



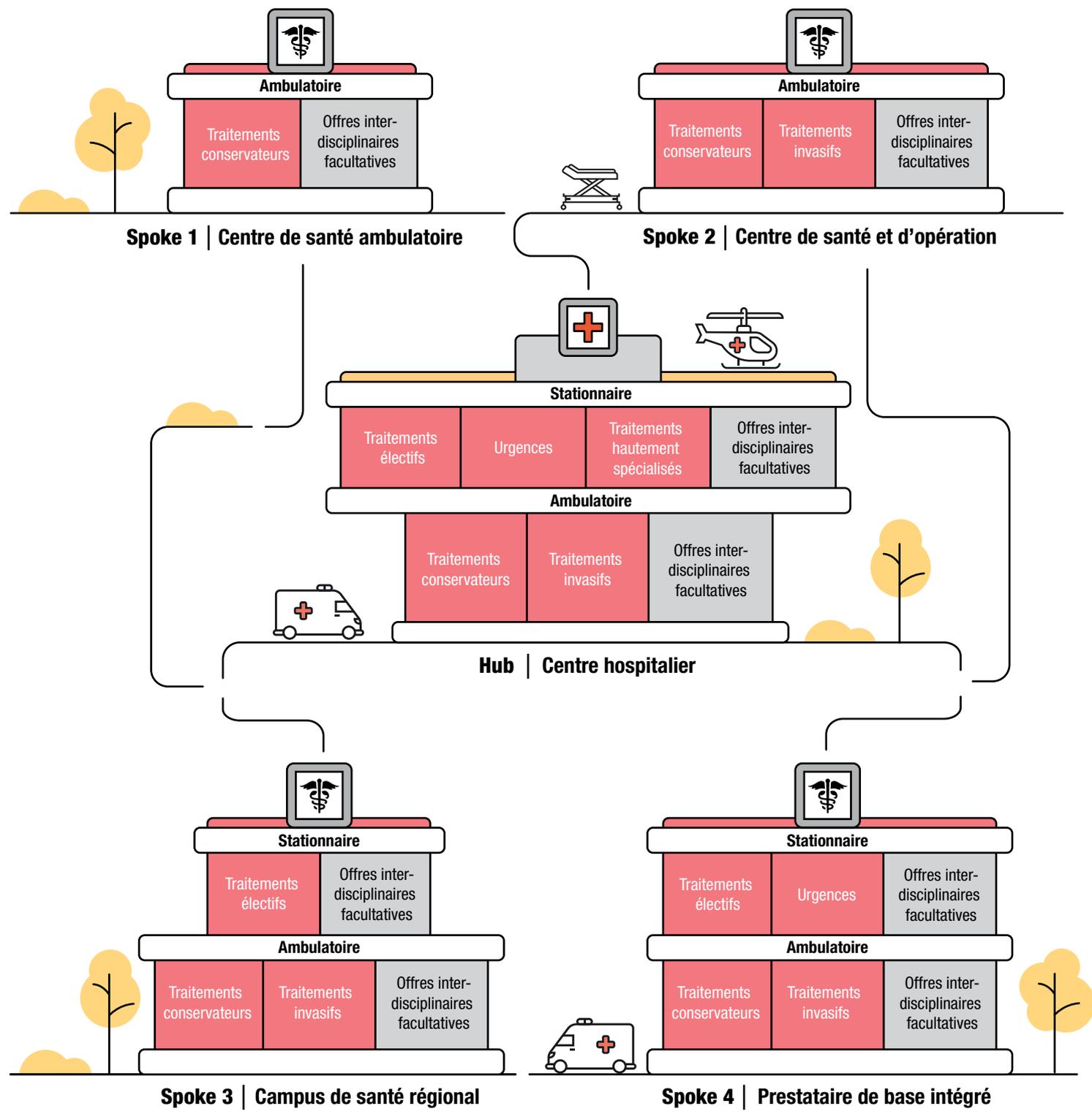
# L'avenir du système de soins suisse

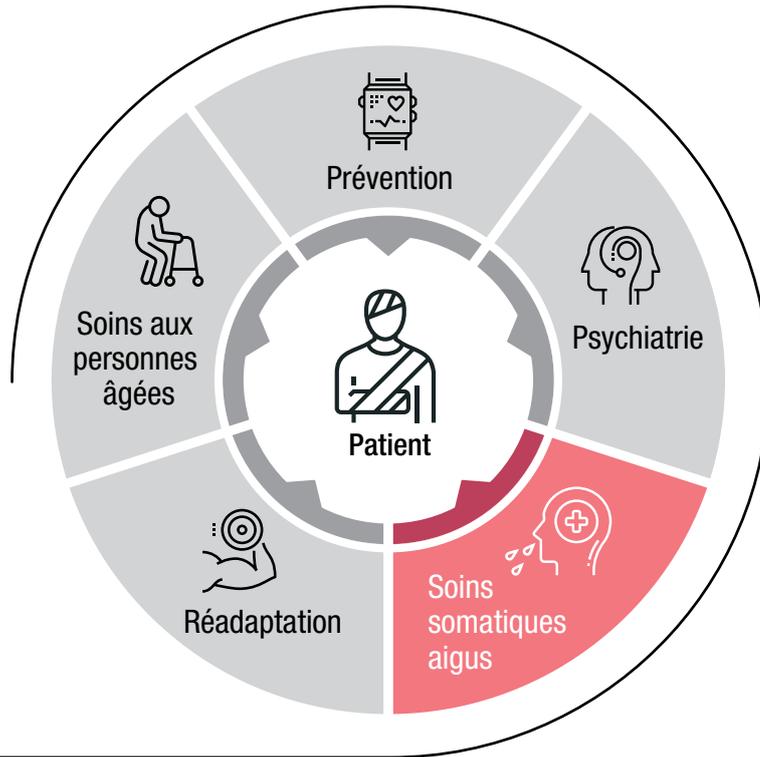
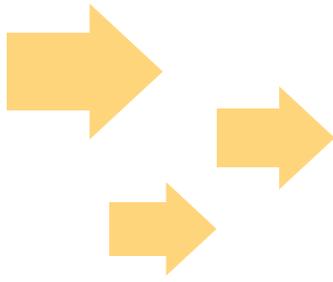
**Passer de structures hospitalières rigides à des  
réseaux flexibles: des solutions basées sur des modèles  
d'affaires innovants**

Avec le soutien des associations Cliniques privées suisses  
et Zürcher Krankenhäuser



La transformation du système hospitalier en un réseau de soins intégrés de type « hub and spoke » (réseau en étoile) permet de réaliser des gains d'efficacité annuels allant jusqu'à CHF 730 millions dans les seuls soins somatiques aigus, de réduire considérablement la pénurie de main-d'œuvre qualifiée et de dégager des synergies de CHF 2,6 à 3,1 milliards au niveau des infrastructures au cours des prochaines années.





### Principes de base pour assouplir davantage le système de santé



Concurrence sur la qualité et non les volumes



Réglementation appropriée



Planification hospitalière suprarégionale



Structures tarifaires globales



Marge de manœuvre financière pour l'innovation



Concurrence saine

### Répercussions générales sur les soins somatiques aigus

Réduction du besoin en personnel en réponse au manque de personnel spécialisé, jusqu'à :



**6 300** postes à plein temps

Économies annuelles grâce aux synergies opérationnelles, jusqu'à :

**730 Mio.** CHF



Économies grâce aux synergies d'infrastructure au cours de la prochaine période d'investissement, jusqu'à :

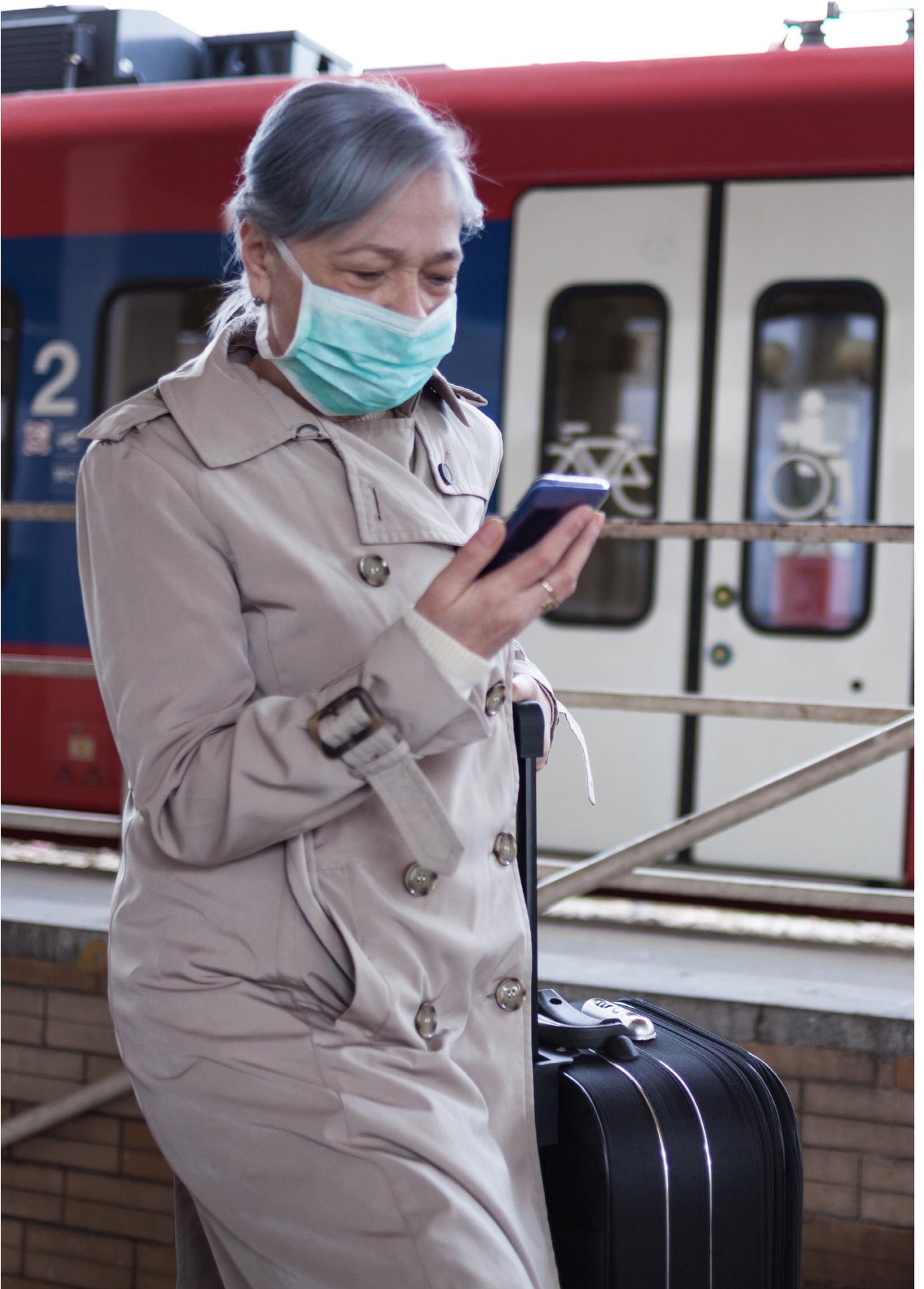


**3,1 Mrd.** CHF



# Sommaire

<b>Préambule</b>	<b>7</b>
<b>Partie I: Les structures actuelles dans le contexte d'une médecine moderne</b>	<b>8</b>
Le secteur de la santé en mutation	8
Les besoins des patients évoluent	11
Des silos à l'intégration	12
<b>Partie II: Des modèles innovants pour l'avenir des soins</b>	<b>16</b>
Modèle «hub and spoke»: soins intégrés en réseau	16
Quatre modèles flexibles de spokes intégrés	19
Spoke 1: centre de santé ambulatoire	20
Spoke 2: centre de santé et d'opération	22
Spoke 3: campus de santé régional	24
Spoke 4: prestataire de base intégré	26
Modules complémentaires pour concevoir un spoke	28
<b>Partie III: Répercussions quantitatives de l'approche «hub and spoke»</b>	<b>30</b>
Classification des hôpitaux de soins aigus actuels en hubs et spokes	30
Résultat du paramétrage	32
Extrapolation des effets	34
Bilan et interprétation	36
<b>Partie IV: Mise en œuvre d'un modèle «hub and spoke»</b>	<b>38</b>
Facteurs de succès	38
Formes de coopération au sein du réseau	40
Principes de base pour flexibiliser davantage les soins	41
<b>Partie V: Conclusion</b>	<b>45</b>
<b>Annexe</b>	<b>46</b>
Modélisation de l'effet global	46
Personnes interrogées	47
Remerciements	47
Informations supplémentaires	47
Sources	48
Notes	49
Table des illustrations	50
Abréviations et glossaire	51
<b>Aperçu des publications</b>	<b>52</b>
<b>Contacts</b>	<b>54</b>



# Préambule

Chère lectrice, cher lecteur,

La crise du Covid-19 a mis le système de santé suisse sur le devant de la scène au sein de notre société. Avant même la pandémie, le débat public sur l'évolution du secteur de la santé avait cependant pris de l'ampleur pour diverses raisons: débats politiques sur la hausse des coûts de santé et des primes d'assurance-maladie et premier volet de mesures de l'OFSP pour freiner la hausse des coûts, qui a été débattu par les Chambres fédérales lors de la session de juin 2020.

Le pilotage fédéral a bien fonctionné pendant la crise. A contrario, la prévisibilité atteint ses limites lorsque les répercussions de la crise ne sont pas encore toutes connues. En tout état de cause, le Covid-19 a permis de mieux prendre conscience de l'importance du secteur de la santé, et la population est de plus en plus intéressée à ce que des soins de qualité soient garantis.

Dans la présente étude, nous procédons à l'analyse d'une restructuration des systèmes de soins en Suisse pour qu'à l'avenir, la qualité, la focalisation sur le patient et l'économicité priment tout en atténuant la pénurie de main-d'œuvre qualifiée. De plus, il en ressort la possibilité d'établir des passerelles entre des soins complets, souhaitables en cas de pandémie, et un système adapté aux ressources en temps normal. Considérant les débats actuels sur les limites des infrastructures hospitalières en cas de pandémie, la flexibilité est la clé du succès, et non la mise en réserve d'une capacité maximum qui oriente la planification du seul point de vue d'une crise dont la survenance devrait, espérons-le, rester exceptionnelle. Enfin, on observe depuis des années une tendance claire à la focalisation et à la consolidation des soins stationnaires.

La **partie I** présente les tendances principales qui exercent une influence sur le système de soins suisse. Nous expliquons comment le système s'adapte à de nouveaux développements fortement évolutifs et quels développements vont prendre le pas à l'avenir. Nous examinons également les attentes des patients, qui évoluent elles aussi, et décrivons les silos des structures de soins actuelles.

La **partie II** concrétise l'idée d'un modèle «hub and spoke» avec des soins échelonnés, que nous avons présentée pour la première fois dans notre étude annuelle 2017 sur les finances.<sup>1</sup> Nous exposons comment des spokes conçus de manière flexible sont bénéfiques au système dans son ensemble, lequel en tant que réseau assure des soins optimaux pouvant être maintenus même en situation exceptionnelle grâce à cette flexibilité.

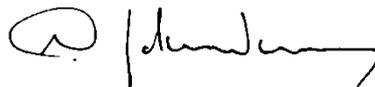
La **partie III** dresse un inventaire des répercussions systémiques du modèle esquissé, notamment sur le plan économique. Une meilleure intégration et des structures judicieuses, avec des offres flexibles conformes aux besoins, permettent d'alléger le système de soins. De plus, des lacunes de ressources passagères peuvent être évitées en se concentrant plus clairement sur des prestations spécialisées.

La **partie IV** fournit des recommandations concrètes pour la mise en œuvre d'un modèle «hub and spoke». Nous esquissons les principes selon lesquels le système devrait agir pour évoluer vers un modèle de soins plus adéquat.

Nous vous souhaitons une agréable lecture et nous réjouissons de connaître vos impressions.



Philip Sommer  
Associé, Responsable Secteur de la santé  
PwC Suisse



Patrick Schwendener  
Directeur, Responsable Affaires Secteur de la santé  
PwC Suisse



Darioush Zirakzadeh  
Directeur, Transformation des finances  
PwC Suisse



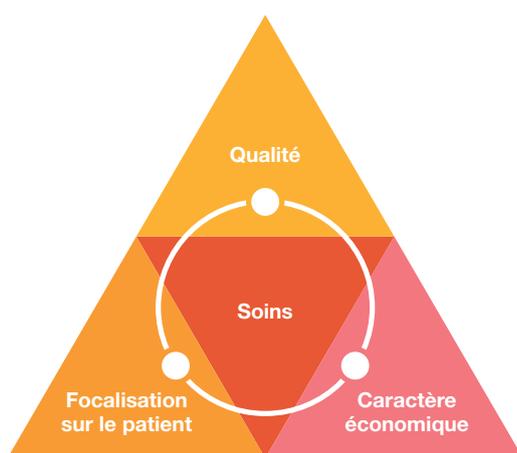
Patric Steffen  
Manager, Responsable Affaires Secteur de la santé  
PwC Suisse

# Partie I

## Les structures actuelles dans le contexte d'une médecine moderne

### Le secteur de la santé en mutation

Le système de santé suisse repose sur l'interaction entre la focalisation sur le patient, la qualité et le caractère économique. Ces facteurs sont nécessairement interdépendants si l'on veut parvenir à une solution optimale équilibrée. Les prestataires doivent sans cesse emprunter de nouvelles voies pour répondre aux exigences de la médecine moderne. L'illustration 1 présente les principales tendances.



Maintien de la santé



Réglementation



Concurrence



Nouveaux modèles de soins interprofessionnels et interdisciplinaires



Virage ambulatoire



Pénurie de main-d'œuvre qualifiée



Nouveaux rôles



Besoin d'innovation en matière d'assurances complémentaires



Pression sur les prix et marges



Numérisation/technologie

Illustration 1 : tendances actuelles au sein du secteur suisse de la santé

Le **virage ambulatoire** est favorisé à plusieurs niveaux. D'une part, le progrès médical permet de plus en plus d'interventions ambulatoires.<sup>2</sup> D'autre part, des efforts politiques veillent à ce que des interventions stationnaires soient transférées vers des structures ambulatoires.<sup>3</sup> L'accroissement de la fourniture de prestations ambulatoires n'est pas seulement indiqué sur le plan médical et voulu sur le plan politique, mais il correspond aux besoins des patients de bénéficier de soins plus flexibles, proches du domicile et faciles d'accès. Flexibilité, proximité du domicile et facilité d'accès signifient que des examens simples et routiniers sont réalisés à proximité et aussi accessibles que possible. Pour des prestations complexes et spécialisées, l'accès aux spécialistes peut nécessiter plus de temps. Les soins, et partant le milieu hospitalier, sont donc proportionnellement de plus en plus ambulatoires.

Les **modèles de soins interprofessionnels et interdisciplinaires** gagnent en importance.<sup>4</sup> La spécialisation de la médecine et la pénurie de main-d'œuvre qualifiée nécessitent une collaboration plus étroite entre les divers groupes professionnels et disciplines spécialisées afin d'être en mesure de fournir les soins optimaux aux patients. Il faut des passerelles sans interfaces et axées sur les patients entre les différents niveaux de soins et les institutions situées en amont et en aval. Le système global doit être perméable et permettre une interconnexion de tous les niveaux de soins. Il s'agit notamment de passerelles fluides entre les définitions hospitalières habituelles et des structures plus modestes, plus flexibles et plus réactives.

La pression économique, l'extension des capacités hospitalières au cours des dernières années selon des stratégies de croissance, des durées de séjour raccourcies, le virage ambulatoire et la dilution des frontières entre les offres de prestations intensifient la concurrence. Cela favorise la consolidation et de nouveaux modèles d'affaires et de soins mieux interconnectés. Dans le même temps, la **concurrence** croissante complique toutefois la collaboration entre des institutions en situation compétitive.

Afin de freiner la hausse des coûts, l'État intervient de plus en plus souvent pour **réglementer** le marché. Les principales innovations sont de nouveaux modèles tarifaires, comme le SwissDRG depuis 2012, le nombre de cas minimum ou la liste des traitements à réaliser en ambulatoire. En outre, les tarifs eux-mêmes sont soumis à une forte pression. Le Conseil fédéral a ainsi ordonné des révisions à la baisse du tarif des prestations médicales TARMED en 2014 et 2018.<sup>5</sup>

Les efforts en matière de soins et de qualité aboutissent à une plus forte concentration de la médecine stationnaire. Les mesures réglementaires suivantes ont déjà été introduites ou sont en cours de discussion :

- Introduction d'un nombre de cas minimum pour les opérations et traitements
- Introduction de restrictions de volumes (budgets globaux), objectifs ou rémunération inverse aux volumes
- Examen croissant de la nécessité des interventions (demande d'un second avis)
- Introduction de composantes de rémunération liées à la qualité
- Relevé et publication obligatoire d'indicateurs de qualité (qualité des structures, processus et résultats)
- Exigences croissantes en matière de gestion de la qualité et du risque, d'hygiène, de sécurité informatique et dans d'autres domaines
- Exigences croissantes pour l'inclusion sur la liste cantonale des hôpitaux

La population est de plus en plus sensible à la responsabilité individuelle en matière de **maintien de la santé**. Les contrôles de santé en médecine préventive, le suivi des fonctions vitales au moyen d'applications mobiles et d'objets connectés ainsi que les séances régulières de soutien psychologique gagnent notamment en importance et sont sollicités par les employeurs et assureurs.

La concurrence pour attirer de la main-d'œuvre qualifiée dûment formée et spécialisée va se renforcer. Le faible taux de chômage, le taux élevé d'immigration, la croissance générale et les exigences élevées en matière de qualification sont autant de facteurs qui expliquent pourquoi le secteur de la santé est plus touché que la moyenne par la **pénurie de main-d'œuvre qualifiée**.<sup>6</sup> Le nombre de personnel soignant qui devra être embauché en plus d'ici 2030 est estimé à 65 000 personnes : 29 000 personnes avec une formation tertiaire dans le domaine des soins, 20 000 personnes avec une formation de niveau secondaire II dans le domaine des soins et 16 000 personnes sans formation formelle.<sup>7</sup> Nous estimons que la pénurie de main-d'œuvre qualifiée s'accroîtra surtout dans les régions rurales, notamment en Suisse alémanique. La crise du Covid-19 a clairement indiqué que la main-d'œuvre qualifiée était le facteur critique en cas de surcharge du secteur de la santé, et non d'autres ressources, comme il est fréquent de l'entendre.

De plus, les exigences du personnel employé évoluent vers une plus grande flexibilité des modèles de temps de travail et la possibilité de temps partiel. Par ailleurs, un nombre de plus en plus important d'hôpitaux renoncent aux structures hiérarchiques verticales. Les revendications d'amélioration des conditions de travail du personnel soignant, plus marquées pendant la crise du Covid-19, devraient s'inscrire dans la durée. Il est ainsi possible d'envisager un effet positif à long terme sur la pénurie de main-d'œuvre qualifiée grâce à une nouvelle perception du secteur de la santé.

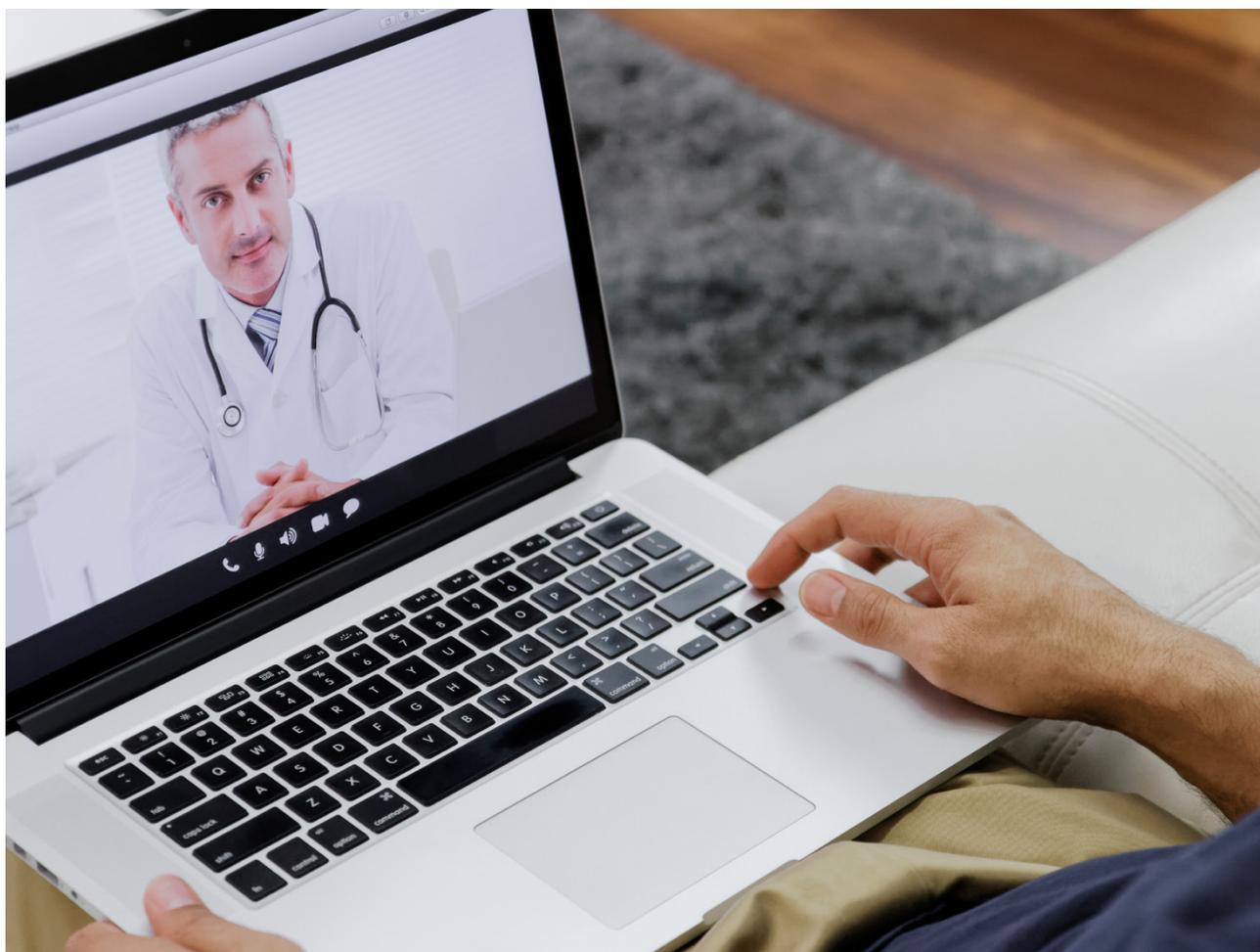
Parallèlement, de nouveaux **rôles** apparaissent, le Skill Grade Mix change (p. ex. délégation plus fréquente à des Advanced Nurse Practitioners) et l'utilisation de nouveaux prestataires technologiques, comme des robots de soin, prend de l'ampleur. Les tâches qui auparavant étaient réalisées exclusivement par des médecins sont transférées au personnel soignant spécialisé, voire automatisées. De nouveaux rôles seront également favorisés par l'organisation en réseaux et les nouveaux besoins des employés. Ainsi, des modèles comme une équipe interdisciplinaire avec une direction des soins sont possibles, alors qu'ils étaient à peine concevables par le passé. Cela joue un rôle surtout pour le recrutement d'un personnel jeune, motivé et qualifié, et ce facteur aura toujours plus d'importance ces 10 à 15 prochaines années. Les employeurs doivent proposer un environnement de travail attrayant et des modèles de rémunération et de temps de travail correspondants.

Les produits stationnaires au titre des **assurances complémentaires** ont décliné ces dernières années.<sup>8</sup> Le confort accru dont bénéficient à l'hôpital les assurés de base, de même que le passage du stationnaire vers l'ambulatoire, rendent les assurances complémentaires habituelles moins attrayantes. Dans le domaine ambulatoire en particulier, diverses restrictions légales empêchent le développement de nouvelles offres

d'assurance complémentaire.<sup>9</sup> Par conséquent, il s'agit d'imaginer de nouvelles manières de faire évoluer le segment des assurés complémentaires. Il est possible d'imaginer des offres étendues grâce à des services supplémentaires dans le domaine ambulatoire ou un développement de la prévention et des soins numériques.

En Suisse, les prestataires sont soumis à une forte **pression sur les prix et marges** en raison de l'évolution démographique, des interventions réglementaires, du virage ambulatoire et de la situation concurrentielle avec des capacités stationnaires excédentaires. Le milieu politique s'engage plus fermement contre la hausse des coûts de santé et des primes d'assurance-maladie. Cela induit une baisse de l'indemnisation de prestations dans tous les types de soins et segments du marché.

Le progrès médical passe par la **numérisation** et le recours aux **nouvelles possibilités technologiques**. L'utilisation des plateformes de télémédecine permet d'interagir avec le médecin où que l'on se trouve. L'intelligence artificielle et l'apprentissage automatique (ML, Machine Learning) permettent de formuler des diagnostics et des recommandations de traitement de manière de plus en plus précise. Les acteurs du secteur de la santé sont toujours plus interconnectés par voie numérique.



## Les besoins des patients évoluent

Ces dernières années, les besoins des patients ont évolué. Nous décrivons ci-après cinq besoins fondamentaux (cf. illustration 2). Ils varient en fonction de la classe d'âge, du contexte culturel et des exigences individuelles. Tous les besoins des patients énumérés ci-après sont focalisés sur le besoin fondamental de disposer de soins de haute qualité.

Le patient moderne veut être plus étroitement impliqué dans le traitement. Il souhaite participer aux décisions thérapeutiques en qualité de partenaire à égalité de droit (**shared decision making**).<sup>10</sup> À cette fin, le médecin et le patient doivent discuter des options de traitement, les évaluer et prendre ensemble une décision. Le concept de « smarter medicine » prend ici le relais.<sup>11</sup> Conformément au principe « Moins de médecine peut parfois valoir plus », le patient reçoit alors des conseils concrets et peut aborder ses questions avec le médecin. La « smarter medicine » vise à améliorer la qualité des traitements. L'implication accrue du patient se reflète également dans le discours politique. Dans son rapport Santé 2030, le Conseil fédéral préconise de renforcer la compétence des citoyens en matière de santé.<sup>12</sup>

Le patient souhaite un traitement médical personnalisé et ajusté à ses besoins (**médecine plus personnalisée et axée sur le patient**).<sup>13</sup> Cette approche ouvre des options de traitement fondées scientifiquement et basée sur des preuves, de la prévention au suivi, qui tiennent compte des caractéristiques spécifiques du patient et des facteurs d'influence.<sup>14</sup> Elle vise à améliorer la qualité et l'efficacité du traitement. Dans le domaine de la gestion des malades chroniques notamment, la médecine personnalisée, associée à des solutions numériques, offre d'énormes opportunités.

Les 49 CEO d'hôpitaux suisses que nous avons interrogés estiment que des **faibles barrières à l'entrée** sous forme de temps d'attente raccourcis et de disponibilité des prestations médicales ainsi que le **confort** des patients seront déterminants à l'avenir.<sup>15</sup> Cela comprend des heures d'ouverture tenant mieux compte des besoins des patients pour que ceux-ci puissent intégrer le traitement à leur quotidien. Les patients sont disposés à se déplacer sur de plus longues distances pour des traitements de plusieurs semaines en réadaptation, psychiatrie ou soins somatiques aigus. Une offre régionale, proche du domicile, est souhaitée en premier lieu pour les urgences, les traitements ambulatoires récurrents et la maternité.<sup>16</sup>

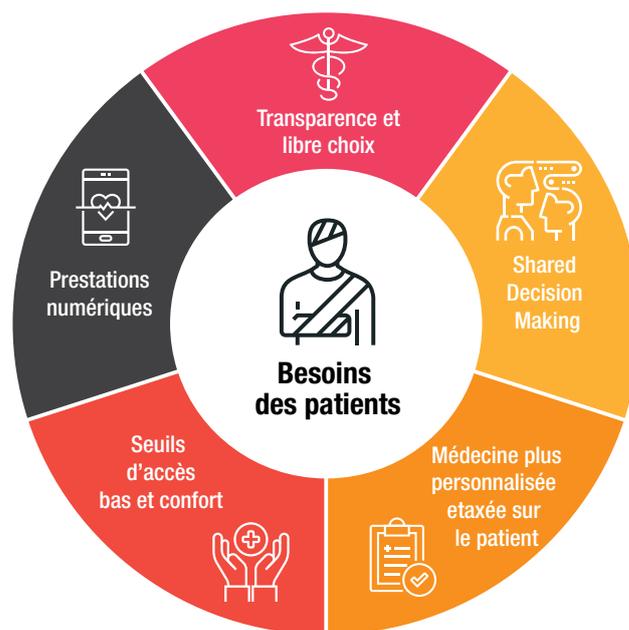


Illustration 2 : besoins fondamentaux des patients

La numérisation progresse aussi à grands pas dans le domaine médical. Elle permet de répondre au souhait des patients d'avoir des attentes plus brèves ou de meilleurs flux d'informations entre le patient et le médecin ainsi qu'entre médecins. Ce souhait se démarque de l'actuelle gestion inefficace des données sur papier.<sup>17</sup> Les **prestations numériques**, comme les offres de télémédecine, sont de plus en plus demandées. Elles permettent de gagner du temps en évitant des déplacements ou des attentes au cabinet et facilitent l'accès à des médecins éloignés. La moitié de la population indique recourir à une consultation numérique selon les circonstances.<sup>18</sup> Pendant la crise du Covid-19, la télémédecine a justement représenté une alternative bienvenue à la consultation classique, sans interaction physique ni risque d'infection.

Une exigence croissante concerne la transparence encore trop peu répandue sur la qualité et le succès ou le résultat des traitements. La sécurité d'un traitement de haute qualité offrant un bon résultat est décisive pour les patients. En contrepartie, ils acceptent un déplacement plus long jusqu'au prestataire. En outre, la population suisse tient au libre choix du médecin et de l'hôpital.<sup>19</sup>

## Des silos à l'intégration

Les structures de soins actuelles du secteur suisse de la santé, à l'instar des tarifs, témoignent d'une forte pensée en silos (cf. illustration 3). Les réglementations et tarifications différentes en sont la cause. Des silos caractérisent ainsi les structures de soins, alors que les soins optimaux devraient influencer les systèmes tarifaires.

En conséquence, le système se concentre principalement sur sa propre performance et son optimisation. Le type de prestations fournies entre l'ambulatorio, la clinique de jour et le stationnaire est moins perméable que ce qu'il devrait être pour des soins optimaux. Ainsi, le traitement n'est pas centré sur le patient et ses besoins mais sur les prestataires à leur niveau de soins respectif (soins somatiques aigus, réadaptation, psychiatrie, soins, etc.).

L'interconnexion insuffisante des établissements de soins est notamment due aux différentes tarifications et réglementations en vigueur. Alors que les systèmes de décompte et tarifs se réfèrent principalement aux tableaux cliniques et à certains épisodes pathologiques, le patient serait nettement mieux pris en charge avec des soins intégrés tout au long de son parcours. Mais le système fonctionne différemment : les prestations de soins somatiques aigus sont décomptées de manière différente selon qu'elles sont ambulatoires ou stationnaires, et les prestations stationnaires selon qu'elles concernent des soins aigus ou des soins psychiatriques ou de réadaptation. Ainsi, un patient qui suit un traitement passe souvent par plusieurs systèmes tarifaires et silos réglementés au sein desquels des acteurs isolés s'optimisent eux-mêmes. Le système n'est donc pas axé sur le patient, mais en partie sur des structures obsolètes.

La situation est compliquée par le fait que des niveaux fédéraux différents sont compétents pour les divers secteurs. Ainsi, les soins aux personnes âgées incombent en partie aux communes. Les cantons quant à eux répondent des séjours stationnaires en réadaptation, psychiatrie et soins somatiques aigus. En vertu de la LAMal, la Confédération est principalement responsable de l'aménagement du système d'assurance-maladie, des tarifs et donc des questions concernant le système dans son ensemble.

En raison de l'approche en silos, il y a tentative de définir des limites claires, notamment au niveau des interfaces. Toutefois, les soins devraient avoir une influence sur la réglementation et la tarification, et non l'inverse. Les offres existantes aux interfaces entre des structures de soins (p. ex. entre la psychiatrie et les soins somatiques aigus

dans le cadre d'offres psychosomatiques ou somato-psychiatriques) devraient pouvoir être rentables. Afin de placer les besoins du patient au cœur de la prestation et suivre les tendances prévalentes, il faut que la perspective actuelle en matière de soins change. Pour cela, un modèle de soins intégré s'impose : dans un réseau intelligent, les acteurs agissent toujours dans l'intérêt des patients.

## Collaboration entre les organes responsables

L'avenir repose sur une coopération renforcée entre les organes responsables. Par le passé, une approche en silos et axée sur la concurrence s'est développée tout au long des structures responsables. Les hôpitaux publics reprochent aux hôpitaux privés de **faire les difficiles**<sup>20</sup> et les hôpitaux privés prétendent qu'il y a distorsion de la **concurrence**.<sup>21</sup> Les efforts de mise en réseau entre hôpitaux privés et publics, pourtant proches sur le plan médical, ont été rares pour l'instant. Ici aussi, il faut réviser le système pour qu'il soit axé sur le patient (cf. illustration 4). Clarunis, le centre commun de stomatologie de la clinique privée St. Clara et de l'Hôpital universitaire de Bâle, la participation de Swiss Medical Network (SMN) à l'Hôpital du Jura bernois (HJB), l'acquisition de l'Hôpital d'Einsiedeln par le groupe AMEOS ou le centre de chirurgie ambulatoire commun des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et du groupe Hirslanden sont autant d'exemples positifs des premières coopérations entre organismes responsables.

Pour affronter la crise du Covid-19, des concurrents directs ont admirablement bien coopéré. Les établissements sanitaires et les cantons se sont organisés très rapidement. La Clinica Luganese Moncucco, par exemple, a été convertie d'un hôpital de soins aigus en un centre Covid-19.

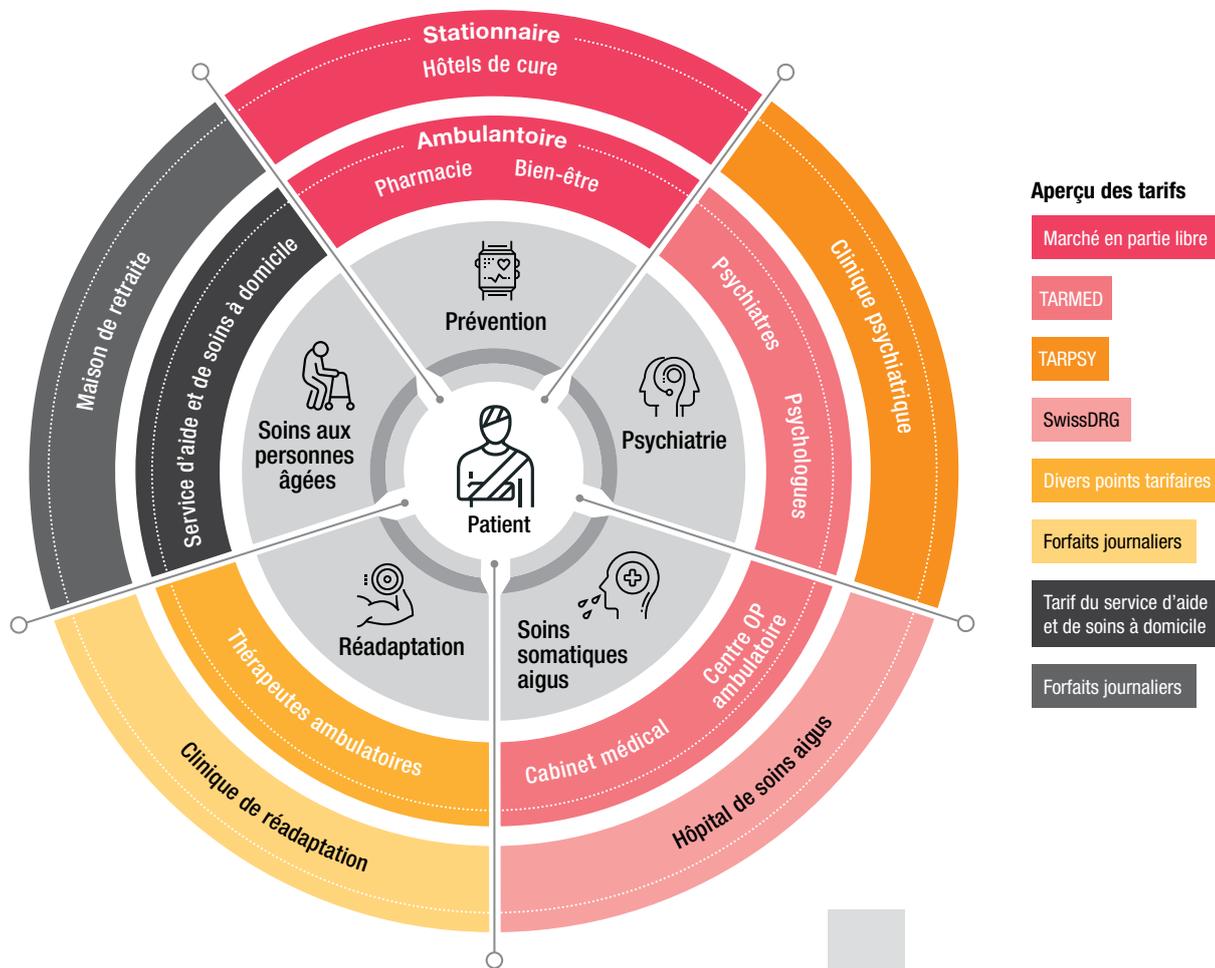


Illustration 3: une forte pensée en silos caractérise les structures actuelles du secteur suisse de la santé

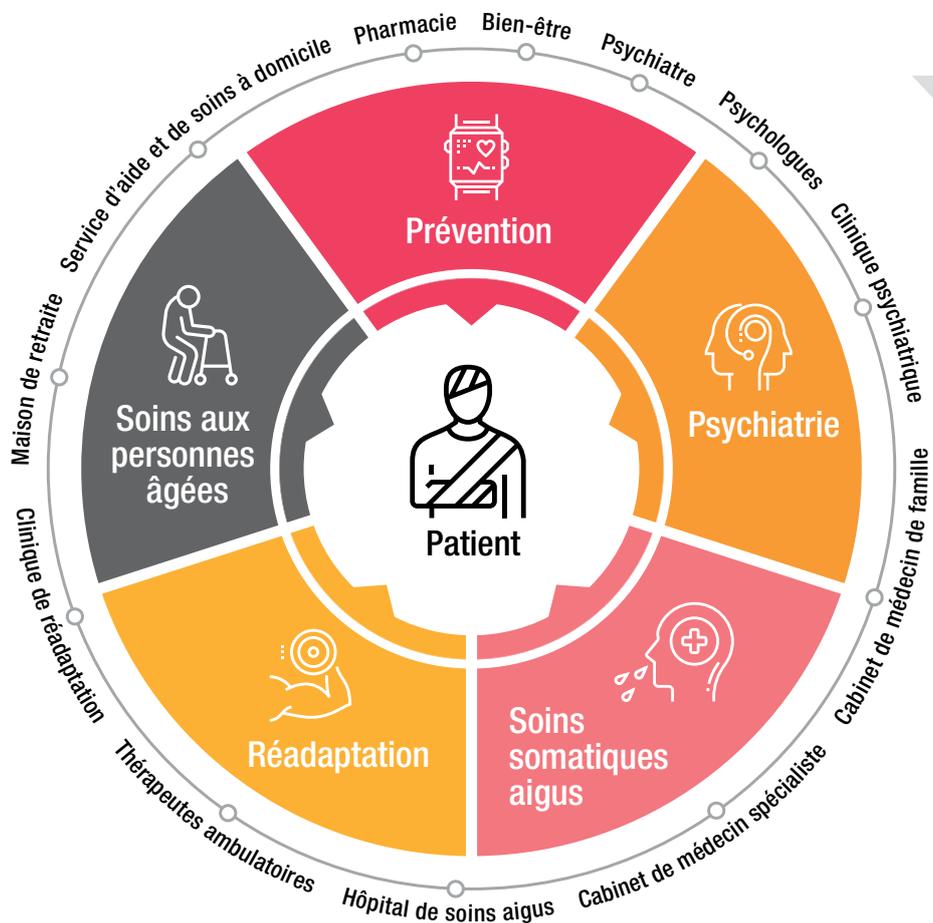


Illustration 4: le modèle de soins intégré porteur d'avenir forme un réseau autour du patient

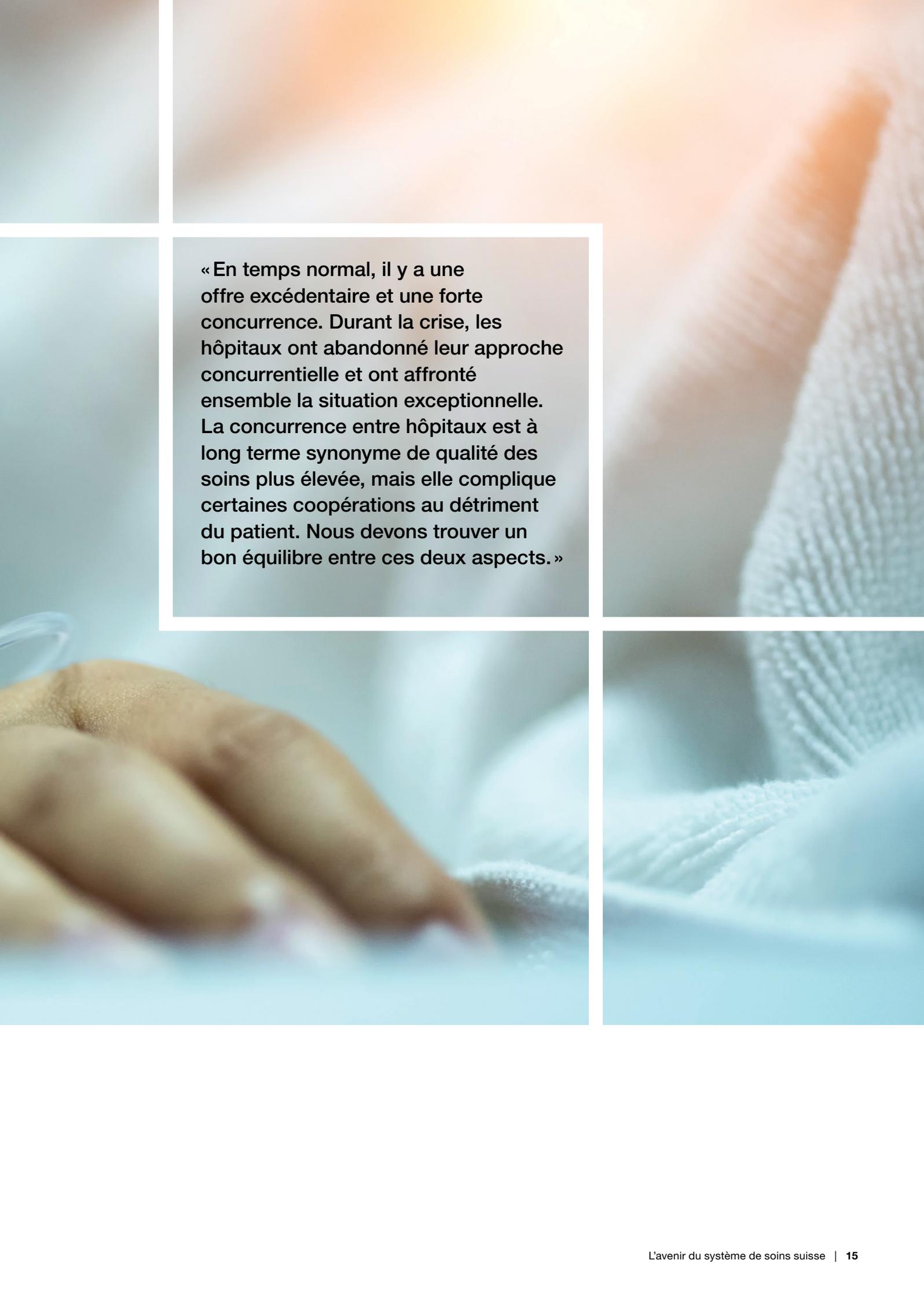


## Cas pratique: Clinica Luganese Moncucco

**Christian Camponovo**, directeur de la Clinica Luganese Moncucco, nous explique ce qui a changé pendant la crise du Covid-19. En temps normal, la Clinica Luganese Moncucco est en concurrence avec plusieurs autres hôpitaux de la région luganaise. Cet hôpital de taille moyenne comptant quelque 200 lits privilégie la coopération avec les cliniques psychiatriques, les cliniques de réadaptation ou les services d'aide et de soins à domicile, et les coopérations spécialisées à plus large échelle avec d'autres cliniques privées. En ce qui concerne le cœur de métier que sont les soins somatiques aigus, une grande prudence est de mise en matière de coopération avec des concurrents directs.

Au début de la pandémie du Covid-19, les hôpitaux publics et privés au Tessin, un canton particulièrement durement touché, ont mis au point un plan commun. La Clinica Luganese Moncucco a été positionnée comme l'un des deux centres Covid-19 au Tessin. Dans cette situation de crise, il n'y a eu ni surabondance de l'offre, ni approche concurrentielle entre hôpitaux, mais bien une convergence des objectifs. La Clinica Luganese Moncucco a en grande partie pu surmonter la phase la plus aiguë avec son propre personnel. Dans l'ensemble, la pénurie de médecins et de personnel infirmier est moins prononcée au Tessin qu'en Suisse alémanique.





« En temps normal, il y a une offre excédentaire et une forte concurrence. Durant la crise, les hôpitaux ont abandonné leur approche concurrentielle et ont affronté ensemble la situation exceptionnelle. La concurrence entre hôpitaux est à long terme synonyme de qualité des soins plus élevée, mais elle complique certaines coopérations au détriment du patient. Nous devons trouver un bon équilibre entre ces deux aspects. »

# Partie II

## Des modèles innovants pour l'avenir des soins

### Modèle «hub and spoke» : soins intégrés en réseau

Les soins intégrés nécessitent une étroite interconnexion des divers prestataires au sein d'un réseau. Le modèle «hub and spoke» permet une telle interconnexion. Les réseaux de soins peuvent être réalisés en diverses variantes indépendamment de leur forme juridique et organisme responsable et peuvent se recouper sur plusieurs points.

Le modèle «hub and spoke» typique assure des soins échelonnés en réseau. Dans ce cadre, les prestations médicales complexes ou requérant d'importantes infrastructures sont proposées au centre (hub). Les divers spokes décentralisés assurent les soins de base en complément du hub. Dans les grandes régions plus densément peuplées, comme Zurich ou Genève, plusieurs réseaux peuvent se superposer avec des spécialisations différentes des hubs. Dans des structures en réseau très vastes, d'autres hubs régionaux peuvent se former en complément du hub central. Ils coordonnent une région de soins même s'ils n'interviennent pas en tant que prestataires finaux. Le Centre hospitalier Bienne ou l'hôpital

de Thoune en sont des exemples : en tant que hubs régionaux, ils forment un réseau dont l'Hôpital de l'Île à Berne est le hub central.

La mise en réseau dans un modèle idéal n'est pas contrainte par les frontières régionales actuelles. Le réseau «hub and spoke» fonctionne aussi à l'échelon intercantonal. Nous faisons l'hypothèse d'une vingtaine de réseaux de soins en Suisse (cf. Partie IV : « Mise en œuvre d'un modèle «hub and spoke» »).

Les soins intégrés nécessitent une perméabilité entre les niveaux de soins et disciplines spécialisées. Ce n'est qu'ainsi que le travail peut se focaliser sur le patient. Pour une telle structure, les prestataires ne sont pas les seuls à être sollicités. Des questions de financement doivent également être clarifiées. Par ailleurs, les assurances-maladie doivent admettre de tels modèles innovants. Compte tenu des conditions actuelles, l'intégration de la prévention s'avère notamment compliquée.

### Résumé du modèle de soins intégré de PwC



Organisation de soins échelonnés dans un réseau suprarégional de type «hub and spoke»



Interdisciplinaire et interprofessionnel



Orienté sur les besoins avec une focalisation élevée sur le patient



Couverture suprarégionale

Illustration 5 : les quatre principes de base des soins intégrés



### **Centres hospitaliers comme hubs**

Le hub, centre hospitalier avec au moins 18 000 cas stationnaires, est la plus grande institution de soins du réseau qu'il coordonne. Le hub regroupe les compétences et l'expertise nécessaires pour le traitement de cas particuliers plus complexes. Contrairement aux spokes, il ne se focalise pas exclusivement sur les soins de base, mais couvre une vaste gamme de prestations. À cette fin, des prestations de base fixes, comme un service d'urgence développé, un service de soins intensifs et divers spécialistes sont disponibles au hub. Cela permet également d'offrir des prestations médicales hautement spécialisées. Outre les cinq centres hospitaliers universitaires suisses, les hubs sont surtout de grands centres hospitaliers publics et privés. Ces quelque 20 réseaux se différencient ainsi clairement de la catégorie OFS «centre hospitalier». En fonction des besoins régionaux, des hubs régionaux de taille réduite sont aussi envisageables dans les zones plus vastes. De tels hubs se focalisent principalement sur les soins de base étendus avec un volume d'au moins 10 000 cas.

### **Prestataires de base comme spokes**

Les spokes prodiguent les soins intégrés à proximité du domicile. La conception des spokes varie en fonction des besoins contextuels. En étroite concertation avec le hub, les patients sont transférés entre celui-ci et les spokes. Une planification et un pilotage par le hub sont envisageables. La coopération au sein du réseau «hub and spoke» ne nécessite pas de structure propriétaire commune.

Le spoke affiche une forte capacité d'adaptation à chaque situation. Dans des circonstances exceptionnelles, comme la crise du Covid-19 ou dans le cas d'une grippe saisonnière, il est ainsi possible de fusionner certains spokes pour faire office de point de contact central au sein du réseau.



## Cas pratique: le réseau de soins intégré de l'Hôpital cantonal des Grisons (KSGR)

**Arnold Bachmann**, docteur ès sc. éc. HSG et CEO de l'Hôpital cantonal des Grisons, explique pourquoi son institution privilégie les soins intégrés et la mise en réseau avec d'autres acteurs du secteur de la santé. Avec plus de 160 accords de coopération différents, l'hôpital s'est fait une place comme hub au niveau régional. Tout au long du parcours du patient, les coopérations vont des soins ambulatoires au service d'aide et de soins à domicile et aux soins de longue durée, en passant par le suivi en réadaptation. Grâce à l'organisation en réseau, les structures ont été professionnalisées dans la région.

**«Un réseau de soins intégré dans les Grisons était nécessaire pour créer des structures professionnelles.»**

Les coopérations sont avant tout centrées sur les soins aux patients. En radio-oncologie par exemple, l'hôpital travaille avec l'Hôpital cantonal de Glaris afin que les consultations puissent avoir lieu à proximité du domicile. Si une infrastructure coûteuse est requise, comme un accélérateur linéaire, les patients doivent se rendre à l'Hôpital cantonal des Grisons. Les deux hôpitaux peuvent ainsi optimiser l'utilisation de leur infrastructure et assurer une exploitation couvrant les coûts. Outre les avantages financiers pour les deux parties, le patient bénéficie d'une meilleure qualité de soins, et il apprécie la plus grande expérience et la spécialisation du personnel. Le degré de satisfaction des patients a donc augmenté. Une telle coopération représente une situation gagnant-gagnant classique, mais elle demande de la part du personnel une flexibilité et une disposition à se déplacer et exige une optimisation constante de la coopération.

Pour toutes les coopérations, le KSGR préfère les accords de coopération à la mise en place de structures de groupe. De l'avis du KSGR, l'avantage des accords de coopération réside dans le fait que les deux partenaires doivent signer l'accord et y voir un intérêt. Une structure de groupe, avec des décisions de type top-down, peut moins bien tenir compte du bien-être du patient.

À l'avenir, le KSGR entend bien poursuivre sa politique de coopération. Il cherche actuellement un partenaire adéquat pour la réadaptation. Le KSGR attend de lui une taille et une flexibilité suffisantes pour pouvoir proposer toutes les sous-disciplines et les intégrer à son offre de soins somatiques aigus. La collaboration ira du service de consultation à un traitement conjoint du patient.

**«L'organisation du secteur de la santé en réseaux est clairement avantageuse pour le patient, améliore la qualité et permet d'optimiser l'exploitation.»**

Avec quelque 18 000 cas stationnaires dans 33 domaines spécialisés différents, le KSGR doit dépasser les frontières cantonales dans son rôle de hub modeste. Pour couvrir la totalité de la gamme de soins, il faut desservir quelque 400 000 personnes. Une répartition des domaines de spécialisation entre divers sites est peu judicieuse, à quelques exceptions près. Des disciplines transversales, comme l'anesthésie, les laboratoires et autres, sont sollicitées par de nombreux domaines spécialisés, de sorte que ces prestations de base fixes onéreuses sont disponibles sur de plus nombreux sites, sans répondre aux mêmes standards de qualité. De plus, le patient est prêt à voyager plus loin pour bénéficier de soins de meilleure qualité.

## Quatre modèles flexibles de spokes intégrés

L'offre d'un spoke dépend fortement de la demande et peut être composée de manière flexible grâce à des modules. Dans nos considérations ci-après, nous abordons principalement les contenus de tels spokes et moins les prescriptions d'ordre réglementaire ou les questions de définition. En principe toutefois, tous les spokes peuvent faire office d'hôpital au sens large.

Les modèles de spokes suivants peuvent être structurés de manière modulaire, complétés par des offres médicales, ou modifiés. Les modules complémentaires pour

structurer un spoke sont décrits à la page 28. Les soins somatiques aigus représentant le plus grand domaine de soins, nous avons conçu les modèles de spokes en fonction d'eux et principalement pris en considération les chiffres des soins somatiques aigus. Toutefois, d'autres modèles sont aussi concevables. Ils pourraient se focaliser en premier lieu sur la réadaptation ou la psychiatrie et compléter ces domaines par des prestations de soins somatiques aigus (p. ex. spoke 1 en lien avec une réadaptation ou psychiatrie stationnaire).

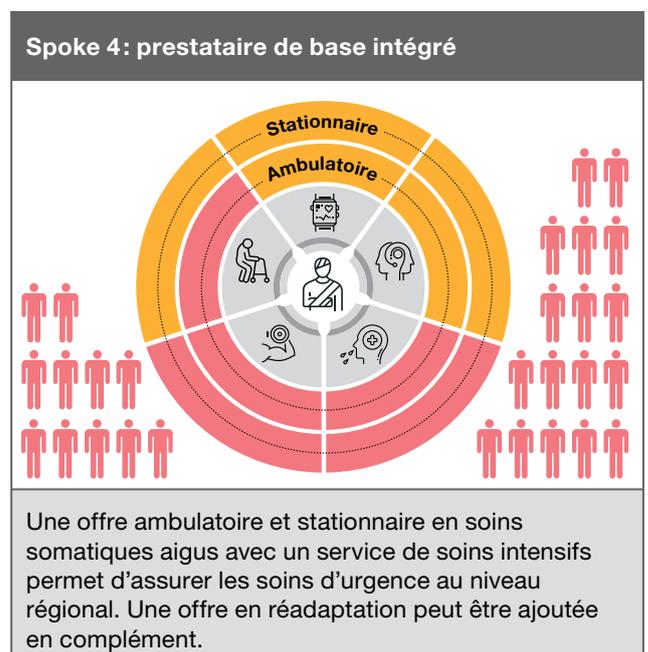
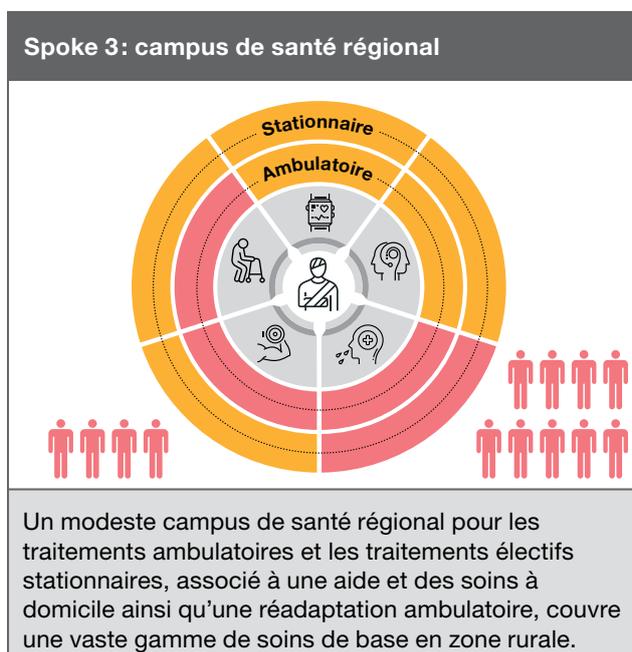
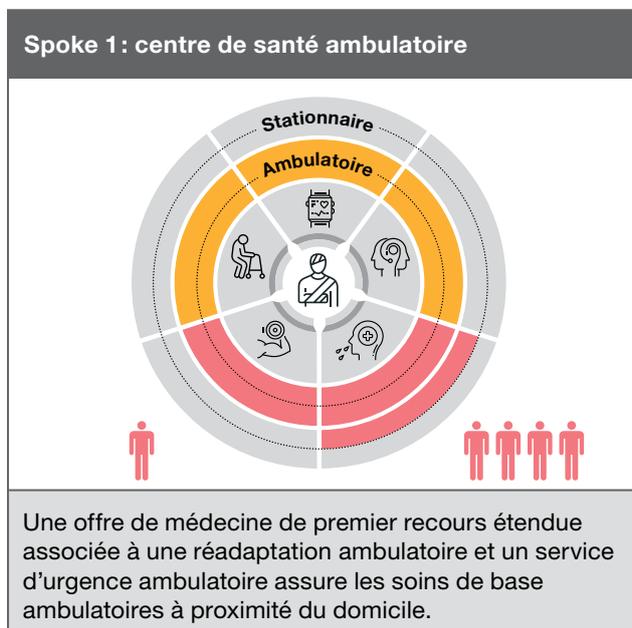
### Quatre modèles de spokes possibles



Patient

Inclus dans le modèle

Extensions facultatives





## Spoke 1 : centre de santé ambulatoire

Une offre de médecine de premier recours étendue associée à une réadaptation ambulatoire et un service d'urgence ambulatoire assure les soins de base ambulatoires à proximité du domicile.

### Rôle au sein du modèle «hub and spoke»

Le centre de santé ambulatoire convient aux régions rurales, urbaines et suburbaines, selon la demande et les autres sites «hub and spoke». Pour une exploitation pérenne, il doit desservir au moins 25000 personnes. Cette population est calculée, comme pour les spokes suivants, en supposant qu'aucun autre prestataire comparable n'opère dans le même secteur.

Plusieurs médecins internistes travaillent dans ce spoke, de même que des spécialistes de branches très fréquentées comme la gynécologie ou la cardiologie. En outre, un à deux Advanced Nurse Practitioners (ANP) assument une fonction clé pour la fourniture de prestations. Dans le cadre du réseau, ils peuvent être engagés par le hub et améliorent la perméabilité entre le spoke et le hub.

L'offre de médecin de famille est conjuguée avec une réadaptation ambulatoire et couvre un large spectre ambulatoire en matière de prévention, diagnostic et thérapie cinq jours par semaine, de 7 h à 20 h. Si les conditions sont réunies, une exploitation avec une marge EBITDAR de 12 % à 15 % est possible, même aux tarifs actuels. Dans certains cas, ce résultat peut même être dépassé.

### Chiffres-clés

Ressources			
8-10	Médecins	14-18	Autres effectifs médicaux (y c. ANP)
✓	Diagnostics de base	5-7	Salles d'examen
✗	Salles d'opération	✗	Lits stationnaires
✗	Intermediate Care (IMC)	✗	Soins intensifs

Chiffres-clés en matière de prestations et finances			
0	Cas stationnaires, en milliers	6-8	Produits, en CHF mio
12-16	Consultations ambulatoires, en milliers	12-15	Objectif de marge EBITDAR, en %

Des structures plus légères que dans les hôpitaux ordinaires sont une condition essentielle pour la viabilité financière du centre de santé ambulatoire. Il est ainsi possible de fournir des soins de base nettement plus efficaces et économiques. Le modèle d'affaires est davantage orienté sur les centres médicaux et renonce surtout à une offre 24 h/24 et 7j/7.<sup>22</sup>

### Facteurs d'innovation d'un centre de santé ambulatoire



#### Advanced Nurse Practitioners (ANP)

La formation d'ANP nécessite un Master of Science in Nursing, spécialisation ANP, et une expérience professionnelle approfondie. Avec cette formation, les ANP constituent un nouveau niveau hiérarchique entre les médecins et le personnel infirmier. Dans le domaine ambulatoire, ils déchargent considérablement les médecins pour l'anamnèse et les examens cliniques. Ils se chargent par exemple du traitement des plaies, des injections, des visites à domicile, du conseil et du case management.



#### Connexion institutionnelle au sein du réseau

Grâce à l'intégration à un réseau «hub and spoke», le centre de santé ambulatoire peut se concentrer sur les prestations médicales plus simples. Les cas plus complexes sont référés à un autre spoke ou au hub. Cela offre des conditions de travail réglementées et efficaces aux médecins. En outre, des prestations comme la logistique, les finances, la planification du personnel ou l'informatique sont regroupées au sein du réseau.



#### Intégration de la réadaptation ambulatoire

L'association des offres de prestations réduit le parcours du patient et permet d'ajuster l'offre à la demande. Des employés, comme des physiothérapeutes, pourraient travailler au centre de santé ambulatoire deux à trois jours par semaine et au hub le reste du temps. En outre, l'infrastructure reste légère avec des domaines communs comme la réception, les toilettes ou les salles de consultation.



## Cas pratique: Réseau Delta

Le **D<sup>r</sup> Philippe Schaller**, fondateur du Réseau Delta, explique l'idée de base qui a présidé à la création du modèle romand du médecin de famille. La plateforme est l'un des premiers réseaux de soins intégrés en Suisse romande. Fondé en 1992, le Réseau Delta réunit plus de 800 médecins de famille dans toute la Suisse romande (à l'exception du canton de Neuchâtel). Il prend en charge plus de 280 000 assurés. Ce réseau est considéré comme le pionnier des soins intégrés en Suisse romande.

À l'origine, le Réseau Delta a été conçu pour réagir au fait que la médecine générale était confrontée à un nombre croissant de patients souffrant de troubles chroniques. Dans la plupart des cas, le médecin de famille peut difficilement coordonner divers traitements prescrits par l'hôpital ou les spécialistes. Cette fragmentation recèle un risque pour le patient et génère des coûts inutiles pour le système de santé.

Le Réseau Delta a donc créé le «modèle du médecin de famille» avec dix assurances-maladie partenaires. Dans ce modèle, le médecin de famille se charge du suivi centralisé, de la coordination et de la délégation du patient aux spécialistes et à d'autres établissements de santé. Cette approche améliore aussi le suivi de patients souffrant de troubles chroniques. Le financement est assuré par un modèle de capitation. Les assurances-maladie versent au réseau un montant fixe par assuré au lieu d'indemniser les prestations individuelles.

---

**«Pour nous, le financement selon le modèle de capitation est un élément central pour que nous puissions faire avancer des projets innovants en matière de prévention et intégrer de nouveaux modèles de rôles.»**

---

Le Réseau Delta travaille avec plusieurs pharmacies et groupes pharmaceutiques, laboratoires d'analyse et hôpitaux publics et privés.

De nouveaux rôles comme les Advanced Nurse Practitioners sont intégrés pour la fourniture de prestations, ce qui allège la charge de travail du médecin de famille. Par ailleurs, le Réseau Delta s'engage fortement en faveur de la prévention. Il participe à des campagnes de santé publique lancées par les communes et collabore avec elles dans des programmes de promotion de la santé et de l'environnement.

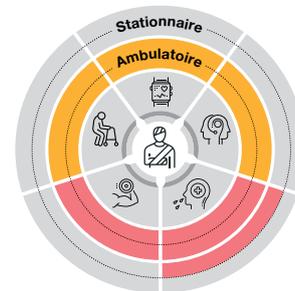
Le modèle de capitation crée l'incitation nécessaire pour le travail de prévention. En effet, chaque patient qui n'a pas besoin de fréquenter le Réseau Delta en raison des mesures préventives ne génère pas de coûts. Les produits par personne bénéficient malgré tout au Réseau Delta. Les chiffres le prouvent: ce modèle peut améliorer l'efficacité et réduire l'indemnisation par personne du Réseau Delta. En 2015, les coûts de santé engendrés par ces assurés étaient inférieurs de 14 % à la moyenne suisse.

La collaboration pour des soins intégrés représente aujourd'hui un défi de taille pour le système de santé. Elle requiert une transparence plus importante entre les acteurs de santé et doit être axée sur les besoins de la population.

---

**«Ce n'est que par la collaboration de tous les acteurs du système de santé, y compris les patients, qu'il sera possible d'améliorer le cheminement du patient et de créer une plus grande cohérence et interaction. La crise du Covid-19 offre une bonne occasion d'aborder la question.»**

---



## Spoke 2: centre de santé et d'opération

Un centre OP ambulatoire<sup>23</sup> pour toute une région, détaché de l'infrastructure stationnaire, est complété par d'autres offres ambulatoires.

### Rôle au sein du modèle «hub and spoke»

Le centre de santé et d'opération ambulatoire est principalement situé dans des zones (sub)urbaines, car il doit desservir au moins 100 000 personnes pour avoir une exploitation pérenne. En outre, ce spoke se trouve à proximité du hub, de sorte que le patient peut être transféré vers le hub en cas de complications. Pour atteindre la population captive requise, les interventions et opérations ambulatoires sont regroupées et réalisées de manière centralisée dans le réseau. Il est également possible de compléter l'exploitation avec des praticiens libéraux. Dans les salles d'opération ambulatoires, au moins au nombre de deux, quelque 3000 opérations et interventions simples sont réalisées chaque année. Des séjours de brève durée, allant jusqu'à 24 heures, sont possibles. L'option consistant à gérer plusieurs lits stationnaires permet de prolonger les périodes d'exploitation. Un patient peut ainsi être admis en fin de journée et ressortir de l'hôpital le lendemain matin. Le besoin en personnel pour les traitements stationnaires est couvert en faisant appel à du personnel auxiliaire selon les besoins. De nouveaux modèles tarifaires, comme le Zero-Night-DRG, pourraient même éviter tous les cas stationnaires.<sup>24</sup>

Le spoke 2 en tant que centre de santé et d'opération vise à assurer des soins de base complets à proximité immédiate. Si les conditions sont réunies et que les processus sont efficaces, il est possible de réaliser une marge EBITDAR de 9 % à 11 %. Elle suffit pour une exploitation autofinancée avec des investissements modestes.

### Chiffres-clés

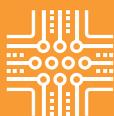
Ressources			
20-30	Médecins	65-75	Autres effectifs médicaux (y c. ANP)
✓	Diagnostic étendu	8-12	Salles d'examen
2	Salles d'opération	0-5	Lits stationnaires
✗	Intermediate Care (IMC)	✗	Soins intensifs

Chiffres-clés en matière de prestations et finances			
0,1-0,3	Cas stationnaires, en milliers	18-22	Produits, en CHF mio
18-22	Consultations ambulatoires, en milliers	9-11	Objectif de marge EBITDAR, en %

**«À l'Hôpital cantonal de Glaris, nous avons rejeté l'idée d'avoir notre propre centre d'opération ambulatoire. Nous estimons que nous n'avons pas la taille critique pour gérer un tel centre.»**

**Arnold Bachmann**, docteur ès sc. éc. HSG, CEO de l'Hôpital cantonal des Grisons

### Les facteurs d'innovation d'un centre de santé et d'opération intégré



#### Regroupement de volumes dans le réseau

La taille mentionnée est la taille minimum pour une exploitation efficace. Ce n'est qu'ainsi qu'une utilisation des prestations de base fixes, par exemple l'anesthésie, est possible. Pour cela, des opérations ambulatoires sont regroupées par région ou des centres d'opération ambulatoires proches du centre sont établis dans les villes. Pour optimiser son utilisation, l'infrastructure peut être utilisée par des praticiens libéraux en dehors du réseau «hub and spoke».



#### Méthodes de travail, culture et processus efficaces

La séparation des salles d'opération ambulatoires et stationnaires permet d'équiper les salles OP selon les besoins et d'appliquer des méthodes de travail différentes. La salle d'opération ambulatoire est utilisée constamment. C'est indispensable pour que l'exploitation couvre les coûts aux tarifs actuels.



#### Lien avec d'autres offres

Pour qu'une salle d'opération ambulatoire soit aussi occupée aux heures creuses, il peut s'avérer judicieux d'avoir quelques lits stationnaires. En outre, grâce à l'intégration d'un centre de santé et d'urgence ambulatoire, des salles de consultation peuvent également être utilisées avant ou après l'opération. L'infrastructure partagée permet en outre de dégager des synergies dans ce modèle.



## Cas pratique: Clinique de Carouge et Hôpital de La Tour

**Rodolphe Eurin**, directeur général de l'Hôpital de La Tour, explique comment il réoriente le site affilié de la Clinique de Carouge et renforce ainsi la focalisation de l'Hôpital de La Tour. Des spécialistes de divers domaines travaillent à la Clinique de Carouge, avec une priorité claire sur l'oncologie, les urgences et les soins de base. Ce petit hôpital situé non loin des HUG compte en outre quelque 300 cas stationnaires.

En tant que directeur général, Rodolphe Eurin a déjà pris diverses mesures pour mieux positionner le groupe hospitalier. Les prestations de base fixes en cas d'urgence nocturne ont notamment été réduites à la Clinique de Carouge, car elles sont déjà assurées en suffisance par d'autres hôpitaux plus grands. Pour Rodolphe Eurin, il est essentiel que le groupe hospitalier de l'Hôpital de La Tour bénéficie d'un objectif clair avec une priorité correspondante. L'Hôpital de La Tour souhaite proposer lui-même des soins plus ciblés mais de meilleure qualité. La Clinique de Carouge va donc être dirigée, sur le plan opérationnel, par ArtSanté et le Réseau Delta.

---

**« Les partenariats solides sont importants dans le secteur de la santé. Nous ne voulons et ne pouvons pas fournir toutes les prestations nous-mêmes, mais souhaitons assurer une exploitation efficace et une qualité élevée des prestations en nous focalisant clairement. »**

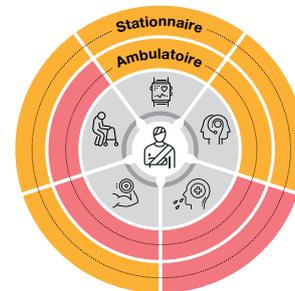
---

Pour relever les défis auxquels est confronté le secteur de la santé, l'Hôpital de La Tour adopte une approche axée sur le patient. Ainsi, divers concepts visant à améliorer l'expérience patient sont en cours d'élaboration, au-delà des domaines de l'hôtellerie et du confort. Les chiffres-clés en matière de qualité collectés jusqu'à maintenant dans le cadre du relevé ANQ doivent notamment améliorer la qualité des traitements grâce à l'introduction de nouveaux indicateurs de qualité. La création d'équipes interdisciplinaires et l'élaboration de concepts innovants vont dans le même sens.

---

**« Aujourd'hui, de nombreux changements peuvent avoir lieu sans intervention politique. Il faudrait donc que chaque acteur progresse sans grande attente à l'égard des responsables politiques. À l'Hôpital de La Tour, nous voulons assurer les meilleurs soins possibles à nos patients et nous différencier grâce à des concepts innovants. »**

---



### Spoke 3: campus de santé régional

Un modeste campus de santé régional pour les traitements ambulatoires et les traitements électifs stationnaires, conjugué à un service d'aide et de soins à domicile ainsi qu'à une réadaptation ambulatoire, couvre une vaste gamme de soins de base en zone rurale.

#### Rôle au sein du modèle «hub and spoke»

Le campus de santé intégré assure les soins de base ambulatoires à proximité du domicile ainsi que les soins de base stationnaires. Ce spoke convient particulièrement aux régions rurales et aux villes de taille modeste, car il couvre une grande partie des besoins sanitaires de la population. Il délègue au hub principalement les cas stationnaires plus complexes ou qui requièrent des infrastructures importantes. Il peut être judicieux que ce spoke intègre d'autres prestations ambulatoires, comme un service de psychiatrie ambulatoire.

Un campus de santé régional doit desservir quelque 40000 à 50000 personnes si aucun concurrent direct n'intervient dans la même zone. En regroupant divers prestataires sur un site, le réseau dégage des synergies et tire parti d'avantages en termes de locaux. Selon le concept d'urgence régionale, le spoke peut proposer soit une permanence et un médecin de famille urgentiste, soit un service d'urgence avec des lits de soins intermédiaires (IMC). Il intégrerait des patients qui nécessitent un suivi plus intensif avec une clé de prise en charge plus élevée plutôt qu'avec d'importantes capacités en respirateurs ou autres infrastructures.

En ce qui concerne sa spécialisation, le campus de santé régional peut proposer un service d'obstétrique ou une autre spécialité. Toutefois, il faut pour cela que les naissances de la région soient regroupées, de manière à atteindre une taille critique de 500 à 600 naissances par

#### Chiffres-clés

Ressources			
40-50	Médecins	150-200	Autres effectifs médicaux
✓	Diagnostic étendu	20-25	Salles d'examen
3	Salles d'opération	25-35	Lits stationnaires
✓	Intermediate Care (IMC)	✗	Soins intensifs

Chiffres-clés en matière de prestations et finances			
1,5-2,5	Cas stationnaires, en milliers	35-50	Produits, en CHF mio
35-45	Consultations ambulatoires, en milliers	8-10	Objectif de marge EBITDAR, en %

année ou un nombre de cas minimum dans un autre domaine. Le modèle prendrait alors une autre tournure. Il en résulterait un niveau d'infrastructure légèrement différent et les prestations de base fixes seraient développées pour des raisons d'ordre réglementaire ou médical, car l'obstétrique requiert des urgences sur place et des soins intensifs à proximité.<sup>25</sup>

Malgré le caractère innovant et les prestations de base fixes modérées, une marge EBITDAR de seulement 8 % à 10 % est réaliste aux conditions actuelles, même si les affaires marchent bien. Cela ne suffit pas pour assumer les investissements nécessaires et assurer une exploitation rentable. Pour l'exploitation d'un tel modèle, il faut des prestations d'intérêt général supplémentaires des cantons afin de maintenir des soins suffisants dans la région.

#### Facteurs d'innovation d'un campus de santé

##### Heures d'ouverture adaptées à la demande

Le campus de santé peut être ouvert moins que 24 h/24 et 7j/7 selon les variations locales de la demande s'il renonce aux patients en urgence. Il est par exemple permis d'envisager une fermeture partielle le week-end ou à certaines saisons. La planification de personnel pour l'ensemble du réseau permet un engagement des collaborateurs à d'autres endroits en fonction des heures d'ouverture.

##### Combinaison avec une offre d'aide et de soins à domicile

L'intégration du service d'aide et de soins à domicile au campus de santé permet aussi de couvrir le parcours des patients plus âgés, de la prévention au suivi. Le service d'aide et de soins à domicile peut ainsi se charger des patients chez eux après leur traitement en soins somatiques aigus. La proximité spatiale permet une meilleure concertation entre le dispositif stationnaire et le service d'aide et de soins à domicile.

##### Tirer parti des synergies du campus

Le campus de santé ne peut pas couvrir ses coûts de fonctionnement, bien que l'infrastructure et le personnel soient partagés autant que possible. Les prestations de base fixes sont trop importantes et on peut difficilement lisser les variations de la demande. Toutefois, ce spoke est pertinent et nécessaire pour assurer durablement des soins à proximité du domicile.



## Cas pratique: Hôpital de Zweisimmen

**Martina Gläsel**, directrice de l'Hôpital de Zweisimmen, et **Olivier Furrer**, responsable Projets stratégiques chez Spital STS SA, précisent au cours de leur entretien comment les hôpitaux de Zweisimmen et Thoun (conjointement Spital STS SA) tirent parti des synergies des sites. Un hôpital qui ne dessert que quelque 17 000 habitants et subit de fortes variations saisonnières en raison des activités touristiques est difficile à gérer. Dans ce contexte, les deux hôpitaux ont pu regrouper certaines prestations de base fixes.

En considérant la pression importante sur les coûts et le passage de plus en plus marqué à l'ambulatorio, l'Hôpital de Zweisimmen a examiné diverses options pour aménager son site hospitalier. L'analyse a indiqué qu'un centre ambulatorio pour la région ne couvrirait pas suffisamment les soins et qu'un hôpital de taille plus réduite n'était pas réalisable. La solution choisie avec la région Simmental-Saananland et le propriétaire (Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration [DSSI] du canton de Berne) prévoit un campus de santé avec un service d'urgences 24 h/24, des salles OP pouvant être utilisées de manière flexible, des lits stationnaires, des cabinets médicaux, un service d'aide et de soins à domicile, des logements pour personnes âgées, diverses thérapies ambulatoires et d'autres prestations.

### Pour vous, quel est le rôle de l'Hôpital de Zweisimmen dans un modèle «hub and spoke» ?

**Martina Gläsel**: des soins échelonnés avec une bonne interaction entre hub et spoke revêtent une importance centrale. L'essentiel est que le modèle «hub and spoke» ne se limite pas aux petits hôpitaux ruraux mais intègre les médecins de famille et spécialistes établis et d'autres acteurs du secteur de la santé. Ainsi, les régions rurales comme celles du Simmental et du Saananland ont aussi besoin de soins complets. En outre, le facteur économique ne doit pas être sous-estimé. Si des emplois directement concernés ou les commandes aux fournisseurs ne peuvent pas être maintenus localement dans le Simmental-Saananland, des habitants risquent de quitter la région, ce qui poserait à bien des égards des problèmes à cette zone touristique.

### Quels sont les défis structurels auxquels votre établissement est confronté actuellement ?

**Martina Gläsel**: nous devons mettre à disposition une infrastructure qui réponde aux besoins saisonniers. Ainsi,

l'offre de lits stationnaires et l'infrastructure fonctionnelle sont réduites en été. Alors que nous gérons deux salles OP en hiver, une seule est nécessaire en été. La seconde n'est utilisée qu'en cas d'indication urgente simultanée. Nous planifions en conséquence de manière flexible dans tous les domaines en appliquant un temps de travail annualisé et en recourant à du personnel saisonnier.

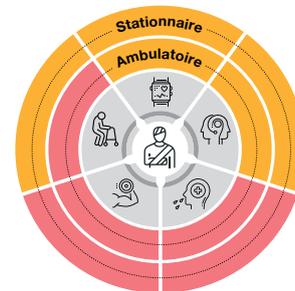
**Olivier Furrer**: du fait de notre taille, la question de la formation et du perfectionnement compte aussi. Sur un campus de santé intégré, nous pouvons rapprocher diverses perspectives – formation d'interniste, formation chirurgicale et soins médicaux de base – qui motivent aussi de bons généralistes et futurs médecins de famille. Nous recrutons ainsi de nombreux collaborateurs parmi les personnes formées dans nos services. De nombreux praticiens établis ont aussi effectué leur formation chez nous. Il en résulte une confiance qui permet une étroite collaboration. À cet égard, il est important de réfléchir aux rôles que peuvent assumer les praticiens établis, conjointement avec l'hôpital, dans un réseau de soins intégré.

### Comment a été conçu le plan du campus de santé «Santé Simme Saane» ?

**Martina Gläsel**: nous avons évalué diverses variantes avec des représentants de la DSSI et de la région Simmental-Saananland. Un développement et le maintien d'une infrastructure hospitalière complète hors saison ne sont pas justifiés. Nous avons donc dû faire preuve d'inventivité et de flexibilité et avons réfléchi aux possibilités de maintenir une offre économique. Certes, nous n'y sommes pas encore complètement parvenus, mais si nous considérons uniquement l'hiver, l'hôpital est très rentable. Nous avons fait un grand pas en avant avec la flexibilisation.

### Quelles prestations sont nécessaires pour qu'un campus de santé intégré puisse fonctionner ?

**Olivier Furrer**: pour nous, les urgences sont déterminantes. On y décide de ce qui peut être traité à l'hôpital de Zweisimmen et des cas qui doivent être transférés. Par ailleurs, il faut des soins médicaux de base (praticiens établis) complétés par une offre allant des examens diagnostiques et ambulatoires (consultations) jusqu'à la chirurgie ambulatoire.



## Spoke 4: prestataire de base intégré

Une offre ambulatoire et stationnaire en soins somatiques aigus avec un service de soins intensifs permet d'assurer les soins d'urgence dans la région. Un service de réadaptation peut y être ajouté.

### Rôle au sein du modèle «hub and spoke»

Ce modèle se distingue par des soins de base complets d'un seul tenant avec des soins d'urgence 24h/24 et 7j/7. Le campus intègre d'autres prestations comme la réadaptation (gériatrique), des thérapies et un service d'aide et de soins à domicile. Ce spoke doit desservir au moins 70 000 à 100 000 habitants, ce qui signifie qu'il convient à des agglomérations et à des villes de taille modeste. Comme précédemment, les cas très complexes sont transférés au hub. Le spoke peut décider des affectations au sein du réseau, notamment en fonction des spécialisations.

En regroupant les offres stationnaires, le spoke atteint une taille critique permettant de justifier des prestations de base fixes et d'exploiter efficacement aussi les fonctions de soutien comme la cuisine et l'hôtellerie. Le prestataire de base intégré ne peut pas couvrir tous les domaines spécialisés, ce qui explique qu'un transfert de capacité n'est possible qu'à certaines conditions pour des raisons de qualité. Il est ainsi imaginable que le spoke n'exploite pas lui-même le service de réadaptation, mais l'externalise. Si les conditions sont réunies et que les processus sont efficaces, une marge EBITDAR de 8 % à 10 % est réalisable.

### Chiffres-clés

Ressources			
150-200	Médecins	500-600	Autres effectifs médicaux
✓	Diagnostic étendu	60-70	Salles d'examen
5	Salles d'opération	150-200	Lits stationnaires
✓	Intermediate Care (IMC)	✓	Soins intensifs

### Chiffres-clés en matière de prestations et finances

8-12	Cas stationnaires, en milliers	150-200	Produits, en CHF mio
100-300	Consultations ambulatoires, en milliers	8-10	Objectif de marge EBITDAR, en %

### Facteurs d'innovation d'un prestataire de base intégré



#### Regroupement des compétences et ressources

Un hôpital de soins aigus ne peut guère envisager une exploitation efficace s'il a moins de 10 000 cas stationnaires. S'il s'associe à une réadaptation stationnaire, les patients peuvent bénéficier d'une prise en charge de bout en bout. Par ailleurs, le regroupement du personnel de soins et l'exploitation commune des services d'hôtellerie et de restauration permettent d'améliorer l'efficacité. Il en va de même pour l'association avec un EMS ou un service psychiatrique.



#### Pilotage du système en tant que hub régional

Le prestataire de base intégré est un hub régional qui complète le hub. Outre les soins d'urgence régionaux, il est ainsi également possible de piloter les soins dans une région en intégrant les médecins établis, les établissements de soins ambulatoires et stationnaires et d'autres intervenants.



#### Modèle de soins échelonnés

Par rapport au hub, le prestataire de base intégré se focalise sur les cas plus simples. Il peut ajouter une spécialisation. Celle-ci se limite toutefois aux domaines spécialisés à faible caractère interdisciplinaire. Les cas complexes et plus rares sont concentrés au hub pour atteindre le nombre de cas minimum prescrit à l'échelon cantonal.



## Cas pratique : cliniques Valens

Le **D<sup>r</sup> Till Hornung**, CEO des cliniques Valens, explique les raisons pour lesquelles son institution se focalise sur les soins intégrés et les soins proches de ceux d'un hôpital de soins aigus. Les cliniques Valens interviennent sur le marché de la réadaptation avec plusieurs sites stationnaires et ambulatoires. Depuis l'acquisition de la clinique Gais, elles comptent près de 500 lits de réadaptation et emploient plus de 1100 personnes. Une priorité stratégique des cliniques Valens est de collaborer avec le Triemlispital (Zurich), dont le site doit bientôt accueillir une clinique de réadaptation de 120 lits. Il est prévu que les cliniques Valens assurent l'exploitation de cette clinique.

### De quels changements structurels le secteur suisse de la santé a-t-il besoin ?

L'avenir du secteur de la santé doit passer par une intégration et une combinaison des offres existantes. Les besoins des patients sont trop peu pris en compte actuellement. Pour simplifier, il existe deux groupes de patients :

D'une part, la majeure partie de la population est en bonne santé. Dans la mesure du possible, ces personnes doivent pouvoir bénéficier de soins ambulatoires, à bas seuil et peu invasifs. En font par exemple partie les opérations ambulatoires ou les renseignements numériques sur les diagnostics ou la prévention. Pour ces personnes, le secteur de la santé devrait en outre être fortement axé sur la promotion des compétences en matière de santé. Pour le dire de manière un peu exagérée, ces personnes ne devraient (presque) jamais franchir la porte d'un hôpital, mais (presque) toujours être prises en charge sur un campus de santé ambulatoire.

D'autre part, une part plus restreinte de la population a besoin de soins plus conséquents. Il s'agit de personnes souffrant d'une maladie chronique et de patients multimorbides. Ces patients doivent être identifiés au plus tôt et bénéficier d'un accompagnement complet. Des offres préventives, comme un coaching concernant l'alimenta-

tion, l'exercice physique, la gestion des maladies chroniques, ou l'accompagnement précoce en réadaptation peuvent être très précieux. Des soins d'accompagnement sont nécessaires dans ces cas. Cette prise en charge intégrée complète devrait de plus en plus être effectuée par du personnel non médical spécialisé.

À l'heure actuelle, le secteur suisse de la santé n'est axé ni vers les personnes en bonne santé, ni vers les patients multimorbides. Pour une grande partie de la population, les structures de santé sont surdimensionnées et trop coûteuses, alors que pour les patients multimorbides, elles semblent souvent trop peu complètes, notamment en ce qui concerne la prise en charge professionnelle précoce.

### Quels sont les facteurs de succès des coopérations dans le secteur de la santé ?

Fondamentalement, les coopérations sont la voie à suivre. Un facteur de succès déterminant est la mise en réseau ou l'interconnexion entre les soins de base et la médecine spécialisée. Nous avons par exemple eu un patient souffrant de fortes céphalées et qui avait déjà un long passé de douleurs. Grâce à notre expérience, nous avons pu le référer au bon spécialiste. Les soins de base intégrés doivent garantir l'accès à la médecine spécialisée et associer si nécessaire les experts correspondants.

### Dans quelle mesure les cliniques Valens correspondent-elles au modèle «hub and spoke» ?

Nous nous considérons d'une part comme des prestataires spécialisés en réadaptation, donc comme un hub pour tous les cas lourds de réadaptation. D'autre part, nous recherchons la proximité avec les hôpitaux de soins aigus et souhaitons coopérer en tant que spoke pour les soins de base intégrés. La proximité est par exemple envisagée avec un concept «shop in shop». Nous avons établi des coopérations dans les cantons d'Appenzell, des Grisons et de Saint-Gall, et nous envisageons d'autres coopérations, par exemple avec le Triemlispital à Zurich.

## Modules complémentaires pour concevoir un spoke

Les quatre modèles de spokes sont des configurations prototypiques avec divers points d'ancrage pour d'autres prestations. Dans tous les spokes, l'offre médicale pourrait s'assortir d'une pharmacie, d'un point de contact pour le service d'aide et de soins à domicile, d'un service psychiatrique, d'autres cabinets spécialisés ou d'un cabinet dentaire. En outre, des offres en matière de prévention, comme un centre de fitness ou des thérapies médicales, sont envisageables. Nos modèles de spokes se focalisent sur les soins somatiques aigus. Les responsables peuvent cependant choisir une autre spécialisation.

Un regroupement judicieux des modules dans un spoke se base sur les besoins des patients et de la région (cf. illustration 6). Par ailleurs, il faut une combinaison médicale ciblée des offres concernées afin que le patient en tire une plus-value.

L'intégration et le regroupement des offres médicales présentent d'autres avantages économiques. En effet, des prestations de base fixes partagées comme la restauration, l'hôtellerie ou l'administration peuvent être réalisées sur un campus de santé étendu et sont adéquates sur les plans économiques et opérationnels.

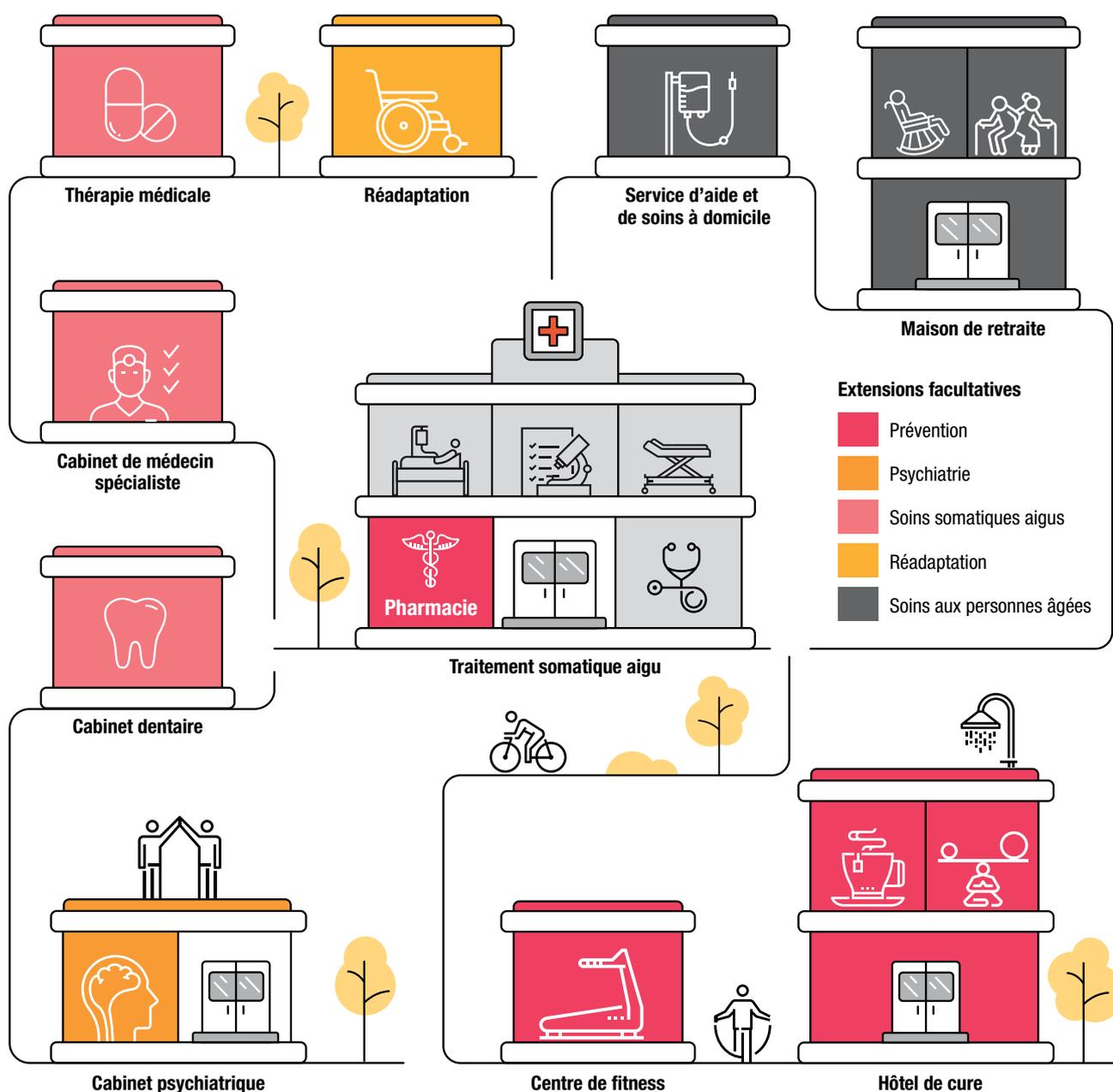


Illustration 6 : la conception modulaire d'un spoke offre diverses combinaisons possibles



## Mesures recommandées aux prestataires

Le secteur de la santé reste en mutation et sera de plus en plus résolument organisé en réseaux. Compte tenu de ces évolutions, la question qui se pose est de déterminer ce que les prestataires peuvent faire concrètement pour se préparer aux défis à venir. Nous recommandons donc aux décideurs des prestataires de prendre les mesures suivantes.

- ▶ Définissez un **objectif pour votre entreprise**. Vous devriez aussi tenir compte des besoins et des structures en réseau actuelles et potentielles:
  - Sur la base de décisions entrepreneuriales orientées sur les avantages pour les patients et prescripteurs, définissez votre rôle dans le modèle de soins échelonnés et exercez-le systématiquement.
  - Adaptez les modèles typiques aux spécificités de votre région. Basez-vous sur les besoins actuels et prévus et tenez compte du virage ambulatoire plus marqué et de la pénurie de main-d'œuvre qualifiée.
- ▶ Vérifiez les **possibilités de coopération et les offres interdisciplinaires**:
  - Examinez les possibilités de coopération pertinentes et l'apport de compétences en dehors de votre cœur de métier.
  - Renforcez les compétences réunies au sein du réseau.
- ▶ Poursuivez courageusement votre **transition**:
  - Suivez la formation de réseaux et adaptez votre établissement aux besoins.
  - Expliquez les raisons de votre transition aux collaboratrices et collaborateurs ainsi qu'au public.
- ▶ **Lancez des offres innovantes**, même si la réglementation actuelle y est défavorable:
  - Même si les modèles présentés ne permettent pas encore d'obtenir un succès financier immédiat (p. ex. en raison de tarifs ambulatoires trop bas), vous devriez aborder votre transition de manière résolue afin d'être prêt à relever les futurs défis.

# Partie III

## Répercussions quantitatives de l'approche « hub and spoke »

Sur la base des types de prestataires décrits dans la partie II, nous analysons à titre indicatif les répercussions quantitatives sur le système dans son ensemble. Imaginons un avenir dans lequel l'approche « hub and spoke » a été mise en œuvre. Il va de soi que de tels bouleversements ne se produisent pas du jour au lendemain. Nous considérons plutôt qu'il s'agit d'un projet générationnel qui s'inscrit sur le long terme. Il est donc d'autant plus important de discuter et de représenter schématiquement les répercussions quantitatives d'un tel modèle.

Pour cela, nous avons développé un modèle de simulation. Notre modèle ne prétend pas illustrer de manière complète la complexité de la formation d'un « hub and spoke ». Il ne reflète pas non plus les dépenses nécessaires pour cette transition et adopte une approche généraliste en lien avec les changements fondamentaux de la société ou de la médecine (p. ex. virage ambulatoire, croissance de la population, progrès médical). Malgré tout, il est possible d'en tirer des tendances indicatives et des ordres de

grandeur pouvant être atteints dans un système concerté de façon optimale.

Les calculs se rapportent en premier lieu aux prestataires de soins somatiques aigus. Les effets seraient nettement plus précis si nous considérions l'ensemble du marché de la santé. Le modèle de simulation ainsi que les paramètres retenus sont fondés sur un secteur de la santé concerté à un haut niveau – que cela soit sur la base d'une planification centrale ou en raison d'incitatifs correspondants. Des incitatifs ciblés et une réglementation adéquate peuvent favoriser les développements voulus.

Il va de soi qu'il existe déjà des modèles alternatifs et des niches à chaque niveau des prestations fournies. Les résultats servent d'illustration générale des possibles répercussions d'un modèle « hub and spoke » et peuvent ainsi alimenter de plus amples discussions. Pour obtenir les résultats du modèle, nous avons procédé en trois étapes (cf. illustration 7). Elles structurent cette partie :



Illustration 7 : procédure de modélisation d'une approche « hub and spoke » en trois étapes

### Classification des hôpitaux de soins aigus actuels en hubs et spokes

Pour nos calculs, nous avons pris en compte dans notre modèle, sur la base de critères clairs, 158 des 281 sociétés hospitalières citées dans les « Chiffres-clés des hôpitaux suisses 2018 » de l'Office fédéral de la statistique. Sur la base des sorties stationnaires effectives (2018), nous les avons alors classées dans une catégorie du modèle « hub and spoke ». Cette classification est schématique et sera, dans la réalité, influencée par de nombreux facteurs, par

exemple la population captive, l'évolution démographique de la région, la situation concurrentielle, la disponibilité et l'attrait pour le personnel spécialisé. De plus, le marché connaît une certaine dynamique, de sorte que la classification des hôpitaux pourrait encore changer. Toutefois, la classification effectuée permet des comparaisons et des interprétations.

Le graphique suivant illustre le résultat de la classification des sociétés hospitalières examinées.

### Aperçu des soins somatiques aigus – données effectives 2018 (source: statistiques OFS)

	Hub	Spoke 1	Spoke 2	Spoke 3	Spoke 4	Total
Sorties stationnaires (classification)	plus de 18 000	0-500	500-1500	1500-7000	7000-18 000	
Sociétés hospitalières	21	21	24	54	38	158
<b>Volumes de prestations par société</b>						
Sorties stationnaires	30 302	200	992	3680	10 254	
Consultations ambulatoires	428 123	6203	12173	33 698	121 391	
Journées de soins	177 259	2170	5446	16 587	50 985	
<b>Volumes des prestations au total</b>						
Sorties stationnaires (en milliers)	636	4	24	199	390	1253
Consultations ambulatoires (en milliers)	8991	130	292	1820	4613	15 846
Journées de soins (en milliers)	3722	46	131	896	1937	6732
<b>Infrastructure au total</b>						
Lits en soins aigus	12 114	204	568	3485	6555	22 926
Services d'urgence	21	6	8	36	35	106
Salles d'opération	476	15	58	206	258	1013
Services de soins intensifs	21	1	1	13	32	68
Salles d'accouchement	136	0	2	66	122	326
<b>Nombre de collaborateurs</b>						
Total d'équivalents plein temps	85 558	938	3355	16 908	36 371	143 131
Ø d'équivalents plein temps par société	4074	45	140	313	957	5529

Illustration 8 : répartition des hôpitaux de soins aigus actuels en hubs et spokes

Dans l'ensemble, les **hôpitaux de soins aigus modestes** (spokes 1 et 2), moyens (spokes 3) et grands (spokes 4 et hubs) représentent chacun environ un tiers de notre jeu de données.

Il apparaît que les hôpitaux de soins aigus modestes fournissent moins de 3 % des prestations stationnaires ou ambulatoires. Il en va de même pour les personnes qui y sont engagées (en équivalents plein temps) ainsi que pour les lits exploités, qui ne sont que marginalement plus élevés proportionnellement aux volumes pour l'ensemble de la Suisse. En revanche, 14 des 45 prestataires dans des spokes 1 ou 2 gèrent un service d'urgence. Dans l'ensemble, 73 salles d'opération se trouvent dans des spokes 1 ou 2, soit 13 % et 7 %, respectivement, des capacités disponibles en Suisse.

Les **hôpitaux de soins aigus de taille moyenne** (spokes 3) regroupent près d'un tiers des entreprises examinées. Alors que celles-ci ne fournissent que 11 % à 16 % des prestations, elles gèrent 34 % des services d'urgence et 20 % des salles d'opération suisses.

Les **grands hôpitaux de soins aigus** (spokes 4 et hubs) traitent entre 82 % et 86 % des patients ambulatoires et stationnaires et emploient environ 85 % du personnel. Collectivement, ils ne gèrent toutefois que 53 % des services d'urgence et 72 % des salles d'opération de Suisse. Ces hôpitaux se distinguent donc déjà très nettement des autres établissements de soins aigus stationnaires. En règle générale, les hubs sont en moyenne environ

deux fois plus grands que les spokes 4. Conformément à nos catégories de taille, 21 hôpitaux de soins aigus sont considérés comme des hubs, ce qui nous semble être un nombre approprié pour la Suisse. Ils incluent des prestataires tant publics que privés.

Les charges de personnel moyennes par équivalent plein temps ont tendance à augmenter avec la taille de l'hôpital. Cela s'explique par l'offre de prestations et aussi par des différences d'ordre géographique (urbain/rural). Enfin, les divers établissements examinés présentent un Skill Grade Mix (cf. Partie I) similaire et typique pour les hôpitaux.

Notons que les prestataires de tous les spokes proposent des lits de soins aigus, des services d'urgence, des salles d'opération et des services de soins intensifs. L'évaluation qui précède est passablement vulgarisée. Il est évident que des infrastructures d'hôpitaux plus modestes ne sont pas comparables, en termes de taille et de coûts, à celles d'établissements plus grands. En outre, certains prestataires occupent des niches légitimes qui justifient des infrastructures spéciales. Cependant, ces infrastructures induisent souvent des coûts fixes et ultérieurs significatifs ainsi que des investissements d'exploitation et de renouvellement. Il en va de même pour l'exploitation de plusieurs sites, qui demanderait une analyse détaillée des soins offerts dans les diverses régions et des différentes offres de prestations. Dans notre étude de 2018<sup>26</sup>, nous avons indiqué qu'en théorie, une cinquantaine d'hôpitaux de soins aigus garantirait la couverture des besoins en Suisse.

## Résultat du paramétrage

Le paramétrage des 158 sociétés hospitalières classifiées conformément aux chiffres-clés en matière de prestations figurant au chapitre « Quatre modèles flexibles de spokes intégrés » permet d'obtenir une structure « hub and spoke » schématique. La base de données de référence est encore celle de l'année 2018. De plus, nous n'avons pas intégré de facteurs d'évolution, comme la croissance de la population, car l'horizon temporel dans lequel une telle considération pourrait s'inscrire n'apparaît pas encore clairement. Toutefois, les calculs précédents suggèrent que les répercussions de la croissance de la population, de l'évolution démographique et du virage ambulatoire sur le nombre de cas stationnaires devraient se compenser.<sup>27</sup>

Alors que les volumes des prestations des spokes 1 à 3 (selon les descriptions citées dans la partie II) sont des ordres de grandeur à viser selon nous, les valeurs pour les spokes 4 et les hubs sont des moyennes réelles que nous avons extrapolées à toute la Suisse. À cet égard, il convient de mentionner qu'un spoke 4 peut tout à fait jouer le rôle de hub régional sans forcément répondre aux critères de taille d'un hub (cf. explications à la p. 26). Toutefois, nous sommes convaincus qu'un spoke 4 nécessite au moins 5000 cas somatiques aigus pour assumer les prestations de base fixes correspondantes, et

que, pour assurer une viabilité financière probable à long terme, il faudrait plutôt pouvoir compter sur une prise en charge de plus de 10 000 cas stationnaires (p. ex. en ajoutant un service de réadaptation).

Selon l'illustration 8, 24 sociétés relèvent de la catégorie des spokes 2 conformément à notre définition. Nous considérons qu'il ne faudrait qu'une quinzaine de tels centres d'opération pour atteindre le taux d'utilisation élevé requis en Suisse. Nous avons donc réduit leur nombre et, parallèlement, augmenté de 9 celui des spokes 1 pour le porter à 30.

Le tableau ci-après indique les chiffres-clés pour les différents hubs et spokes et, dans une approche modélisée, les chiffres pour toute la Suisse selon le nouveau modèle de soins. Nous avons donc ajouté deux colonnes avec les divergences par rapport à 2018. Pour la simulation du modèle « hub and spoke », nous tablons sur le même nombre de sociétés hospitalières de soins aigus à l'avenir.<sup>28</sup> Comme mentionné, nous n'avons pas modifié les volumes globaux de prestations stationnaires et ambulatoires, mais seulement procédé à une reclassification des prestataires. Il est possible d'en déduire des indications d'ordre quantitatif par type de prestataire sur la base des exigences en ressources de personnel et d'infrastructure.

### Vue d'ensemble des soins somatiques aigus

	Hub	Spoke 1	Spoke 2	Spoke 3	Spoke 4	Total	Écart	
Sorties stationnaires (classification)	33 100	0	200	2000	11 800			
Sociétés hospitalières	21	30	15	54	38	158	0	0%
<b>Volumes de prestations par société</b>								
Sorties stationnaires	33 100	0	200	2000	11 800			
Consultations ambulatoires	421 000	12 000	18 000	35 000	118 000			
Journées de soins	177 078	0	200	8000	52 772			
<b>Volumes des prestations au total</b>								
Sorties stationnaires (en milliers)	694	0	3	108	448	1253	0	0%
Consultations ambulatoires (en milliers)	8842	360	270	1890	4484	15 846	0	0%
Journées de soins (en milliers)	3714	0	3	432	2001	6150	-581	-9%
<b>Infrastructure au total</b>								
Lits en soins aigus	12 114	0	75	1620	6555	20 364	-2562	-11%
Services d'urgence	21	0	0	27	38	86	-20	-19%
Salles d'opération	476	0	30	162	258	926	-87	-9%
Services de soins intensifs	21	0	0	0	38	59	-9	-13%
Salles d'accouchement	136	0	0	66	122	324	-2	-1%
<b>Nombre de collaborateurs</b>								
Total d'équivalents plein temps	85 558	651	1370	9716	36 371	133 667	-9464	-7%
Ø d'équivalents plein temps par société	4074	22	91	180	957	5324		

Illustration 9 : répartition des hôpitaux de soins aigus en hubs et spokes selon l'exemple de structure en réseau

L'analyse appliquée aux sociétés hospitalières n'est pas tout à fait correcte en termes de réflexion critique. Il serait plus précis de procéder à une analyse par site, ce qui est impossible en l'absence des données correspondantes. Ainsi, l'analyse classe par exemple incorrectement les prestataires qui fonctionnent déjà selon un modèle «hub and spoke» ou qui visent un tel modèle. Les quatre régions hospitalières du canton de Saint-Gall constituent un exemple probant. Pour chaque région hospitalière, une société est indiquée. Toutefois, l'hôpital Grabs dans la région hospitalière Rheintal-Werdenberg-Sarganserland est conçu comme un spoke 4, et les autres sites comme des spokes 1, dans la vision de la stratégie hospitalière du conseil d'administration et du gouvernement. Il en va de même pour d'autres groupes hospitaliers, dont les modèles de spokes ne sont pas identifiables dans la base de données disponible.



Afin de calculer les effets, nous avons établi un compte de résultat succinct par entreprise. Ces chiffres servent ensuite de base à l'extrapolation. Les hypothèses mentionnées en matière de prestations constituent la base des comptes de résultat. En ce qui concerne les coûts, nous avons enregistré, pour chaque niveau de soins, un mix de personnel et les frais d'exploitation typiques.

Sur la base de calculs bottom-up, il résulte une marge EBITDAR d'environ 10 %, voire plus, pour tous les prestataires de spokes 1. Cela correspond à nos réflexions de

longue date sur la marge-cible permettant une exploitation financièrement durable d'un hôpital. Nous sommes conscients qu'outre des modèles d'exploitation bien ajustés et des mesures améliorant l'efficacité, il est nécessaire que la réglementation et la tarification ne contrebalancent pas les gains d'efficacité. Ce n'est qu'ainsi que des marges EBITDAR cibles, qui sont supérieures aux marges EBITDAR atteintes par la majorité des hôpitaux suisses, peuvent être réalisées.

#### Compte de résultat, en CHF mio – exemple

	Hub	Spoke 1	Spoke 2	Spoke 3	Spoke 4
Produits stationnaires	441,6	0,0	1,3	17,0	125,1
Part en %	64,6%	0,0%	6,8%	45,5%	66,8%
Produits ambulatoires (y c. centre OP)	160	4,8	15,3	15,9	39,9
Part en %	23,4%	75,0%	81,3%	42,6%	21,3%
Produits divers	81,6	1,6	2,2	4,5	22,4
Part en %	11,9%	25,0%	11,9%	11,9%	11,9%
<b>Chiffre d'affaires total</b>	<b>683,2</b>	<b>6,4</b>	<b>18,8</b>	<b>37,3</b>	<b>187,4</b>
Charges de personnel	-444,1	-3,2	-12,1	-24,7	-123,1
En % du chiffre d'affaires	65,0%	49,5%	64,5%	66,2%	65,7%
Frais d'exploitation	-170,8	-2,4	-4,7	-9,3	-46,8
En % du chiffre d'affaires	25,0%	38,0%	25,0%	25,0%	25,0%
<b>EBITDAR</b>	<b>68,3</b>	<b>0,8</b>	<b>2,0</b>	<b>3,3</b>	<b>17,4</b>
Marge EBITDAR	10,0%	12,5%	10,5%	8,8%	9,3%
Loyers, amortissements, intérêts	-41,0	-0,4	-1,3	-2,6	-11,2
En % du chiffre d'affaires	6,0%	7,0%	7,0%	7,0%	6,0%
<b>Bénéfice net</b>	<b>27,3</b>	<b>0,4</b>	<b>0,7</b>	<b>0,7</b>	<b>6,2</b>
Marge de bénéfice net	4,0%	5,5%	3,5%	1,8%	3,3%

Illustration 10 : exemples de comptes de résultat des hubs et spokes (valeurs moyennes)

## Extrapolation des effets

Globalement, nous supposons que le nombre de journées de soins est dans l'ensemble en recul. Nous partons du principe qu'en raison des capacités réduites des spokes 1 à 3, les cas qui n'y sont plus traités sont transférés pour moitié vers les hubs et les spokes 4. Dans le modèle de simulation, nous avons en outre considéré que la durée de séjour dans les hubs et spokes 4 est inférieure de 0,5 jour à ce qui est le cas aujourd'hui. Cette hypothèse repose sur plusieurs bases. Relevons que dans la plupart des pays européens limitrophes, la durée de séjour est déjà plus courte qu'en Suisse, surtout dans les structures hospitalières de plus grande taille. Par ailleurs, nous considérons qu'un regroupement supplémentaire des traitements, qui résulterait d'une application systématique d'un modèle « hub and spoke », améliorera l'efficacité des traitements, entraînant une légère diminution de la durée de séjour moyenne. Une gestion cohérente de la durée du séjour et des cas y contribue également. Malgré le virage ambulatoire accentué ces dernières années, un autre argument est que la durée de séjour moyenne diminue nettement (de 5,6 à 5,39 jours pour tous les cas somatiques entre 2015 et 2018). Nous devons ici revoir notre hypothèse conservatrice de l'étude « Santé financière 2017 » et suivre un scénario où les jours de traitement sont en forte baisse.

Il ne s'agit que d'une manière de considérer la situation. À titre alternatif, il se peut également que l'occupation dans les grands hôpitaux (hubs et spokes 4) dépasse sensiblement les 85 % supposés dans le modèle en raison de l'optimisation des processus et qu'une occupation plus élevée, d'un peu plus de 90 %, soit atteinte. Dans ce scénario, la réduction de la durée de séjour pourrait aussi être un peu plus modérée.

Dans l'ensemble, la concentration des cas stationnaires devrait, selon notre modèle de calcul, permettre une réduction théorique le nombre de lits de soins aigus de quelque 2560 ou 11 %. Comme les services d'urgence ou de soins intensifs ne sont pas nécessaires dans les spokes 1 ou 2, et que seuls 50 % des spokes 3 doivent être dotés d'urgences, les premiers peuvent être réduits de 20 unités (19 %) et les spokes 3 de 9 unités (13 %). En revanche, les infrastructures actuelles des services d'urgence et de soins intensifs sont renforcées aux hubs. En ce qui concerne les salles d'opération, il y aurait aussi une réduction de quelque 90 unités ou 10 %, même en tenant compte des 30 salles d'opération requises pour les centres d'opération ambulatoires dans les 15 spokes 2. Pour les salles d'accouchement, nous n'avons effectué que des changements minimales dans les spokes 2, avec la restriction qu'un spoke 3 qui gère un service de néonatalogie doit se spécialiser dans ce domaine et que les prestations de base fixes se multiplient en conséquence.

Sur la base des exigences concernant les ressources en personnel, nous pouvons formuler les hypothèses suivantes : si les spokes 4 et les hubs parviennent à gérer les cas stationnaires qui leur sont attribués en plus (en cas de réduction de la durée de séjour moyenne, comme vu précédemment) avec leurs ressources humaines actuelles, quelque 9500 équivalents plein temps ou 7 % du personnel actuel pourraient théoriquement être affectés à d'autres tâches ou travailler dans d'autres domaines du secteur de la santé. Il est plus réaliste que les spokes 4 et les hubs augmentent leur personnel de 30 %, pour atteindre 50 % du potentiel d'optimisation, afin de traiter les cas supplémentaires. Même ainsi, les chiffres restent élevés avec 4750 à 6300 équivalents plein temps. Eu égard à la croissance des volumes des prestations qui se dessine ces prochaines années, il s'agit d'un problème urgent, qui vient s'ajouter à celui de la formation systématique de la nouvelle main-d'œuvre qualifiée. Le besoin supplémentaire en personnel infirmier calculé par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) à l'horizon 2030 de 65 000 personnes pourrait ainsi être réduit d'au moins 7 % à 10 % environ.<sup>29</sup>

L'analyse des effectifs et des charges de personnel montre que la structure salariale change dans l'approche « hub and spoke ». Dans la classification de la situation actuelle en hubs et spokes, le salaire moyen augmente avec la taille de l'entreprise, mais le contraire se produit avec l'approche « hub and spoke ». En conséquence, cela signifie que des médecins doivent surtout être engagés dans les petites structures et complétés par un nombre croissant d'autres spécialistes médicaux et collaborateurs spécialisés en fonction de la taille de l'unité d'exploitation. Proportionnellement, l'objectif est que les médecins soient engagés deux fois plus souvent dans des spokes 1 (37 %) que dans des spokes 4 (19 %).<sup>30</sup>



## Bilan et interprétation

Notre analyse quantitative du modèle schématique « hub and spoke » met en évidence deux grands domaines présentant un potentiel :

### Infrastructure

Il est théoriquement possible de réduire le nombre de lits stationnaires dans les spokes 1 à 3 d'environ 2560, ou 11 %, tout en garantissant le traitement des patients. Pour cela, nous supposons une réduction de la durée de séjour moyenne de 0,5 jour pour les spokes 4 et les hubs. Ainsi, ceux-ci peuvent admettre les cas stationnaires sans que le taux d'occupation dépasse 85 %. À titre alternatif, en cas de réduction moindre de la durée de séjour, une augmentation de l'occupation est aussi possible en améliorant les processus.

Les limites de l'indicateur « Frais d'investissement par lit de soins aigus » ont déjà été souvent discutées. Toutefois, ce chiffre permet des estimations impressionnantes sur un cycle d'investissement complet : si, au cours du prochain cycle d'investissement (20 années), 2560 lits ou l'infrastructure spatiale qu'ils mobilisent ne doivent pas être remplacés ou créés, il en résulte un potentiel d'économie purement lié à l'infrastructure de CHF 2,6 à 3,1 milliards sur la base d'un montant d'investissement souvent cité de CHF 1,0 à 1,2 million par lit de soins aigus. Nous évaluons de manière similaire la situation

concernant les urgences hospitalières et les salles d'opération. Leur augmentation entraîne inévitablement une hausse des coûts. Mais si le taux d'occupation s'élève, de telles infrastructures sont tout à fait judicieuses. Toutefois, les hôpitaux se plaignent souvent qu'un nombre croissant de patients accèdent au système de santé en passant par les urgences, qui sont coûteuses. Les services d'urgence sont systématiquement surchargés en période de pointe mais affichent dans l'ensemble une occupation assez faible en dehors des périodes nocturnes et des week-ends. Dans notre modèle « hub and spoke », les spokes 1 et 2 ne gèrent plus de service d'urgence, cette fonction étant assumée par des hôpitaux de plus grande taille. Tous les spokes 4 et les hubs disposent d'un service d'urgence, contre seulement 50 % des spokes 3.

Nous n'avons pas estimé les répercussions d'une suppression de 20 services d'urgence (19 %) ou d'une diminution de 13 % et 9 %, respectivement, des services de soins intensifs et des salles d'opération. Indéniablement, les chiffres sont considérables à long terme. Même si la Suisse peut se permettre des investissements élevés dans les infrastructures du secteur de la santé, les moyens à disposition doivent être engagés de la manière la plus ciblée et utile possible, conformément aux critères EAE (cf. Partie IV).



## Effacité opérationnelle et engagement du personnel

Outre le levier afférent à l'infrastructure, un potentiel important réside dans les procédures et l'efficacité opérationnelle optimisées, de même que dans l'engagement du personnel qui en résulte. Nous considérons qu'en raison du transfert et de la spécialisation des offres, la rentabilité des différents modèles peut évoluer à un niveau adéquat à long terme de 10 % environ, voire même plus dans les spokes 1. Cela est principalement lié aux processus optimisés et spécialisés qui découlent d'une focalisation sur l'offre de prestations.

La réduction des prestations de base fixes ainsi que l'amélioration de l'efficacité dans les soins aigus stationnaires (par une augmentation de l'occupation due à une moindre durée de séjour) a aussi des répercussions sur les besoins en personnel. Il est ainsi possible d'atténuer la future pénurie de main-d'œuvre qualifiée en engageant du personnel plus efficace, à hauteur de 4750 à 6300 personnes. Bien que nous quantifions cet effet de manière grossière, la hausse des coûts de santé due au maintien du système actuel pourrait être réduite, en appliquant systématiquement un modèle « hub and spoke », de quelque CHF 550 à 730 millions par an.

Globalement, l'approche « hub and spoke » a de fortes répercussions sur les prestataires actuels que nous avons classifiés comme spokes 1 à 3. Comme nous l'avons mentionné, certains prestataires peuvent occuper des niches. Par ailleurs, les prestataires peuvent à moyen terme passer à un niveau de soins supérieur, et les frontières entre niveaux sont fluides. L'idée sous-jacente est la suivante: en formant encore plus activement des réseaux, les spokes et hubs peuvent en tirer un bénéfice mutuel, et la taille maximale n'est pas un gage de succès. Les expériences récentes liées au Covid-19 ont une fois de plus souligné l'importance d'un secteur de la santé coordonné qui utilise les ressources disponibles de manière flexible et concertée.

L'organisation du système de soins suisse en hubs et spokes est un projet générationnel, mais dès le début de sa mise en œuvre, elle offrirait des avantages aux patients sous forme de soins décentralisés avec une plus grande perméabilité horizontale et verticale et une plus grande spécialisation. Le véritable avantage du système réside dans sa durabilité: si notre système de santé doit absorber des volumes de prestations de plus en plus importants, notamment en ambulatoire, il va atteindre

les limites de ses ressources. Nous supposons que la demande stationnaire restera à son niveau actuel, mais que la croissance de la demande ambulatoire continuera à augmenter, notamment dans le domaine hospitalier.<sup>31</sup> Une croissance de seulement 2 % par an ces 15 prochaines années correspondrait à une croissance cumulée des prestations de 35 %. À une croissance annuelle de 4 % (en ligne avec les dix dernières années), la demande doublerait pratiquement (+80 %) sur 15 ans. En regroupant la demande stationnaire, essentiellement stable à l'avenir, sur des grands sites et en transférant les prestations ambulatoires vers des structures flexibles fortement évolutives, cette croissance peut être maîtrisée et la pénurie de main-d'œuvre médicale spécialisée peut à tout le moins être contrée. Cette pénurie est cependant loin d'être résolue. En Suisse, il existe déjà des infrastructures ambulatoires efficaces, comme l'Hôpital cantonal à Baden avec Kubus, l'Hôpital universitaire de Zurich avec Circle ou les Établissements Hospitaliers du Nord Vaudois avec Daisy. Plusieurs autres projets sont planifiés.

Les calculs précités se rapportent uniquement aux soins somatiques aigus. En outre, nous n'avons intégré à nos calculs aucune des prestations complémentaires décrites, hormis les centres d'opération ambulatoires (spokes 2). Les prestataires de notre base de données ont réalisé un chiffre d'affaires global de quelque CHF 24 milliards en 2018. On imagine aisément les répercussions d'une meilleure intégration dans le secteur suisse de la santé dont le volume global est voisin de CHF 80 milliards.

Le système de santé vise à offrir des soins de la meilleure qualité possible avec les ressources disponibles. Nous sommes persuadés que les réseaux et coopérations dans tous les sous-secteurs, conformément à l'approche « hub and spoke » présentée, peuvent permettre d'atteindre cet objectif plus rapidement et plus économiquement.

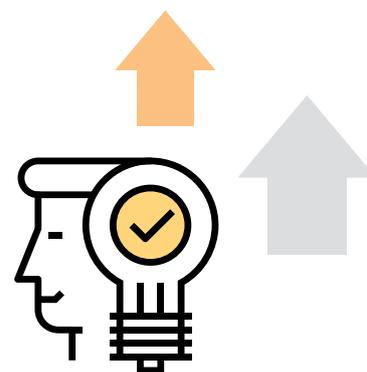
# Partie IV

## Mise en œuvre d'un modèle « hub and spoke »

La Partie IV vise à indiquer comment un modèle « hub and spoke » peut être mis en œuvre. Elle met en évidence des facteurs de succès, examine des modèles de coopération et décrit les principes de base contribuant à une plus grande flexibilisation des soins.

### Facteurs de succès

Comme les cas pratiques le montrent, le secteur de la santé compte d'ores et déjà diverses coopérations, et certains éléments du modèle « hub and spoke » sont réalisés. Les acteurs ont reconnu l'importance des modèles de soins intégrés et y aspirent activement. Les facteurs de succès critiques pour la bonne marche d'une coopération comprennent les aspects suivants.



#### Définir un objectif précis

Une coopération devrait être fondée sur un objectif clair, une vision commune. Il s'agit en l'occurrence d'obtenir une plus-value univoque pour tous les partenaires de coopération et pour les patients.

---

« Pour une coopération, l'objectif et la clarification des rôles des deux partenaires de coopération sont des éléments centraux. Il faut que les deux parties en retirent des avantages clairs. Cette idée de base doit pouvoir être communiquée de manière simple à tout le personnel et à la population. »

---

**HSG Arnold Bachmann**, docteur ès sc. éc.  
HSG, CEO de l'Hôpital cantonal des Grisons

#### Favoriser la proximité, la confiance et l'interaction

La proximité géographique, organisationnelle et de mentalité facilite la mise en place de coopérations. La proximité permet la confiance et l'ouverture réciproque.

---

« La proximité spatiale n'est pas impérative dans le concept de campus, mais elle facilite la concertation substantielle sur le plan médical. En outre, elle offre l'opportunité de couvrir ensemble les coûts de réception, de nettoyage et autres prestations, et de disposer d'une base économique solide. »

---

**Martina Gläsel**, directrice de l'Hôpital de Zweisimmen

## Garantir la connaissance et l'accès à des spécialistes

Les soins échelonnés supposent de ne pas outrepasser ses propres compétences et d'impliquer les bons spécialistes au bon moment.

---

« Désormais, chaque hôpital ou presque dispose de son comité sur les tumeurs. Or, un tel comité dépend de la qualité de ses membres. Dans une telle proportion, impossible de disposer des spécialistes avérés en tout lieu pour répondre à chaque question. Il est donc essentiel que des échelons clairs soient instaurés, de sorte que des cas complexes difficiles soient traités au sein de structures spécialisées de rang supérieur. »

---

**D<sup>r</sup> Till Hornung**, CEO des cliniques Valens

## Coopérer activement

Une coopération fonctionnelle est fondée sur une collaboration active et des échanges réguliers.

---

« Une coopération doit être vécue au quotidien pour être fructueuse. »

---

**Christian Camponovo**, directeur de la Clinica Luganese Moncucco

## Définir des règles claires

Une coopération devrait suivre des règles claires conformes à l'objectif visé. Ces règles permettent de s'assurer que les partenaires de coopération agissent dans un intérêt commun. Selon la situation, cela peut passer par une intégration juridique ou un contrat de coopération.

## Se focaliser sur les besoins de la population

Les coopérations sont des projets axés sur le long terme. Elles doivent se focaliser sur les intérêts des patients. Les conditions-cadre actuelles, qui compliquent la focalisation sur le patient, peuvent évoluer au fil des ans.

---

« Une approche trop fortement concurrentielle nuit à notre système de santé. Les besoins de la population – et non pas les intérêts économiques des prestataires – sont prioritaires. »

---

**D<sup>r</sup> Philippe Schaller**, fondateur du Réseau Delta

## Instaurer une plateforme de communication commune

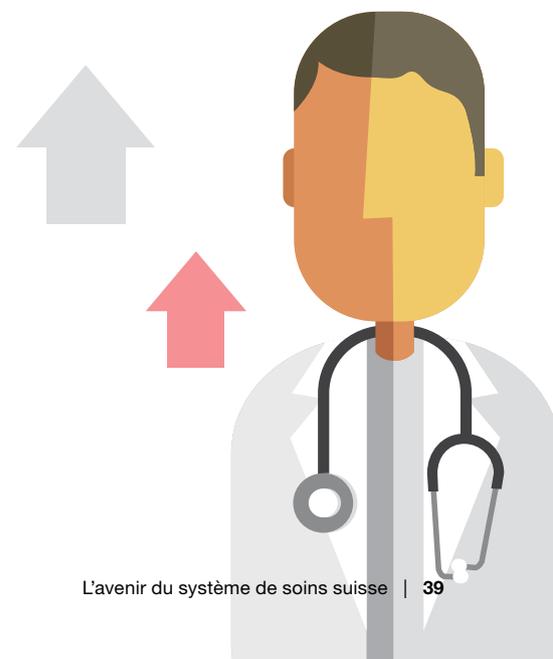
Des coopérations de qualité nécessitent une plateforme commune pour l'échange d'informations. Plus cet échange est facilité, mieux la coopération fonctionne.

---

« Une infrastructure informatique commune est déterminante. Dans un réseau de soins comprenant des médecins et thérapeutes établis, les ruptures de médias actuelles sont pénibles et onéreuses. À cet égard, nous espérons que les impacts positifs liés à la mise en place du dossier électronique du patient se produiront dans les faits. »

---

**Olivier Furrer**, responsable Projets stratégiques Spital STS SA



## Formes de coopération au sein du réseau

En ce qui concerne l'organisation et la structure juridique de la collaboration dans un modèle «hub and spoke», nous distinguons quatre formes de coopération (cf. illustration 11) :

1. La forme de coopération la moins contraignante est la **coopération contractuelle**. L'Hôpital cantonal des Grisons par exemple a opté pour cette forme, car il y voit une plus-value pour les deux parties.
2. Le choix d'une **entreprise commune** permet une meilleure orientation des deux partenaires de coopération, mais entraîne plus de perte de contrôle que dans une coopération contractuelle. La société simple Clarunis est un exemple d'une entreprise commune.
3. Un **concept «shop in shop»** est envisagé par les cliniques Valens au Triemlispital. Les cliniques Valens loueront un espace sur le site du Triemlispital et y exploiteront leur service de réadaptation. Reha Clinic applique également ce modèle, et les exemples sont nombreux (hôpital Limmattal, See-Spital Kilchberg, Hôpital cantonal de Glaris, etc.). Cette forme de coopération convient particulièrement bien à une collaboration interdisciplinaire sur un campus de santé où les deux partenaires ont des profils différents. Par exemple, les cliniques Valens peuvent au besoin assurer un accès à la réadaptation hautement

spécialisée plus facilement que le Triemlispital. Dans le même temps, les deux partenaires de coopération et le patient bénéficient des soins intégrés. Cette forme de coopération suppose une grande confiance mutuelle, car elle implique des investissements considérables.

4. Si une **structure de groupe** est choisie, une pleine intégration à tous les niveaux est possible, ce qui permet d'envisager des synergies. L'organisation en structure de groupe présente l'avantage d'aligner clairement les intérêts internes, et l'inconvénient que les intérêts locaux y sont moins importants du point de vue du groupe. En guise d'exemples typiques de telles structures, citons le groupe Insel, les hôpitaux cantonaux de Bâle-Campagne et Lucerne, qui ont réuni dans un groupe les hôpitaux régionaux auparavant autonomes, ou les groupes de cliniques privées Hirslanden ou Swiss Medical Network.

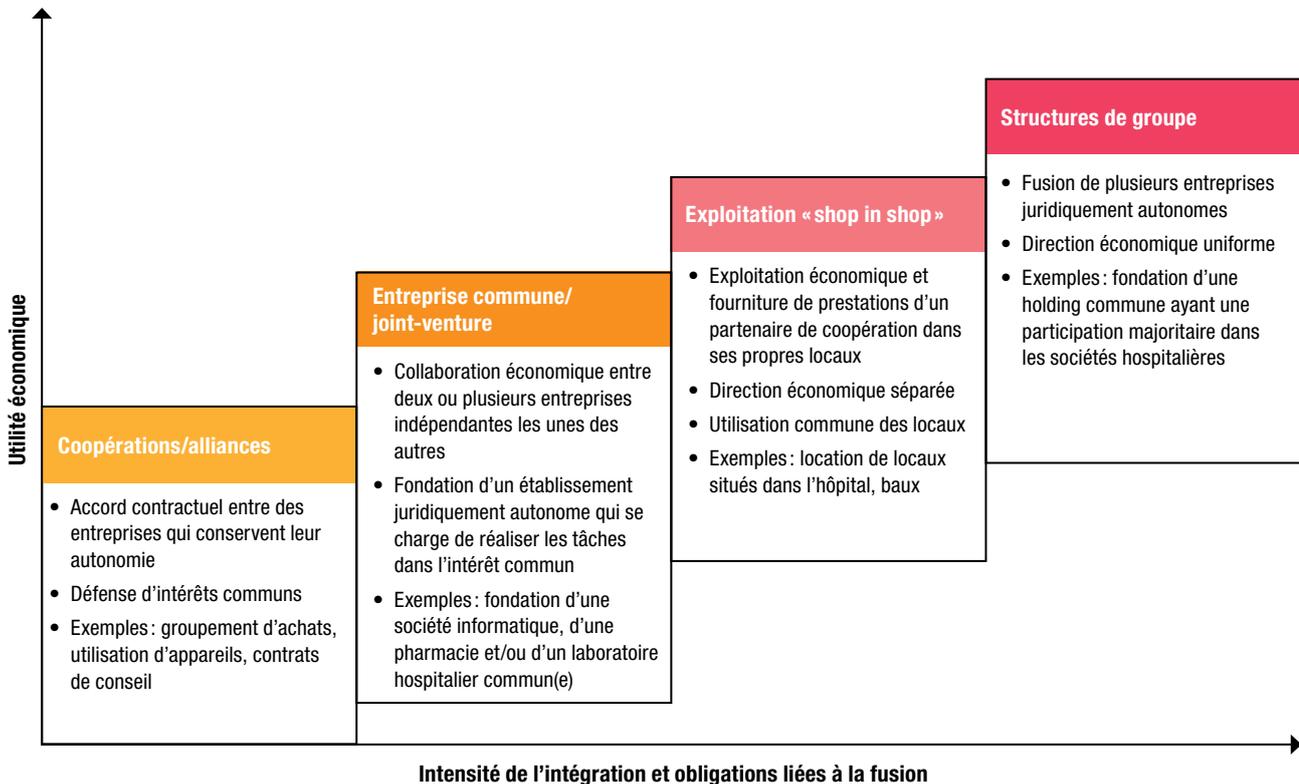


Illustration 11 : les quatre principales formes de coopération

## Principes de base pour flexibiliser davantage les soins

Les conditions-cadre du secteur de la santé devraient encore être améliorées à l'avenir afin de permettre un modèle « hub and spoke » et des modèles d'affaires flexibles à l'échelon national. Le cadre actuellement rigide nécessite donc une certaine flexibilisation. Ce n'est qu'ainsi qu'il sera possible d'obtenir la marge de manœuvre nécessaire pour que le secteur de la santé continue son développement structurel.

De nombreuses mesures politiques actuelles visent à conserver les structures en place. Elles contrent la hausse des coûts du secteur de la santé en traitant les symptômes et non les causes, manifestement à charge de la qualité du traitement (p. ex. initiative pour un frein aux coûts, initiative d'allègement des primes, réforme de la planification hospitalière).

Nous avons formulé ci-après six principes contribuant à flexibiliser le secteur de la santé et à dégager un nouveau potentiel d'optimisation (cf. illustration 12).

**« Il n'y a de réel allègement que si les prestations de base fixes sont aussi orientées sur les besoins, et que la législation autorise une exploitation réduite conforme à la demande, par exemple en ce qui concerne les exigences en matière d'urgence. »**

**Martina Gläsel**, directrice de l'Hôpital de Zweisimmen



Concurrence sur la qualité et non sur les volumes



Réglementation appropriée



Planification hospitalière suprarégionale



Structures tarifaires cohérentes



Marge de manœuvre financière pour l'innovation



Concurrence saine

Illustration 12: six principes de base pour flexibiliser les soins





## Concurrence sur la qualité et non sur les volumes

Avec l'introduction du système DRG, les hôpitaux souhaitent traiter autant de patients que possible. Ainsi, de 2012 à 2017, le nombre de cas stationnaires en soins somatiques aigus a progressé deux fois plus vite que la population en Suisse.<sup>32</sup>

Dans un système de santé axé sur le patient, la qualité et le résultat du traitement priment sur le nombre de traitements. Dans le secteur de la santé, la concurrence est confrontée à un changement de paradigme. La question de la qualité n'a pour l'heure été évaluée que de manière marginale. Dans de nombreux domaines, la question était jusqu'à présent trop complexe. Les ressources des cantons en tant qu'instances de réglementation ou des hôpitaux en tant que prestataires n'ont pas suffi pour aborder la mesure de la qualité dans toute sa complexité. Outre le point de vue médical, il s'agit surtout d'intégrer la perspective du patient. Les Patient Reported Outcome Measures (PROM) mesurent par exemple la fonctionnalité du patient après une opération et la manière dont il se sent. Ici, la perspective subjective du patient prime sur l'estimation par l'hôpital et sur le rôle suprême de l'utilité. Face à un tel bouleversement, la médecine passerait d'un système centré sur le prestataire à un système axé sur le patient. Une mesure qualitative continue en PROM et une évaluation des résultats transparente pour le public permettraient au patient appelé à choisir le prestataire de se décider rapidement en fonction de ses préférences.

Pour de telles mesures, des standards existent déjà, comme l'International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). ICHOM a pour objectif de quantifier les résultats des traitements des patients selon une procédure standardisée à l'échelon mondial (cf. illustration 13).<sup>33</sup> Une concurrence qualitative aurait définitivement une plus grande plus-value pour le patient qu'une extension des volumes.

Certains hôpitaux suisses, par exemple l'Hôpital universitaire de Bâle, ont introduit la mesure qualitative selon l'ICHOM. Une application à vaste échelle et en régie propre des mesures de qualité ICHOM pourrait garantir des soins appropriés. Ainsi, certaines réglementations radicales imposées aux hôpitaux par les pouvoirs publics pourraient être abandonnées.



## Réglementation appropriée

Dans le secteur de la santé, les réglementations qui ne s'attaquent pas aux problèmes de fond mais aux symptômes se multiplient. Au lieu des économies et de l'amélioration de la qualité attendues, il existe le risque que le coût du secteur de la santé augmente de pair avec la détérioration de la qualité.

Le terme « hôpital » devrait par exemple être repensé et redéfini. Grâce au progrès médical et au virage ambulatoire de plus en plus marqué, une forme intermédiaire se développe qui se situe entre un modèle d'affaires ambulatoire/stationnaire et un modèle purement ambulatoire.

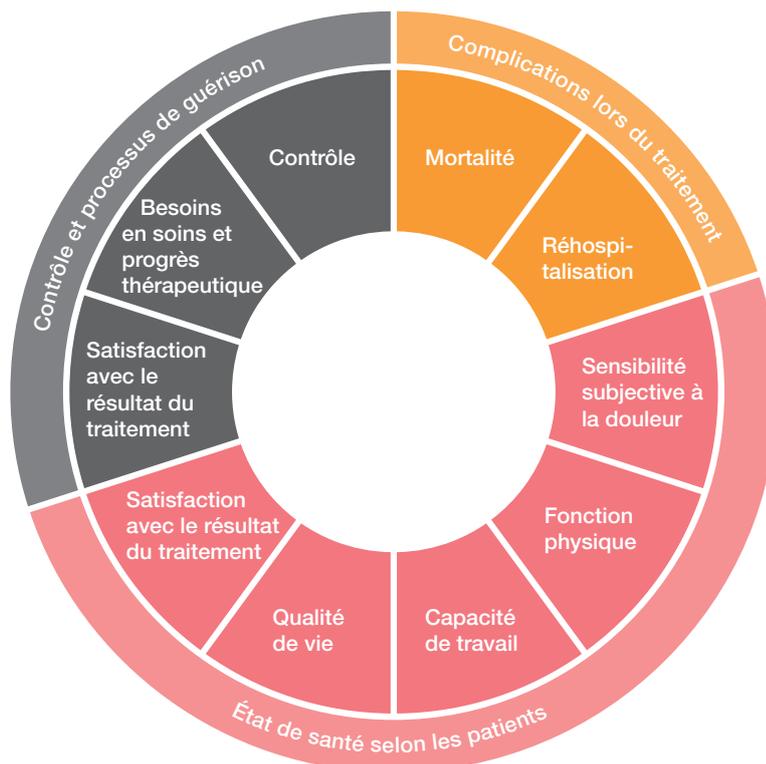


Illustration 13 : catégories ICHOM pour l'ostéoartrrose de la hanche et du genou

Ceux-ci pourraient compléter le système de soins dans des lieux placés stratégiquement (p. ex. dans une gare). On assiste à un virage ambulatoire plus marqué, voire à une séparation entre l'ambulatoire et le stationnaire. Les centres d'opération ambulatoires où un patient peut passer la nuit sont une de ces formes intermédiaires. Mais d'autres définitions rigides doivent également être repensées. Ainsi, un service d'urgence à l'hôpital doit actuellement être ouvert 24h/24 pour être classifié comme tel. Or, des heures d'ouverture plus flexibles au sein d'un réseau offrant des soins échelonnés sont souhaitables et pourraient contribuer à réduire les coûts sans mettre en péril la sécurité des soins. Si l'on détachait le terme « hôpital » de la liste hospitalière pour passer à une approche définie par l'offre médicale, les prestataires auraient la flexibilité nécessaire pour se repositionner sur le marché.



### Planification hospitalière suprarégionale

La planification hospitalière incombe actuellement aux cantons. Ces derniers évaluent les hôpitaux et cliniques et leur octroient des mandats de prestations cantonaux. Ces mandats permettent aux hôpitaux de toucher une contribution cantonale pour les traitements stationnaires.

La planification hospitalière offre une faible marge de manœuvre pour des modèles d'affaires innovants et, pour des raisons de politique locale, est limitée par l'obligation d'avoir une offre conforme aux besoins. Les cantons sont en outre confrontés au virage ambulatoire. Ainsi, la planification hospitalière porte effectivement sur une part toujours plus congrue du système de soins, notamment en ce qui concerne de nouveaux modèles d'affaires focalisés sur l'ambulatoire.

Cela est en outre compliqué par le fait que dans un modèle « hub and spoke », les autorités devraient également effectuer une évaluation suprarégionale. Il convient de s'assurer que la planification hospitalière permet une structure de soins suprarégionale appropriée. Des premières démarches pour regrouper les forces dans les cantons ont déjà été entreprises. Les cantons de Bâle-Campagne et Bâle-Ville par exemple ont formé une région de soins commune. On constate des efforts similaires dans la région de soins du Sântis.



### Cohérence des structures tarifaires

On l'a vu, les tarifs sont l'un des principaux problèmes expliquant le manque d'intégration de divers domaines. Le secteur de la santé requiert des structures tarifaires plus perméables qui favorisent la collaboration. Le problème le plus marquant se situe à la limite entre ambulatoire et stationnaire, où les discussions sur le financement bloquent tout mouvement. Le financement uniforme est une étape nécessaire pour parvenir à la perméabilité.

Il en va de même pour les structures de soins, qui devraient aussi permettre une intégration tarifaire. Des synergies entre des cliniques de soins somatiques aigus et des établissements de réadaptation sont d'ores et déjà mises à profit à bien des égards. Cela fonctionnerait mieux si la tarification pouvait aussi refléter une transition entre unités, selon les besoins, sans abattement pour les étapes médicales indiquées.



### Marge de manœuvre financière pour l'innovation

Un pool d'innovation supplémentaire pourrait soutenir des projets convaincants des prestataires, qui ne sont pas indemnisés ou pas suffisamment indemnisés par le financement actuel. Par exemple, on pourrait implémenter une application Covid-19 avec des fonctions de monitoring pour l'hôpital ou soutenir la réadaptation oncologique à l'interface entre deux systèmes tarifaires. Dès qu'une innovation a fait ses preuves, il faudrait ajuster les structures tarifaires et affecter les moyens du pool d'innovation à d'autres domaines. Aujourd'hui déjà, la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) offre une latitude suffisante pour certaines innovations, et le Conseil fédéral a quant à lui approuvé un article relatif aux projets pilotes qui a été adressé aux Chambres fédérales. La mise en œuvre de solutions innovantes et réalistes va rester difficile malgré l'article relatif aux projets pilotes.



### Saine concurrence

Dans le secteur suisse de la santé, il y a distorsion de la concurrence à plusieurs égards. Ainsi, le financement des hôpitaux par le baserate ou les prestations d'intérêt général (PIG) diffère parfois considérablement. Les hôpitaux sont soutenus financièrement par les cantons par l'intermédiaire des PIG. En 2016, ces contributions financières cantonales étaient d'environ CHF 950 par patient.<sup>34</sup> Cet argent sert surtout à financer l'enseignement et la recherche, la formation continue et certaines prestations (de base fixes) déficitaires, qui ne sont pas financées autrement. Les contributions PIG ne sont pas définies de manière uniforme et présentent de fortes disparités cantonales. Il faudrait ici s'assurer que les contributions PIG n'entraînent pas de distorsion de la concurrence.<sup>35</sup> Avec la crise du Covid-19, de nombreux lits d'hôpitaux sont restés vides au printemps 2020. Le coût de cette disponibilité sera vraisemblablement couvert par des fonds publics. Le montant des soutiens accordés varie fortement d'un canton à l'autre.



## Mesures recommandées aux décideurs du système de santé

Bien que la constitution de réseaux dans le secteur de la santé progresse lentement même dans les conditions actuelles, le potentiel d'aménagement des conditions-cadre est encore important. Pour favoriser de manière optimale un secteur de la santé efficace et de haute qualité, nous conseillons aux décideurs du système de santé de prendre les mesures suivantes.

- ▶ Introduisez des **indicateurs de qualité clairs** comme base des interventions réglementaires :
  - Les initiatives réglementaires ne devraient pas porter uniquement sur les prix, les coûts ou les indemnisations pour une concurrence sur la qualité. Vous devriez introduire un standard de qualité uniforme, qui permette une comparaison des indicateurs qualitatifs typiques (processus, taux de mortalité, réhospitalisations) et, dans le même temps, adopte une approche qualitative du patient (qualité de vie, résultat du traitement).
  - ICHOM peut être un tel standard.
- ▶ Assurez-vous que la réglementation s'oriente non pas sur les symptômes mais sur les **problèmes de causalité** :
  - La réglementation doit viser la résolution des problèmes de causalité et non en limiter les effets.
  - L'introduction d'objectifs à atteindre ou la croissance des coûts par rapport à l'évolution des salaires est moins appropriée.
  - Ajustez les incitatifs actuels et mettez en œuvre des sujets comme le financement uniforme (EFAS).
- ▶ Basez les **structures tarifaires sur les processus de traitement**, non sur les secteurs de soins :
  - Les limites sectorielles devraient être assouplies sur le plan réglementaire et représenter le parcours des patients.
  - Des forfaits ambulatoires ou des forfaits allant au-delà des soins somatiques aigus et de la réadaptation peuvent être utiles à cet égard.
- ▶ Appliquez l'**article relatif aux projets pilotes** et alimentez des **fonds d'innovation** :
  - L'innovation devrait être favorisée concrètement et soutenue financièrement. Il serait ainsi plus pertinent d'affecter les moyens à des fonds d'innovation plutôt qu'au maintien de structures régionales.
- ▶ Attribuez des **mandats de prestations** pour des prestations décentralisées hors LAMal (notamment des PIG) de manière uniforme et sur la base de **critères EAE** (prestations efficaces, appropriées et économiques) transparents :
  - Réduisez les conflits de rôles entre réglementation, propriété et attribution de mandats dans le cadre de la gouvernance.
- ▶ Favorisez des structures de soins suprarégionales :
  - Pour permettre des soins intégrés, il faut adopter une vision à large échelle de la planification et de la réglementation des soins dans les régions desservies. À cet égard, vous devriez octroyer aux hôpitaux la marge de manœuvre nécessaire pour des coopérations intercantionales.

# Partie V

## Conclusion

Le secteur suisse de la santé traverse une mutation structurelle. L'avenir appartient aux réseaux de soins axés sur les besoins et nécessités. Il faut pour cela que les structures soient transformées. Des tendances comme le virage ambulatoire, la pénurie de main-d'œuvre qualifiée, des nouveaux rôles, la numérisation, la pression économique et l'évolution des besoins des patients favorisent cette évolution.

En votre qualité de décideurs du secteur de la santé, vous devez définir un objectif à atteindre qui prenne en considération ces tendances. Afin de faciliter la prise de décision, nous avons développé quatre modèles d'affaires typiques pour les structures hospitalières qui pourraient voir le jour en plus des grands centres hospitaliers. Ces modèles d'affaires contiennent des éléments innovants et sont à prendre comme des éléments d'un réseau. Ils peuvent être ajustés selon les besoins de la population et des patients. Si la transformation des structures porte ses fruits, il en résulte des soins centrés sur le patient présentant un caractère économique adéquat. La transformation n'est pas seulement judicieuse du point de vue de l'exploitation, mais comporte aussi un avantage économique général et peut même contrebalancer des tendances négatives comme la pénurie de main-d'œuvre qualifiée.

Une telle transformation peut lutter fortement contre la croissance des coûts de la santé. Nous estimons que les synergies pourront atténuer la pénurie de main-d'œuvre qualifiée dans les seuls soins somatiques aigus de 4750 à 6300 postes. Cela correspond à une hausse théorique de l'économicité du système de santé pouvant atteindre CHF 730 millions par année. En outre, d'autres synergies résultent d'une utilisation accrue de l'infrastructure et d'une meilleure coordination des prestations de base fixes. Dans l'ensemble, une structure en réseau de soins intégré en Suisse permettrait de réduire le nombre de lits hospitaliers nécessaires d'au moins 2500 et d'intégrer environ 10 % à 20 % des services d'urgence et de soins dans les sites de plus grande taille. De plus, des investissements moindres dans les hôpitaux seraient ainsi nécessaires. Nous estimons que cela représente, pour les seuls lits de soins aigus, quelque CHF 2,6 à 3,1 milliards.

Des débats politiques passionnants s'annoncent, notamment en raison de l'intérêt accru du public pour le secteur de la santé suite à la pandémie du Covid-19.

Une transition vers des solutions «hub and spoke» améliorera la flexibilité et la sécurité des soins au sein du système de santé suisse. Conserver les structures et infrastructures n'est nullement porteur d'avenir. Le risque est que la main-d'œuvre qualifiée ne suffise plus pour assurer l'exploitation ultérieure ou que la charge économique devienne trop importante pour les propriétaires (le plus souvent, les cantons). En cas de pandémie, c'est le personnel infirmier et de soins intensifs qui vient à manquer, et non les lits d'hôpitaux. Et les réseaux offrent justement les plus grandes opportunités pour le maintien à disposition du personnel. L'écart entre la sécurité de soins élevée, par exemple en cas de pandémie, et une utilisation conforme aux ressources en cas d'exploitation normale restera probablement compliqué à gérer. Il peut cependant être réduit en faisant preuve de flexibilité grâce à des structures «hub and spoke».

Dans la partie IV, nous avons abordé les facteurs de succès pour la mise en œuvre d'un modèle «hub and spoke». Au niveau politique surtout, il est nécessaire d'assumer une responsabilité entrepreneuriale élevée et de s'orienter clairement sur la qualité et l'utilité pour les patients. Les hôpitaux devraient lancer un vaste programme de qualité et transparence. Des Patient Reported Outcome Measures (PROM), par exemple selon le standard ICHOM, seraient efficaces, et un soutien politique bienvenu.

La réglementation devrait s'attaquer de manière ciblée aux causes, non aux symptômes. L'une des priorités à cet égard est de favoriser la perméabilité intersectorielle, que ce soit entre les soins somatiques aigus, la psychiatrie et la réadaptation, ou entre le stationnaire et l'ambulatoire. Par exemple, les forfaits ambulatoires peuvent se baser sur le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS). Une planification suprarégionale des soins faciliterait de plus la mise en œuvre de modèles «hub and spoke».

Nous sommes à vos côtés si vous souhaitez définir de nouvelles régions de soins, des modèles d'affaires innovants et des solutions de coopération. Nous continuerons à avancer nos propositions pour façonner le futur secteur suisse de la santé.

## Modélisation de l'effet global

### Bases de données et procédure

#### Bases de données

Notre modèle de simulation est fondé sur les chiffres-clés des hôpitaux suisses 2018, publiés en mai 2020 par l'Office fédéral de la statistique (OFS).<sup>36</sup> En plus d'autres études de l'OFS, nous avons demandé à divers fournisseurs d'autres statistiques en lien avec le secteur suisse de la santé et intégré des données, expertises et estimations d'études PwC précédentes.

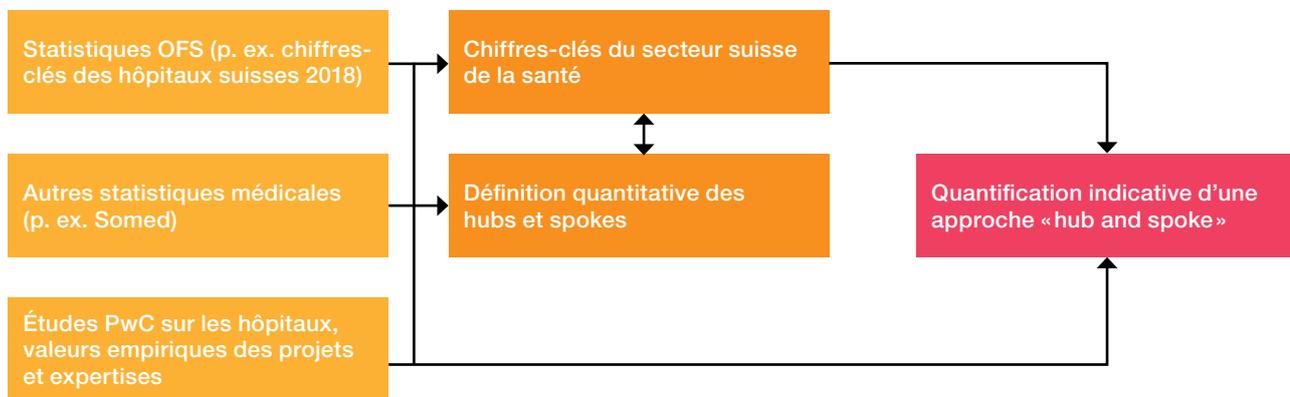


Illustration 14 : bases de données pour la quantification indicative des répercussions du « hub and spoke »

#### Classification des hôpitaux de soins aigus actuels en hubs et spokes

Dans un premier temps, nous avons pris en compte, parmi les prestataires cités dans les « Chiffres-clés des hôpitaux suisses 2018 » de l'OFS, uniquement ceux qui offrent des soins somatiques aigus. Pour cela, nous avons commencé par sélectionner les hôpitaux mentionnés sous « Type d'activité Soins aigus (A) ». Ensuite, nous avons exclu les hôpitaux dont 50 % ou moins de leurs prestations proviennent de sorties stationnaires ou de consultations ambulatoires dans les soins somatiques aigus. Après avoir appliqué ce filtre, notre jeu de données se limite à 158 des 281 prestataires des statistiques de l'OFS. En moyenne, chacune des 158 sociétés examinées exploite 1,8 site. Au total, elles gèrent 278 sites.

Par la suite, nous avons affecté les 158 sociétés à un hub ou à un spoke sur la base du critère des sorties stationnaires en 2018 et de différents critères de taille. Partant de cette classification, nous avons relevé d'autres chiffres-clés que les sorties stationnaires, comme les consultations ambulatoires, les effectifs ou des indications sur l'infrastructure (cf. illustration 9).<sup>37</sup> Sur la base de ces valeurs, il a ensuite été possible de comparer la structure visée de notre modèle « hub and spoke » à la situation actuelle.

#### Explications sur le paramétrage du modèle « hub and spoke » et extrapolation

Dans un deuxième temps, nous avons défini des valeurs clés quantitatives pour les hubs et spokes sur la base de diverses statistiques, études, expertises et valeurs empiriques de projets. Pour les quatre spokes, nous avons établi un compte de résultat simplifié basé sur le nombre de cas stationnaires, les forfaits par cas, les recettes des assurés complémentaires et les bénéfices qu'ils rapportent en tant que valeurs individuelles pour chaque modèle. En ce qui concerne les coûts, nous avons considéré des Skill Grade Mixes typiques, que nous avons multipliés par les salaires moyens estimés. Pour les autres produits et frais d'exploitation, nous nous sommes basés sur des valeurs empiriques externes et internes, notamment sur notre étude annuelle sur la santé financière des hôpitaux.<sup>38</sup> Les spokes 1 à 3 surtout seront ainsi fortement orientés vers les soins ambulatoires. Pour les hubs, nous avons supposé des frais de personnel représentant 65 % du chiffre d'affaires. Ce taux correspond à celui des charges de personnel établi dans notre dernière étude sur la santé financière des hôpitaux et correspond aux valeurs dérivées des données de l'OFS (valeur médiane 64 %, moyenne 66 %).

## Personnes interrogées



**Christian Camponovo**  
Directeur de la Clinica Luganese Moncucco



**Arnold Bachmann,**  
**docteur ès sc. éc. HSG**  
Président de la direction de  
l'Hôpital cantonal des Grisons



**Martina Gläsel**  
Directrice de l'Hôpital de Zweisimmen



**Rodolphe Eurin**  
CEO Hôpital de La Tour



**Olivier Furrer**  
Responsable Projets stratégiques Spital STS



**D<sup>r</sup> Till Hornung**  
CEO des cliniques Valens



**D<sup>r</sup> Philippe Schaller**  
Fondateur du Réseau Delta

## Remerciements

PwC tient à remercier les associations Cliniques privées suisses et Zürcher Krankenhäuser pour leur soutien financier ayant permis de réaliser la présente étude. Ce soutien n'est lié à aucun droit de participation ou droit sur les résultats de l'étude.

## Informations supplémentaires

De plus amples informations ainsi que les publications de PwC sont disponibles sur: [www.pwc.ch/secteur-de-la-sante](http://www.pwc.ch/secteur-de-la-sante)



## Sources

- Haute école spécialisée bernoise (2013): «Panorama Gesundheitsberufe 2030»
- OFS (2020): «Chiffres-clés des hôpitaux suisses 2018»
- OFS (2015 et 2017): «Statistiques des cabinets médicaux et des centres ambulatoires (MAS)»
- OFS (2012 et 2017): «Chiffres-clés des hôpitaux suisses»
- Office fédéral de la santé publique (2019): «Politique de la santé: stratégie du Conseil fédéral 2020–2030»
- Office fédéral de la santé publique (2017): Fiche d'information: «Adaptation du tarif médical TARMED»
- FMH (2020): «Digital Trends Survey 2019»
- Bulletin des médecins suisses (2018): «La mesure des résultats de santé rapportés par les patients»
- Baromètre des hôpitaux et cliniques de H+ (2019): «Priorité à la qualité et au libre choix»
- Obsan (2017): «Soins intégrés en Suisse»
- Obsan (2016): «Personnel soignant en Suisse»
- Obsan (2016): «Bulletin 12/2016»
- PwC – Strategy& – HSG (2019): «The digital opportunity in the Swiss healthcare system»
- PwC (2017): «Ambulatoire avant stationnaire»
- PwC (2017): «CEO Survey Marché hospitalier suisse – Tendances et défis pour les hôpitaux et cliniques suisses»
- PwC (2016): «Ambulatoire avant stationnaire. Ou comment économiser un milliard de francs chaque année»
- PwC (2011-2019): Série «Hôpitaux suisses: santé financière 20XX»
- Directives de la CDS: [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/leistungsgruppen/anforderungen\\_notfall\\_v2.2\\_f.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/leistungsgruppen/anforderungen_notfall_v2.2_f.pdf), état au 09.06.2020
- Santésuisse (2017): [https://www.santesuisse.ch/fr/detail/content/letat\\_devrait\\_se\\_contenter\\_de\\_fixer\\_les\\_regles\\_du\\_jeu](https://www.santesuisse.ch/fr/detail/content/letat_devrait_se_contenter_de_fixer_les_regles_du_jeu), état au 09.06.2020
- Smarter Medicine: <https://www.smartermedicine.ch/fr/page-daccueil.html>, état au 09.06.2020
- Secrétariat d'État à l'économie (2016): «Pénurie de main-d'œuvre qualifiée en Suisse»
- Strategy& (PwC) (2017): «Capitalizing on precision medicine»
- Université de Bâle/IWSB, Professeur Stefan Felder, Université de Bâle (2016, 2017, 2018, 2019): «Studienreihe Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken»
- Université de Lucerne (2017): avis de droit: «Zusatzversicherte Leistungen von Spitälern»

## Notes

- 1 PwC (2017): «Hôpitaux suisses: santé financière 2016»
- 2 PwC (2016): «Ambulatoire avant stationnaire. Ou comment économiser un milliard de francs chaque année»
- 3 PwC (2019): «Hôpitaux suisses: santé financière 2018»
- 4 Obsan (2017): «Soins intégrés en Suisse»
- 5 Office fédéral de la santé publique (2017): Fiche d'information: «Adaptation du tarif médical TARMED»
- 6 Secrétariat d'État à l'économie (2016): «Pénurie de main-d'œuvre qualifiée en Suisse»
- 7 Obsan (2016): «Personnel soignant en Suisse»
- 8 PwC (2019): «Hôpitaux suisses: santé financière 2018»
- 9 Université de Lucerne (2017), avis de droit: «Zusatzversicherte Leistungen von Spitälern»
- 10 Haute école spécialisée bernoise (2013): «Panorama Gesundheitsberufe 2030»
- 11 Smarter Medicine: <https://www.smartermedicine.ch/fr/home.html>, état au 24.04.2020
- 12 Office fédéral de la santé publique (2019): «Politique de la santé: stratégie du Conseil fédéral 2020–2030»
- 13 Haute école spécialisée bernoise (2013): «Panorama Gesundheitsberufe 2030»
- 14 Strategy& (PwC) (2017): «Capitalizing on precision medicine»
- 15 PwC (2017): «CEO Survey Marché hospitalier suisse – Tendances et défis pour les hôpitaux et cliniques suisses»
- 16 Baromètre des hôpitaux et cliniques de H+ (2019): «Priorité à la qualité et au libre choix»
- 17 PwC – Strategy& – HSG (2019): «The digital opportunity in the Swiss healthcare system»
- 18 FMH (2020): «Digital Trends Survey 2019»
- 19 Baromètre des hôpitaux et cliniques de H+ (2019): «Priorité à la qualité et au libre choix»
- 20 Université de Bâle/IWSB, Professeur Stefan Felder, Université de Bâle (2016, 2017, 2018, 2019): série d'études sur les différences de tarification et de financement dans le domaine de soins aigus stationnaires entre les hôpitaux publics et les cliniques privées
- 21 cf. Santésuisse (2017)  
[https://www.santesuisse.ch/fr/detail/content/letat\\_devrait\\_se\\_contenter\\_de\\_fixer\\_les\\_regles\\_du\\_jeu](https://www.santesuisse.ch/fr/detail/content/letat_devrait_se_contenter_de_fixer_les_regles_du_jeu)
- 22 OFS (2015 et 2017): «Statistiques des cabinets médicaux et des centres ambulatoires (MAS)»
- 23 Salle d'opération de catégorie 1 selon l'unité fonctionnelle TARMED
- 24 PwC (2017): «Ambulatoire avant stationnaire»
- 25 cf. lignes directrices de la CDS: [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/leistungsgruppen/anforderungen\\_notfall\\_v2.2\\_f.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/leistungsgruppen/anforderungen_notfall_v2.2_f.pdf)
- 26 PwC (2018): «Hôpitaux suisses: santé financière 2017»
- 27 PwC (2018): «Hôpitaux suisses: santé financière 2017»
- 28 En Suisse, quelque 150 villes comptent plus de 10 000 habitants. Statistiquement, chacune des 8,5 millions de personnes habitant en Suisse (population en 2018) nécessite 1,9 consultation ambulatoire par année. Les volumes de prestations supposés ne conduisent donc pas à une offre excédentaire ou peuvent même être augmentés en cas de croissance future de la demande.
- 29 Obsan (2016): «Bulletin 12/2016»
- 30 Actuellement, cette valeur est comprise entre 12 % et 18 % dans les catégories analysées.
- 31 PwC (2017): «Ambulatoire avant stationnaire»
- 32 OFS (2012 et 2017): «Chiffres-clés des hôpitaux suisses»
- 33 Bulletin des médecins suisses (2018): «La mesure des résultats de santé rapportés par les patients»
- 34 Bulletin des médecins suisses – Plus de clarté dans l'opacité des prestations d'intérêt général? 2019: <https://bullmed.ch/article/doi/saez.2019.17983>, état au 01.05.2020
- 35 Série d'études sur les différences de tarification et de financement dans le domaine de soins aigus stationnaires entre les hôpitaux publics et les cliniques privées, avis à la demande des Cliniques privées suisses (CPS). Université de Bâle/IWSB, Professeur Stefan Felder, Université de Bâle, 2016, 2017, 2018, 2019
- 36 OFS (2020): «Chiffres-clés des hôpitaux suisses 2018»
- 37 Nous avons tenu compte des heures fournies par les praticiens libéraux pour les effectifs, mais pas pour le calcul des salaires moyens.
- 38 PwC (2011-2019): Série «Hôpitaux suisses: santé financière»

## Table des illustrations

Illustration 1 :	tendances actuelles au sein du secteur suisse de la santé	8
Illustration 2 :	besoins fondamentaux des patients	11
Illustration 3 :	une forte pensée en silos caractérise les structures actuelles du secteur suisse de la santé	13
Illustration 4 :	le modèle de soins intégré porteur d'avenir forme un réseau autour du patient	13
Illustration 5 :	les quatre principes de base des soins intégrés	16
Illustration 6 :	la conception modulaire d'un spoke offre diverses combinaisons possibles	28
Illustration 7 :	procédure de modélisation d'un modèle « hub and spoke » en trois étapes	30
Illustration 8 :	répartition des hôpitaux de soins aigus actuels en hubs et spokes	31
Illustration 9 :	répartition des hôpitaux de soins aigus en hubs et spokes selon l'exemple de structure en réseau	32
Illustration 10 :	exemples de comptes de résultat des hubs et spokes (valeurs moyennes)	33
Illustration 11 :	les quatre principales formes de coopération	40
Illustration 12 :	six principes de base pour flexibiliser les soins	41
Illustration 13 :	catégories ICHOM pour l'ostéoarthrose de la hanche et du genou	42
Illustration 14 :	bases des données pour la quantification indicative des répercussions du « hub and spoke »	46

## Abréviations et glossaire

ANP	Advanced Nurse Practitioners
ANQ	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
AOP	Opérations ambulatoires
OFS	Office fédéral de la statistique
CHF	Francs suisses
CMI	Case Mix Index
TDM	Tomodensitométrie
EBITDA	Résultat avant intérêts, impôts, dépréciation et amortissement
EBITDAR	Résultat avant intérêts, impôts, dépréciation, amortissement et loyers
EFAS	Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires
EUR	Euro
EPT	Équivalent plein temps
PIG	Prestations d'intérêt général
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
ICHOM	International Consortium for Health Outcomes Measurement
IMC	Intermediate Care Units (unités de soins intermédiaires)
CIMHS	Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée
KSGR	Hôpital cantonal des Grisons
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
Mrd	Milliard(s)
Mio	Million(s)
ML	Machine Learning (apprentissage automatique)
ACM	Assistance en cabinet médical
IRM	Imagerie par résonance magnétique
TM	Thérapie manuelle
DSM	Durée de séjour moyenne
AOS	Assurance obligatoire des soins
OP	Opération
PROM	Patient-Reported Outcome Measures
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups
TARMED	Tarif médical, tarif pour les prestations médicales ambulatoires en Suisse
LCA	Loi fédérale sur le contrat d'assurance
EAE	Efficaces, appropriées et économiques

# Aperçu des publications



## Établissements de santé en Suisse – Se concentrer sur les compétences de base

- Modèle d'exploitation et définition des prestations
- Évaluation de modèles de sourcing et potentiel d'économie de l'externalisation
- Études de cas: nettoyage et informatique



## La gestion des hôpitaux suisses 2017

- La direction des hôpitaux et les bonnes pratiques
- Caractéristiques typiques des directrices et des directeurs d'hôpitaux
- Paroles de directeurs d'hôpitaux



## CEO Survey Marché hospitalier suisse 2017

- Stabilité de la rentabilité: mission essentielle
- Parvenir à une plus grande efficacité
- Le secteur est en mutation
- Les besoins des patients occupent une place toujours plus centrale



## Zero-Night-DRG – Discussion pour renforcer les traitements ambulatoires à l'hôpital

- Le Zero-Night-DRG comme proposition de solution pour réduire les effets dissuasifs dans les structures tarifaires
- Principes d'un système Zero-Night-DRG
- Conséquences pour les différents acteurs



## Ambulatoire avant stationnaire. Ou comment économiser un milliard de francs chaque année.

- La tendance à la médecine ambulatoire – et le rôle que jouent le financement et les tarifs
- Le potentiel ambulatoire de 13 interventions sélectionnées et le potentiel global
- Forfaits ambulatoires – une solution?



## L'avenir de l'immobilier hospitalier

- À quoi ressemblera l'hôpital dans 30 ans?



## L'ambulatoire est en marche et va radicalement transformer le secteur de la santé

- Répondre de manière proactive à la progression de l'ambulatoire
- Des systèmes tarifaires et de financement différents qui posent de mauvaises incitations et freinent la progression de l'ambulatoire



## Augmenter la qualité en réduisant les volumes

- Notre approche – de la cause à la mise en œuvre efficace
- Implication pour le système de santé suisse et pour ses acteurs – du concept à la réalisation



## The digital opportunity in the Swiss healthcare system

- Les problèmes le long du parcours thérapeutique
- Les tendances technologiques dans le secteur de la santé
- Les conséquences de la technologie pour les acteurs du secteur de la santé



## Le management des hôpitaux de soins aigus en Suisse

- Gestion de l'hôpital au niveau de la directrice ou du directeur et à celui de la direction



## Vers une médecine personnalisée

- Un défi pour la Suisse
- Un trésor de données pour la vie
- Le système de santé suisse se transforme



## L'hôpital après-demain – un manuel de stratégie hospitalière

- Un manuel pour développer une stratégie
- Des étapes et des méthodes, de l'analyse à la mise en œuvre en passant par la planification



### Hôpitaux suisses : santé financière 2018

- Santé financière et défis des hôpitaux de soins aigus, cliniques psychiatriques et cliniques de réadaptation
- Évolution des investissements et fonction Finance du futur
- Développement et conception future du système de santé suisse



### Hôpitaux suisses : santé financière 2017

- Santé financière et défis posés aux hôpitaux de soins aigus, aux établissements psychiatriques et aux cliniques de réadaptation
- Vision: le paysage des soins d'après-demain
- Aperçu du marché des maisons de retraite et des EMS



### Hôpitaux suisses : santé financière 2016

- Santé financière et défis posés aux hôpitaux de soins aigus et aux établissements psychiatriques
- Financement externe aujourd'hui et après-demain
- Transformation du paysage des soins
- Le parcours thérapeutique en 2030



### Hôpitaux suisses : santé financière 2015

- Santé financière et défis posés aux hôpitaux de soins aigus et aux établissements psychiatriques
- Améliorations des résultats
- Transactions dans la branche hospitalière
- Modèles ambulatoires pour les hôpitaux



### Hôpitaux suisses : santé financière 2014

- Santé financière et défis posés aux hôpitaux de soins aigus et aux établissements psychiatriques
- Facteurs de réussite pour l'intégration des hôpitaux



### Hôpitaux suisses : santé financière 2013

- Santé financière et défis posés aux hôpitaux de soins aigus
- Coopérations, reprises et fusions
- L'évaluation des établissements hospitaliers



### Hôpitaux suisses : santé financière 2012

- Santé financière des hôpitaux de soins aigus
- Efficience des investissements



### Hôpitaux suisses : le point sur les finances 2011

- Santé financière des hôpitaux de soins aigus



### Le KIS du futur

- La numérisation: catalyseur de l'informatique hospitalière
- Ça bouge sur le marché KIS
- Le KIS du futur»



### Immobilier hospitalier: nouvelles perspectives et nouvelles chances

- Importance (financière) des immeubles hospitaliers
- Planification des investissements et de l'utilisation des immeubles hospitaliers



### Analyse de la capacité de protection des hôpitaux dans le domaine informatique

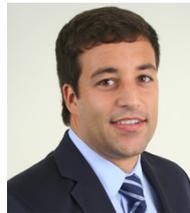
- Sécurité informatique: architecture de référence pour le secteur de la santé
- Analyse des possibilité de protection dans le secteur informatique au sein de l'hôpital

# Contacts

## Vos interlocuteurs



**Darioush Zirakzadeh**  
Directeur  
Transformation  
des finances  
+41 58 792 83 22  
darioush.zirakzadeh@ch.pwc.com



**Patric Steffen**  
Manager  
Responsable Affaires Secteur  
de la santé  
+41 58 792 27 71  
patric.steffen@ch.pwc.com



**Philip Sommer**  
Associé  
Responsable Conseil Secteur  
de la santé  
+41 58 792 75 28  
philip.sommer@ch.pwc.com



**Patrick Schwendener, CFA**  
Directeur  
Responsable Affaires Secteur  
de la santé  
+41 58 792 15 08  
patrick.schwendener@ch.pwc.com

## Autres auteurs de l'étude



**Paul Sailer**  
Manager  
Conseil Secteur de la santé  
+41 58 792 78 46  
paul.sailer@ch.pwc.com



**Philippe Plodeck**  
Senior Consultant  
Conseil Secteur de la santé  
+41 58 792 44 78  
philippe.plodeck@ch.pwc.com

---

Nous remercions également Karin Lussi et Björn Binzegger pour leur contribution à la présente publication.

## Autres contacts



**David Roman**  
Directeur  
Digital Health



**Gerhard Siegrist**  
Associé  
Audit et révision du  
codage des hôpitaux



**Rejhan Fazlic**  
Directeur  
Head of CIO Advisory



**Marc Oliver Mueller**  
Senior Manager  
Conseil en TVA Secteur  
de la santé



## Votre équipe PwC Healthcare

Philip Sommer, Patrick Schwendener, David Roman, Darioush Zirakzadeh, Robert Lüthi, Melanie Herrmann, Félicia Meguireche, Mirco Kunz, Paul Sailer, Patric Steffen, Rainer Braun, Philippe Plodeck, Christophe Brawand, Tobias Bosshart, Melanie Dick, Frederik Haubitz, Sedat Senguel, Stéphanie Lampart, Nick Eggenschwiler, Sarah Weidmann, Anton Helbling, Ivan Gautschi

[www.pwc.ch/](http://www.pwc.ch/)



secteur-de-la-sante

