

Hôpitaux suisses: santé financière 2017

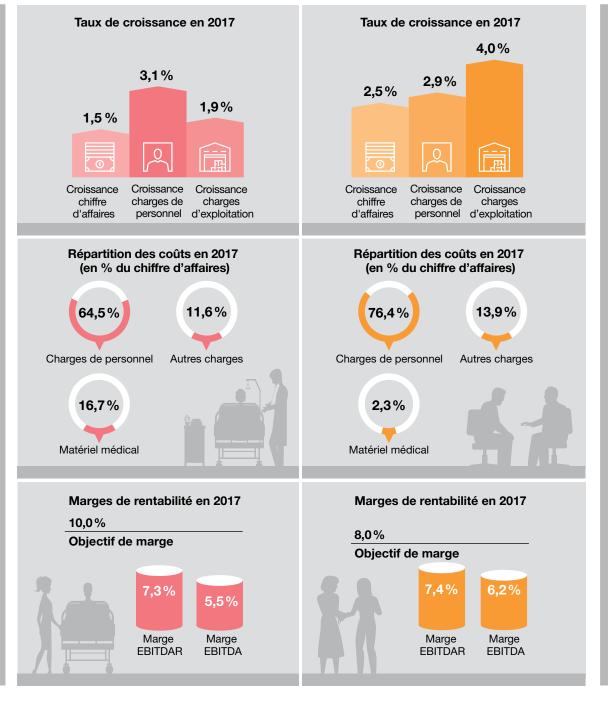
Retournement de l'offre – Nouvelles structures de la demande

Comparaison des chiffres clés des hôpitaux suisses, septième édition



Soins aigus

Psychiatrie





Contenu

Introduction	5
Partie A: Soins aigus	6
Aperçu du marché	6
Une vaste gamme de produits et de services	8
Santé financière des hôpitaux suisses de soins aigus	10
Réflexion sur l'offre d'après-demain	16
Excursus: «from volume to value»	24
Trois questions à André Zemp, Directeur des hôpitaux de la ville de Zurich Triemli et Waid	27
Partie B: Psychiatrie	28
Aperçu du marché	28
Croissance et secteur stationnaire en déclin	28
Les coûts de personnel élevés pèsent sur la rentabilité	29
Nouveau modèle tarifaire depuis 2018	30
Partie C: Réadaptation	32
Aperçu du marché	32
Défis stratégiques et organisationnels actuels	33
Perspectives d'évolution du marché	34
Excursus: soins intégrés grâce à la collaboration entre la Clinique de réadaptation de Bellikon et l'Hôpital universitaire de Zurich	34
Trois questions au Dr. Gianni Roberto Rossi, CEO Clinique de réadaptation de Bellikon (RKB), et à Katja Bruni, Directrice Nursing et MTTB USZ a.i.	36

Partie D: Maisons de retraite	
et EMS (établissements	
médico-sociaux)	38
Aperçu du marché	38
La diversité de l'offre au premier plan	39
Le financement n'est pas réglementé de façon uniforme	40
Perspectives: patients ambulatoires ET hospitalisés	40
Excursus: modèles d'avenir sur le marché de la retraite et des soins chez Thurvita AG	42
Trois questions à Alard du Bois-Reymond, CEO Thurvita AG	43
Partie E: Rétrospective et	
prospective	44
Annexe	46
Informations supplémentaires	46
Echantillon analysé	46
Valeurs médianes et moyennes	47
Ratios utilisés	47
Bibliographie	47
Liste des figures	48
Abréviations et glossaire	49
Contacts	50



Introduction

Chère lectrice, cher lecteur,

Le système de santé suisse est à l'aube d'un changement de tendance. Les stratégies de croissance passées ne fonctionnent plus et l'avenir appartient désormais aux réseaux régionaux de soins qui répondent aux besoins des patients et s'avèrent économiquement viables à long terme.

Dans cette étude sur la santé financière des hôpitaux suisses, nous examinons les raisons de ce bouleversement et les futurs développements possibles. Nous proposons également une analyse financière depuis 2011, car les changements qui affectent le domaine hospitalier sont nombreux et déterminants pour l'avenir. Nous avons sélectionné plusieurs sujets dignes

La partie A est consacrée aux soins aigus, le plus grand domaine du système de santé suisse. Le chapitre 1 donne un aperçu des principaux moteurs des développements actuels et futurs. Dans le chapitre 2, nous examinons le statu quo des soins aigus et mettons en avant les différentes évolutions régionales par rapport aux autres pays.

Au chapitre 3, nous décrivons l'évolution de la santé financière des hôpitaux suisses en 2017. La pression sur les marges a de nouveau augmenté et les hôpitaux affichent en moyenne de moins bons résultats que lors de l'exercice précédent. D'un point de vue économique, la croissance du volume de patients hospitalisés s'est affaiblie en faveur du secteur ambulatoire. Pour de nombreux hôpitaux, en particulier ceux dont les projets de construction sont achevés ou en cours, ce bouleversement pose toutefois de profonds défis.

Dans le chapitre 4, nous abordons les futures structures de l'offre en Suisse. Ce faisant, nous développons plus largement et plus en détails les idées de l'étude financière de l'an dernier. Nous partons du principe que les hôpitaux suisses de soins aigus se positionneront davantage dans des prestations plus vastes grâce à une offre de soins intégrée. Nous décrivons ainsi ce à quoi pourrait ressembler un tel scénario en termes concrets.

Dans la partie B, nous présentons les développements financiers de la psychiatrie. Ici aussi, les prestataires de soins sont confrontés à de nouveaux défis. L'effet de TARPSY est particulièrement intéressant. Cependant, nous verrons pour la première fois l'impact de cette nouvelle tarification dans notre étude de l'an prochain.

Dans la partie C, nous incluons pour la première fois le domaine de la réadaptation dans notre série d'analyses. Ici aussi, nous examinons de nouveaux modèles de soins intégrés.

La partie D est également inédite et décrit les EMS, maisons de retraite et de soins de longue durée ainsi que leurs développements. Ce domaine subit également une pression croissante. Il représente un élément central du système de santé suisse pour une vision complètement intégrée des soins.

Nous complétons enfin nos réflexions avec une brève conclusion dans la partie E.

Nous vous souhaitons une lecture stimulante.

2) Idundung

Votre PwC

Patrick Schwendener

Directeur

Head of Deals Healthcare

Philip Sommer

Associé

Head of Consulting Healthcare

Soins aigus

L'avenir appartient

<u>à une couverture</u>

intégrée

des besoins de santé



Aperçu du marché

Le système de soins évolue toujours plus vers une zone de tensions entre les notions de qualité, de l'approche centrée sur le patient et de rentabilité. Nous présentons ci-dessous les facteurs les plus pertinents influençant ces tendances.

Trois pôles - qualité, approche centrée sur le patient, rentabilité

Les exigences en matière d'efficacité économique augmentent la pression sur les soins et dominent parfois l'opinion publique. Cependant, la pression des coûts n'est pas le seul facteur qui affecte le système de soins et sa structure. Les exigences croissantes des patients, les changements technologiques et les ressources limitées obligent également les prestataires de soins à innover, notamment en termes de qualité et d'approche centrée sur les patients.

Dans cette étude, nous présentons un modèle de prise en charge pour la Suisse qui répondrait aux problématiques actuelles avec succès (cf. chapitre 4). Nous nous concentrons sur les soins aigus, sans pour autant occulter le fait que la psychiatrie, la réadaptation, les maisons de retraite et les cliniques spécialisées renforcent et complètent parfaitement le concept des soins intégrés. Notre modèle de soins est exempt des contraintes systémiques existantes et repose sur les trois objectifs de qualité, d'approche centrée sur le patient et de rentabilité.

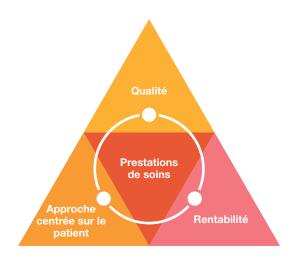


Figure 1: Trois pôles pour les soins en Suisse (source: présentation de PwC)

La pression financière se poursuit

L'efficacité économique fait tous les jours ou presque l'objet d'un débat public. À la croisée d'interventions réglementaires et de mesures de la Confédération et des cantons, elle a pour but d'assurer le financement durable de nos prestations de soins. Malgré le passage au système DRG en 2012 et plusieurs interventions du Conseil fédéral dans la structure tarifaire ambulatoire, le coût des soins par habitant continue d'augmenter.1 Les prestations de l'assurance maladie obligatoire ont toutefois augmenté beaucoup moins fortement en 2017 qu'au cours des années précédentes. Cela s'explique par la légère baisse des prix et par l'adaptation de la répartition des coûts stationnaires à la charge des cantons à hauteur d'au moins 55 pour cent.2

Il reste à voir cependant comment les coûts globaux du système de santé suisse évolueront. En 2018, les dépenses annuelles par habitant devraient pour la première fois dépasser la barre des 10'000 francs.3 Actuellement, de nouvelles mesures sont en cours de consultation en vue de stabiliser les coûts de l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit notamment de propositions pour un contrôle systématique des coûts, la mise en place d'un office fédéral des tarifs, un système de prix de référence pour les médicaments génériques et une réduction des conflits de rôles entre les cantons. Au total, le Conseil fédéral souhaite économiser plusieurs centaines de millions de francs par an.4

D'autres mesures au niveau cantonal, déjà mises en œuvre, visent non seulement à transférer les prestations des soins stationnaires vers les soins ambulatoires mais aussi à se concentrer sur la médecine spécialisée. Il s'agit notamment de l'introduction de listes de procédures ambulatoires réglementées par les cantons⁵ (une liste de procédures ambulatoires au niveau fédéral entrera également en vigueur en 2019) et d'un nombre minimum de cas. Dans ce dernier point, la Direction de la santé de Zurich joue un rôle de pionnier. À partir de 2019, le nombre minimum de cas sera fixé non seulement pour les hôpitaux mais aussi pour les

chirurgiens individuels. Globalement, les interventions réglementaires ont un impact négatif sur les résultats financiers des hôpitaux (cf. chapitre 3).

Les exigences des patients et les impératifs de qualité augmentent

Des efforts politiques sont également à noter sur les thèmes de la qualité et de l'approche centrée sur le patient. La stratégie «Health2020» du gouvernement fédéral vise à améliorer la qualité et la sécurité des patients. Cependant, l'évolution de la qualité médicale et de l'approche des soins centrés sur le patient est principalement influencée par l'évolution des besoins des patients (cf. l'étude de l'année dernière).6

Le patient d'aujourd'hui se considère comme un partenaire à part entière et souhaite être impliqué dans la prise de décision (prise de décision participative ou prise de décision partagée).

En outre, il attend un traitement médical adapté à ses besoins. Parallèlement, il est devenu plus mobile et recherche spécifiquement le prestataire de soins auprès duquel il attend la meilleure qualité de traitement possible. Il est donc également prêt à accepter des temps de déplacement plus longs.7 Une plus grande transparence est ainsi essentielle (par exemple, le canton de Zurich publie une liste des chirurgiens qui atteignent les quantités minimales de cas spécifiées).8

Les innovations technologiques favorisent la tendance vers une médecine centrée sur le patient. Les sociétés pharmaceutiques se concentrent parallèlement de plus en plus sur la médecine personnalisée et le réalignement de leurs portefeuilles de produits.9 Le progrès technique permet également de répondre au besoin émergent des soins virtuels et de la télémédecine.

Réponses des fournisseurs de soins consolidation imminente

La pression financière sur le système de santé et l'évolution rapide des besoins des patients obligent les hôpitaux à repenser leur organisation. La consolidation continue de l'industrie (cf. figure 3) et la volonté croissante de se positionner avec des offres de soins intégrés au sein de plus grandes régions sont les premiers signes d'un marché en mouvement. Reste à savoir quand et dans quelle mesure le changement structurel sera perceptible. Nous pensons que l'ajustement structurel est inévitable si l'on veut atteindre les objectifs susmentionnés. Les comités stratégiques, les directions et les propriétaires d'hôpitaux devraient prendre des décisions audacieuses - de préférence dès aujourd'hui.

Une vaste gamme de produits et de services

Les prestataires de soins aigus fournissent aux 8,5 millions de Suisses des soins de base complets et des soins spécialisés. Le marché des soins aigus s'élève à 22,8 milliards de francs. Cela correspond à 28,3 pour cent des 80 milliards de francs que coûte chaque année le système de santé en termes économiques. Au cours des cinq dernières années, le segment a connu une croissance annuelle moyenne de 3,8 pour cent. Le nombre de patients hospitalisés en Suisse est d'environ 1,3 million. Dans 163 hôpitaux de soins aigus (ou groupes ou réseaux d'hôpitaux), un total de 23'250 lits aigus assurent environ 7 millions de journées de soins infir-

miers. Le taux moyen d'occupation des lits est de 82 pour cent. Plus d'un quart des hôpitaux exploitent plusieurs sites – on ne dénombre donc pas moins de 235 sites hospitaliers. Ce chiffre inclut également les hôpitaux qui n'offrent pas de service d'urgences et qui, en conséquence, s'avèrent moins pertinents pour l'analyse des besoins de soins.

Le paysage hospitalier suisse présente une densité élevée: on compte 2,7 lits d'hôpital disponibles pour 1000 habitants, avec des disparités régionales. Indépendamment de la densité de population, un grand nombre de sites hospitaliers se trouvent autour du lac Léman, du lac de Zurich, dans la région de Bâle et dans le bassin de la ville de Saint-Gall (cf. figure 4).

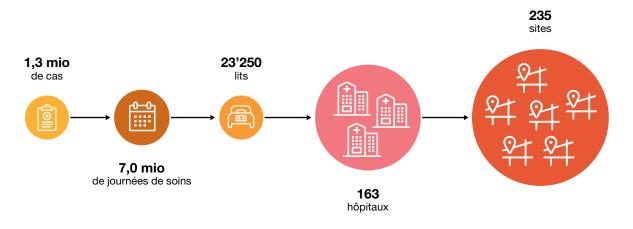


Figure 2: Représentation en chiffres des soins aigus en Suisse (source des données: OFSP)

La taille moyenne d'un hôpital est de 143 lits. Au niveau international, en termes de nombre de lits, les hôpitaux suisses sont petits, bien que ceux-ci fusionnent depuis un certain temps et que leur nombre absolu soit en baisse.

En effet, le nombre de prestataires de soins primaires – c'est-à-dire d'hôpitaux dispensant des soins d'urgence – est passé de 184 en 2000 à 102 en 2016 (cf. figure 3).¹³

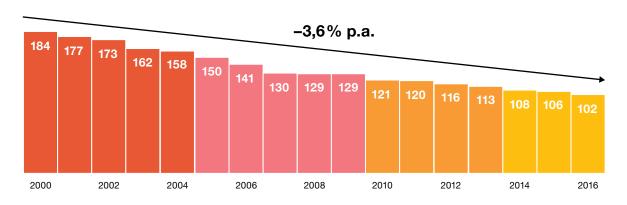


Figure 3: Le nombre d'établissements de soins de base en Suisse n'a cessé de diminuer entre 2000 et 2016 (source des données : OFSP)

Grâce à leur densité, les hôpitaux peuvent actuellement garantir un niveau élevé de couverture des besoins. Il faut en tenir compte dans la planification hospitalière cantonale. Le canton de Berne, par exemple, stipule qu'un hôpital doté de soins de base et d'urgence doit être accessible à 80 pour cent de la population en 30 minutes par transport privé motorisé. De plus, l'hôpital et la communauté à desservir ne doivent pas être séparés de plus de 50 kilomètres par la route.14 Aujourd'hui, selon notre analyse des données, 94 pour cent de la population suisse atteint l'un des 235 sites de soins aigus en 30 minutes (cf. figure 5).15

Si un résident en Suisse doit se rendre à l'hôpital, il lui faut en moyenne dix minutes de trajet. La couverture des besoins en soins de la Suisse est ainsi plus que garantie.

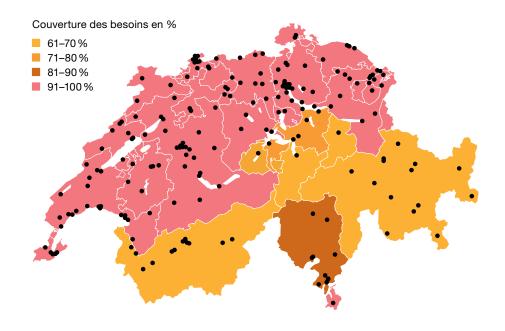


Figure 4: Accessibilité des hôpitaux de soins aigus en 30 minutes par transport individuel (2016), (source : présentation de PwC)

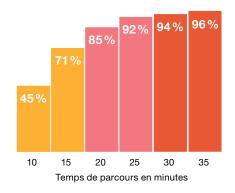


Figure 5: Couverture hospitalière de la population suisse en fonction de l'allongement des temps de trajet (en %), (source : présentation de PwC)

Santé financière des hôpitaux suisses de soins aigus

En 2017, le nouveau financement des hôpitaux a fêté son 7e anniversaire. Une période pendant laquelle la concurrence s'est intensifiée. Cette situation oblige les hôpitaux à définir plus précisément leur positionnement. Certains grands hôpitaux de soins aigus sont sur le point d'ouvrir leurs nouveaux locaux ou ont déjà terminé leurs travaux d'expansion. Il est bien connu que les hôpitaux doivent financer leurs investissements de manière indépendante et sans subvention. Même après la construction, agilité et flexibilité sont donc toujours requises. Pour l'exprimer financièrement, une référence de 10 pour cent de la marge EBITDAR est appropriée, selon nos calculs. Cette valeur cible a fait ses preuves dans le contexte actuel et s'est établie comme référence au sein de l'industrie.

Comme les années précédentes, les pages suivantes analysent les chiffres clés et l'évolution quantitative du marché de la santé en Suisse. Notre échantillon comprend 45 hôpitaux de soins aigus avec au moins un représentant dans presque tous les cantons. Les hôpitaux de soins aigus interrogés ont réalisé un chiffre d'affaires total de CHF 17,8 milliards, ce qui correspond à environ 78 pour cent de tous les hôpitaux suisses de soins aigus. Dans l'échantillon, le secteur public est représenté de façon disproportionnée avec 43 institutions.

Nos évaluations sont généralement basées sur les comptes annuels publiés des hôpitaux examinés. Nous demandons également des informations individuelles (par exemple, la distinction entre la croissance des patients hospitalisés et celle des patients ambulatoires) si cela n'apparaît pas dans les comptes annuels. Étant donné que les informations disponibles sont rapportées de manière plus ou moins détaillée, la taille de l'échantillon peut varier légèrement en

fonction du ratio évalué. Certains chiffres clés des années précédentes peuvent également changer en raison de retraitements rétrospectifs ou d'informations non disponibles auparavant. Nous tenons compte de toutes les données rétrospectives disponibles. Par conséquent, les données historiques peuvent parfois différer de celles des études antérieures même si leurs conclusions fondamentales demeurent inchangées.

Inversion de tendance dans le secteur stationnaire - stagnation du nombre de cas

2017 pourrait annoncer un revirement des soins aigus. La croissance annuelle des revenus a été relativement stable depuis 2013, avec une valeur comprise entre 3,0 et 4,0 pour cent (la forte augmentation de 2011 à 2012 était systémique et n'est donc pas prise en compte). Cette croissance s'explique notamment par l'augmentation annuelle des volumes. En 2017, par contre, les hôpitaux de soins aigus ont réussi à augmenter leurs revenus que de 1,5 pour cent, soit moitié de moins que les années précédentes. Une analyse plus détaillée nous montre clairement que la croissance globale positive est due à l'augmentation des revenus des consultations ambulatoires. Le segment ambulatoire a en effet connu une croissance significative de 5,0 pour cent de son chiffre d'affaires, comme les années précédentes; le segment stationnaire a stagné pour la première fois en six ans (cf. figure 6). Nous considérons ce résultat comme les prémisses d'un renversement de tendance.

Les stratégies de croissance purement stationnaires sont dépassées et de moins en moins rentables financièrement, voire même complètement irréalisables. Bien entendu, cet état ne s'applique pas aux stratégies de croissance stationnaires résultant de rachats (par le biais de l'acquisition de cas existants) ou d'hôpitaux dans des régions où la crois-

Croissance du chiffre d'affaires dans les hôpitaux de soins aigus

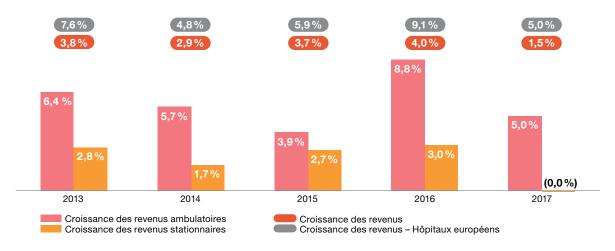


Figure 6: Croissance des revenus dans les soins aigus, ventilée entre les revenus ambulatoires et stationnaires (valeurs médianes)

sance démographique est supérieure à la moyenne. Il est à noter que la baisse des revenus dérivés des patients hospitalisés dans l'échantillon se manifeste principalement dans les petits hôpitaux de moins de 250 lits (cf. figure 7).

Sur la base de ces observations, nous formulons les hypothèses suivantes:

- La tendance «ambulatoire avant stationnaire» s'est affirmée ces dernières années et se poursuit. Il en résulte un nombre constant voire décroissant de cas et une chute des rendements dérivés des hospitalisations.
- 2. Il est de plus en plus important de disposer de processus ambulatoires efficaces et d'une grande flexibilité dans des prestations de soins. De cette manière, les prestataires veulent répondre d'une part à la demande croissante de soins ambulatoires et, d'autre part, optimiser les structures de coûts.

- Les petits hôpitaux perdent de plus en plus de cas au profit des hôpitaux universitaires et des centres de compétences. Ceci entraîne une accélération de la rationalisation structurelle - et des structures hospitalières sont de plus en plus grandes.
- En introduisant un nombre minimum de cas, les petits établissements réalignent en partie leur offre. Cette approche prend du temps et crée une pression concurrentielle supplémentaire dans ce segment si la réorientation n'a pas lieu dans l'ensemble de la région (voir chapitre 4).
- La pénurie de main-d'œuvre qualifiée entraîne des difficultés pour pourvoir les postes vacants et, en conséquence, des coûts salariaux plus élevés, surtout pour les petits hôpitaux.

Croissance du chiffre d'affaires en 2017 par taille

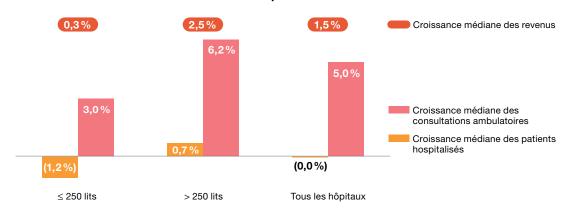


Figure 7: Croissance des revenus (2017) en soins aigus par nombre de lits

Développement des cas de patients hospitalisés

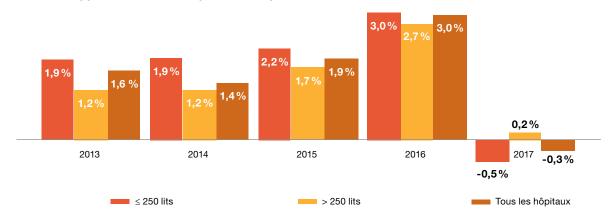


Figure 8: Évolution du nombre de cas stationnaires (valeurs médianes) de 2013 à 2017

Comme nous l'avons mentionné plus haut, les revenus dérivés des patients hospitalisés ont stagné en 2017 (le taux de croissance des données disponibles est de moins 0,02 pour cent). Dans le cas de la croissance, on remarque que la valeur médiane est de moins 0,3 pour cent. En d'autres termes, les hôpitaux étudiés ont traité en moyenne 0,3 pour cent de patients hospitalisés en moins en 2017 (cf. figure 8). Si l'on tient également compte de la taille dans cette analyse, les hôpitaux de plus de 250 lits ont augmenté leur médiane de 0,2 pour cent, tandis que les hôpitaux de moins de 250 lits ont perdu 0,5 pour cent. Étant donné que les grands hôpitaux traitent un nombre beaucoup plus élevé de cas stationnaires de façon cumulative, le nombre absolu de cas est stable de 2016 à 2017. Ceci contraste fortement avec les changements des dernières années: le taux de croissance annuel global des hôpitaux se situe entre 1,4 pour cent et 3,0 pour cent en moyenne. En outre, les petits hôpitaux ont pu croître d'environ 0,5 point de pourcentage de plus que les grands hôpitaux ces dernières années. Nous considérons qu'il s'agit là d'un signe avant-coureur de la consolidation de l'industrie. Les grands hôpitaux se sont bien positionnés dans l'éventualité d'une hausse croissante de la pression sur les petits hôpitaux au cours des prochaines années, qui se manifeste par exemple par le biais d'interventions réglementaires.

Bien que nous n'ayons pas analysé tous les hôpitaux suisses de soins aigus, nous considérons que l'échantillon et son évolution sont représentatifs de l'industrie. En même temps, l'introduction de critères de qualité et d'un nombre minimum de cas entraînera des changements dans les mandats de prestations, en particulier pour les petits hôpitaux. La croissance démesurément élevée du segment ambulatoire se poursuivra.

L'intervention sur le TARMED du Conseil fédéral est effective depuis le début de l'année 2018. Pour des raisons purement économiques, elle rendra le secteur ambulatoire encore moins rentable pour beaucoup d'acteurs. Il est fort possible qu'elle ralentisse la croissance des revenus ambulatoires dans les années à venir. Les hôpitaux n'engageront donc pas de «retour en arrière stratégique», qui serait diamétralement opposé aux besoins du patient. En effet, les hôpitaux ont déjà investi massivement dans des centres ambulatoires efficaces et dans le développement de ce type de soins. Et même pour des raisons purement réglementaires, un renversement ne serait plus possible.16

Charges de personnel légèrement supérieures à celles de l'année précédente

Par rapport à l'année précédente, les coûts se répartissent de la même manière pour les frais de personnel, les fournitures médicales et les autres dépenses. Les frais de personnel représentent près des deux tiers des coûts opérationnels.

Ils ont légèrement augmenté par rapport aux revenus, induisant des pressions sur les marges et donc une baisse de la rentabilité en 2017 par rapport à l'année précédente. Notre analyse montre que les coûts de personnel sont supérieurs à la médiane dans les petits établissements de moins de 250 lits, tandis que les grands hôpitaux de soins aigus ont en moyenne des coûts de personnel inférieurs à la médiane. Cette situation est tout à fait concevable dans la mesure où, dans les hôpitaux de soins aigus, une grande partie des frais de personnel est fixée sur la base des dispositions légales. Ajoutons encore que l'optimisation des services de maintenance ou d'autres types de services n'est possible qu'à partir d'une certaine taille. À ce stade, il convient de mentionner l'augmentation des coûts fixes, qui est particulièrement douloureuse pour les petits hôpitaux. En outre, pourvoir les postes importants dans les petits hôpitaux par rapport aux grands hôpitaux n'est, dans certains cas, possible que grâce à des salaires fortement différenciés. Une autre explication proviendrait de la résolution de la pénurie croissante de travailleurs qualifiés par le biais de personnel externe coûteux au travers d'agences de recrutement.

Les frais de personnel ne peuvent que rarement être influencés immédiatement. En effet, en cas d'évolution défavorable des revenus, les établissements ne sont généralement pas en mesure d'ajuster immédiatement leurs coûts de personnel. Définir et mettre en œuvre des mesures appropriées demande beaucoup de temps. De nombreux hôpitaux exécutent eux-mêmes la majorité de leurs fonctions secondaires et n'externalisent ces services en dehors de leurs compétences de base que lorsqu'il est possible d'obtenir des prestations plus flexibles.17

Les coûts du matériel médical et les autres dépenses sont tout aussi élevés que l'année précédente (cf. figure 9). Les taux de croissance des coûts de personnel et de matériel entre 2016 et 2017 sont inférieurs à ceux des années précédentes, mais ne peuvent pas masquer une situation économique globale qui ne s'est pas améliorée. En effet, la croissance du chiffre d'affaires est nettement inférieure à celle de l'année précédente.

Ces dernières années, le rapport entre la croissance des revenus et celle des coûts n'a jamais été aussi défavorable qu'en 2017.

Le facteur entre la croissance des revenus (1,5 pour cent) et celle des coûts de personnel et de matériel (2,4 pour cent) était de 0,61. Seuls 61 francs par tranche de 100 francs de coûts supplémentaires pouvaient être générés en 2017 (voir figure 10). Cette évolution s'explique principalement par le transfert des soins stationnaires vers l'ambulatoire. Ce type de soins est moins rentable pour le prestataire. On peut

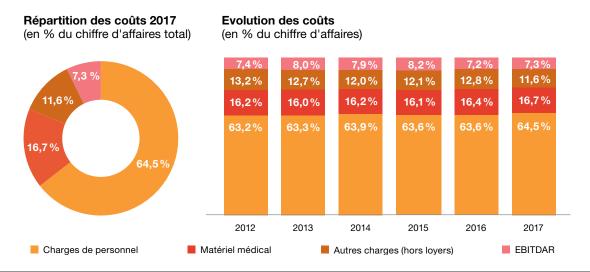


Figure 9: Répartition des coûts dans les hôpitaux de soins aigus en pourcentage du chiffre d'affaires total (valeurs médianes)

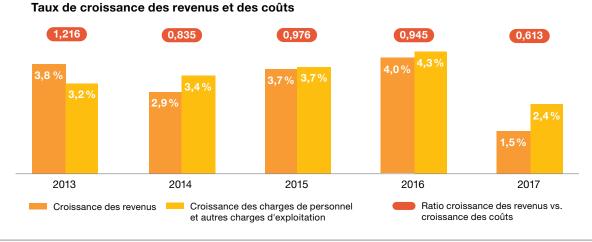
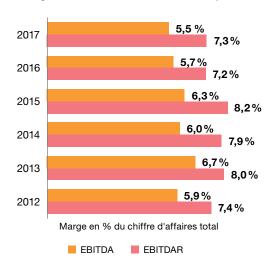


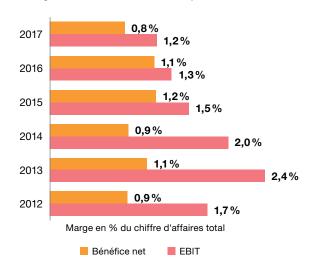
Figure 10: Évolution des coûts et des revenus dans les hôpitaux suisses de soins aigus (valeurs médianes)



Marge EBITDAR et EBITDA historiques



Marges EBIT et nettes historiques



Graphique 11 : Évolution de la rentabilité des hôpitaux suisses de soins aigus (valeurs médianes)



Différences de marge selon la taille de l'hôpital

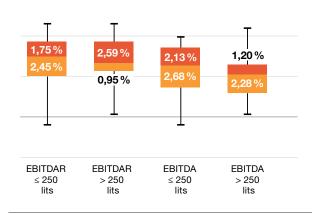


Figure 12: Marges EBITDAR et EBITDA en fonction du nombre de lits (médiane, deuxième quartile en orange, troisième quartile en rouge foncé)

Ratio de fonds propres

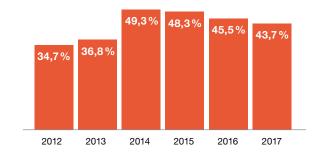


Figure 13: Ratios de fonds propres (valeurs médianes) des hôpitaux suisses de soins aigus de 2012 à 2017

supposer que cette tendance se poursuivra à l'avenir. Afin de maintenir ou d'améliorer la rentabilité, la seule priorité restante pour les établissements est l'optimisation des coûts. De nombreux hôpitaux font actuellement appel à des consultants spécialisés, comme PwC, pour les accompagner dans des projets d'amélioration des résultats.

La rentabilité reste faible

Malgré une croissance des coûts inférieure à celle de l'année précédente, les hôpitaux analysés n'ont pas été en mesure de réaliser un changement de cap en matière de rentabilité. En raison de la faible croissance des bénéfices, la marge EBITDAR médiane¹⁸ pour 2017 était de 7,3 pour cent. En 2012 et 2015, la rentabilité opérationnelle avait généralement évolué positivement. Néanmoins, les deux dernières années ont enregistré une baisse des marges EBITDAR depuis l'introduction du système DRG. La médiane est donc bien inférieure à la marge cible de 10 pour cent, que nous avions définie comme indispensable en 2011 pour assurer le financement à long terme des investissements.

Comme au cours de l'année précédente, les petits hôpitaux ont été légèrement plus rentables en termes médians que les grands hôpitaux universitaires et centres hospitaliers de plus de 250 lits. Si l'on compare leurs marges d'EBITDAR en 2017, les hôpitaux de moins de 250 lits affichent un EBITDAR médian supérieur (7,5 pour cent contre 6,6 pour cent). Il est intéressant de noter que l'écart-type a été réduit induisant une plus faible dispersion des résultats entre tous les hôpitaux. Cela signifie que les marges EBITDAR diminuent très légèrement. Alors que les petits hôpitaux sont dispersés davantage vers le bas en 2016, les deux catégories de taille présentent une image uniforme en 2017, qui affiche globalement moins de valeurs extrêmes.

Les valeurs médianes pour 2017 ne doivent pas occulter le fait que, surtout pour les hôpitaux de moins de 250 lits, les mesures réglementaires, l'augmentation de la demande des patients et la pénurie croissante de spécialistes peuvent exercer une pression supplémentaire sur les marges s'ils ne se positionnent pas clairement et de manière différenciée ou ne rejoignent pas un réseau bien établi.

Seuls quelques établissements ont dépassé la barre des 10 pour cent.

La valeur de référence de 10 pour cent pour la marge EBIT-DAR¹⁹ (ou marge EBITDA pour les hôpitaux possédant leurs propres biens immobiliers) s'avère également être une option à long terme raisonnable dans le contexte actuel.

En 2017, cinq des hôpitaux sondés ont réalisé une marge d'EBITDAR de 10 pour cent ou plus. Un tiers (15) ont atteint 8 pour cent ou plus. Au cours de l'année précédente, ce résultat a été atteint respectivement par 9 et 18 institutions. Comme les années précédentes, 2017 affiche également une certaine constance: les cinq hôpitaux qui se situent au-dessus du repère de 10 pour cent l'ont réalisé l'an dernier. Certaines des marges EBITDAR inférieures et négatives se sont améliorées. Au final, les hôpitaux qui ont enregistré de faibles marges EBITDAR sont les mêmes que l'année précédente.

Les résultats des marges EBITDAR montrent que les hôpitaux de soins aigus ont été en mesure de compenser la réduction des tarifs, les exigences relatives au nombre minimum de cas et la pénurie croissante de personnel qualifié. Les institutions plus petites et moins bien positionnées, en particulier, auront plus de difficultés à relever les nouveaux défis. Celles qui prennent du retard dans leur transformation affaiblissent leur pouvoir de négociation dans les discussions sur les soins intégrés.

Poursuite de la baisse du ratio de fonds propres

Le ratio médian des fonds propres reste supérieur à 40 pour cent. Cependant, c'est la troisième fois de suite qu'il enregistre une baisse. Cette décroissance est due à diverses raisons: les projets d'investissement et de refinancement modifient le ratio des capitaux propres sur la dette. Les changements de normes comptables peuvent également avoir une incidence sur la structure du capital. C'est ce qui s'est clairement manifesté en 2014, lorsque plusieurs hôpitaux ont réévalué leurs immobilisations corporelles. Enfin, les pertes annuelles réduisent également la position en fonds propres de certains établissements.

Une base de fonds propres de plus de 40 pour cent est généralement considérée comme solide. Néanmoins, la situation des hôpitaux suisses de soins aigus doit être considérée d'une manière plus différenciée. Ce ratio va probablement baisser dans les années à venir. De nombreux projets de construction sont actuellement en phase de planification ou sont déjà en cours de réalisation. Les années à venir seront donc marquées par une forte demande de capitaux extérieurs dans le secteur hospitalier, que ce soit sous forme de prêts bancaires, d'obligations, de placements privés ou autres instruments.20

Réflexion sur l'offre d'après-demain

Dans l'édition 2016 de l'étude, nous avions commenté l'évolution du système de santé suisse en 2030. Nous nous sommes alors fixés comme objectif de développer un modèle générique pour les soins aigus. Dans ce contexte, nous voudrions réfléchir ici à quoi pourrait ressembler concrètement l'offre d'après-demain.

Tout d'abord, nous envisagerons l'année 2030 et estimerons la demande future de soins aigus pour les patients hospitalisés. Dans un deuxième temps, nous en tirerons la capacité d'accueil nécessaire. Nous définirons ensuite les prémisses sur lesquelles s'appuiera le futur modèle de soins. À cette fin, nous optimisons le modèle d'offre. Le nombre et la localisation géographique des hôpitaux de soins aigus en Suisse seront déterminés de manière à assurer un niveau élevé de sécurité de prestations, à réduire les établissements de petite taille et à organiser les hôpitaux dans le cadre d'un réseau au sein d'une région de couverture plus vaste. Il s'agit de la seule façon d'assurer la qualité et l'approche centrée sur le patient tout en étant économique.

Nous avons visualisé le résultat de notre réflexion sur la carte suisse. Il s'agit bien entendu que de l'un des nombreux scénarios possibles et il est impossible de prédire quels seront les hôpitaux qui survivront à l'avenir. Le marché (et éventuellement les autorités réglementaires) décidera luimême. Nous conclurons notre parcours de réflexion avec les conditions cadres nécessaires à la mise en œuvre de ce modèle.

Prévisions de la demande de prestations de soins aux patients hospitalisés

La demande de soins aux patients hospitalisés en 2030 sera déterminante pour la planification de la future capacité d'accueil et de la structure optimale des soins. Posséder trop peu de lits peut peser sur la qualité des soins en générant des temps d'attente pour les traitements et surchargeant un personnel spécialisé. Un trop grand nombre de lits peut en revanche entraîner une demande induite par l'offre, peu souhaitable médicalement ou économiquement. Le volume de la demande évoluera d'ici 2030, en raison notamment de l'évolution démographique et de la réorientation des soins vers le secteur ambulatoire. Ce dernier s'est renforcé grâce aux progrès de la médecine et stimulé par les nouveaux besoins des patients.

Avec deux scénarios, nous montrerons quelle demande de patients hospitalisés peut être estimée en 2030. Il s'agit bien sûr d'approximations qui représentent un modèle d'offre idéal. Les résultats ne peuvent cependant pas servir de base à une planification détaillée.

Dans le scénario 1, nous fonderons notre prévision des besoins de soins aigus de la population suisse sur la méthodologie de la Direction de la santé publique de Zurich²¹ qui table sur 1,5 million de cas de patients hospitalisés en 2030. Cela correspond à une croissance annuelle de 1,1 pour cent, soit 232'000 cas au total, par rapport à 2016 (cf. figure 15). Cette augmentation sera fortement influencée par l'évolution démographique de la population suisse. D'autre part, le transfert attendu du stationnaire vers l'ambulatoire aura un effet modérateur. La croissance démographique et le vieillissement de la société seront responsables d'un effet de 269'000 cas, soit une croissance annuelle d'environ 1,5 pour cent. En transférant certains cas de patients stationnaires vers le secteur ambulatoire, on pourrait réduire la demande de 37'000 cas.

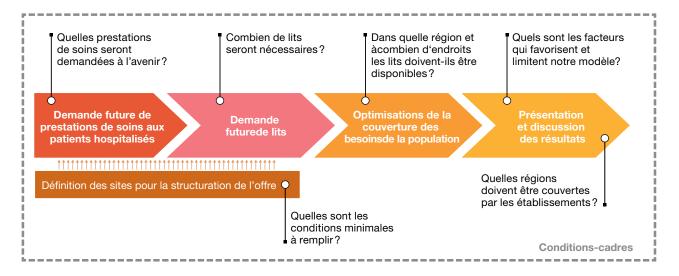


Figure 14: Nos étapes de réflexion pour l'élaboration d'un modèle de soins d'après-demain

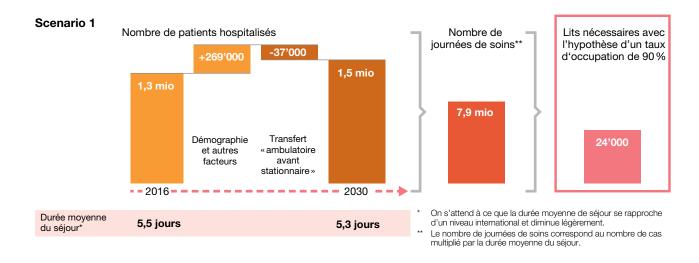


Figure 15: Prévision de la demande en 2030 d'après l'évaluation de la Direction de la santé publique de Zurich

Avec une réduction prévue de la durée moyenne de séjour de 5,5 à 5,3 jours et un taux d'occupation de 90 pour cent, les besoins seront d'environ 24'000 lits en 2030. Si l'on compare la demande future avec les capacités d'aujourd'hui (23'250 lits), les prestataires de soins devront créer 750 lits supplémentaires d'ici 2030. Toutefois, à court terme, on constate une offre excédentaire de lits, car le taux d'occupation actuel est inférieur à 90 pour cent. L'expansion de l'infrastructure pourrait être réalisée de manière réduite, car l'infrastructure hospitalière existante pourrait gérer plus de lits qu'avec les capacités brutes actuelles. Ce qui nous semble intéressant dans cet ensemble de chiffres, c'est l'impact futur sur les nouveaux projets de construction et de transformation. Les hôpitaux doivent donc faire preuve de souplesse afin de pouvoir répondre aux nouvelles exigences sans effort supplémentaire.

Dans le scénario 2, nous supposons un effet de transfert beaucoup plus important des soins stationnaires vers le secteur ambulatoire. Nous prévoyons qu'à l'avenir, un maximum de 30 pour cent des chirurgies seront encore traitées en stationnaire et que 70 pour cent des interventions seront effectuées en consultation ambulatoire.22 Cela équivaut à un transfert de 296'000 cas²³ (scénario 1: 37'000 cas). Dans plusieurs pays européens, mais aussi aux États-Unis et au Canada, la proportion d'interventions ambulatoires est déjà nettement plus élevée qu'en Suisse. Cet écart peut être illustré par l'exemple de l'amygdalectomie. Avec 11 pour cent, la part des interventions ambulatoires en Suisse est nettement inférieure à la moyenne des 24 pays de l'OCDE (34 pour cent).24 Dans l'ensemble, nous prévoyons dans ce scénario une réduction du nombre de cas de patients stationnaires de 23'000 ou 2 pour cent en 2016 à 1,2 million.

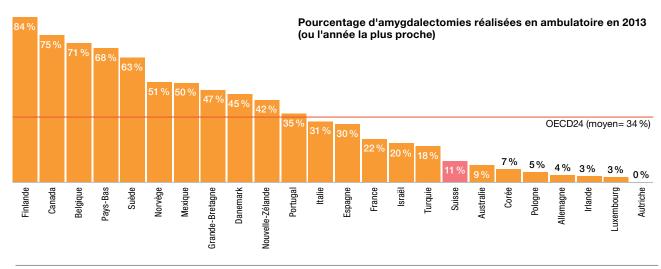


Figure 16: Part des amygdalectomies ambulatoires en comparaison internationale (Source: Statistiques de santé 2015 de l'OCDE)

L'effet de l'évolution démographique sur le nombre de cas et la durée moyenne de séjour est dérivé des prévisions de la population suisse, combinés aux taux d'hospitalisation et à la durée de séjour par groupe d'âge observés aujourd'hui.

Le transfert des soins vers le secteur ambulatoire s'accompagne d'une augmentation de la durée moyenne de séjour, car les cas les plus complexes demeurent en hospitalisation. Nous supposons une durée moyenne de séjour de 6,0 jours (scénario 1: 5,3 jours). Nous estimons à 7,4 millions le nombre total prévu de journées de soins infirmiers. Par rapport

à aujourd'hui, 800 lits pourraient être fermés, car 22'450 lits seraient suffisants, ce qui correspondrait à une densité de 2,4 lits pour 1000 habitants (aujourd'hui: 2,7 lits pour 1000 habitants).

Le scénario 2, en particulier, illustre notre hypothèse du chapitre 3 selon laquelle les stratégies de croissance pure dans le secteur stationnaire sont dépassées. Il devient évident que la croissance n'est possible qu'en gagnant des parts de marché ou dans des régions où la croissance démographique est supérieure à la moyenne.25

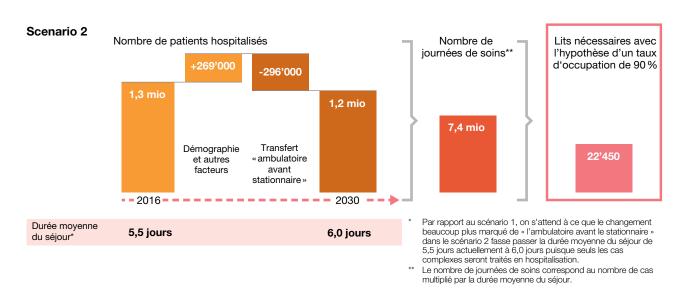


Figure 17: Prévision de la demande en 2030 basée sur l'évaluation de PwC



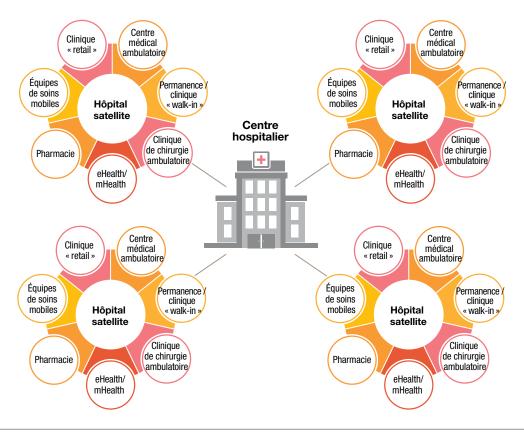


Figure 18: Modèle «Hub and Spoke» à titre d'exemple (source: PwC 2017)

Les prémisses du nouveau modèle de soins

Notre futur modèle de soins repose sur six piliers:

- 1. Modèle «Hub and Spoke»: le cœur de ce modèle est un réseau solide et étendu. Un centre hospitalier serait responsable du traitement des cas cliniques complexes à l'intérieur d'une zone prédéfinie. Il serait relié à un certain nombre d'hôpitaux décentralisés qui réaliseraient des interventions moins complexes en fonction de leur portefeuille de prestations. Ces prestataires de soins hospitaliers et ambulatoires disposeraient ainsi d'une offre spécifique (p. ex. un centre d'orthopédie pour médecins spécialistes) et de cliniques spécialisées (rééducation, psychiatrie). Le réseau serait basé sur de la croissance interne et externe; la perméabilité entre les prestataires de soins publics et privés étant cruciale. Nous avons travaillé de manière approfondie sur ce modèle dans l'étude²⁶ de l'an dernier (cf. figure 18).
- 2. Soins suprarégionaux: notre futur modèle de soins ne connaît pas de frontières cantonales. La planification de l'offre coordonnée à l'échelle des cantons s'effectue à l'intérieur des régions - et non à l'intérieur des frontières cantonales politiques.
- 3. Sécurité des prestations: la sécurité des prestations est assurée à un niveau élevé. Cela signifie qu'un patient reçoit le bon traitement à une distance raisonnable et dans un délai approprié au type de pathologie.

- 4. «From volume to value»: l'évolution d'un système de soins est déterminée par son financement. Le système d'indemnisation actuel récompense le volume, quel que soit le bénéfice pour le patient. Notre futur modèle de soins, en revanche, offre des incitations concrètes qui ne sont pas basées sur la quantité de soins fournis, mais sur le résultat du traitement pour le patient.
- 5. Approche centrée sur le patient: selon l'avis des experts, le nombre de patients atteints de plusieurs maladies concomitantes continue d'augmenter avec le vieillissement de la population.²⁷ Les soins prodigués à ces patients sont donc très exigeants. Un traitement axé sur la maladie peut être contre-productif. Notre futur modèle de soins repose sur une approche thérapeutique fortement orientée vers la satisfaction des besoins du patient en tant que consommateur et bénéficiaire tout en assurant un dialogue interdisciplinaire entre spécialistes.
- 6. Choix fictif de l'emplacement: dans notre futur modèle de soins, les emplacements sont choisis de manière purement fictive et ne sont pas basés sur l'infrastructure hospitalière actuelle. Le calcul des emplacements hospitaliers optimaux repose sur la minimisation des temps de déplacement effectifs entre le site de l'hôpital et le lieu de résidence des habitants.

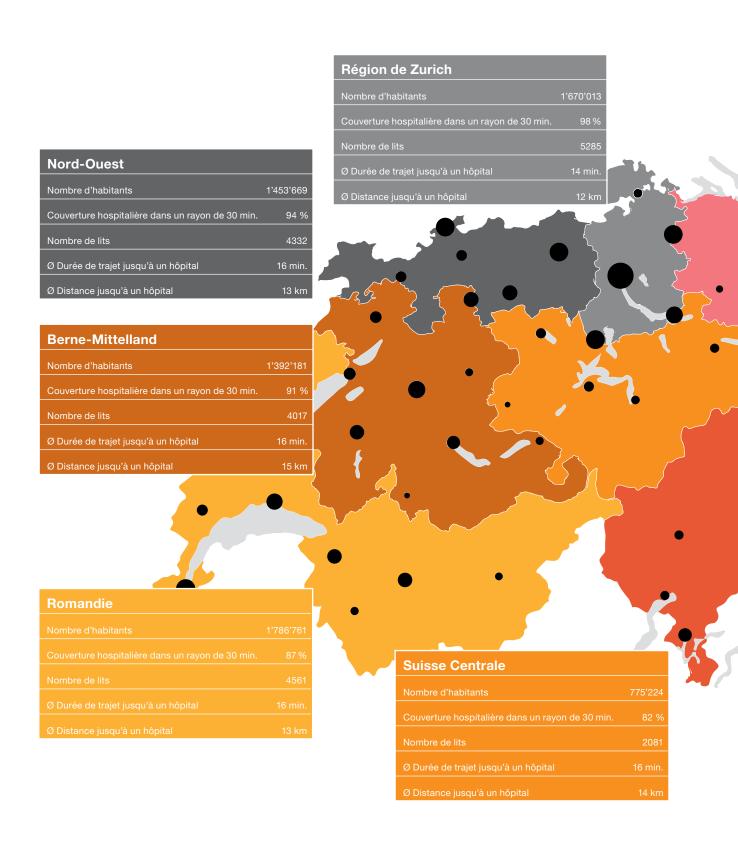
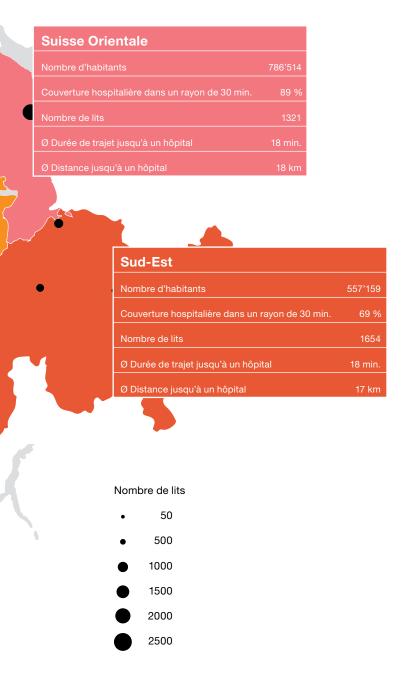


Figure 19: Sept régions futures pour la répartition des prestations de soins en Suisse



Penser en réseau

Comparé à aujourd'hui, notre paysage de prestations de soins de demain contient un plus petit nombre d'hôpitaux de soins aigus. Nous estimons sept régions de couverture suprarégionales et cantonales (cf. figure 19): Romandie, Berne-Mittelland, Suisse du Nord-Ouest, Suisse Centrale, région de Zurich, Suisse Orientale et Suisse du Sud-Est. Une région de soins peut se composer de trois à dix hôpitaux ou sites, et nous supposons que la taille maximale d'un hôpital demeure inférieure à 1000 lits. La force du réseau est plus importante que le nombre de sites. L'hôpital central détient une part de marché de 28 à 54 pour cent dans la région concernée. Pour s'assurer que les sites ne dépassent pas 1000 lits, le nombre d'hôpitaux pourrait être de 52.

Un total de 20 sites serait suffisant pour assurer la couverture des besoins de soins sans restriction de nombre de lits. Cela permettrait à 80 pour cent de la population de se rendre à l'hôpital le plus proche en moins de 30 minutes de trajet. Avec 45 hôpitaux répartis de manière optimale, cette couverture est de 89 pour cent dans toute la Suisse. Le temps de trajet moyen jusqu'à l'hôpital le plus proche passe de 10 à 16 minutes par rapport à aujourd'hui.

Les sept régions de couverture desservent un bassin de 560'000 à 1'790'000 habitants chacune. Le nombre de lits par région passe de 1300 en Suisse Orientale à 5300 dans la région de Zurich (cf. figure 19). L'optimisation de notre modèle s'applique à toute la Suisse, en négligeant les communes peu peuplées de la Suisse du Sud-Est. Dans cette région, seulement 69 pour cent de la population atteindrait l'hôpital le plus proche en 30 minutes. Aujourd'hui, la couverture est de 78 pour cent. D'autres offres sont nécessaires afin de garantir un haut niveau de de couverture des besoins sanitaires. Un service d'urgence bien développé, par exemple, pourrait constituer une solution.

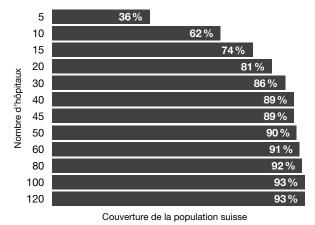
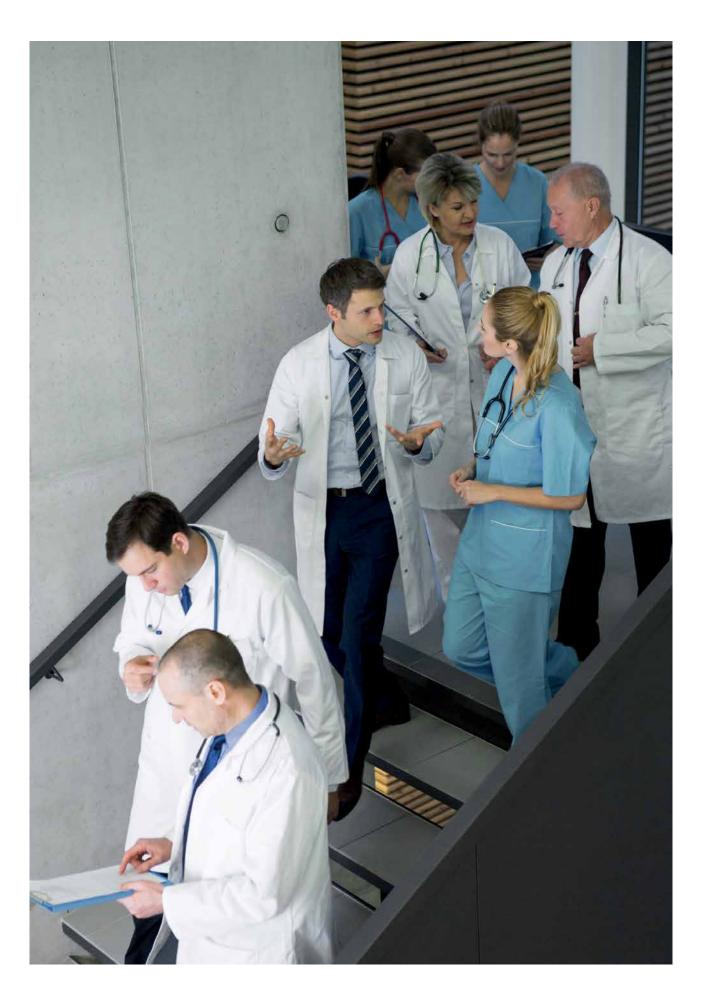


Figure 20: Pourcentage de la population couverte par les hôpitaux dont le temps de trajet pour se rendre à l'hôpital le plus proche ne dépasse pas 30 minutes (Source: PwC 2017)



Le réseau est au centre du nouveau paysage de l'offre de soins. Selon le modèle «Hub and Spoke», les hôpitaux seront reliés les uns aux autres le long du parcours du patient de même qu'à des partenaires verticaux. La fourniture de médicaments spécialisés se concentrera sur un ou plusieurs partenaires. Pour des raisons de qualité et d'efficacité, il pourrait toujours être judicieux que certains soins soient fournis par un prestataire de soins spécialisé par domaine. L'intégration dans le réseau et l'échange d'informations en seront des conditions préalables importantes. Les sites de soins supplémentaires - les «rayons» - offriront des soins médicaux adaptés aux besoins des patients hospitalisés et des patients ambulatoires. Ces prestataires de soins devront assurer un triage efficace en plus d'être facilement accessible. Une offre de soins de base permettra également de couvrir les besoins les plus courants. Ainsi, le réseau sera en mesure de fournir en temps opportun des soins médicaux à la population.

La concentration des soins au sein d'une région de soins résout la problématique de la pénurie de travailleurs qualifiés. Une coopération accrue au sein d'un réseau d'approvisionnement peut faciliter le recrutement du personnel et la promotion des jeunes talents si les réserves de personnel sont maintenues au niveau du réseau. D'un point de vue économique, une concentration des prestations peut réduire les nécessités d'infrastructure et de stockage afin de tirer le meilleur parti possible des capacités existantes. Dans un réseau, la rentabilité de la prestation de soins est plus élevée.

La performance médicale du réseau est fortement axée sur la qualité des résultats et le patient lui-même. Dans le cadre d'un traitement optimal, l'approche des « prises de décision partagée» joue un rôle important. Par conséquent, le patient participe aux décisions thérapeutiques. Les soins appropriés sont ceux qui sont basés sur les résultats cliniques et les préférences du patient informé. L'expérience des Pays-Bas montre que la prise de décision participative améliore la qualité du traitement et en réduit le nombre. Il en résulte des économies de coûts et un bénéfice maximal pour le patient (cf. Excursus: «du volume à la valeur»).

Une fois la thérapie optimale définie, elle est coordonnée au sein du réseau de soins. Nous supposons que notre modèle renforcera les activités visant à promouvoir la prise de décision participative et la coordination des soins. Pour ce faire, les structures paternalistes et l'asymétrie d'information entre le médecin et le patient doivent être réduites au maximum.

La promotion de la qualité des résultats pour le patient va de pair avec des incitations appropriées. Le système de santé suisse rembourse la quantité. Pour un résultat financier optimal, la qualité du processus joue un rôle (le Base Rate, par exemple, est basé sur les hôpitaux plus rentables), mais la qualité du résultat pour le patient n'est pas prise en compte. Afin de promouvoir la coordination des soins et la prise de décision participative, le financement des soins est une option évidente. Cette forme de rémunération est populaire auprès des économistes de la santé et des politiciens.28 Le financement de l'offre pourrait être structuré de la même façon que celui qui est actuellement en vigueur pour les modèles HMO. L'assureur conclut une alliance stratégique avec le réseau de soins et convient des paramètres de performance (selon le principe du « paiement à la performance») ou des honoraires par capitation (par patient ou par habitant). C'est ainsi que «faire ce qui est juste» est au final récompensé. L' «article expérimental» aura des effets incitatifs dans la mise en œuvre d'un tel modèle de financement par le biais d'un projet pilote. Il est actuellement en consultation et doit être intégrée dans la Loi sur l'assurance-maladie.29 Cet article fournirait une base juridique claire pour ce type de projets.

Des structures «Hub and spoke» sont actuellement en cours de création dans les régions de Berne, Bâle et Saint-Gall mais pour l'instant uniquement dans un contexte (bi-)cantonal. À Saint-Gall, par exemple, la structure évolue vers un réseau plus fort et vers une plus grande concentration des soins: l'Hôpital cantonal de Saint-Gall assume la fonction de prestataire de soins de base et regroupe les soins spécialisés.

La médecine (très) spécialisée est étroitement liée aux hôpitaux de soins aigus pour les patients hospitalisés. Ces établissements absorbent les cas complexes des zones périphériques de l'hôpital cantonal et assurent eux-mêmes les soins aigus dans leur zone d'influence. Cing établissements de soins aigus sur neuf doivent aujourd'hui axer leurs soins sur les prestations spécialisées. Ils répondent ainsi à l'émergence d'une demande plus forte dans ce domaine. La concentration des soins et l'amélioration de la coordination au sein du réseau devraient ainsi accroître la qualité et l'efficacité.31 Le groupe hospitalier de Bâle et le groupe Insel de Berne ont fait les mêmes réflexions de base.

Excursus: «from volume to value»

Il n'est pas possible de déterminer exactement la quantité de soins médicaux appropriés. Sans une idée claire des résultats du traitement pour le patient, la frontière entre sous-utilisation et surutilisation reste vague. Cette zone grise offre des possibilités d'incitations en termes de prix et de volume (cf. figure 22). L'offre excédentaire est coûteuse en termes de ressources et devrait être évitée autant que possible.

En Suisse, les efforts de réduction des coûts dans le système de santé se concentrent essentiellement sur l'efficacité. L'expérience a cependant montré qu'une analyse purement axée sur l'efficience entraîne une augmentation des coûts (cf. figure 23, à gauche). Cela s'explique par

le fait que le système de remboursement axé sur la quantité est plus efficace grâce à l'augmentation des volumes de traitement avec les mêmes ressources. En conséquence, les exigences croissantes en matière d'efficacité sont susceptibles d'entraîner une induction de l'offre, ce qui se traduit par une augmentation des volumes et une offre excédentaire. En comparaison internationale, nous considérons que la demande induite par l'offre est largement épuisée.

Si l'accent est mis sur la qualité, l'effet indésirable de l'induction de l'offre peut être atténué. En 2006, Porter et Teisberg ont conceptualisé un système de santé basé sur la valeur. Cette approche permet de réduire les coûts des soins grâce à une

meilleure qualité pour le patient30. Ainsi, en maximisant les avantages pour le patient, le traitement peut être plus efficace, le volume « inutile » peut être diminué et les coûts réduits. En Hollande, les concepts axés sur les bénéfices sont définis par le législateur. L'accent est mis sur la qualité des soins (cf. figure 23, à droite). Par exemple, un assureur et un hôpital néerlandais ont conclu un partenariat stratégique à cet effet. L'alliance repose sur un contrat innovant à long terme. Cette approche récompense le «faire ce qu'il faut» et encourage la mise en œuvre d'initiatives de qualité (comme la prise de décision participative et l'amélioration des soins aigus), la coopération interprofessionnelle et la restructuration organisati-



Prestation médicale efficace et bénéfique

Diverses raisons générant une incertitude médicale

- Itérations entre le diagnostic et le traitement
- Manque de clarté quant au résultat souhaité des soins (p. ex. l'espérance de vie par rapport à la qualité de vie)
- Choix d'interventions multiples avec des risques et des avantages différents
- Distorsion des essais cliniques en lien avec des patients jeunes en bonne santé atteints de maladies spécifiques
- Perte d'informations due à des transferts de dossier
- Frontières floues entre la maladie et le bien-être



Figure 21: Niveau de soins approprié (Source: d'après Strategy& Amsterdam Healthcare, 2018)



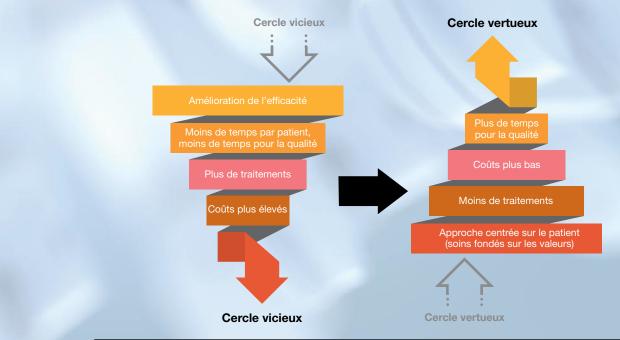


Figure 22 : De l'efficacité à la qualité (Source : d'après Strategy& Amsterdam Healthcare, 2018)

Cadre requis

Les organes de décision des hôpitaux sont de plus en plus disposés à investir dans le développement des réseaux, que ce soit sous la forme de fusions ou de coopérations. Ils se positionnent ainsi dans des régions plus étendues. Pour que cette évolution s'accélère, les décideurs politiques doivent soutenir ces pratiques.

Nous résumons ci-dessous les facteurs clés qui favorisent un mouvement vers le développement de réseaux axés sur la qualité:

- Patients: l'évolution des besoins des patients et l'augmentation de la multimorbidité exigent un traitement holistique et encouragent le développement de réseaux.
- Spécialistes médicaux: la pénurie de médecins spécialistes plaide en faveur d'une coopération renforcée au sein du réseau. Déjà aujourd'hui, les hôpitaux échangent des compétences pour combler les goulets d'étrangle-
- Progrès technique: le progrès technologique, et plus particulièrement la numérisation, sont essentiels pour le développement d'un réseau dans toute sa diversité. Des approches innovantes telles que la télémédecine, une communication plus simple entre le patient et le médecin ainsi que l'échange interdisciplinaire de données sur les patients soutiennent le processus des soins en réseau.
- Modifications législatives: avec la loi sur l'assurance maladie, l'«article expérimental» est conçu comme un complément destiné à promouvoir des solutions pilotes.

• Raisons économiques: en fournissant des soins dans des structures de réseau, certaines ressources peuvent être utilisées de manière globale et les fonctions secondaires peuvent être considérablement réduites, ce qui contribue à la viabilité économique de l'exploitation et à l'orientation vers une marge d'EBITDAR cible de 10 pour

Cependant, certaines conditions cadres en Suisse entravent le développement de structures de réseau axées sur la qualité et l'approche centrée sur le patient.

- Planification purement cantonale des prestations de soins: la planification cantonale et autonome des soins entrave la conception d'une structure de réseau orientée vers l'optimisation des itinéraires cliniques et des flux de patients. La planification suprarégionale de l'offre permettrait de contrecarrer cette tendance.
- Financement: la rémunération basée sur le volume ainsi que les différences de système de financement entre l'ambulatoire et l'hospitalier n'incitent guère à améliorer la qualité des soins. Les contributions opaques (prestations d'intérêt général, ou PIG) dans le cadre des services publics maintiennent des offres de soins isolées. Cette situation rend l'intégration dans une structure de réseau plus difficile.
- Manque de coopération en matière de «Shared Decision Making»: en dépit d'un soutien factuel à la prise de décision conjointe, cette approche n'a pas encore fait de percée en Suisse. Le progrès exige une plus grande coopération entre le patient et le médecin, d'une part, et entre le médecin et l'assureur, d'autre part.

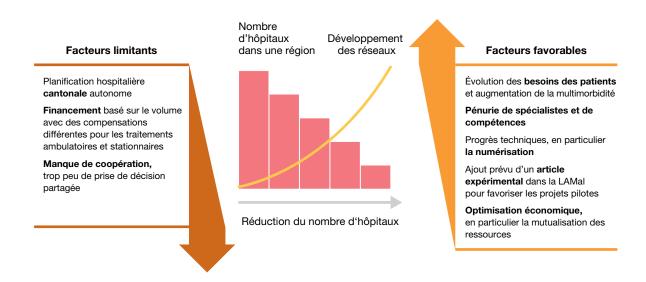


Figure 24: Facteurs qui favorisent ou entravent les nouvelles structures de réseau en mettant l'accent sur la qualité des soins et l'approche centrée sur le patient, (source : présentation de PwC)

Trois questions à André Zemp

d'autres facteurs.

Directeur des hôpitaux de la ville de Zurich Triemli et Waid



Monsieur Zemp: Citons tout d'abord la baisse de la rentabilité, surtout en termes de marge EBITDA. Je m'attends à ce que les revenus stagnent en raison de prix stables ou légèrement plus élevés et d'un nombre identique, voire en baisse, de cas stationnaires. Cela s'explique, entre autres, par la tendance à basculer certaines procédures en ambulatoire plutôt que de les effectuer en stationnaire. J'anticipe également une croissance dans le segment ambulatoire, mais qui est toutefois sous-financé. Cela entraîne un impact négatif additionnel sur les marges. nombre de cas diminue simultanément. D'autre part, je m'attends à ce que les coûts continueront d'augmenter en raison des exigences réglementaires, de la numérisation, des pressions des conventions collectives et

Le deuxième grand défi est, selon moi, l'intensification de la concurrence. Le marché est saturé induisant

Enfin, nous devons répondre aux besoins élevés en termes d'investissement hospitaliers, qu'il s'agisse de

Comment positionnez-vous les hôpitaux de la ville de Zurich dans ce contexte? Quelle est votre vision?

coordonnée. Il s'agit d'exploiter au mieux les synergies en termes de prestations de soins, de bassin de population, de culture de marché et de services de support. Le Stadtspital Triemli fonctionne comme un hôpital central avec une offre de soins spécialisés et une zone de desserte suprarégionale. Le Stadtspital Waid offre des soins de base et est considéré comme un pôle de la médecine gériatrique.

Comment mettre en œuvre cette vision et comment faire face aux obstacles?



Psychiatrie

La croissance est en stagnation un an avant la mise en application du TARPSY



Aperçu du marché

Les chiffres financiers clés pour 2017 sont basés – pour la dernière fois – sur l'ancien système tarifaire forfaitaire journalier. La nouvelle structure tarifaire TARPSY sera reflétée pour la première fois dans les chiffres 2018. Dans l'édition 2016 de notre étude, nous avions abordé les effets possibles de ce changement. Cette fois, nous avons examiné la situation financière dans laquelle les établissements psychiatriques vont commencer à mettre en place le TARPSY. Dans ce but, nous avons évalué les états financiers de douze établissements psychiatriques.

Les revenus totaux des établissements psychiatriques en 2016 s'élèvent à environ CHF 2,2 milliards, fournis par 48 prestataires de soins. Depuis 2011, le marché a connu une croissance moyenne de 3,8 pour cent. Au total, 2,1 millions de journées de soins infirmiers ont été assurées avec 59'200 cas de patients hospitalisés.

Croissance et secteur stationnaire en déclin

La tendance à l'augmentation des soins ambulatoires observée en 2016 s'est poursuivie en 2017. Les revenus des consultations ambulatoires ont augmenté de 5,9 pour cent, soit 1,6 point de pourcentage de plus que l'année précédente. En même temps, les revenus dérivés de l'hospitalisation ont stagné.

Dans l'ensemble, les établissements psychiatriques ont pu enregistrer une augmentation de revenus de 2,5 pour cent (cf. figure 25). En comparaison internationale, ces taux de croissance sont inférieurs. Cette tendance indique une forte progression de l'offre dans les autres pays. En Suisse, la croissance est possible principalement dans le secteur ambulatoire avec de nouvelles prestations de soins. Par conséquent, un nombre croissant de patients reçoivent des soins ambulatoires.

Les revenus dérivés des patients hospitalisés continuent à représenter la majorité des revenus totaux. Comme dans le cas des soins aigus, on observe un transfert continu du chiffre d'affaires du stationnaire vers l'ambulatoire générant des taux de croissance plus élevés de ce dernier segment. Cette évolution n'est ni nouvelle ni surprenante. David J. Bosshard, CEO du groupe Clienia, a déjà souligné dans l'édition 2016 de notre étude que «le marché des patients hospitalisés stagnera ou se développera en fonction de la croissance démographique». Il a également signalé qu'«à l'avenir, le modèle économique fonctionnera plus souvent via des canaux virtuels en pré- et post-traitement et sera donc numérisé».32

Les coûts de personnel élevés pèsent sur la rentabilité

Une faible croissance des revenus peut avoir un impact négatif majeur sur la rentabilité en cas d'augmentation plus que proportionnelle des coûts. Après deux ans de stabilité, la rentabilité diminue pour la première fois de manière

significative. La marge EBITDAR a baissé de 10,5 pour cent en 2016 à 7,4 pour cent en 2017, tandis que la marge EBITDA s'est dégradée de 7,4 pour cent à 6,2 pour cent (cf. figure 26). Cette baisse de la rentabilité s'explique notamment par les coûts de personnel relativement élevés liés aux soins. Il s'agit du facteur de coûts le plus important. En effet, il est intéressant de noter que cette part des coûts liés aux frais de personnel est de 76,4 pour cent des revenus en 2017, la plus élevée depuis 2012. Les coûts en 2017 étaient supérieurs de 1,8 point de pourcentage à ceux de l'année précédente et de 0,9 point de pourcentage au sommet atteint en 2014 (cf. figure 25).

L'augmentation des frais de personnel, combinée à l'évolution globalement positive du chiffre d'affaires, présuppose que l'augmentation du volume ou du bénéfice ne peut être obtenue qu'avec un déploiement plus important du personnel. Une fois de plus, il est évident que la fragilité du système de santé est en partie liée aux coûts.

Sur les douze établissements psychiatriques analysés, cinq se situaient au-dessus de la marge d'EBITDAR de référence à long terme de 8 pour cent. L'année précédente, sept cliniques avaient atteint ou dépassé ce chiffre. Comme en soins aigus, une certaine constance s'observe également en psychiatrie: ceux qui ont réalisé une marge EBITDAR relativement faible en 2016 sont également parmi les derniers en 2017.33 Ces cliniques doivent inverser la tendance en mettant en place des mesures spécifiques. C'est particulièrement vrai pour le système TARPSY, dans le cadre duquel on s'attend à une augmentation importante de la pression financière.

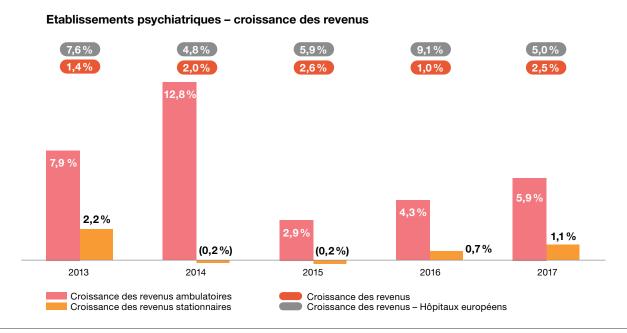


Figure 24: Croissance du chiffre d'affaires des établissements psychiatriques suisses, ventilé selon les revenus ambulatoires et les revenus hospitaliers (valeurs médianes)

Nouveau modèle tarifaire depuis 2018

Dans le passé, les soins aux patients hospitalisés en psychiatrie étaient relativement bien rémunérés. Sous TARPSY. la pression devrait augmenter. À l'instar du SwissDRG, le nouveau système tarifaire est basé sur les coûts liés à la performance et donc sur une rémunération (journalière) spécifique par cas. Depuis 2018, le système de tarification des patients hospitalisés dans les cliniques psychiatriques est réglementé à l'échelle nationale. L'unification crée des

incitations médicales et économiques qui devraient avoir un impact positif sur les coûts de la santé à long terme. Reste à savoir si le changement de système aura le même effet sur la croissance des revenus - ou si l'introduction prévue sera sans impact. La psychiatrie et les soins aigus peuvent différer dans l'utilisation des prestations ambulatoires et la croissance y relative: en soins aigus, la croissance des soins aux patients ambulatoires est en grande partie attribuable à des changements dans les prestations. En psychiatrie, de nouveaux soins complémentaires devraient contribuer à la croissance des prestations ambulatoires.

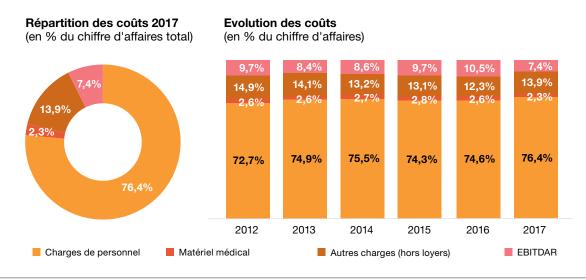


Figure 25 : Répartition des coûts au sein des établissements psychiatriques en pourcentage des revenus totaux (valeurs médianes)

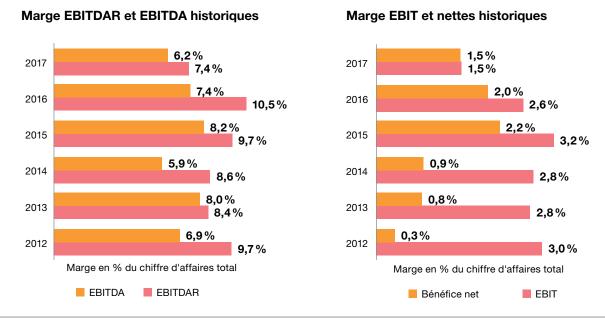
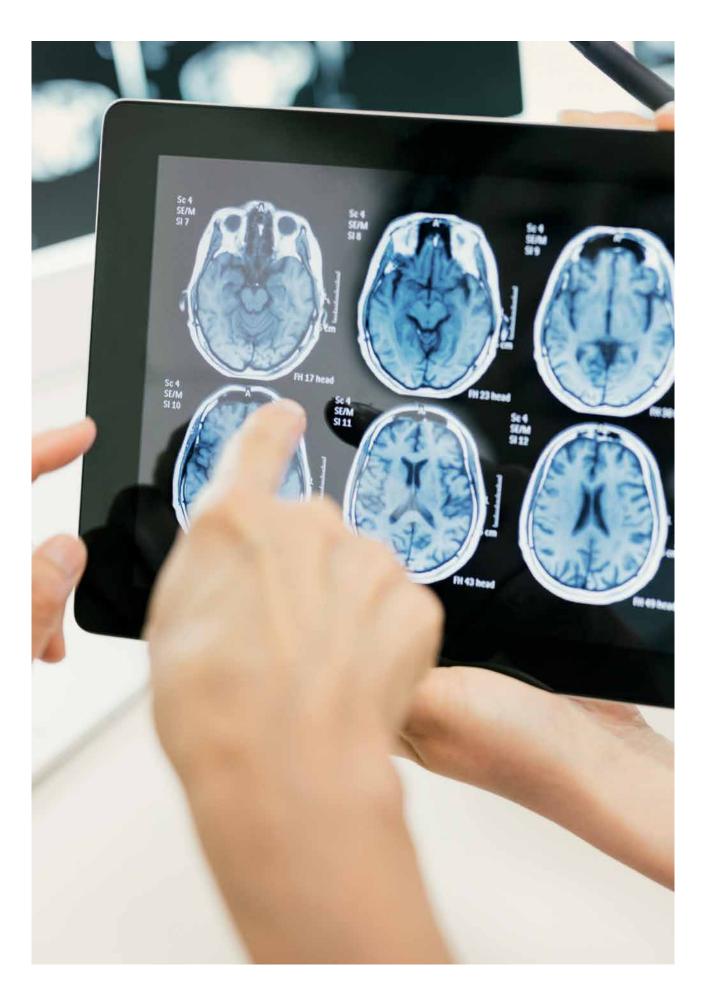


Figure 26: Évolution de la rentabilité des établissements psychiatriques suisses



Réadaptation

Améliorer l'interconnexion

des réseaux des

soins aigus et

de la réadaptation



Aperçu du marché

Les établissements de réadaptation entrent en jeu lorsqu'un patient a besoin d'un traitement médical et multidisciplinaire supplémentaire après un séjour en soins aigus pour sa convalescence et/ou sa réintégration quotidienne et professionnelle. Le marché de la réadaptation en Suisse représente des revenus de près de CHF 2,5 milliards.34 Il a récemment enregistré un bond d'environ 6 pour cent de croissance par an35, supérieure à celle des soins aigus. Les revenus sont répartis entre plus de 90 cliniques offrant des soins de réadaptation aux patients hospitalisés. Plus de la moitié d'entre eux sont spécialisés dans ce domaine. On comptabilise près de 100'000 cas d'hospitalisation par an avec une durée moyenne de séjour de 23 jours.

La part de l'activité ambulatoire dans le chiffre d'affaires est restée stable. Ainsi, aucune tendance comparable à celle des soins aigus et de la psychiatrie ne peut (encore) être discutée. Il est tout à fait possible que la question de l'«ambulatoire avant le stationnaire» en réadaptation ait également du retard sur le plan du financement. Cependant, nous estimons que le thème «ambulatoire avant stationnaire en réadaptation» est également très prometteur et qu'il se prête à un examen plus approfondi.

Les résultats de l'enquête de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et cliniques ANQ36 montrent que les patients sont généralement très satisfaits des cliniques de réadaptation en Suisse.

La densité de l'offre varie considérablement d'un canton à l'autre. C'est dans le canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures que le nombre de lits par habitant est le plus élevé; le plus bas se trouve quant à lui dans le canton de Schwyz. En moyenne, on compte environ 8,5 lits pour 10'000 habitants. Certains cantons, comme Zurich, ont un nombre de lits par habitant relativement bas. C'est pourquoi certaines initiatives visent à accroître les capacités en réadaptation. De ce fait, les plans d'expansion en Suisse sont estimés à 10 pour cent par rapport à la capacité d'accueil de 2017.

Défis stratégiques et organisationnels actuels

Les plans d'expansion mentionnés ci-dessus et les activités croissantes des fournisseurs étrangers - tels que Vamed ont intensifié la concurrence. De plus, la demande ne devrait croître que modérément dans le segment des patients hospitalisés. Du côté des revenus, aucune amélioration significative n'est à prévoir à la suite de l'augmentation des tarifs. La concurrence s'en trouvera plutôt encore intensifiée.

Selon les résultats de l'enquête³⁷, un positionnement clair sur le marché, une prestation de soins efficace et une taille minimale seront essentiels à l'avenir. Une intégration plus étroite de la réadaptation avec les soins aigus en amont et donc des soins plus holistiques aux patients peut devenir un avantage compétitif décisif. Une analyse de la structure des patients dans une clinique de réadaptation montre que les patients ont tendance à être dans un état plus grave lorsqu'ils entrent en clinique qu'avant l'introduction des DRG. Cela signifie qu'ils sont transférés plus tôt de l'hôpital de soins aigus vers les cliniques de réadaptation. C'est la raison pour laquelle ils ont besoin de spécialistes appropriés. En même temps, le besoin de coordination entre les différents spécialistes s'accroît et le risque de réhospitalisation augmente si cette exigence n'est pas remplie. C'est pourquoi des efforts sont déployés dans toute la Suisse pour rapprocher les soins aigus et la réadaptation (voir «Excursus: prise

en charge intégrée par le biais de la collaboration entre la clinique de réadaptation Bellikon et l'hôpital universitaire de Zurich»).

En plus des soins holistiques, les progrès technologiques modifient également la façon dont les patients sont traités. L'intelligence artificielle peut faciliter le diagnostic et l'évaluation des images radiologiques. Les patients sont pris en charge par télémédecine et des exercices thérapeutiques peuvent être simulés avec la réalité virtuelle ou la réalité augmentée. Ces méthodes augmentent considérablement le succès du traitement. De plus, les technologies numériques peuvent créer un environnement ludique dont l'impact s'avère positif sur la motivation des patients. De telles applications sont aujourd'hui utilisées pour des troubles neurologiques, par exemple afin de restaurer les fonctions de la main, la posture optimale ou l'équilibre. Les progrès technologiques peuvent alléger le travail des thérapeutes grâce à ces effets positifs. Si nécessaire, un patient peut effectuer son traitement plus tôt et de manière autonome à domicile.

Les fondations structurelles posent de nouveaux défis aux cliniques de réadaptation: dans le domaine des soins aigus, le système de planification hospitalière par groupes de prestations (SPLG) s'est implanté dans toute la Suisse. En revanche, dans le domaine de la réadaptation, les différences dans l'attribution des marchés de soins sont actuellement encore marquées. Certains cantons font la distinction entre la réhabilitation gériatrique et la réhabilitation précoce, d'autres non. De plus, les activités thérapeutiques comme la physiothérapie et l'ergothérapie ou les cures ainsi que les offres de «wellness» ne sont pas clairement définies. En d'autres termes: difficile de parler de standard lorsqu'il est question de réadaptation. Créer des normes uniformes dans toute la Suisse n'est donc pas une mince affaire. Dans le prolongement du projet «DefReha» de H+, un projet est actuellement en cours de développement afin de définir des critères tels que la présence de spécialistes.



Perspectives d'évolution du marché

Les marges EBITDA des cliniques de réadaptation examinées varient. Nous partons du principe qu'à l'avenir, les traitements à coûts optimisés occuperont une place toujours plus grande dans le domaine de la réadaptation. De plus, on peut également s'attendre à une augmentation des traitements ambulatoires. Cependant, ce développement sera probablement moins rapide que dans les soins aigus pour plusieurs raisons:

- 1. Les patients souhaitent des soins courts et de proximité. Par conséquent, les soins ambulatoires des cliniques de réadaptation devraient également être disponibles à proximité du domicile ou du lieu de travail. Traditionnellement, cependant, la majorité des cliniques de réadaptation sont situées en périphérie. Afin de rester accessible à l'avenir en tant que clinique de réadaptation avec une offre de soins ambulatoires, de nouveaux concepts seront disponibles. Il peut s'agir, par exemple, d'emplacements distincts pour les patients ambulatoires ou d'emplacements de type «shop-in-shop» ou «clinic-in-clinic» avec un prestataire de soins central.
- 2. Les structures tarifaires actuelles et l'absence de mise en œuvre globale continuent à créer de mauvaises incitations. Ils entravent le passage de l'hospitalisation à la consultation ambulatoire.38

Comme dans les hôpitaux de soins aigus et les hôpitaux psychiatriques, les séjours hospitaliers dans les cliniques de réadaptation doivent être rémunérés selon un tarif uniforme dans toute la Suisse, appelé «ST-Reha». Son introduction était prévue pour 2018. Mais le lancement a été entre-temps reporté au 1er janvier 2022 au plus tôt.39

Ces changements et les incertitudes mentionnées sont insatisfaisants pour les cliniques de réadaptation; ils rendent impossible la planification à long terme des remboursements. En particulier dans l'environnement dynamique actuel, il serait extrêmement important de clarifier les aspects financiers. Après tout, les cliniques doivent prendre des décisions stratégiques relatives à la gamme de soins qu'elles offrent et à leur portefeuille afin de planifier l'avenir. Elles n'ont donc pas d'autre choix que de créer des structures qui permettent la flexibilité, l'adaptabilité et l'agilité en matière de collaboration.

«En raison des plans d'expansion et des traitements ambulatoires, une certaine surcapacité est prévisible. Cela devrait se traduire par plus de concurrence».

Jürg Wägli, directeur et président de la direction du Centre de rééducation de Berne



Excursus: soins intégrés grâce à la collaboration entre la Clinique de réadaptation de Bellikon et l'Hôpital universitaire de **Zurich**

Aujourd'hui, les patients attendent des soins de santé holistiques et intégrés. Les frontières entre les différents prestataires de soins s'estompent. Dans le domaine de la réadaptation, cette évolution se traduit notamment par l'interconnexion des soins aigus et de la réadaptation. Par exemple, aarReha AG exploite un centre de réadaptation et de thérapie à l'hôpital de Zofingen. En conséquence, les soins aigus et le traitement de réadaptation se déroulent ici sous le même toit.

L'exemple de la coopération entre la Clinique de rééducation Bellikon (RKB) et l'Hôpital universitaire de Zurich (USZ) montre cependant qu'une solidarité physique n'est pas forcément indispensable pour une telle interdépendance. La RKB et l'USZ entretiennent une collaboration étroite depuis des années. Ils veulent soigner les patients dans tous les établissements en fonction de leurs besoins et améliorer l'ensemble du processus de traitement. L'objectif est de disposer des compétences adéquates pour le patient et de pouvoir ainsi lui prodiguer des soins optimaux à un stade précoce et dans de meilleures conditions de sécurité.

L'un des éléments du concept consiste en des visites médicales conjointes avec les médecins de réadaptation de la RKB dans plusieurs cliniques de la USZ. Les experts sociaux de la RKB ont également interagi avec le conseil équivalent de l'USZ. Ainsi, un

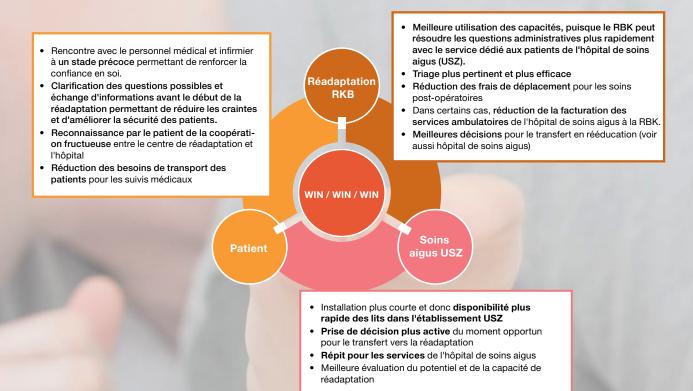


Figure 27: Prise en charge intégrée - illustration par l'exemple de la collaboration entre RKB et USZ

triage commun s'opère. Des listes d'indications claires promeuvent l'efficacité et la qualité du processus de prise de décision concernant le transfert à la RKB. Cela permet au patient de mieux comprendre les différents rôles tout au long de l'itinéraire clinique et de s'assurer que le bon patient (indication) est au bon endroit et au bon moment. RKB et USZ ont annoncé en juin 2018 qu'ils introduisaient une visite télémédicale dans le cadre de leur coopération existante. D'une part, les deux partenaires garantissent au patient la satisfaction coordonnée des besoins de soins ainsi que leur intégration tout en développant leur première offre de télémédecine.

Le principe de la visite de Tele-Reha est simple et passionnante: avant d'entrer dans la clinique de rééducation, les médecins et les thérapeutes de la RKB interagissent avec le patient et les spécialistes de l'USZ via un écran. Ils élaborent ainsi une planification précoce et individuelle du plan de réadaptation. Les patients hospitalisés bénéficient d'une clarification médico-thérapeutique à un stade précoce, c'est-à-dire lorsqu'ils sont encore à l'hôpital de soins aigus. De plus, certains aspects de la réadaptation peuvent déjà commencer pendant l'hospitalisation. Ainsi, un échange d'experts entre le patient et les spécialistes, thérapeutes et infirmières de la clinique de réadaptation et de l'USZ a lieu dans le contexte aigu et avant le transfert à la clinique de réadaptation. De plus, Tele-Reha n'est

pas seulement utilisé pour la communication avant le séjour de réadaptation. Il permet également aux spécialistes de soins aigus de rester en contact avec les patients pendant la réadaptation. Le patient et l'équipe soignante en profitent: une planification précoce et individuelle de la réadaptation est garantie, des déplacements plus longs sont ainsi évités et l'efficacité ainsi que la sécurité des soins au patient augmentent.

Le RKB et l'USZ veulent étendre les soins intégrés, par exemple avec une rotation des médecins assistants entre le RKB et l'USZ et une intégration des thérapeutes en réadaptation du RKB à l'USZ. Dans le cas des soins ambulatoires. l'une des options est la création d'une clinique de jour de réadaptation ambulatoire dans l'USZ et la prise en charge des soins ambulatoires par l'équipe de réadaptation de la RKB. L'obligation des deux hôpitaux de fournir des soins intégrés vise également à faciliter l'administration, y compris avec les échanges avec les compagnies d'assurance.

Les soins intégrés entre les soins aigus et la réadaptation offrent aux patients, à l'hôpital de soins aigus et à la clinique de réadaptation d'énormes possibilités (cf. figure 29):

Le patient est informé à un stade précoce de la suite du traitement médical, thérapeutique et infirmier et y participe. Cette implication devrait favoriser et accélérer sa réadaptation ainsi que son retour au travail. De plus, une communication fluide entre le patient et les différents spécialistes est garantie, ce qui augmente la sécurité et la confiance des patients.

Un début précoce de la réadaptation peut favoriser un transfert plus rapide. Cela permet à l'hôpital de soins aigus d'optimiser la disponibilité de ses lits. De plus, une telle intervention permet une meilleure évaluation du potentiel et de la capacité de réadaptation, ce qui facilite la planification du transfert des patients. De plus, les spécialistes en réadaptation peuvent compléter et soulager les spécialistes chirurgicaux avec l'approche de réadaptation du «modèle bio-psycho-social».

La clinique de réadaptation bénéficie en plus d'un meilleur taux d'utilisation des capacités car elle peut clarifier les questions administratives des patients à un stade précoce. En outre, les frais de déplacement pour les soins ambulatoires dans les hôpitaux de soins aigus peuvent être considérablement réduits.

Dans l'ensemble, l'inclusion précoce de la réadaptation contribue de façon significative à offrir aux patients des soins médicaux intégrés et à influencer positivement leur expérience. Enfin, il est possible de réaliser des économies de coûts qui sont également économiquement souhaitables.

Trois questions au ...

Katja Bruni

Katja Bruni, Directrice Nursing et MTTB USZ a.i.



Selon vous, comment fonctionne une combinaison optimale des soins aigus et de la réadaptation?

Mme Bruni: L'imbrication optimale est obtenue grâce à des processus mutuellement coordonnés et à des soins intégrés provenant d'une seule source. Il est essentiel que le patient expérimente activement et perçoive positivement les soins intégrés. De plus, les partenaires devraient coordonner étroitement et à l'avance les processus stratégiques et opérationnels. Une telle approche favorise l'échange mutuel d'informations et de connaissances et crée ainsi la base des contrats communs de recherche.

Dr. Rossi: La coopération ou l'offre de soins intégrés est la forme la plus étroite de coopération entre deux institutions. Les conditions préalables à une collaboration réussie sont des valeurs et des philosophies de base communes qui sont De plus, le patient doit être bien géré. Cela signifie que le bon patient doit être au bon endroit au bon moment. Cela nécessite une coopération étroite des partenaires pour assurer un triage optimal et une réduction des asymétries d'information. Grâce à une compréhension mutuelle, la qualité globale et la sécurité des soins devraient être améliorées.

Comment s'est déroulé le projet conjoint? Selon vous, quel est le plus grand avantage pour le patient, l'USZ et le RKB?

avaient déjà conclu des accords de coopération avec la RKB. Ce sont surtout les médecins qui ont été à l'origine de ces projets, car ils ont vu très tôt le potentiel de coopération qu'offrait un séjour de longue durée. L'une des premières disciplines à coopérer avec le RKB a été la traumatologie. Grâce à la coopération, la coordination ainsi qu'à la définition de responsabilités claires, il a été possible de réduire la durée du séjour et d'accroître la satisfaction des patients et des

Les patients bénéficient d'un séjour plus court en milieu une plus grande transparence. Dans l'ensemble, la coordination conduit à une amélioration des résultats du traitement (pour le patient). L'avantage pour l'USZ est que RKB offre une gamme spécifique de soins et dispose ainsi d'un argument de vente unique sur le marché de la réadaptation.

Dr. Gianni Roberto Rossi

CEO Clinique de réadaptation de Bellikon



des patients, de la proximité géographique et linguistique et du paysage de la politique de santé, la coopération entre l'USZ et le RKB était à l'étude depuis un

Pour la réalisation des visites télémédicales, il était crucial que les responsables opérationnels veuillent suivre cette voie et que la mise en œuvre se révèle pragmatique. De cette façon, une mise en œuvre rapide et sans bureaucratie a solution parfaite dans des documents de conception.

Nous pensons qu'en plus d'améliorer la qualité du traitement, l'indication est également décisive pour le patient. L'objectif global est d'assurer une plus grande efficacité des soins afin d'accroître la viabilité financière du système de santé et de contrer les risques futurs de rationnement.

Quels sont les plus grands défis dans la mise en œuvre du projet conjoint dans le cadre des soins intégrés?

Mme Bruni: Il est important d'impliquer activement les personnes clés, de leur montrer les avantages pour leur travail et les patients, afin d'assurer un haut niveau de motivation à long terme. J'estime également qu'il est nécessaire de se concentrer principalement sur l'amélioration des résultats du traitement, ce qui conduit souvent à une augmentation de l'efficacité dans une deuxième étape. Troisièmement, il a été démontré que «célébrer le succès» a des effets très positifs.

Dr. Rossi: La mise en place d'un véritable système commun gagnant, par exemple en ce qui concerne les finances, la qualité, les synergies ou les économies administratives, constitue une base importante. En outre, il est essentiel d'instaurer la confiance. Cela peut être développé en misant sur la transparence et la communication. En outre, une perspective à long terme peut favoriser la pérennité de la gestion. L'utilisation judicieuse des nouvelles technologies et des innovations peut aussi avoir un effet positif sur la coopération interinstitutionnelle.

En règle générale, il faut tenir compte du fait que les mandats de prestations figurant sur les listes des hôpitaux certitude de planification en ce qui concerne les contrats de performance, ce qui rend difficile la définition de l'éventail des soins offerts.

Maisons de retraite et EMS (établissements médico-sociaux)

> Augmentation de la demande de soins intégrés entre les maisons de retraite et les

établissements de soins infirmiers



Aperçu du marché

Plus de 430'000 personnes de plus de 80 ans vivent aujourd'hui en Suisse⁴⁰. Selon l'Office fédéral de la statistique (OFS) et d'autres analyses⁴¹, ce groupe d'âge connaîtra une croissance relativement forte au cours des 30 prochaines années. L'une des raisons à cela est la constante amélioration de l'état de santé général de la population âgée et l'augmentation continue de l'espérance de vie - une tendance qui sera amenée à se poursuivre au cours des années à venir.

Face à cette évolution démographique, les maisons de retraite et les EMS ont créé davantage de lits de soins de longue durée. Par conséquent, le taux d'occupation moyen des lits de soins de longue durée a légèrement baissé ces dernières années, passant de 96 pour cent à 94 pour cent. Il n'est pas encore certain que l'évolution démographique entraînera une augmentation de la demande de lits de soins de longue durée. Grâce aux progrès médicaux et aux possibilités technologiques, une plus grande proportion de la population âgée pourra vivre plus longtemps sans soins spécifiques et sans soins de longue durée. Cependant, le besoin en soins augmente de façon exponentielle avec l'âge. De plus, une vie plus longue augmente également le risque d'une maladie chronique comme le diabète ou la démence. 42

Espérance de vie de la population suisse

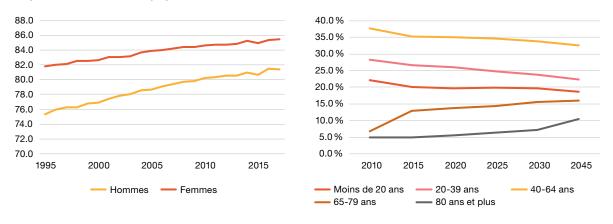


Figure 28: Espérance de vie de la population suisse et évolution des groupes d'âge (source: OFS)

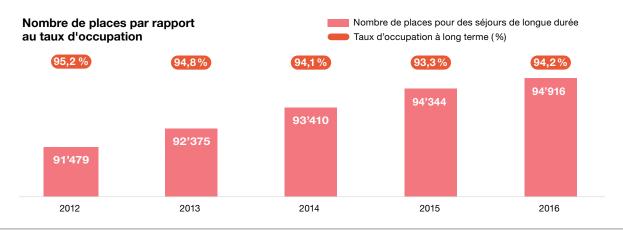


Figure 29: Nombre de places pour un séjour de longue durée par rapport au taux d'occupation moyen

La diversité de l'offre au premier plan

Le marché des maisons de retraite et des EMS ne se définit pas seulement par l'offre de lits de soins de longue durée. Le marché, qui compte environ 1570 concurrents⁴³, est fragmenté en ce sens qu'il offre, en plus des divers soins aux malades hospitalisés de longue durée, des soins purement ambulatoires. Les concepts de soins infirmiers décrivent en partie des formes et des besoins de soins différents.

En Suisse, les soins ambulatoires sont souvent dispensés par des organisations locales (comme Spitex ou CMS) ou des prestataires de soins à domicile. Toutefois, contrairement à Spitex, ces derniers ne sont pas autorisés à fournir des soins médicaux.

Les soins aux patients hospitalisés sont indiqués pour des besoins plus aigus. La procédure actuelle prévoit toujours un transfert vers un établissement spécifique. On distingue ainsi les maisons de retraite⁴⁴ des maisons de repos ou EMS⁴⁵. Pour les premières, le besoin en soins est faible et se limite aux travaux domestiques ou aux soins légers. Les EMS garantissent des soins 24 heures sur 24 et des soins infirmiers et médicaux complets. Souvent, les deux services de soins aux patients hospitalisés se trouvent sous un même toit. Néanmoins, il peut arriver qu'une personne âgée déménage d'une maison de retraite à un EMS au sein de l'établissement. Et il peut arriver que des partenaires qui vivaient encore ensemble dans un appartement de la maison de retraite ne puissent plus vivre ensemble, bien qu'ils soient toujours dans le même établissement. Les personnes concernées et leurs proches ne peuvent pas toujours le comprendre et l'accepter.

Les soins ambulatoires sont généralement populaires parce qu'ils tiennent compte du désir de vivre le plus longtemps possible dans ses propres murs. De plus, ils peuvent compléter de manière optimale le soutien familial. En conséquence, ce type de soins couvre mieux les besoins en matière d'autodétermination et de solutions sur mesure. Sur le marché des soins aux personnes âgées et des soins infirmiers, ce ne sont pas seulement des facteurs purement médicaux, tels que le besoin de soins infirmiers qui se révèlent décisifs pour les soins aux patients hospitalisés. Les besoins individuels de sécurité ou les circonstances sociales (p. ex. déficience cognitive, négligence, solitude) jouent également un rôle majeur. À cet égard, il existe une demande d'aide et de soins aux patients hospitalisés, souvent aussi pour des raisons non médicales.

Le financement n'est pas réglementé de façon uniforme

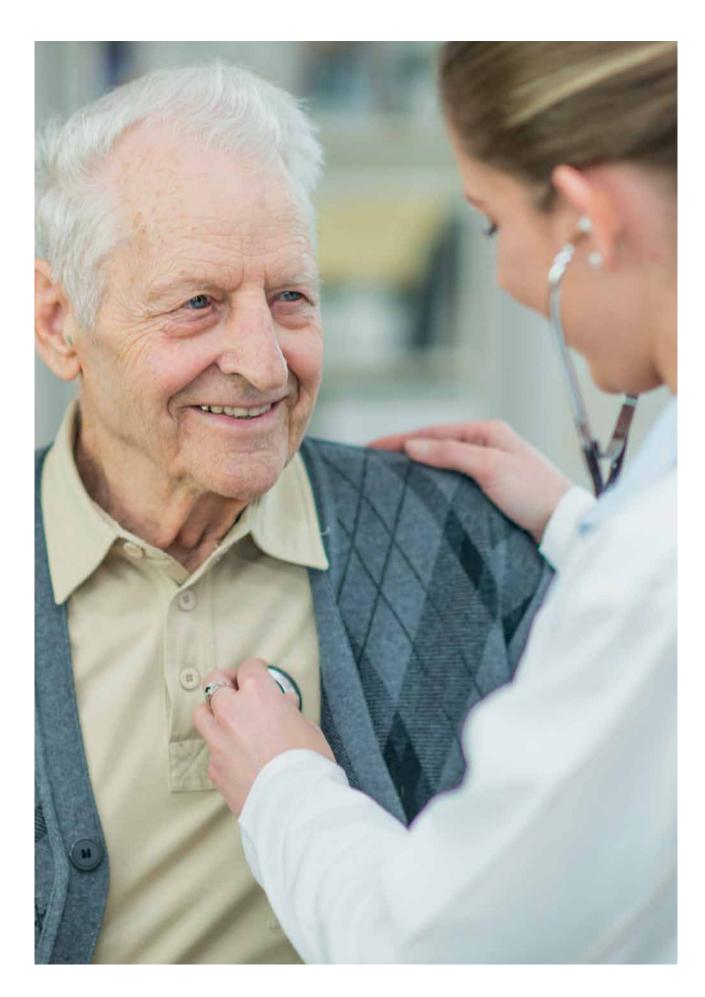
Le financement des soins infirmiers aux personnes âgées est régi par la loi sur l'assurance maladie. Il est divisé en trois payeurs:

- l'assurance maladie avec une contribution fixe par niveau de soins ou par heure;
- 2. les personnes nécessitant des soins de longue durée avec une contribution maximale de 20 pour cent de la contribution la plus élevée des caisses d'assurance maladie:
- 3. les pouvoirs publics avec le reste du financement⁴⁶. Les services et l'hôtellerie ne relèvent pas de la définition de soins et sont donc pris en charge directement par les résidents des maisons de repos.

La contribution des caisses d'assurance-maladie est divisée en douze niveaux d'exigences de soins⁴⁷. Les maisons de soins infirmiers disposent de trois systèmes d'enregistrement différents pour déterminer le niveau de soins infirmiers requis: avec les groupes dits BESA48 (56 pour cent des EMS), selon les niveaux de soins RAI/RUG⁴⁹ (38 pour cent des EMS) ou avec le système PLAISIR50 (6 pour cent des EMS). Les trois systèmes fournissent des valeurs différentes pour le même besoin de soins, ce qui peut entraîner des remboursements différents pour des patients ayant le même besoin de soins. Il n'y a donc pas d'uniformité, contrairement aux soins aigus ou à la psychiatrie.

Perspectives: patients ambulatoires ET hospitalisés

Manque d'incitations en matière de financement et peu d'offres de soins intégrés - une expression qui pourrait à elle seule résumer la situation actuelle sur le marché des maisons de repos et des EMS. Comme pour les soins aigus, en psychiatrie et en réadaptation, le problème des mauvaises incitations financières entrave l'innovation et le développement. En outre, on constate toujours un manque de prestations de soins intermédiaires avec une transition en douceur des soins ambulatoires vers les soins hospitaliers. L'objectif doit être de coordonner les soins en fonction des situations évolutives et différentes des patients. Dès 2013, les principales organisations et associations de gériatrie ambulatoire et hospitalière du canton de Saint-Gall ont prôné le principe «ambulatoire ET hospitalier»51. Ces efforts n'ont pas pour objectif monter les organisations les unes contre les autres, mais exigent en revanche que la chaîne d'approvisionnement des soins aux personnes âgées soit garantie dans son ensemble.



Excursus: modèles d'avenir sur le marché des soins aux personnes âgées chez Thurvita AG

Thurvita AG est une société à but non lucratif appartenant aux communes de Wil, Niederhelfenschwil, Rickenbach et Wilen dans les cantons de Saint-Gall et de Thurgovie. Avec des modèles d'avenir innovants, elle vise l'accompagnement des personnes âgées dans la dernière phase de leur vie d'une manière progressive et orientée vers les besoins.

Soins intégrés avec «Thurvita Care»

Après un séjour à l'hôpital, les personnes âgées peuvent difficilement retourner dans leurs quatre murs sans soutien et accompagnement. L'offre de passerelle «Thurvita Care» aide les personnes âgées à rentrer chez elles avec un éventail de thérapies interdisciplinaires. Dans environ 50 pour cent des cas, un séjour dans un foyer peut être évité. L'offre poursuit des objectifs similaires à ceux de la réadaptation, qui vise à réintégrer les personnes capables de travailler dans la vie professionnelle quotidienne.

Patients ambulatoires ET hospitalisés avec «Vieillir dans son quartier»

Vivre de façon autonome jusqu'à un âge avancé, vivre dans son propre quartier et recevoir l'aide nécessaire à tout moment : c'est l'idée maîtresse du concept « Vieillir dans son quartier». Les personnes âgées devraient pouvoir rester chez elles même si le besoin de soins augmente. Si le besoin en soins infirmiers est important, la personne est facturée en tant que patient hospitalisé à son domicile. Cela implique que les coûts élevés soient supportés par le système d'assurance sociale. L'hôpital vient, pour ainsi dire, dans sa propre maison. Un centre de quartier de 80 appartements sera construit à Bronschhofen en 2021. Parmi eux, 35 sont destinés aux résidents âgés. Une base Spitex garantit la prise en charge des résidents du centre, tant en ambulatoire qu'en hospitalisation.

Offre spécialisée avec le «Centre de compétence démence»

Les personnes atteintes de démence modérée à grave ont besoin de services spécifiques car elles sont soignées de façon plus intensive que la moyenne des patients. Avec le nouveau « Centre de compétence démence », Thurvita prévoit un site séparé basé sur un concept de soins complets et adaptés aux besoins. L'accent est mis sur un groupe résidentiel de huit personnes. La taille réduite permet d'organiser la routine quotidienne avec les patients atteints de démence. Cela permet de transmettre à la personne démente un sentiment de sécurité, ce qui est essentiel à la qualité de vie perçue. De plus, les travailleurs qualifiés sont actifs dans tous les groupes résidentiels, ce qui a un effet économique positif sans nuire à la qualité de vie et en optimisant la prise en charge



Trois questions à Alard du Bois-Reymond

CEO Thurvita AG

Monsieur du Bois-Reymond, le marché des maisons de retraite et des EMS est très fragmenté, tant au niveau des fournisseurs que des concepts. Comment les modèles de soins infirmiers se développeront-ils de votre point de vue?



Monsieur du Bois-Reymond: Les maisons de retraite et les EMS auront besoin de modèles de soins plus intégrés à l'avenir. Les soins infirmiers et médicaux doivent être cohérents avec les aspects sociaux. Le marché restera certainement fragmenté. Néanmoins, je suppose qu'il y aura à l'avenir des modèles novateurs de vie et de coopération. Je pense, par exemple, à la coopération ou au rapprochement entre la réhabilitation et les soins aux personnes âgées. Quoi qu'il en soit, des incitations sont nécessaires pour innover. L'action entrepreneuriale doit également être soutenue dans le cadre des associations à but non lucratif.

Vous attendez-vous à voir des regroupements dans les maisons de retraite et les EMS? Les acteurs du marché coordonneront-ils leurs modèles d'offre de soins?

les prestataires de soins devraient intégrer le cheminement individuel du patient et le rendre plus continu. Entre l'hôpital de soins aigus, la maison de retraite et l'EMS, le rapprochement peut être encore plus important, car cela peut s'avérer utile pour toutes les parties prenantes. Ainsi, le segment stationnaire peut réduire le risque d'hospitalisation en réadaptation en intégrant de manière précoce des spécialistes en gériatrie. Grâce à l'échange d'informations avec les médecins traitants, le centre de soins peut mieux évaluer si des soins aigus sont nécessaires ou si des services de soins ambulatoires ou intermédiaires seraient également judicieux. Une coordination plus étroite est déjà économiquement pertinente et s'appliquera probablement aussi à l'avenir sur le marché des maisons de retraite et des EMS.

Quels sont les plus grands défis à relever sur ce marché au cours des dix prochaines années?

Le principal défi consiste à créer des logements adaptés et des modes de vie adéquats qui répondent aux besoins fondamentaux des personnes ayant des besoins de soins moyens à aigus. Les gens veulent rester à la espérons réaliser notre projet «Vieillir dans le quartier» comme prévu.

De plus, je suis convaincu que la maison de repos classique est un modèle dépassé. À l'avenir, seuls ceux qui se spécialiseront et développeront des installations appropriées survivront. Les personnes âgées qui ont besoin de soins aigus, comme les personnes atteintes de démence, devraient pouvoir y être soignées en fonction de leurs besoins.

ment le facteur de recouvrement des coûts.

Rétrospective et prospective

Il faut profiter

de l'occasion pour changer!



La qualité, l'approche centrée sur le patient et l'efficacité restent les principaux moteurs du système de santé. En particulier, la pression économique reste d'actualité et revient fréquemment dans les discussions publiques. Les stratégies de croissance purement stationnaires sont dépassées et des alternatives doivent être trouvées impérativement. D'un point de vue économique, il s'agit d'une évolution positive car elle freinera la croissance des primes. Cependant, des défis majeurs sont posés aux prestataires de soins.

Cinq ans après le lancement du système DRG, l'impact financier devient de plus en plus évident. En 2017, seuls 5 des 45 hôpitaux de soins aigus examinés ont atteint l'objectif EBITDAR à long terme de 10 pour cent; au final, le tiers d'entre eux se situaient au-dessus de 8 pour cent. La marge EBITDAR médiane en 2017 s'établissait à 7,3 pour cent. En psychiatrie, la rentabilité évolue négativement. Ceci se reflète dans une marge EBITDAR de 7,4 pour cent (année précédente: 10,5 pour cent). La mise en place du nouveau tarif TARPSY, introduit en 2018, ne devrait qu'accentuer la baisse de la rentabilité.

Il semble particulièrement intéressant de mentionner qu'un renversement de tendance des stratégies de croissance stationnaires vers des stratégies axées sur la qualité est en train d'émerger dans les soins aigus. Les revenus dérivés des cas d'hospitalisation ont stagné pour la première fois en 2017. Les petits hôpitaux de soins aigus de moins de 250 lits ont été les plus touchés par la baisse du nombre de cas et ont traité moins de patients hospitalisés que l'année précédente. Les établissements plus grands ont pu s'agrandir légèrement. Les revenus des hôpitaux de soins aigus ne progressent actuellement que grâce à une croissance soutenue du nombre de patients ambulatoires.

Dans le cadre d'une vision intégrée du marché de la santé avec une prise en charge continue du patient, nous avons également pour la première fois examiné la réadaptation et les soins de longue durée. La réadaptation connaîtra une augmentation du volume, contrairement aux soins aigus, également dans le domaine des patients hospitalisés. Le marché très fragmenté, la diversité de l'offre et l'incohérence des financements constituent des défis particuliers dans le domaine des soins de longue durée et de la gériatrie.

Aujourd'hui, la rentabilité des fournisseurs de soins dans de nombreux segments du système de santé est encore insuffisante pour survivre. La réussite économique devient encore

plus difficile à atteindre lorsque le secteur stationnaire se développe lentement ou stagne. Toutefois, de nouvelles approches en matière de soins sont à l'étude. Des structures de soins intégrées et coordonnées sont nécessaires pour assurer la qualité, l'approche centrée sur le patient et le rapport coût-efficacité. Ici, le nouveau credo est «du volume à la valeur» (from volume to value).

Les nouveaux modèles nécessitent un ajustement structurel. C'est pourquoi les hôpitaux coopéreront plus étroitement ou s'associeront au cœur de réseaux suprarégionaux. Le système de santé ne doit plus être aligné sur les frontières cantonales, mais sur les régions qui couvrent plusieurs cantons. Ceux-ci sont adaptés aux besoins et à l'offre optimale de la population. Une «greenfield approach» avec près de 50 hôpitaux de soins aigus garantirait également la couverture des besoins en Suisse. Bien sûr, le modèle ne peut être mis en œuvre sous cette forme, mais il indique la direction dans laquelle la consolidation est concevable.

Nous serions heureux de vous accompagner dans votre transition vers une prise en charge intégrée de vos patients et nous nous réjouissons d'échanger avec vous sur ces sujets passionnants.

Votre équipe PwC Healthcare



Annexe

Informations supplémentaires

Vous trouverez les analyses de notre étude sous forme interactive ainsi que d'autres informations et publications de PwC à l'adresse suivante: www.pwc.ch/hopitaux-suisses2018.



Echantillon analysé

Nous avons mené cette étude nous-mêmes. Elle s'est appuyée sur les comptes annuels publiés de 45 hôpitaux des soins aigus de 2007 à 2017. L'étude ne prétend pas être représentative du système de santé suisse. Ces dernières années, de plus en plus d'hôpitaux ont converti leurs comptes annuels en Swiss GAAP RPC. Ces changements ont impliqué la modification de certains chiffres clés rétrospectivement. Toutefois, les conclusions fondamentales n'en sont pas affectées.

45 hôpitaux de soins aigus comme échantillon pour l'année 2017

Claraspital	Kantonsspital Nidwalden	Spital Schwyz
Ente Ospedaliero Cantonale	Kantonsspital St. Gallen	Spital STS
Felix Platter-Spital	Kantonsspital Uri	Spital Thurgau
freiburger spital HFR	Kantonsspital Winterthur	Spital Uster
GZO Spital Wetzikon	Kinderspital Zürich	Spital Wallis
Hôpital du Jura	Luzerner Kantonsspital	Spitäler fmi
Hôpital Neuchâtelois HNE	Ostschweizer Kinderspital	Spitäler Schaffhausen
Hôpital Riviera-Chablais	Regionalspital Emmental	Spitalzentrum Biel
Hôpitaux Universitaires Genève (HUG)	Spital Regiunal Surselva	SRO Spital Region Oberaargau
Inselspital Bern (à partir de 2016 avec le Spital Netz Bern)	Solothurner Spitäler	Stadtspital Triemli Zürich
Kantonsspital Aarau	Spital Bülach	Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden
Kantonsspital Baden	Spital Limmattal	UniversitätsKinderspital beider Basel
Kantonsspital Baselland	Spital Linth	Universitätsspital Basel
Kantonsspital Glarus	Spital Männedorf	UniversitätsSpital Zürich
Kantonsspital Graubünden	Spital Muri	Zuger Kantonsspital

Pour le calcul des chiffres clés, nous avons évalué les rapports annuels publiés des douze établissements psychiatriques suivants pour l'année 2017. L'échantillon est élargi chaque année avec des rapports financiers supplémentaires.

12 psychiatries comme échantillon en 2017

Centre Neuchâtelois de Psychiatrie	Klinik SGM Langenthal	Psychiatrische Klinik Zugersee
Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit	Luzerner Psychiatrie	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland	Psychiatrie Baselland	Psychiatrie St. Gallen Nord
Klinik Barmelweid	Psychiatrische Dienste Aargau	Universitäre psychiatrische Kliniken Basel

Valeurs médianes et moyennes

La médiane est le chiffre situé exactement au milieu d'un certain nombre de valeurs triées par taille. Il divise un échantillon en deux moitiés, de sorte que les valeurs d'une moitié sont inférieures à la médiane et celles de l'autre sont supérieures. Par rapport à la moyenne arithmétique, la médiane est plus robuste face aux valeurs extrêmes.

Ratios utilisés

Terme	Définition
Ratio des fonds propres	Fonds propres/Total du bilan
Marge EBITDAR	Bénéfice d'exploitation avant amortissement et coûts de loyer / Chiffre d'affaires
Marge EBITDA	Bénéfice d'exploitation avant amortissements / Chiffre d'affaires
Marge EBIT	Bénéfice d'exploitation / Chiffre d'affaires
Rotation des capitaux	Chiffre d'affaires / capital investi (= Fonds propres + fonds étrangers portant intérêts – liquidités)

Bibliographie

Avenir Suisse (2016), Surveillance des cantons 7: Nouvelles normes pour les soins aux personnes âgées

Office fédéral de la santé publique (OFSP): Chiffres clés des maisons de repos suisses 2016

Office fédéral de la santé publique (2017): Chiffres clés des hôpitaux suisses 2016

Office fédéral de la santé publique (2018): Mesures de maîtrise des coûts pour réduire la charge de l'assurance-maladie obligatoire (OKP): 1. paquet de mesures à consulter

Office fédéral de la statistique (2018): Comparaison des données démographiques dans le temps, à 2017

Office fédéral de la statistique (2018): Coûts et financement du système de santé depuis 1960

Credit Suisse (2018), des lits vides sur un marché en croissance

Curaviva; Pro Senectute; Spitex Verband Kanton St. Gallen (2013): Prise de position sur les soins et l'assistance ambulatoires et hospitaliers, disponible à l'adresse suivante https://sg.prosenectute.ch/pdf/1489596755_1489597038409-ambulant-undstationaer---ein-positionspapier.pdf am 20.9.2018

Franz, C. (2018): Les connaissances proviennent de données en date du 5.10.2018, disponibles à l'adresse https://www.nzz.ch/meinung/aus-daten-wird-wissen-ld.1396248

Direction de la santé du canton de Zurich (2017): Prévision de la demande aiguë en somatique 2015-2025

H+ (2017): Présentation Conférence de presse annuelle 2017 (10.10.2018), disponible à l'adresse suivante http://www.hplus. ch/fileadmin/user_upload/Medien/Medienmitteilungen/2017/TARMED-Eingriff_vergr ProzentC3 ProzentB6ssert_Defizit_im_ spitalambulanten_Bereich/Pr ProzentC3 ProzentA4sentation_JMK_2017_D.pdf

KOF (2018): Communiqué de presse «KOF Prognose der Gesundheitsausgaben: Anstieg mit abgeschwächter Dynamik» le 12.6.2018, récupéré sous le 03.10.2018 https://www.kof.ethz.ch/news-und-veranstaltungen/medien/ medienmitteilungen/2018/06/kof-prognose-gesundheitsausgaben-fruehling-2018.html

Marti, Florian (2018): Multimorbidité de la gériatrie, publié dans: PRIMARY AND HOSPITAL CARE - ALLGEMEINE INNERE MEDIZIN 2018; 18 (6): 105-106

Medinside (2016): Les économistes de la santé veulent aussi de nouveaux modèles de soins, datés du 20.8.2016 et consulté le 23.9.2018, disponibles sur https://www.medinside.ch/de/post/auch-gesundheitsoekonomen-wollen-neueversorgungsmodelle

Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et cliniques, résultat disponible sous https://www.anq.ch/fr/domaines/readaptation/resultats-des-mesures-readaptation/(consulté le 27.9.2018)

Porter und Teisberg (2006): Redéfinir les soins de santé. Créer une concurrence fondée sur la valeur en fonction des résultats

PwC (2016): Patients externes avant les patients hospitalisés. Ou comment économiser un milliard de francs par an

PwC (2017): Hôpitaux suisses: les finances étaient si saines en 2016

PwC (2018): Secteur de la santé en Suisse - Se concentrer sur les compétences clés

Observatoire suisse de la santé (2015): Obsan Dossier 48: Développement des flux intercantonaux de patients dans la transition vers le libre choix hospitalier

SwissDRG (2018): SwissDRG SA reporte l'introduction de la structure tarifaire pour la rééducation hospitalière, disponible à l'adresse suivante (consulté le 1.10.2018)https://www.swissdrg.org/application/files/3715/2873/3024/Medienmitteilung_zu_ST_ Reha_Verschiebung_Einfuehrung.

OCDE (o.J.): Health Statistics 2015, disponible sous (consulté le 18.9.2018) http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en

Conseil d'administration/Comité de coordination des associations hospitalières du canton de Saint-Gall (2018): Performance et développement structurel des associations hospitalières du canton de Saint-Gall - Rapport sur le concept général

Liste des figures

- ¹ OFS (2018): Coûts et financement des soins de santé depuis 1960.
- santésuisse: Communiqué «L'évolution des coûts dans l'assurance obligatoire des soins» du 12.7.2018.
- KOF: Communiqué de presse «Prévisions du KOF concernant les dépenses de santé: hausse à un rythme affaibli» du 12.6.2018
- Office fédéral de la santé publique (2018): Mesures de maîtrise des coûts pour réduire la charge de l'assurance-maladie obligatoire (OKP): 1er paquet de mesures à consulter.
- A partir du 1.1.2019 également au niveau fédéral; cf. www.bag.ch
- PwC (2017): Hôpitaux suisses: santé financière 2016
- Observatoire suisse de la santé (2015): Obsan Dossier 48: Développement des flux intercantonaux de patients dans la transition vers le libre choix hospitalier.
- Le nombre minimum de cas donne une indication, mais n'est pas une mesure absolue de qualité médicale élevée. En Suisse, la base de données est encore insuffisante pour pouvoir se prononcer de manière fiable sur la qualité du traitement.
- Par exemple Franz, C. (2018): Les données deviennent connaissance. Extrait de https://www.nzz.ch/meinung/aus-daten-wird-wissen-ld.139624consulté le 5.10.2018.
- ¹⁰ Office fédéral de la statistique (2018): Données démographiques au fil du temps, à partir de 2017.
- ¹¹ Office fédéral de la statistique (2017): Statistiques hospitalières et médicales 1998-2016.
- ¹² Office fédéral de la santé publique (2017): Chiffres clés des hôpitaux suisses en 2016.
- ¹³ Office fédéral de la statistique (2017): Statistiques hospitalières et médicales 1998-2016.
- ¹⁴ Ordonnance sur les soins hospitaliers (OSH) Art. 11d Abs. 1.
- ¹⁵ Tous les sites de soins aigus ne sont pas en mesure de proposer une offre de base et d'intervenir en cas d'urgence.
- ¹⁶ Listes cantonales détaillant les interventions qui ne sont remboursées que si elles sont pratiquées en ambulatoire.
- ¹⁷ Voir l'étude PwC «Le secteur de la santé en Suisse Se concentrer sur ses compétences clés», 2018
- 18 L'EBITDAR est le meilleur moyen de comparer la performance opérationnelle des hôpitaux suisses. Il compare la rentabilité d'exploitation des immeubles, qu'ils soient loués ou non. Les écarts par rapport aux années précédentes résultent de données et/ou de retraitements supplémentaires disponibles.
- 19 Cf. PwC (2017): Hôpitaux suisses: santé financière 2016, p. 6 f.
- ²⁰ CF. PwC (2017): Hôpitaux suisses: Santé financière 2016, p. 24 ss.
- ²¹ Direction de la santé du canton de Zurich (2017): Prévision de somatique aigue 2015-2025: un effet comparable des facteurs technologie médicale (+0,5pour cent), épidémiologie (+0,1pour cent) et substitution (-2,7pour cent) est supposé pour les chiffres des cas. L'effet de l'évolution démographique sur le nombre de cas et la durée moyenne du séjour.
- ²² PwC (2016): Ambulatoire avant hospitalisation. Ou comment économiser un milliard de francs par an.
- ²³ L'écart de dérivation d'environ 4000 cas par rapport au scénario 1 n'est pas pris en compte.
- ²⁴ OCDE (pas d'année): Statistiques sanitaires 2015, disponible sur http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en au 18.9.2018.
- ²⁵ OFS: Prévision de population pour 2030 de 9,47 millions d'habitants selon le scénario de référence.
- ²⁶ PwC (2017): Hôpitaux suisses: santé financière 2016
- ²⁷ Marti Florian (2018): Multimorbidité de la gériatrie, publié dans: PRIMARY AND HOSPITAL CARE GENERAL INTERNAL MEDICINE 2018;18(6):105-106.
- ²⁸ Medinside (2016): Les économistes de la santé veulent aussi de nouveaux modèles de soins, datés du 20.8.2016 et consulté le 23.9.2018, disponibles sur https://www.medinside.ch/de/post/auch-gesundheitsoekonomen-wollen-neueversorgungsmodelle
- Office fédéral de la santé publique (2018): Mesures de maîtrise des coûts pour réduire la charge de l'assurance-maladie obligatoire (OKP): 1er paquet de mesures à consulter
- ³⁰ Porter and Teisberg (2006): Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results.
- ³¹ Conseil d'administration/Comité de coordination des associations hospitalières du canton de Saint-Gall (2018): Performance et développement structurel des associations hospitalières du canton de Saint-Gall - Rapport sur le concept général.
- ³² Cf. PwC (2017): Hôpitaux suisses: santé financière 2016, p. 20 ss.
- ³³ Par rapport à la dernière édition, la marge EBITDAR en 2016 a augmenté de manière significative car des informations financières supplémentaires étaient disponibles pour la première fois (rétrospectivement) pour certains établissements psychiatriques analysés.
- ³⁴ Les prestataires purement ambulatoires ne sont pas inclus dans ce chiffre.
- ³⁵ OFSP: Chiffres clés des hôpitaux suisses.
- 36 https://www.anq.ch/fr/domaines/readaptation/resultats-des-mesures-readaptation/

- ³⁷ «La gestion des hôpitaux suisses 2017», PwC, 2018.
- 38 H+ (2017): Présentation Conférence de presse annuelle 2017, disponible à l'adresse suivante http://www.hplus.ch/ fileadmin/user_upload/Medien/Medienmitteilungen/2017/TARMED-Eingriff_vergr ProzentC3 ProzentB6ssert_Defizit_im_ spitalambulanten_Bereich/Pr ProzentC3 ProzentA4sentation_JMK_2017_D.pdf am 10.10.2018.
- SwissDRG (2018): SwissDRG SA reporte l'introduction de la structure tarifaire pour la rééducation hospitalière, disponible à l'adresse suivante https://www.swissdrg.org/application/files/3715/2873/3024/Medienmitteilung_zu_ST_Reha_ Verschiebung_Einfuehrung.pdf am 1.10.2018.
- ⁴⁰ Office fédéral de la statistique (2018): Données démographiques au fil du temps, à partir de 2017.
- ⁴¹ Voir Crédit Suisse (2018), Homes: Lits vides en expansion.
- ⁴² Voir Avenir Suisse (2016), Surveillance des cantons: nouveau standard pour les personnes âgées
- ⁴³ Office fédéral de la santé publique (OFSP), chiffres clés des maisons de repos suisses 2016.
- ⁴⁴ Également appelée résidence pour personnes âgées.
- ⁴⁵ Aussi appelé centre de soins infirmiers.
- ⁴⁶ La Commission de la sécurité sociale et de la santé du Conseil des Etats (CSSS) travaille actuellement à une modification de la loi afin de réglementer uniformément le financement résiduel des séjours dans les maisons de repos non cantonales, qui n'a pas encore été clairement réglementé.
- ⁴⁷ Cf. réorganisation du financement des soins ou art. 7a OPAS.
- ⁴⁸ BESA est l'abréviation de «BewohnerInnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem».
- 49 RAI/RUG est l'abréviation de «Resident Assessment Instrument bzw. Ressource Utilisation Group».
- ⁵⁰ Plaisir est l'abréviation de «Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis en milieux des soins prolongés»
- ⁵¹ Cf. Curaviva; Pro Senectute Spitex canton Saint-Gall (2013): Prise de position sur les soins infirmiers ambulatoires et stationnaires et sur les soins infirmiers et l'aide aux personnes âgées, disponible sur https://sq.prosenectute.ch/ pdf/1489596755_148959797038409-ambulant-und-stationr---a-positionspapier.pdf au 20.9.2018.

Abréviations et glossaire

Assurance invalidité

ANQ Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques

BESA Le système BESA est un instrument permettant d'adapter de manière ciblée les soins et l'accompagnement

aux besoins et ressources des personnes dépendantes, ainsi que de saisir et de comptabiliser les prestations de manière transparente. Grâce à la collecte d'informations nuancée effectuée au moyen du recueil de données, 30 indicateurs de qualité sont ainsi automatiquement disponibles sans travail de saisie

supplémentaire.

CSSS Commissions de la sécurité sociale et de la santé publique

CHF Franc suisse

DRG Catalogue des forfaits par cas **EBIT** Résultat avant intérêts et impôts

EBITDA Résultat avant intérêts, dépreciations & amortissements et impôts

EBITDAR Résultat avant intérêts, dépreciations & amortissements, locations et frais de restructuration et impôts

H+ Association des hôpitaux suisses

LAA Assurance accident

I AMal Loi fédérale sur l'assurance-maladie

MTTB Professions médicales, techniques et thérapeutiques

OFS Office fédéral de la statistique **OFSP** Office fédéral de la santé publique

OPAS Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins

PLAISIR Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis en milieux des soins prolongés

RAI/RUG Resident Assessment Instrument **RKB** Clinique de réadaptation de Bellikon

SPLG Planification hospitalière

ST Reha Structure tarifaire pour la réadaptation **TARMED** Structure tarifaire pour les soins ambulatoires

TARPSY Structure tarifaire pour la psychiatrie

USZ Hôpital universitaire de Zurich

Contacts

Nos Partenaires



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



Philip Sommer Partner Head Advisory Healthcare +41 58 792 75 28 philip.sommer@ch.pwc.com



Darioush Zirakzadeh Director Advisory Healthcare Romandie +41 58 792 83 22 darioush.zirakzadeh@ch.pwc.com



Pascale Boyer Barresi, CFA Senior Manager Deals Healthcare Romandie +41 58 792 97 42 pascale.boyer.barresi@ch.pwc.com

Co-auteurs



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



Stefanie Schneuwly Manager Advisory Healthcare +41 58 792 29 23 stefanie.schneuwly@ch.pwc.com



Paul Sailer Manager Advisory Healthcare +41 58 792 78 46 paul.sailer@ch.pwc.com



Dr. Marc Schulthess Senior Manager Advisory Healthcare +41 58 792 75 07 marc.schulthess@ch.pwc.com



Philippe Plodeck Senior Consultant Advisory Healthcare +41 58 792 44 78 philippe.plodeck@ch.pwc.com



David Schwarz Senior Consultant Analytics +41 58 792 21 47 david.schwarz@ch.pwc.com



Frederik Haubitz Consultant Advisory Healthcare +41 58 792 75 11 frederik.haubitz@ch.pwc.com

Autres contacts

Dr. Rodolfo Gerber

Partner Responsable Secteur de la santé +41 58 792 55 36 rodolfo.gerber@ch.pwc.com

Gerhard Siegrist

Partner Audit et révision du codage +41 58 792 26 10 gerhard.siegrist@ch.pwc.com

Christian Westermann

Partner Analytics in Healthcare +41 58 792 27 97 christian.westermann@ch.pwc.com

David Roman

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

Rejhan Fazlic

Senior Manager Head of CIO Advisory Switzerland +41 58 792 11 48 rejhan.fazlic@ch.pwc.com

Tobias Pfortmüller

Senior Consultant Deals Healthcare +41 58 792 49 33 tobias.pfortmueller@ch.pwc.com

Dr. Damir Illich

Senior Consultant Deals Healthcare +41 58 792 21 46 damir.illich@ch.pwc.com

Tobias Bosshart

Senior Consultant Advisory Healthcare +41 58 792 19 49 tobias.bosshart@ch.pwc.com



www.pwc.ch/ secteur-de-la-sante

