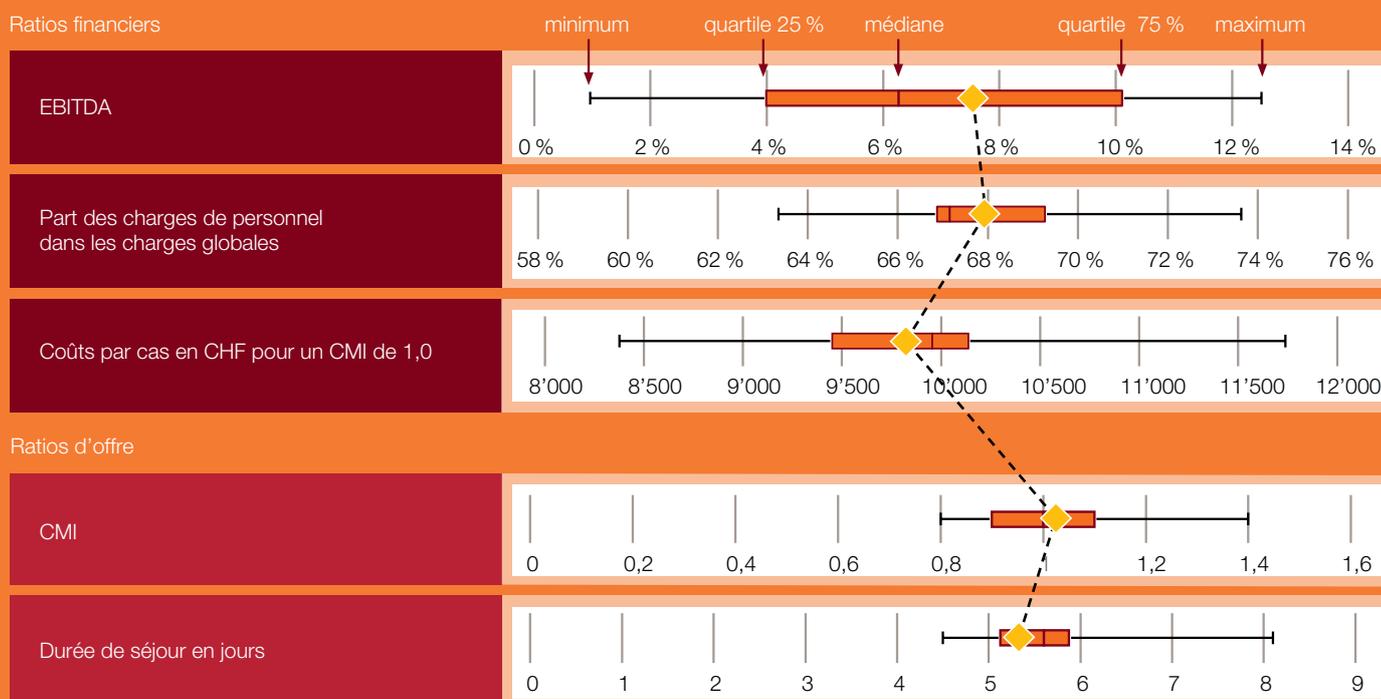
Le *benchmarking* s'attache à comparer des données de l'entreprise avec celles des « premiers de classe » qui servent de référence à l'optimisation. Cela implique que la bonne pratique est connue. Si ce n'est pas le cas, on recourt souvent à la comparaison avec une valeur moyenne ou médiane d'un groupe de référence. Dans le *benchmarking*, nous identifions quatre dimensions : interne et externe, ainsi que qualitative et quantitative. Le plus utilisé est le *benchmarking* quantitatif car la confrontation de chiffres peut être évaluée de manière objective. Les ratios sont intégrés dans ces catégories :

- *Ratios de processus* : durée de séjour moyenne, part du temps productif passé avec le patient, temps d'attente, durée d'opération, etc.
- *Ratios d'organisation* : effectifs importants (médecins ou soignants pour 100 sorties), part du personnel non médical, taux d'encadrement, niveaux hiérarchiques, etc.
- *Ratios financiers* : structure du capital, croissance du chiffre d'affaires, part des charges de personnel dans les charges totales, marges opérationnelles, coût par cas pour un CMI de 1,0, coûts *overhead* (indirects) par cas, etc.

Le *benchmarking* quantitatif révèle les potentiels là où l'entreprise affiche une différence importante avec le *benchmark*. Le diagramme en boîte (*boxplot*, voir illustration 28) permet d'illustrer le propos. Il faut toutefois préciser que la comparaison quantitative ne dit rien sur les raisons et sur de possibles mesures. Ici, le *benchmarking* qualitatif qui compare notamment les procédures est plus approprié.

Pour être comparés entre eux ou avec des ratios externes puis interprétés, les ratios communiqués en interne doivent remplir certaines exigences. Il est donc important de mesurer des choses comparables (base identique). La prudence s'impose pour les ratios qui contiennent des coûts généraux. C'est pourquoi il est très délicat de comparer les chiffres d'hôpitaux et d'établissements psychiatriques suisses avec ceux d'hôpitaux étrangers. Les conclusions pourraient être erronées si ces différences ne sont pas prises en considération. La comparaison avec l'étranger est d'autant plus malaisée que les prestataires ont parfois d'autres fonctions, et que les bases légales et financières varient. Ces comparaisons n'en présentent pas moins un certain intérêt. Si leurs limites sont connues, elles peuvent donner des idées précieuses, voire ouvrir la voie au changement.

Illustration 28 : diagramme en boîte (*boxplot*) pour illustrer un *benchmarking*



◆ Hôpital servant de modèle

6. Ambulatoire avant stationnaire

Le marché ambulatoire se développe

Voici des années déjà que le marché de l'ambulatoire enregistre une croissance largement supérieure à celle du stationnaire. Cela concerne à la fois le secteur ambulatoire en cabinet et le secteur ambulatoire en hôpital. On assiste également à un tournant dans ce secteur : la spécialisation au sein de la chaîne des soins se poursuit vers les prestataires ambulatoires. Les hôpitaux mettent en place des centres ambulatoires et de chirurgie de jour, les cabinets médicaux fournissent des prestations autrefois exécutées dans les hôpitaux. Des pharmacies mettent en place des *retail based clinics*, assument le traitement de pathologies légères et mettent à disposition des offres de prévention. Cette mutation est due non seulement aux efforts financiers des hôpitaux, mais aussi en partie aux souhaits des patients qui ont changé. Ces derniers utilisent toujours plus les traitements ambulatoires et le suivi curatif dans leurs propres murs, c'est-à-dire dans un environnement familial.

Les hôpitaux se tournent davantage vers la mise en place de prestations ambulatoires

Si les hôpitaux veulent à l'avenir fournir aussi une part significative des prestations ambulatoires, ils doivent adapter leurs modèles d'exploitation. C'est ainsi seulement qu'ils pourront rentrer dans leurs frais avec les tarifs pratiqués. Le secteur ambulatoire est physiquement séparé du stationnaire. Souvent même, on voit apparaître des unités spécialisées dans des traitements ambulatoires électifs pendant que les urgences sont séparées de ces secteurs, ce qui permet d'affiner encore et d'optimiser les processus. Avec pour avantage général que les processus, l'infrastructure et le déploiement du personnel peuvent être axés de manière plus ciblée sur une gamme spécifique de prestations. La pratique montre qu'il existe plusieurs possibilités en la matière.

Cabinets de groupe ambulatoires/permanences. Pour les consultations, les conseils et l'activité de diagnostic sans ou avec procédé simple d'imagerie, les hôpitaux mettent en place des cabinets de groupe ambulatoires et des centres de santé, ou pénètrent ce marché par le biais d'acquisitions. On observe également l'apparition de permanences pour gérer les urgences légères et les patients sans rendez-vous (dits *walk-in*). Souvent, ce type de sites ambulatoires sert à gagner des patients ainsi qu'à garantir les soins de base ambulatoires.



Sites d'opérations ambulatoires et d'hôpital de jour. Certains hôpitaux érigent des sites spécialement pour y associer des traitements ambulatoires (ou éventuellement brièvement stationnaires) aux opérations et aux interventions. Les prestations portent par exemple sur des opérations des varices, des opérations du ménisque, des bronchoscopies ou des dialyses. Souvent, ces sites n'effectuent que des opérations électives pour ne pas interrompre le programme ambulatoire prévu par des urgences, pour garantir un plus grand respect des délais et réduire les prestations de mise à disposition.



Unités ambulatoires en terrain hospitalier.

La création d'unités spécifiques sur le terrain de l'hôpital pour fournir exclusivement des prestations ambulatoires est une forme un peu atténuée de la séparation physique. Elle présente l'avantage que les services de support de l'ensemble de l'hôpital sont plus proches de l'unité ambulatoire. De plus, le personnel qui, par exemple, participe une demi-journée à des opérations ambulatoires est plus disponible pour fournir des prestations stationnaires. Cela se traduit par une planification plus souple des ressources.



Fourniture de prestations mobile et décentralisée.

D'un côté, des équipes mobiles d'intervention, composées par exemple d'infirmières spécialisées, se rendent chez les patients pour fournir des soins complexes (par exemple patients cancéreux). De l'autre, les hôpitaux coopèrent avec des cabinets de groupe et des centres de santé. Par exemple, les spécialistes de l'hôpital consultent un jour par semaine sur le site en question et y pratiquent de petites interventions.



Défis dans le domaine ambulatoire

Séparer les prestations ambulatoires des opérations stationnaires recèle, certes, des effets positifs, mais n'exclut pas tout risque de synergies négatives. Lorsque les prestations ambulatoires, électives et stationnaires sont physiquement séparées, certaines synergies ne sont plus réalisables, par exemple sous forme d'intervention en fonction des besoins.

La délimitation avec les médecins installés est une question importante. Si les hôpitaux pénètrent toujours plus le marché ambulatoire et si les médecins installés élargissent leur gamme de prestations grâce aux progrès de la médecine, la grogne pourrait gagner ces derniers. Il est donc judicieux d'intégrer ces médecins dans la planification de l'extension ambulatoire, de définir les interfaces et éventuellement de coopérer. Les hôpitaux peuvent ainsi contribuer à garantir les soins de base ambulatoires.

Par ailleurs, fournir davantage de prestations ambulatoires exige aussi une réponse aux questions du financement et de la tarification. Nous renvoyons ici à nos explications dans les chapitres précédents ainsi à notre étude « Ambulatoire avant stationnaire »,⁴⁹

Le potentiel ambulatoire n'est de loin pas encore épuisé

Le marché ambulatoire est en mutation, et les prestataires travaillent toujours plus en ambulatoire. Toutefois, nous avons montré dans notre étude « Ambulatoire avant stationnaire » que le potentiel ambulatoire n'est de loin pas encore épuisé et qu'il demeure une marge importante sous forme d'économies de coûts. En comparaison internationale, la part des interventions ambulatoires est faible en Suisse. Partant de l'analyse de 13 interventions médicales avec les tarifs et les quantités de 2014, ainsi que de prévisions de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire jusqu'en 2030, nous avons calculé les potentiels d'économie et les avons élargis à toutes les interventions en Suisse. Il en résulte un potentiel d'économie théorique d'un milliard de francs par an.

Les systèmes de tarif et de financement actuels sont la principale raison à ce potentiel inexploité. Ils conduisent à décourager les assureurs et les prestataires de s'intéresser, d'un point de vue financier, à exploiter le potentiel ambulatoire. Plusieurs scénarios de solutions sont présentés dans l'étude.



⁴⁹ « Ambulatoire avant stationnaire – Ou comment économiser un milliard de francs chaque année », PwC, 2016.

Étude de cas : hôpital universitaire de Zurich, modèles d'exploitation ambulatoires

La médecine devient ambulatoire, y compris à l'hôpital universitaire de Zurich (USZ). Ces dernières dix années, les points de taxation ambulatoires selon TARMED ont atteint l'indice 183 (base 100 en 2005), pendant que les sorties stationnaires atteignaient une valeur de 126. Les raisons de cette forte hausse sont diverses. Citons par exemple de nouvelles méthodes et procédures de traitement, une demande en hausse et des gestionnaires responsables soucieux des coûts. L'introduction des forfaits par cas dans le secteur stationnaire n'a pas accéléré la croissance ambulatoire. Avant 2012 déjà, la croissance ambulatoire était nettement plus forte que dans le secteur stationnaire. Les hôpitaux assument une fonction indispensable de prise en charge dans le secteur ambulatoire, notamment pour les urgences ambulatoires, les consultations et traitements ambulatoires spécialisés et en partie aussi les traitements de longue durée en lien avec des interventions stationnaires complexes comme les transplantations.

En même temps, la pression sur les prix est énorme dans le secteur ambulatoire. La rémunération de la valeur du point de taxation ne connaît qu'une direction depuis des années : vers le bas. Par ailleurs, les tarifs reflètent insuffisamment l'offre ambulatoire des hôpitaux dans de nombreux domaines. C'est pourquoi peu d'hôpitaux en Suisse rentrent dans leurs frais avec l'offre ambulatoire. Ces dernières années, l'USZ a donc entrepris divers efforts pour réduire les pertes dans le secteur ambulatoire. Par exemple au travers des mesures suivantes :

- une analyse ciblée des taux de couverture des coûts par clinique au moyen du calcul analytique des coûts ;
- des contrôles dans certaines cliniques, suivis de l'adaptation ad hoc de l'organisation et des procédures ;
- une enquête auprès des patients afin d'identifier des mesures d'amélioration ciblées ;
- la saisie complète des processus et des flux de données, de la saisie de la prestation jusqu'à la facturation ;
- le renforcement du controlling et de la formation en faveur d'une saisie et d'une facturation des prestations complètes et correctes ;
- la mise à jour des données de base, comme pour les médicaments ;
- l'augmentation de la fiabilité dans le report des prestations dans les systèmes ;
- la simplification de l'encaissement pour les urgences ambulatoires des patients subvenant eux-mêmes aux frais et l'introduction de forfaits.

À l'avenir, la séparation des soins ambulatoires et stationnaires sera très importante à l'USZ. Elle permettra d'adapter au mieux les processus d'exploitation, la planification du personnel et l'infrastructure aux différents besoins. Le nouveau site, près de l'aéroport de Zurich, avec plus de 10'000 m² de soins ambulatoires, incitera fortement, à partir de 2020, à repenser la médecine ambulatoire. La réunion de méthodes très diverses et spécialisées de diagnostic et de traitement ainsi que des disciplines sous un seul toit est une grande chance pour le traitement ambulatoire de tableaux cliniques complexes. Les errements de patients, qui pendant parfois plusieurs années se sont rendus de spécialiste en spécialiste et de cabinet en cabinet, s'arrêteront à l'aéroport. Car tous les spécialistes seront sur place. L'objectif est d'atteindre de meilleurs résultats dans le traitement de ces patients, ce qui générera un grand potentiel d'économie pour les coûts de la santé.







Étude de cas : hôpital cantonal de Bâle-Campagne et hôpital universitaire de Bâle-Ville, un hôpital de jour pour des actes opératoires et interventionnels (TOP)

En septembre 2016, les gouvernements de Bâle-Campagne et de Bâle-Ville se sont prononcés en faveur d'une réunion de l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne (KSBL) et de l'hôpital universitaire de Bâle (USB). Définir une nouvelle réglementation des offres de prestations par site ainsi que moderniser prochainement les structures du nouveau groupe hospitalier commun font partie des mesures essentielles prises dans le cadre cette réunion.

Le site de Bruderholz, qui fera l'objet d'une réorientation radicale et innovante, se voit accorder une attention particulière. Il passera du statut de prestataires de soins somatiques aigus à celui de campus spécialisé en santé, avec une orthopédie ambulatoire et stationnaire élective, une réadaptation

ambulatoire et stationnaire, une permanence ainsi qu'un hôpital de jour pour des actes opératoires et interventionnels (TOP), tenant compte en cela de la tendance à la progression de l'ambulatoire. Désormais, des cas ambulatoires électifs du groupe hospitalier seront concentrés au TOP et, en contrepartie, les cas stationnaires seront traités sur les sites de Bâle et de Liestal. Concrètement, cela signifie que le TOP, sur le site de Bruderholz, assurera des opérations et des interventions électives ambulatoires, y compris un éventuel suivi de brève durée, jusqu'à 24 heures. Les traitements avant et après ces interventions seront effectués sur un site proche du domicile des patients.

Tablant sur les données actuelles des quatre sites, le groupe hospitalier prévoit pour le TOP plus de 8'000 interventions chirurgicales et plus de 6'000 interventions dans d'autres disciplines par an. Des chiffres qui devraient encore augmenter avec d'autres transferts vers le secteur ambulatoire. Ainsi, le KSBL et l'USB disposent ensemble de la masse critique de cas qui permet de pouvoir proposer une offre spécifique pour ces interventions planifiables.

La dissociation des traitements ambulatoires et stationnaires permettra au nouveau groupe hospitalier d'améliorer la qualité des traitements par une spécialisation, d'atteindre un taux plus élevé de standardisation ainsi qu'une activité opératoire pure, et de mettre en œuvre des processus patients plus légers grâce à une infrastructure spécifiquement mise en place, ce qui conduira à une hausse de l'efficacité. En même temps, une plus grande homogénéité des processus et la possibilité d'éliminer d'une manière générale des prestations de mise à

disposition stationnaires en réduisant les sites améliorera l'efficacité des traitements stationnaires au sein du groupe hospitalier.

La combinaison avec l'orthopédie élective et la réadaptation sur le Bruderholz garantit également aux patients une poursuite simple de leur thérapie sur le même campus de santé. Les patients pourront par exemple passer directement en réadaptation après un séjour en service normal. Bien entendu, l'offre ambulatoire de réadaptation près du lieu de domicile est maintenue pour éviter aux patients d'effectuer de longs déplacements.



7. Conclusion et perspectives

La pression économique sur les hôpitaux va encore s'accroître. Parallèlement, la gestion par ratios financiers gagne en importance. Les marges EBITDA restent des valeurs centrales, avec un objectif minimal maintenu à 10,0% dans les soins somatiques aigus et à 8,0% en psychiatrie. Quant à la marge EBITDAR, les valeurs cibles sont plus élevées, avec des conditions de contrat de location qui définissent la majoration. Malgré les taux bas que nous connaissons actuellement, les objectifs de marge demeurent, car il faut financer les investissements à long terme.

La croissance du chiffre d'affaires et celle des coûts se maintiennent. À noter que le secteur ambulatoire croît nettement plus fortement que le secteur stationnaire. En comparaison internationale aussi les tendances de la Suisse se confirment. L'évolution démographique et les progrès technologiques nous incitent à tabler sur une poursuite de la croissance du chiffre d'affaires. Il n'est pas possible de reprocher une quelconque inefficacité aux hôpitaux tant que rien ne changera dans les structures d'incitations (absentes ou pernicieuses) de la LAMal ou dans les tarifs.

Les ratios de rentabilité dans les soins somatiques aigus stagnent toujours. Pendant que la marge EBITDA continue à baisser légèrement et se situe à 5,9%, la marge EBITDAR a connu une évolution légèrement positive et se situe à 8,4% en moyenne. Manifestement, les très petits hôpitaux (<200 lits) ainsi que les grands et les très grands hôpitaux (≤450 lits) sont un peu moins rentables que les moyens. Ce qui se justifie en partie par des processus plus efficaces, une orientation stratégique plus claire et des coûts de complexité faibles des établissements de taille moyenne. Mais la comparaison est distordue également par les mandats de prestations discordants, qui réservent aux grands hôpitaux des prestations plus chères (par exemple la médecine de pointe universitaire).

Quatre ans après l'introduction du nouveau financement hospitalier, aucune atténuation des coûts n'est visible dans le secteur de la santé. C'est pourquoi nous avons analysé l'efficacité de la révision de la LAMal sur le financement hospitalier. Nous avons constaté de larges améliorations au niveau de la qualité et des améliorations partielles en termes de transparence. Il y a en revanche peu de points positifs quant à l'objectif principal de limitation des coûts. Ce qui est dû principalement aux incitations pernicieuses qui ne limitent pas la croissance quantitative, retardent le mouvement vers l'ambulatoire et conduisent à un surtraitement des patients au bénéfice d'assurances complémentaires. Nous estimons que réduire les incitations financières dans les systèmes tarifaires stationnaires et ambulatoires fournirait une approche efficace. En cas de réussite, d'autres mesures réglementaires drastiques et de rationnement ne seraient plus prioritaires.

La pression économique croît également en psychiatrie. Toutefois, après une mauvaise dernière année (5,8%), la marge EBITDA a retrouvé le niveau de 2013 et atteint 6,4% en 2015. L'avenir reste très incertain en psychiatrie. C'est ainsi que le CEO de l'hôpital universitaire psychiatrique de Zurich nous confirme que les effets du système tarifaire TARPSY, qui devrait être introduit en 2018, ne peuvent pas encore être estimés. Il semble toutefois probable que le marché se consolidera en psychiatrie aussi, sous forme de coopérations ou de fusions. De plus, la tendance à l'ambulatoire et les soins intégrés accrus veilleront à redonner au patient son importance centrale.

En psychiatrie comme dans les soins somatiques aigus, les coûts devront baisser eu égard à la pression publique accrue. Nous avons identifié les moteurs principaux qui permettraient d'améliorer les résultats. Nous avons également expliqué notre vision d'un projet d'amélioration des résultats.

Même si la tendance à l'ambulatoire n'est pas encore visible dans les systèmes tarifaires, certains hôpitaux font preuve d'innovation. Ils tentent de faire progresser l'ambulatoire par de nouvelles stratégies d'exploitation et d'accroître la pression sur le législateur. Outre les études de cas présentées, il existe de nombreux autres exemples de la manière dont les hôpitaux pénètrent le marché ambulatoire.

... à suivre

Le secteur de la santé devra relever des défis passionnants ces prochaines années encore. De nouveaux tarifs dans le secteur ambulatoire comme en psychiatrie entraîneront d'autres changements. Nous vous tiendrons informés l'année prochaine de la manière dont la capacité de performance des hôpitaux et l'environnement dans le domaine de la santé ont évolué. Par cette série d'études, nous souhaitons vous remettre un instrument transparent vous permettant de prendre des décisions stratégiques et politiques fondées.

8. Annexe

Échantillon

Nous avons réalisé la présente étude pour notre propre compte. Notre analyse repose sur les états financiers publiés entre 2007 et 2015 de 28 hôpitaux de soins somatiques aigus. Pour notre échantillon, nous avons sélectionné des hôpitaux et des établissements psychiatriques dont les comptes annuels se composaient d'un compte de résultat et d'un bilan. L'étude ne prétend pas être représentative pour l'ensemble du système de santé suisse. Ces dernières années, toujours plus d'hôpitaux sont passés aux Swiss GAAP RPC pour établir leurs comptes annuels. Ce changement a modifié a posteriori certains ratios, sans toutefois affecter les conclusions fondamentales.

Hôpitaux de soins aigus (échantillon : 28)		
Ente Ospedaliero Cantonale	Kantonsspital St. Gallen	Spital Thurgau AG
GZO AG	Kantonsspital Uri	Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG
Inselspital-Stiftung	Kantonsspital Winterthur	Spitäler Schaffhausen
Kantonsspital Aarau	Luzerner Kantonsspital	Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden
Kantonsspital Baden AG	Solothurner Spitäler AG	Spitalzentrum Biel AG
Kantonsspital Baselland	Zweckverband Spital Limmattal	SRO AG
Kantonsspital Glarus AG	Spital Netz Bern AG	Universitätsspital Basel
Stiftung Kantonsspital Graubünden	Regionalspital Emmental AG	UniversitätsSpital Zürich
Kantonsspital Nidwalden	Spital STS AG	Zuger Kantonsspital AG
Krankenhausgesellschaft Schwyz		

Pour le calcul des ratios, nous avons utilisé les rapports annuels publiés par les onze établissements psychiatriques suivants. L'échantillon sera élargi d'année en année si davantage de rapports financiers sont disponibles.

Établissements psychiatriques (échantillon : 11)		
Clinique Genevoise de Montana	Psychiatrie Baselland	Psychiatrische Dienste Aargau AG
Klinik Barmelweid AG	Psychiatrische Klinik Zugersee	Kantonale Psychiatrische Dienste – Sektor Nord
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel	Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit	Klinik SGM Langenthal
Luzerner Psychiatrie	Centre Neuchâtelois de Psychiatrie	

Valeurs médianes et valeurs moyennes

La médiane désigne la valeur située au milieu d'une séquence ordonnée de données. Elle divise un échantillon en deux parties égales, de sorte que d'un côté se trouvent les valeurs inférieures à la valeur médiane et de l'autre côté les valeurs supérieures. Comparée à la moyenne arithmétique, la médiane est moins affectée par les valeurs extrêmes.

Ratios utilisés

Ratios	Définition
Taux de fonds propres	Fonds propres : total du bilan
Taux de liquidité	
Taux de liquidité 1 (Cash Ratio)	Trésorerie : fonds étrangers à court terme
Taux de liquidité 2 (Quick Ratio)	(Fonds de roulement – stocks) : fonds étrangers à court terme
Taux de liquidité 3 (Current Ratio)	Fonds de roulement : fonds étrangers à court terme
Marge EBITDAR	Résultat d'exploitation avant amortissements et loyers : chiffres d'affaires
Marge EBITDA	Résultat d'exploitation avant amortissements : chiffres d'affaires
Marge EBIT	Résultat d'exploitation : chiffre d'affaires
Rotation du capital	Chiffre d'affaires : capital investi (fonds propres + fonds étrangers productifs d'intérêts – liquidités)
Rendement du capital investi (ROIC)	EBIT : capital investi (fonds propres + fonds étrangers productifs d'intérêts – liquidités)
Capital investi (CI)	Fonds propres + fonds étrangers productifs d'intérêts – liquidités

Bibliographie

- « Ambulatoire avant stationnaire – Ou comment économiser un milliard de francs chaque année », PwC, 2016.
- « Bagatellen im Notfall: Bezahl-Schranke als Lösung » (Cas bagatelles aux urgences : moins rembourser comme solution ?), Medinside,
- « Beschäftigung dank neuer Bürokratie » (La nouvelle bureaucratie crée des emplois), NZZ, 27 septembre 2016.
- « Chiffres-clés des hôpitaux suisses », Office fédéral de la santé publique, diverses années.
- « Contenir la hausse des coûts dans le domaine de la santé », Office fédéral de la santé publique, 2016.
- « Coûteux, le protectionnisme des hôpitaux », Polynomics, 2013.
- « Croissance ininterrompue des coûts des soins ambulatoires », santésuisse, communiqué du 16 septembre 2016.
- « Dérégulation, incitations erronées – qui paie l'addition », Clinicum Romandie 1-15, 2015.
- « Des mesures sont nécessaires pour freiner la hausse des coûts de la santé », Conseil fédéral, 2016.
- « Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik. » (Les soins hospitaliers au cœur des tensions de la politique cantonale), Polynomics, 2013.
- « Endlich die Fehlanreize beseitigen » (En finir avec les fausses incitations), NZZ, 26 septembre 2016.
- « Erläuterungen zum Regelleistungsvolumen » (Explications des volumes de prestations régulières), Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, 2009.
- « Hôpitaux suisses : santé financière 2012 », PwC, 2013.
- « Hôpitaux suisses : santé financière 2013 », PwC, 2014.
- « Hôpitaux suisses : santé financière 2014 », PwC, 2015.
- « L'intégration en pédopsychiatrie », fmc-Impulse, édition 2016/4.
- « Les soins hospitaliers au cœur des tensions de la politique cantonale : actualisation 2015 », Polynomics, 2015.
- « Révision de la LAMal, financement hospitalier – éléments principaux », Office fédéral de la santé publique, 2014.
- « Statistique des hôpitaux », Office fédéral de la statistique, diverses années.
- « Statistique médicale des hôpitaux », Office fédéral de la statistique, diverses années.
- « Swiss Healthcare and Pharmaceutical Market », Interpharma, 2016.
- « Trotz steigendem Dossieraufwand bleibt die Spitalärzteschaft motiviert » (Malgré une hausse continue des tâches administratives, les médecins hospitaliers restent motivés), gfs.bern, 2015.
- « Vermeintliche Privatisierung, Klassenkampf am Spitalbett » (Prétendue privatisation, lutte des classes autour du lit d'hôpital), NZZ,
- « Versorgungsbericht 2015 » (Rapport des soins 2015), Direction de la santé du canton de Zurich, 2016.
- « Zusatzversicherungen von Krankenkassen haben üble Nebenwirkungen » (Les assurances complémentaires des caisses maladie ont des effets secondaires indésirables), Aargauer Zeitung, 14 octobre 2016.
- « Schweizer Spitäler: den Finanzen auf den Puls gefühlt » (Situation financière des hôpitaux suisses), PwC, 2012.
- Aebi, Jürg. « Unzufriedene Patienten? Ein Segen für mehr Qualität! » (Patients mécontents ? Une bénédiction pour la qualité), Influence, 26. août 2016.
- Capital IQ pour les données financières relatives aux sociétés hospitalières européennes, www.bloomberg.com
- Confédération suisse : loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), du 18 mars 1994 (état le 1er juillet 2013; RS 832.10).
- Conseil fédéral (2012) : Réponse à l'interpellation de Ruth Humbel
- Felder, Stefan. « Tarif- und Finanzierungsunterschiede zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken » (Différences de tarifs et de financement entre les hôpitaux publics et les cliniques privées. Rapport final.), 2016.
- Mergermarket – Données sur les transactions historiques d'hôpitaux en Europe
- Meyer, Beatrix et Rohner, Barbara. « Séance d'information de la FMH : les DRG ont-ils un impact sur les volumes ? », Bulletin des médecins suisses, 2015, p. 31-32.
- Planification hospitalière du Département de la santé du canton de Bâle-Ville, 2016.
- Rapports annuels 2012-2015 des hôpitaux de soins aigus analysés
- Rapports annuels 2012-2015 des hôpitaux psychiatriques analysés
- Spitalimmobilien : Hoher Investitionsbedarf, unsichere Finanzierung (Immeubles hospitaliers : besoin élevé d'investissement, financement incertain), PwC, 2010.

9. Contacts



Patrick Schwendener

Director, Head Deals
Healthcare
+41 58 792 15 08
patrick.schwendener@
ch.pwc.com



Philip Sommer

Director, Head
Advisory Healthcare
+41 58 792 75 28
philip.sommer@
ch.pwc.com



Darioush Zirakzadeh

Director, Advisory
Pharma and Healthcare
+41 58 792 83 22
darioush.zirakzadeh@
ch.pwc.com



Pascale Boyer Barresi

Senior Manager, Deals
Pharma and Healthcare
+41 58 792 97 42
pascale.boyer.barresi@
ch.pwc.com

Co-auteurs

Brigitte Bieri

Senior Manager, Deals Healthcare
+41 58 792 29 49
brigitte.bieri@ch.pwc.com

D^r Marc Schulthess

Manager, Advisory Healthcare
+41 58 792 75 05
marc.schulthess@ch.pwc.com

Marius Obrist

Consultant, Deals Healthcare
+41 58 792 37 09
marius.obrist@ch.pwc.com

Paul Sailer

Consultant, Advisory Healthcare
+41 58 792 78 46
paul.sailer@ch.pwc.com

Autres contacts

Rodolfo Gerber

Associé, responsable Secteur de la santé
+41 58 792 55 36
rodolfo.gerber@ch.pwc.com

Gerhard Siegrist

Associé, audit et révision du codage
+41 58 792 26 10
gerhard.siegrist@ch.pwc.com

David Roman

Director, processus Health/Pharma et IT
+41 58 792 77 90
david.roman@ch.pwc.com

Axel Timm

Associé, Health IT
+41 58 792 27 22
axel.timm@ch.pwc.com

Niklaus Honauer

Associé, impôts secteur de la santé
+41 58 792 59 42
niklaus.honauer@ch.pwc.com

Didier Ehret

Associé, audit
+41 58 792 82 99
didier.ehret@ch.pwc.com

