



10
ans

Hôpitaux suisses : santé financière 2020

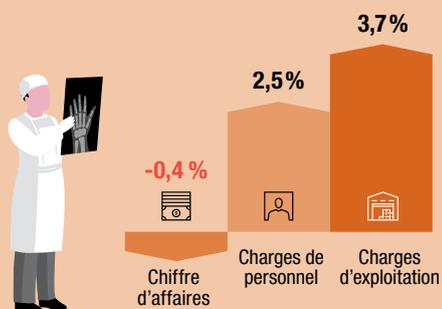
Le paysage hospitalier tiraillé entre pandémie et avenir

Comparaison des principaux chiffres clés des hôpitaux suisses,
dixième édition, octobre 2021

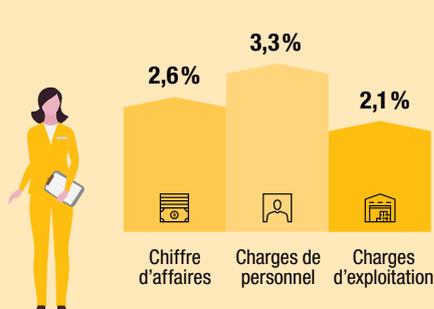
Soins aigus

Psychiatrie

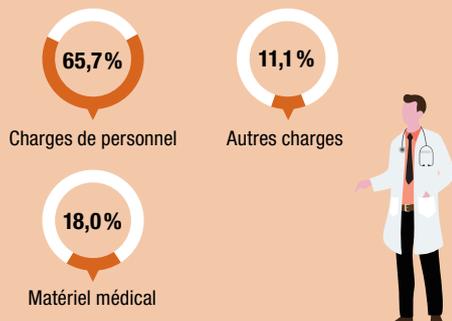
Taux de croissance en 2020



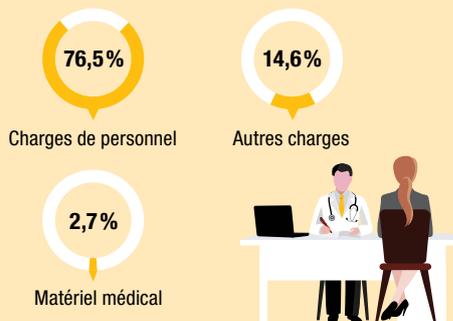
Taux de croissance en 2020



Répartition des coûts en 2020 (en % du chiffre d'affaires)

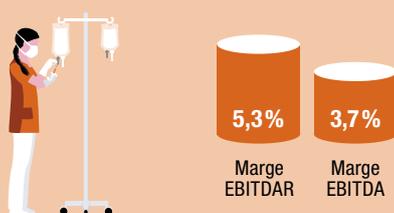


Répartition des coûts en 2020 (en % du chiffre d'affaires)



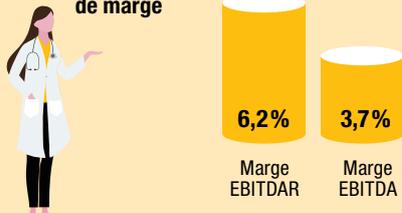
Marges de rentabilité en 2020

10,0%
Objectif de marge



Marges de rentabilité en 2020

8,0%
Objectif de marge



Sommaire

Le secteur de la santé suisse sous le signe de la pandémie 5

Partie I

Évolution financière des hôpitaux suisses 6

Soins somatiques aigus 9

Croissance négative des chiffres d'affaires 9

Réduction de la croissance et de la rentabilité 10

Ratios de fonds propres en baisse 12

La situation des liquidités s'aggrave 13

Évolution des chiffres d'affaires, de l'EBITDAR et des bénéficiaires en chiffres absolus 14

Une marge bénéficiaire nette insuffisante exacerbe la situation financière 15

Psychiatrie 17

Stagnation des chiffres d'affaires 2020 17

Augmentation disproportionnée des charges de personnel 18

Effondrement de la rentabilité 19

Évolution chiffrée du chiffre d'affaires, de l'EBITDAR et du bénéfice 20

Le ratio de fonds propres s'avère stable 21

Les établissements psychiatriques perdent en rentabilité 21

Réadaptation 23

Marge bénéficiaire nette négative pour la première fois 23

Digression: Estimation de la nouvelle structure tarifaire ST Reha 1.0 24

La nouvelle structure tarifaire ST Reha 1.0 24

Répercussions variées 26

L'avenir de la réadaptation 27

En bref: Livre blanc COVID-19 28

Procédure et hypothèses 28

Pertes de revenus d'un peu moins de 1 milliard de francs 28

Coûts supplémentaires de 400 millions de francs 29

Le secteur des soins aigus est le plus sévèrement touché 29

Partie II

Un regard politique sur l'année de la pandémie 2020 30

Entretien avec Lukas Engelberger 32

Partie III

Modifications du paysage tarifaire 34

Neuf ans de SwissDRG 36

Entretien avec le docteur Simon Hölzer 36

Les assurances complémentaires en mutation 38

Entretien avec Philomena Colatrella 38

Les assurances complémentaires face à de gigantesques défis 39

Développer des concepts de prestations supplémentaires 39

Forfaits ambulatoires 40

Une rupture des tarifs entraîne de mauvaises incitations 40

Les forfaits ambulatoires gagnent du terrain 41

Répartition des soins ambulatoires 42

Les conditions requises pour les forfaits ambulatoires sont en place 43

Un nouveau jalon à portée de main 43

Patient Empowerment Initiative 44

Placer les patientes et patients au centre des prestations fournies 44

Les débuts 45

Éléments essentiels de la Patient Empowerment Initiative 47

Mise en œuvre individualisée 47

Financement innovant 47

Deux projets pilotes 47

Calcul du prix de base dynamique 47

Résumé et perspective 48

Ce que nous apprend la pandémie 48

Les prestataires de soins face à une forte pression financière 48

SwissDRG est un succès – un élargissement est envisageable 48

Prestations supplémentaires en vue d'une différenciation 49

Dernière ligne droite pour les forfaits ambulatoires 49

La qualité a le vent en poupe 49

Annexe 50

Conception de l'étude 50

Valeurs médianes et moyennes 51

Ratios utilisés 51

Bibliographie 52

Notes 52

Liste des figures 54

Abréviations 54

Aperçu des publications 56

À votre service 58

Vos interlocuteurs 59

Co-auteurs de la présente étude 59

Avis aux lecteurs

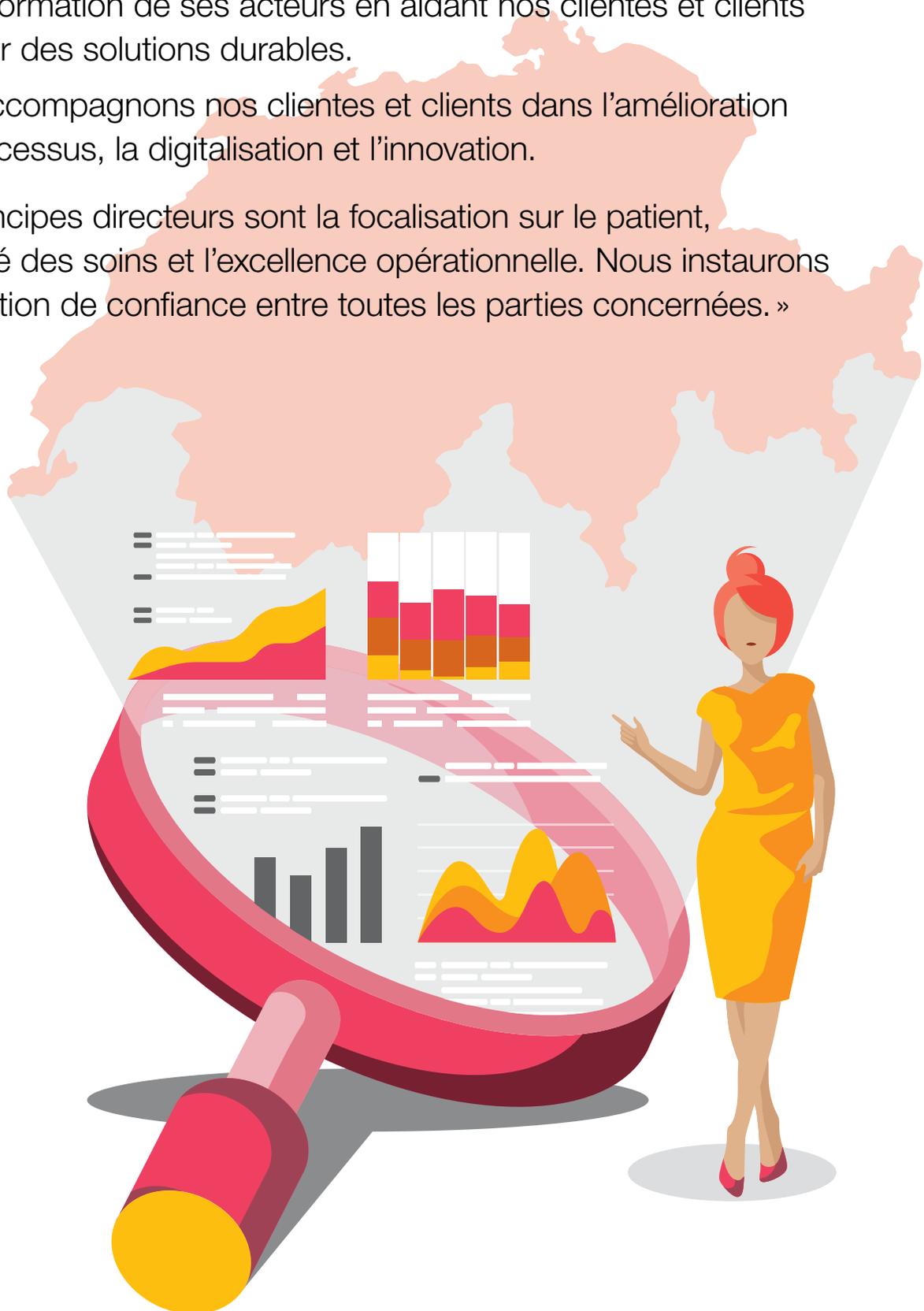
La présente publication est un ouvrage complet portant sur différents champs thématiques. Ils sont liés les uns aux autres. Vous pouvez, néanmoins, lire l'étude de manière sélective en fonction de vos intérêts. L'introduction vous indiquera où trouver les informations.

Vision Conseil Secteur de la santé PwC Suisse

« Nous développons activement le secteur de la santé suisse et la transformation de ses acteurs en aidant nos clientes et clients à trouver des solutions durables.

Nous accompagnons nos clientes et clients dans l'amélioration des processus, la digitalisation et l'innovation.

Nos principes directeurs sont la focalisation sur le patient, la qualité des soins et l'excellence opérationnelle. Nous instaurons une relation de confiance entre toutes les parties concernées. »



Le secteur de la santé suisse sous le signe de la pandémie

Chère lectrice, cher lecteur,

« Restez chez vous ! » En 2020, cet appel a fondamentalement changé la vie de chacune et chacun d'entre nous. Le secteur de la santé a lui aussi été bouleversé par cet impératif. Les hôpitaux suisses ont vécu une année 2020 extraordinaire, au cours de laquelle ils ont dû se montrer plus flexibles que jamais. Ils ont été, jour après jour, au centre des débats médiatiques et sociaux.

Dix ans d'étude sur les hôpitaux – avec cette édition commémorative, nous souhaitons élargir la discussion et aborder les répercussions financières, stratégiques et opérationnelles du COVID-19 sur les hôpitaux suisses. Comme à l'accoutumée, nous nous consacrons aux finances des hôpitaux suisses. Nous analysons, à cet égard, l'importance de l'effet financier de la pandémie en termes de dépenses supplémentaires et de diminution des recettes. Nous saluons, en outre, les capacités d'apprentissage et de performance du paysage hospitalier suisse.

La présente publication nous invite à réfléchir aux leçons que le secteur de la santé peut tirer de cette crise. Des thèmes bien connus, tels que la pénurie de main-d'œuvre spécialisée, restent d'actualité. Les nouvelles exigences imposées aux structures de soins accélèrent les consolidations. La pandémie a stimulé la numérisation du secteur de la santé suisse, comme le montre le certificat COVID-19 par exemple. Néanmoins, le retard accusé et la nécessité de le combler restent importants.

Dans la présente étude, nous avons défini trois priorités thématiques :

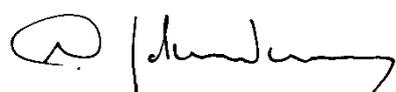
Dans la **partie I**, nous examinons les ratios financiers 2020 pour les **soins somatiques aigus**, la **psychiatrie** et la **réadaptation**. Ces chiffres donnent un aperçu des répercussions financières de la pandémie sur les prestataires de soins. Toujours en étroite collaboration avec l'association SpitalBenchmark, nous avons pu confirmer, cette année encore, la plausibilité de nos analyses. Nous abordons, dans une digression, la nouvelle **structure tarifaire «ST Reha 1.0»** et accordons une attention particulière au «**Livre blanc 4.0**»¹ de **PwC Suisse et SpitalBenchmark** en ce qui concerne les répercussions financières de la pandémie.

Dans la **partie II**, nous revenons sur l'**année 2020** avec Lukas Engelberger, président de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé. Nous évoquons le rôle et les réactions des acteurs politiques, les défis de la numérisation, le certificat COVID et les obstacles liés à la « situation exceptionnelle ».

Dans la **partie III**, nous abordons les **évolutions clés du paysage tarifaire**. Avec Simon Hölzer, CEO de SwissDRG SA, nous revenons sur **neuf années de SwissDRG**. Notre interlocuteur fait le point et explique l'efficacité du nouveau système. Puis, nous abordons, avec Philomena Colatrella, CEO de CSS Assurance, l'**avenir des assurances complémentaires**. Nous retraçons ensuite l'évolution historique du paysage tarifaire, et nous présentons des approches innovantes en matière de **forfaits ambulatoires**. Enfin, vous comprendrez comment les hôpitaux et les assureurs luttent ensemble, dans le cadre de la **Patient Empowerment Initiative**, contre l'offre excédentaire grâce à des mécanismes de rémunération innovants et axés sur la qualité.

Vous allez découvrir des résultats financiers instructifs, des informations de fond passionnantes et de précieux commentaires de personnalités de premier plan dans votre secteur.

Nous vous souhaitons une agréable lecture.



Patrick Schwendener, CFA
Directeur
Responsable Deals Secteur de la santé
PwC Suisse



Philip Sommer
Associé
Responsable Conseil Secteur de la santé
PwC Suisse



Partie I

Évolution financière des hôpitaux suisses



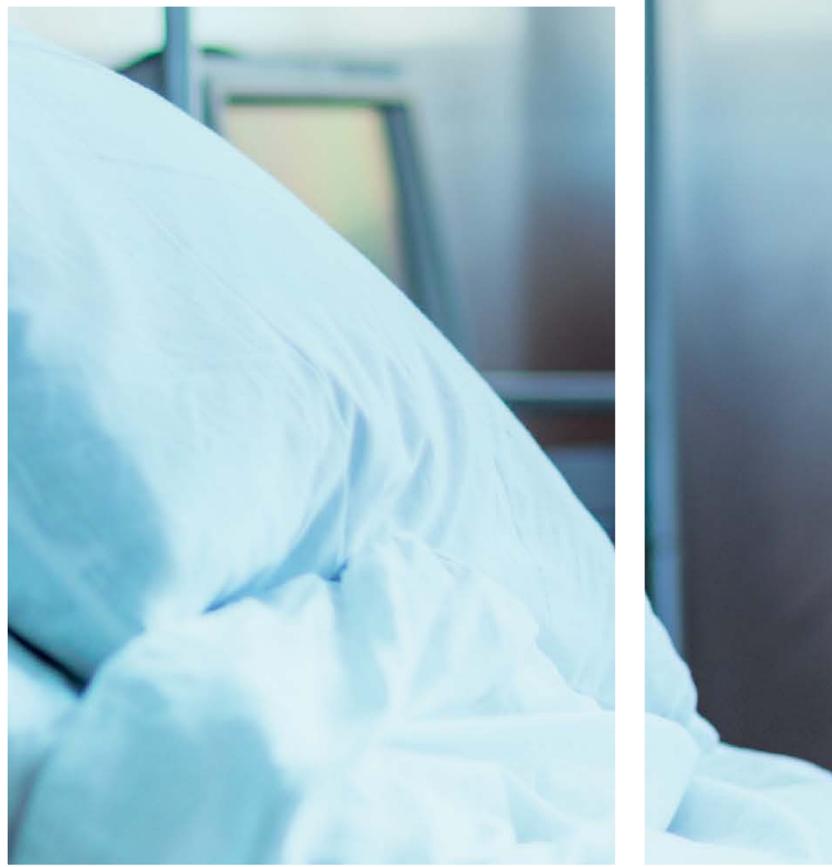
En 2020, le COVID-19 a mis le secteur de la santé suisse à rude épreuve, tant sur le plan opérationnel que financier. Le préjudice financier devrait s'avérer moins important qu'initialement prévu.

Les prestataires de soins ont été diversement touchés par la pandémie et les mesures y afférentes. Le domaine stationnaire des soins aigus et la réadaptation en particulier ont enregistré de lourdes pertes en 2020 en termes de nombre de patients. Cet effet était moins prononcé dans les établissements psychiatriques.²

Cela s'est reflété dans les chiffres d'affaires, qui ont chuté dans les soins somatiques aigus et la réadaptation. Ces assertions ne sont toutefois pas systématiquement applicables à tous les cantons, car des mesures d'indemnisation ont été envisagées ou prises à des degrés divers conformément aux dispositions cantonales. Celles-ci ont en partie affaibli ou neutralisé l'impact du COVID-19. Les comptes annuels publiés présentent, par conséquent, différents effets bruts ou nets découlant des pertes de revenus et des coûts supplémentaires liés à la pandémie, en fonction de la manière dont l'indemnisation a été gérée.

La pandémie a eu un impact hétérogène non seulement entre les groupes de soins mais aussi au sein de ceux-ci. Les grands centres hospitaliers et les petites cliniques spécialisées ont été, d'un point de vue financier, plus fortement affectés. En revanche, les hôpitaux de soins aigus de taille moyenne ont, en règle générale, mieux maîtrisé la situation grâce à leur flexibilité. L'évolution de l'année 2020 est le résultat de plusieurs impacts combinés de la pandémie et de l'efficacité opérationnelle intrinsèque des établissements de soins. Les effets du COVID-19 ne peuvent être quantifiés de manière isolée que dans une mesure limitée. Les prestataires de soins de santé devaient déjà faire face, avant même que la pandémie ne se déclare, à des pressions de toutes parts. Celles-ci ont été encore augmentées par la pandémie.





Soins somatiques aigus

À l'aide des ratios financiers des hôpitaux suisses, nous montrons quelles institutions ou quels segments ont été les plus durement touchés par la pandémie. Pour cela, nous effectuons régulièrement une analyse des marges et des capitaux propres. Nous examinons, enfin, les rapports annuels quant aux impacts quantitatifs du COVID-19.

Les soins somatiques aigus ont été particulièrement touchés par l'interdiction des interventions non urgentes entre le 17 mars et le 26 avril 2020. Ils ont dû suspendre, durant cette période, la plupart de leurs opérations de chirurgie électorale. Certains domaines – notamment les soins intensifs – n'ont pu faire face que très difficilement

à l'afflux de patientes et patients atteints du COVID-19. Au même moment, la vie dans les autres domaines (hospitaliers) s'est presque totalement arrêtée.

La pandémie a très fortement pesé sur les finances des hôpitaux : interdictions, réduction des activités imposée par la distanciation, mesures de protection, aversion générale pour les séjours hospitaliers. Du personnel et des achats supplémentaires ont, de plus, été nécessaires.

Les analyses ci-après sont basées sur un échantillon de 45 hôpitaux de soins aigus de différentes tailles et de différentes régions du pays. La taille de l'échantillon peut légèrement varier en fonction du ratio examiné.

Croissance négative des chiffres d'affaires

En 2020, les hôpitaux de soins aigus suisses ont accusé une baisse médiane de leur chiffre d'affaires de -0,4 %. Ces quatre dernières années, la croissance a été en moyenne de 2,8 % et a posé les bases de la planification des ressources pour 2020. Le recul est particulièrement marqué dans le domaine stationnaire avec une diminution des chiffres d'affaires de -4,2 % par rapport à l'année précédente. Dans le domaine ambulatoire, à -0,5 %, la diminution est beaucoup moins prononcée. La part ambulatoire du chiffre d'affaires a ainsi à nouveau augmenté,

comme au cours des années précédentes, et sa médiane était d'environ un tiers du chiffre d'affaires total.

La croissance du chiffre d'affaires total a été supérieure à celle des chiffres d'affaires aussi bien stationnaires qu'ambulatoires. On peut l'imputer, d'une part, au fait que les autres chiffres d'affaires ont augmenté ou reculé moins fortement par rapport à l'année précédente. D'autre part, cela peut être lié au fait que nous avons utilisé les valeurs médianes pour tous les chiffres clés.³

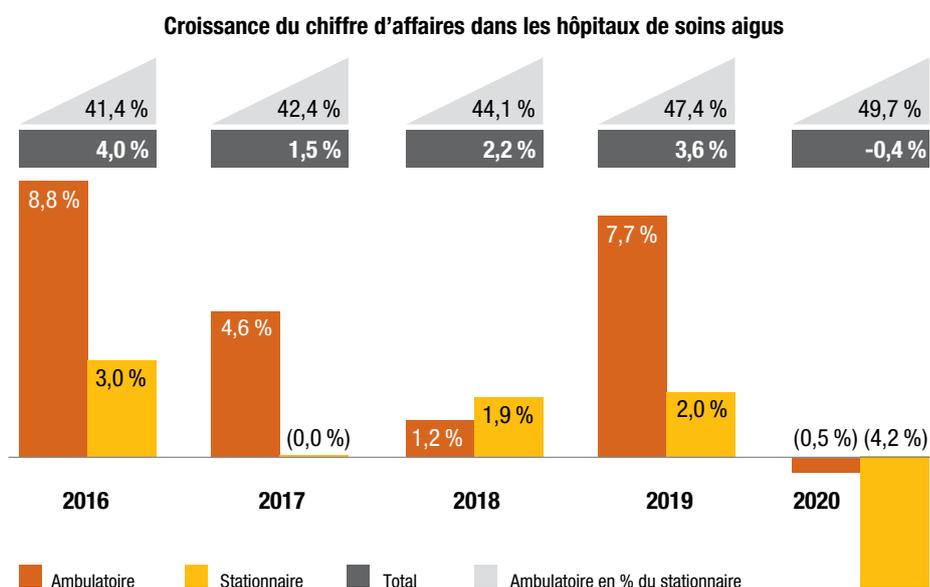


Figure 1 : Croissance du chiffre d'affaires dans les hôpitaux de soins aigus de 2016 à 2020

Réduction de la croissance et de la rentabilité

La diminution des chiffres d'affaires et l'absence de croissance se sont fait sentir dans l'évolution des marges. Pour 2020, les hôpitaux de soins aigus avaient manifestement prévu des chiffres d'affaires nettement plus élevés et, par conséquent, une base de dépenses plus impor-

tante. En 2020, les chiffres d'affaires ont, toutefois, reculé de 0,4 % en moyenne. Les coûts au-dessus de l'EBITDAR (charges de personnel et de matériel, hors loyers) ont, en revanche, augmenté de 1,4 %.

Croissance du chiffre d'affaires et croissance implicite des charges

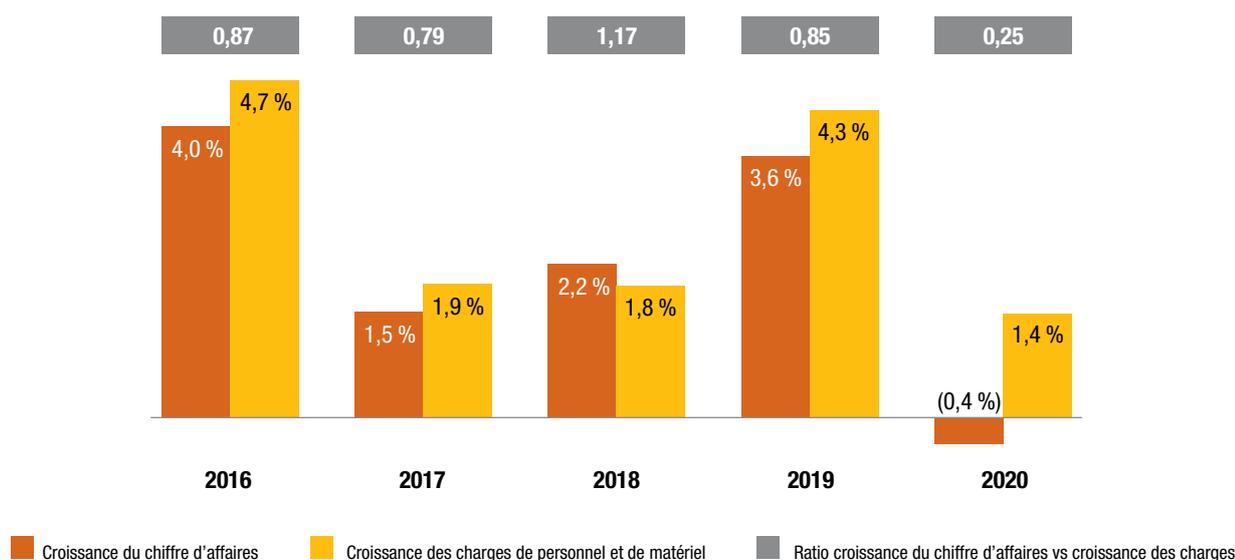


Figure 2 : Croissance du chiffre d'affaires et des charges dans les hôpitaux de soins aigus de 2016 à 2020

La marge EBITDAR a diminué de 1,7 % par rapport à l'année précédente, passant de 7,0 % à 5,3 %. Elle se situe ainsi nettement au-dessous de la valeur minimale durable de 10 % définie par PwC et à son plus bas niveau depuis cinq ans. La marge EBITDAR cible et la marge EBITDA cible représentent – dans la mesure où les biens immobiliers sont détenus par l'établissement de santé – une valeur de référence pour un hôpital moyen et doivent être calculées individuellement pour chaque hôpital et pour chaque nouveau projet de construction. Les valeurs calculées sont indiquées dans nos études des années 2011 et 2017. Environ 88 % des établissements analysés ont déclaré pour 2020 une marge EBITDAR plus faible que pour l'année précédente.

Il est actuellement difficile d'estimer quelle sera l'ampleur des effets exceptionnels de l'année 2020 et dans quelle mesure ils incluront des évolutions négatives durables. Il faudra attendre quelques années pour savoir si et comment la pandémie affectera la consolidation des hôpitaux suisses, qui n'a progressé que lentement jusqu'ici.

Du côté des charges, l'augmentation des frais de personnel et des fournitures médicales, en particulier, a entraîné une baisse de la marge EBITDAR. Dans le même temps, les hôpitaux n'ont pas été en mesure d'économiser sur les coûts de personnel lorsque les volumes de soins se sont temporairement effondrés.

Avec 65,7 %, le ratio des charges de personnel est nettement supérieur à celui de l'année précédente (63,6 %). Cela s'explique notamment par la planification des ressources dédiées à la croissance. La croissance des revenus, comme on le sait, ne s'est pas matérialisée bien que les ressources nécessaires aient déjà été en partie constituées. Les hôpitaux ont dû, en outre, embaucher du personnel additionnel pour effectuer des heures supplémentaires du fait de la pandémie ou pour compenser les absences du personnel pour cause de maladie. La part des fournitures médicales dans le chiffre d'affaires a également augmenté de 1,2 % à 18,0 %. Cela s'explique principalement par le renforcement des mesures de protection liées au COVID-19.



Charges en % du chiffre d'affaires

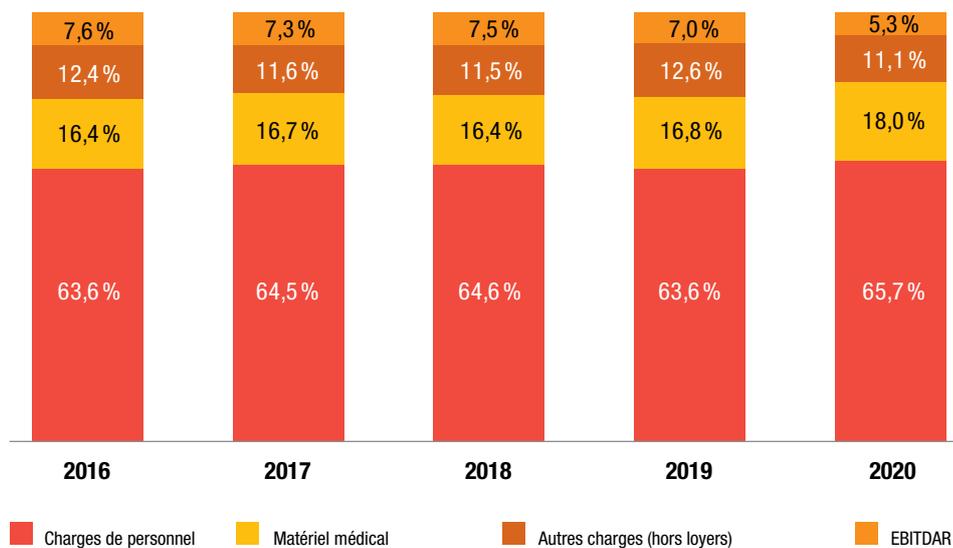


Figure 3: Charges en pourcentage du chiffre d'affaires dans les hôpitaux de soins aigus de 2016 à 2020

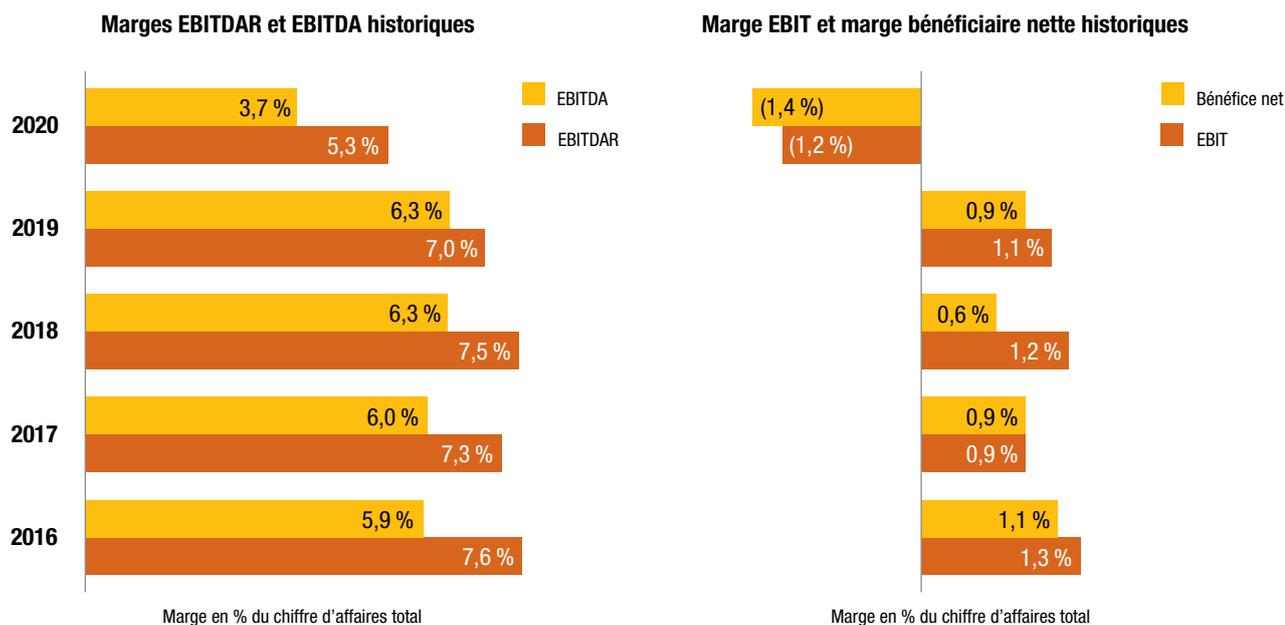


Figure 4 : Marges de rentabilité des hôpitaux de soins aigus de 2016 à 2020

Les marges EBITDA, EBIT et la marge bénéficiaire nette ont connu en 2020 une situation similaire à la marge EBITDAR. La marge bénéficiaire nette médiane a baissé de 2,3 % et était clairement dans le rouge à -1,4 %. Seuls 28 % des hôpitaux de soins aigus étudiés ont réalisé un résultat annuel positif en 2020; en 2019, ils étaient encore 60 %. Par rapport à l'année précédente, les hôpitaux ont enregistré des résultats nettement moins bons en termes de bénéfice net. Selon les organes de direction de différents hôpitaux, une grande partie de cette évolution est due au recul des soins et aux réserves de capacité liées à la pandémie.

L'évolution des marges 2020 a été en partie amortie par les indemnités COVID-19 déjà versées ou promises par les cantons. Celles-ci ont été comptabilisées dans les

revenus et n'ont pas entraîné de coûts supplémentaires. Elles ont donc été intégrées directement (en excluant d'éventuels impôts) dans le résultat d'exploitation et ont eu un impact positif sur toutes les marges. L'évolution de la marge 2020 reflète un mélange de performances opérationnelles, d'effets liés à la pandémie, de contributions ou d'indemnités COVID-19 et d'autres facteurs. Cependant, comme mentionné précédemment, les indemnités varient fortement d'un canton à l'autre et n'amortissent pas uniformément les effets de la pandémie.

C'est avec intérêt que nous observerons l'évolution de la santé financière des hôpitaux de soins aigus après la pandémie. Ce n'est qu'alors que les conséquences durables de la pandémie apparaîtront.

Ratios de fonds propres en baisse

Les résultats annuels négatifs se sont également reflétés dans l'évolution du ratio de fonds propres. À 43,5 %,

celui-ci était nettement inférieur de 3,9 % à celui de l'année précédente, et a atteint un niveau similaire à celui d'il y

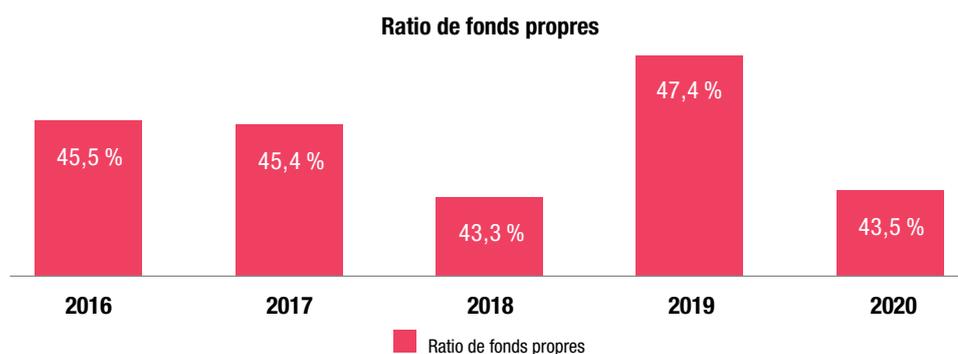


Figure 5 : Ratio de fonds propres des hôpitaux de soins aigus de 2016 à 2020

a deux ans. En 2019, le ratio de fonds propres (médian) avait progressé notamment en raison d'augmentations de capital et de conversions de prêts propriétaires dans certains hôpitaux, ce qui pourrait expliquer ce renversement de tendance.

31 % des hôpitaux étudiés ont atteint un ratio de fonds propres inférieur à la valeur minimale de 30 % recomman-

dée par PwC. Pour 36 %, le ratio de fonds propres était supérieur aux 50 % recommandés. En 2019, ils étaient 21 % et 44 % respectivement. La situation en termes de fonds propres s'est donc sensiblement détériorée par rapport à l'année précédente. La situation de crise actuelle a mis en évidence l'importance d'une rentabilité suffisante permettant à l'hôpital de constituer des réserves pour les années difficiles.

La situation des liquidités s'aggrave

La situation médiane en termes de liquidités s'est également fortement dégradée par rapport à l'année précédente.



Évolution des ratios de liquidité

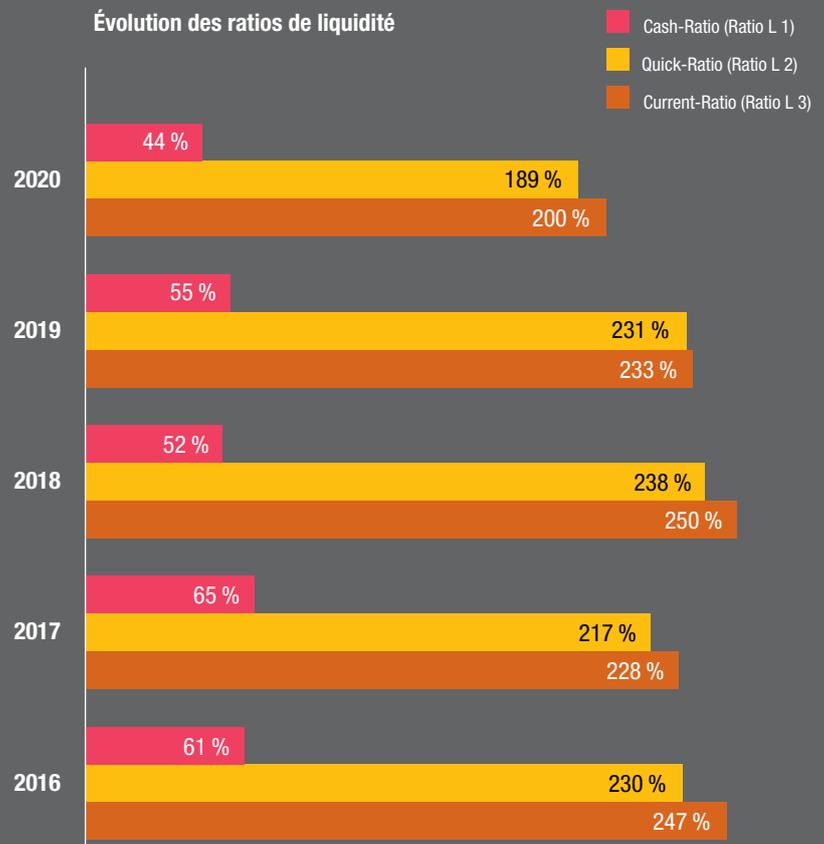


Figure 6 : Ratios de liquidité des hôpitaux de soins aigus de 2016 à 2020

Environ un quart des hôpitaux étudiés n'ont pas atteint en 2020 la valeur minimale du ratio de liquidité I de 20 %. Si ces hôpitaux ne mettent pas en place des sources de liquidités à court terme, des difficultés de paiement pourraient survenir. L'élément déterminant en ce qui concerne la liquidité est le ratio de liquidité II. Celui-ci met en relation l'actif circulant (déduction faite des stocks) avec les fonds étrangers à court terme. Le ratio de liquidité II ne

doit pas être inférieur à 100 % afin d'assurer la liquidité à court terme. En 2020, 21 % des hôpitaux présentaient un ratio de liquidité inférieur à 100 %, contre 14 % l'année précédente. À 189 %, la valeur médiane était nettement supérieure à la valeur minimale. 50 % des hôpitaux analysés n'ont pas atteint la valeur cible minimale de 200 % pour le ratio de liquidité III ; l'année précédente, ils étaient 42 %.

Évolution des chiffres d'affaires, de l'EBITDAR et des bénéfices en chiffres absolus

Dans le contexte de la pandémie et du «Livre blanc 4.0»⁴ sur les répercussions financières du COVID-19 sur les hôpitaux et les cliniques, nous avons évalué cette année, de manière globale, la variation absolue de différents chiffres clés des soins somatiques aigus de notre échantillon.⁵

Au total, les hôpitaux ont réalisé un chiffre d'affaires supérieur de 66 millions de francs à celui de l'année précédente. Dans une hypothèse de croissance de 1,0 %, il en résulte une baisse relative du chiffre d'affaires de

116 millions de francs par rapport à une année normale. Il faut tenir compte, à cet égard, du fait que divers hôpitaux en 2020 ont comptabilisé dans leurs rapports annuels des indemnités COVID-19 financées par le canton.⁶ Si l'on exclut ces effets, il en résulte un fort recul du chiffre d'affaires par rapport à l'année précédente. Si l'on élimine les indemnités COVID-19 versées aux HUG (169 millions de francs) et à l'USZ (31 millions de francs), le chiffre est de 131 millions de francs seulement. Les cantons se sont engagés à verser aux deux hôpitaux des indemnités COVID-19 d'un montant total de plus de 200 millions de francs.

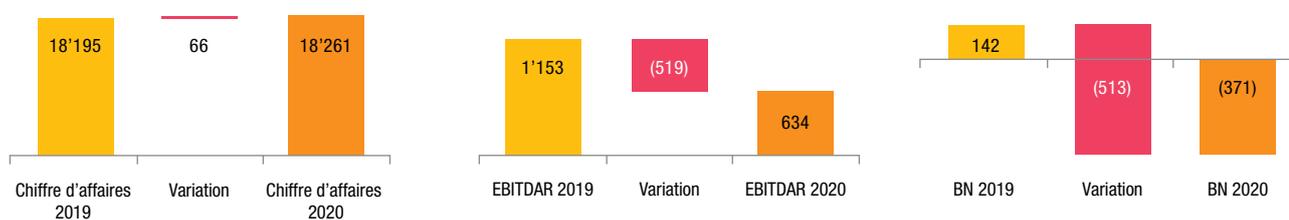


Figure 7 : Variation absolue (en millions de francs) des chiffres clés de 2019 à 2020

Contrairement à la situation au niveau des chiffres d'affaires, les hôpitaux de soins aigus ont enregistré une baisse significative de l'EBITDAR par rapport à l'année précédente, d'un total de 519 millions de francs. Cela correspond à une diminution de la marge EBITDAR de 3,3 % par rapport aux chiffres d'affaires 2019. La forte baisse de la marge EBITDAR avec des chiffres d'affaires inchangés montre, d'une part, que le COVID-19 a entraîné

des coûts supplémentaires et, d'autre part, que les hôpitaux avaient prévu des chiffres d'affaires et une demande nettement plus élevés lors de la planification de leurs ressources. Cela concerne presque exclusivement les coûts au-dessus de l'EBITDAR respectivement les coûts d'exploitation. Avec 513 millions de francs, le recul du bénéfice net par rapport à l'année précédente est similaire à celui de l'EBITDAR.

La forte baisse de la marge EBITDAR avec des chiffres d'affaires inchangés montre, d'une part, que le COVID-19 a entraîné des coûts supplémentaires et, d'autre part, que les hôpitaux avaient prévu des chiffres d'affaires et une demande nettement plus élevés lors de la planification de leurs ressources.

Données de SpitalBenchmark à l'appui des affirmations sur les bénéfices : une marge bénéficiaire nette insuffisante exacerbe la situation financière

Comme dans les études précédentes, nous avons comparé les résultats de l'analyse de la rentabilité de notre échantillon avec les données de l'association Spital-Benchmark. Ces dernières contiennent des données provenant de 103 établissements de différentes tailles et de diverses régions du pays. Les différences dans les résultats par rapport à l'échantillon de PwC sont dues à l'hétérogénéité des échantillons.

La marge EBITDAR a reculé en 2020 de 1,8 % à 6,3 % par rapport à l'année précédente et était bien inférieure à la valeur minimale durable de 10 %. À cet égard, la santé financière varie fortement d'un hôpital à l'autre. En 2019, 35 % des hôpitaux ont pu atteindre la valeur cible de 10 %, tandis que 16 % ont généré des marges EBITDAR inférieures à 4 %. En 2020, en revanche, ils étaient seulement 24 % à atteindre la valeur minimale. Cependant, 29 % ont enregistré des marges EBITDAR inférieures à 4 %.

Marges EBITDAR, EBITDA et marge bénéficiaire nette

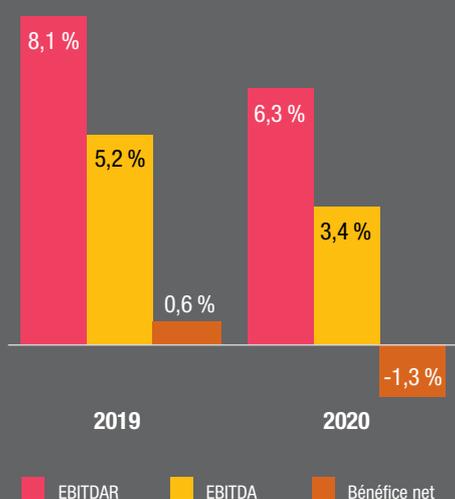


Figure 8 : Marges EBITDAR et EBITDA et marge bénéficiaire nette des hôpitaux de soins aigus de 2019 à 2020

Une évolution similaire a également été observée au niveau de la marge bénéficiaire nette. Les hôpitaux suisses de soins aigus ont enregistré en 2020 une perte médiane de 1,3 %, ce qui correspond à une diminution de 1,9 % par rapport à l'année précédente. Alors que 44 % ont publié une marge bénéficiaire nette négative l'année précédente, 63 % l'ont fait en 2020.





Psychiatrie

La pandémie a affecté les établissements psychiatriques à des degrés divers. Il est tout à fait envisageable qu'à l'avenir, ceux-ci puissent différencier leur offre de prestations de soins et que le volume de traitements augmente dans plusieurs domaines.

L'échantillon étudié comprend 13 établissements psychiatriques de différentes tailles et de diverses régions linguistiques. Les résultats sont parfois très hétérogènes. Certains établissements psychiatriques n'ont été que légèrement affectés par la pandémie. D'autres ont même pu profiter de cette situation et ont connu un excellent exercice 2020.

Stagnation des chiffres d'affaires 2020

La croissance moyenne des chiffres d'affaires 2020 (valeur médiane) des établissements psychiatriques étudiés s'est élevée à 2,6%, soit un niveau légèrement inférieur à celui de l'année précédente. La valeur moyenne, en revanche, a affiché un recul net de la croissance, qui n'a augmenté que de 0,4%, contre 3,5% l'année précédente. En termes absolus, les chiffres d'affaires ont été à peine inférieurs à ceux de 2019. Cela signifie que ce sont surtout les grands établissements psychiatriques qui ont accusé une baisse de leurs chiffres d'affaires par rapport à l'année précédente. Pour 69% des établissements psychiatriques, la croissance du chiffre d'affaires 2020 était inférieure au niveau de l'année précédente. 46% des établissements ont déploré un recul de leur chiffre d'affaires.

Il n'est actuellement guère possible d'estimer dans quelle mesure la situation extraordinaire influencera les chiffres d'affaires des établissements psychiatriques pour l'exercice 2021 ainsi que dans le futur. En raison de l'accroissement démographique et de la déstigmatisation des maladies mentales, nous comptons, à moyen terme, sur une croissance annuelle des chiffres d'affaires de 3,0% à 4,0%. Nous attendons des taux de croissance élevés,

surtout dans le secteur hospitalier ambulatoire et le secteur des cliniques de jour ainsi que dans les cabinets médicaux ambulatoires. Le secteur stationnaire devrait, en revanche, ne connaître à l'avenir qu'une faible croissance.

Il sera également intéressant d'observer comment les soins psychiatriques se développeront selon les groupes d'âge. Pendant la pandémie, ce fut notamment dans les services de psychiatrie pour enfants et adolescents que des prestations de soins ont été davantage sollicitées. La pérennité de cette tendance dépendra fortement des restrictions durables imposées à la vie en société. Dans l'ensemble, une pénurie de personnel qualifié est enregistrée dans ce domaine, ce qui entraîne des lacunes dans la prise en charge.

Contrairement aux chiffres d'affaires, les charges (médianes) ont connu une croissance beaucoup plus forte en 2020. En 2019, la croissance des chiffres d'affaires était encore tout juste supérieure à la croissance des charges; en 2020, elle était nettement inférieure. Les chiffres d'affaires médians n'ont augmenté que de 50% des charges supplémentaires.

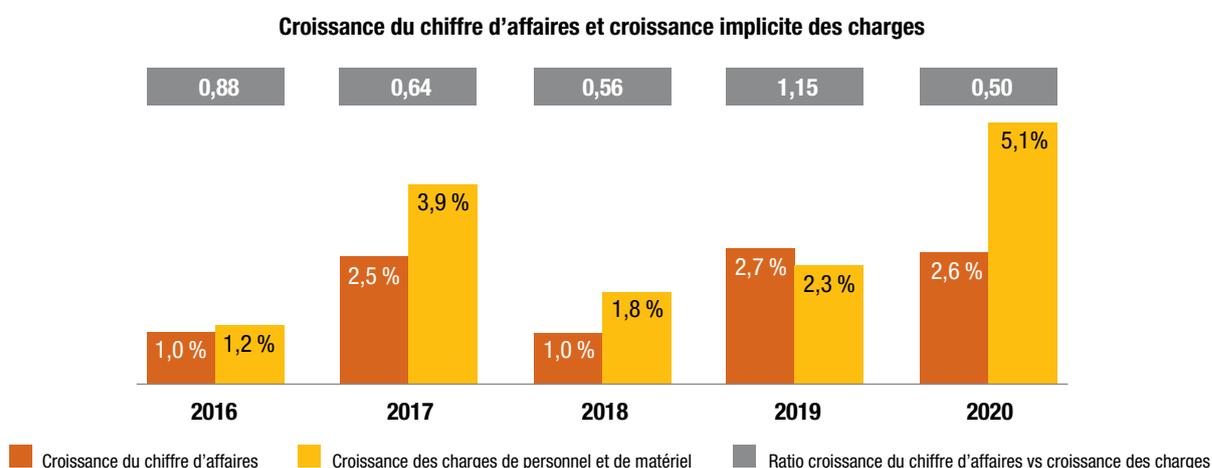


Figure 9: Croissance du chiffre d'affaires et des charges dans les établissements psychiatriques de 2016 à 2020

Augmentation disproportionnée des charges de personnel

La forte croissance des charges a été principalement alimentée par l'augmentation des charges de personnel. Les charges ont progressé de 2,0 % par rapport à l'année précédente et ont atteint le niveau le plus élevé de ces cinq dernières années. Tout comme les charges de personnel, les autres charges (hors loyers) ont également

augmenté de 0,4 % (à 14,6 %) par rapport à l'année précédente. Les charges pour fournitures médicales n'ont, en revanche, diminué que de 0,1 %. Nous partons du principe que les ratios de coûts plus élevés sont dus aux coûts supplémentaires liés à la pandémie.

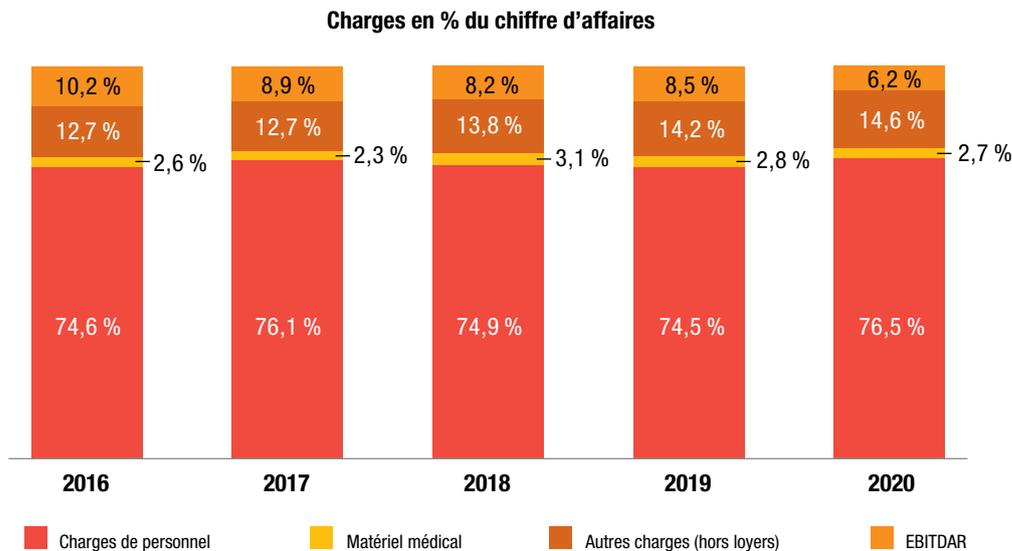


Figure 10: Charges en pourcentage du chiffre d'affaires des établissements psychiatriques de 2016 à 2020

Malgré la forte augmentation des charges de personnel, la répartition des charges au-dessus de l'EBITDAR n'a que peu changé. Alors que les charges de personnel ont

progressé de 0,2 %, les parts des fournitures médicales et des autres charges ont diminué respectivement de 0,1 %.

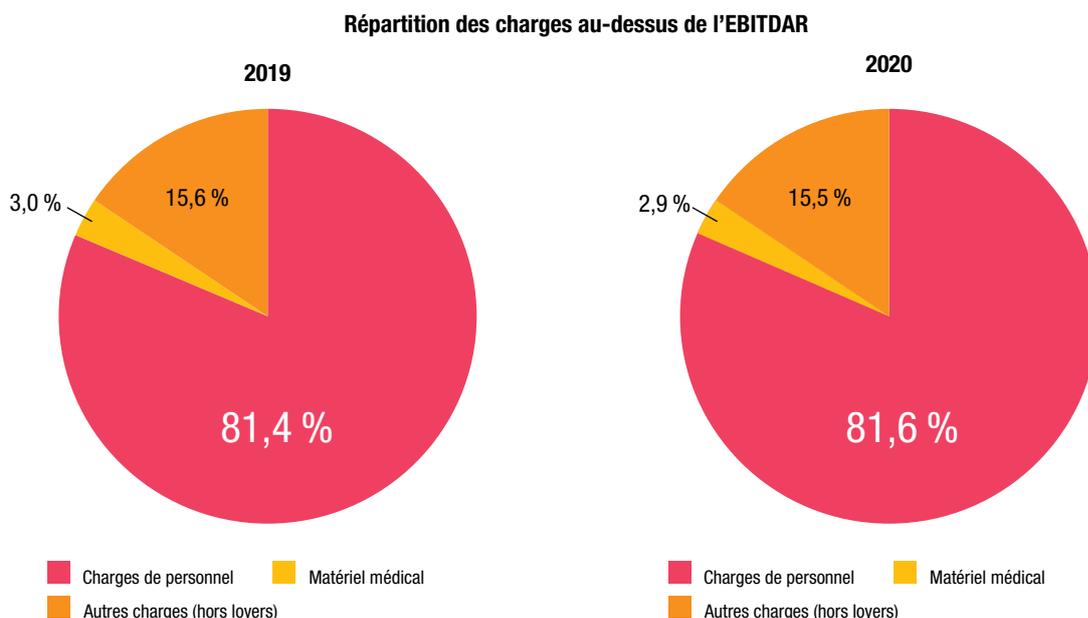


Figure 11 : Répartition des charges des établissements psychiatriques au-dessus de l'EBITDAR

Effondrement de la rentabilité

L'évolution des chiffres d'affaires et des charges en 2020 se reflète dans les ratios de rentabilité. Les établissements psychiatriques ont pu atteindre, ces dernières années, la marge EBITDAR cible de 8,0 % et présenter des résultats annuels positifs durables. Avec 6,2 % en 2020, ils ont manqué la marge cible de 1,8 %. Par rapport à l'année précédente, la marge EBITDAR a diminué de 2,3 % et de 4,0 % par rapport à la valeur maximale des cinq dernières années (2016). La marge EBITDA a connu une évolution similaire. Elle a reculé de 3,2 % à 3,7 % par rapport à l'année précédente, soit à environ 50 % de la valeur maximale de 7,4 % de 2016.

L'effondrement des marges EBIT et des marges bénéficiaires nettes a été encore plus sérieux, surtout au fil du temps. Alors que les marges EBITDAR et EBITDA ont plutôt suivi une tendance négative ces dernières années, les marges EBIT et les marges bénéficiaires nettes ont augmenté de manière continue de 2016 à 2019. Comme la marge EBITDA, la marge EBIT s'est contractée de 3,2 % de 2019 à 2020 et a été tout juste positive à 0,3 %. Avec 0,0 %, la marge bénéficiaire nette, en revanche, a été de 3,1 % inférieure à celle de l'année précédente.

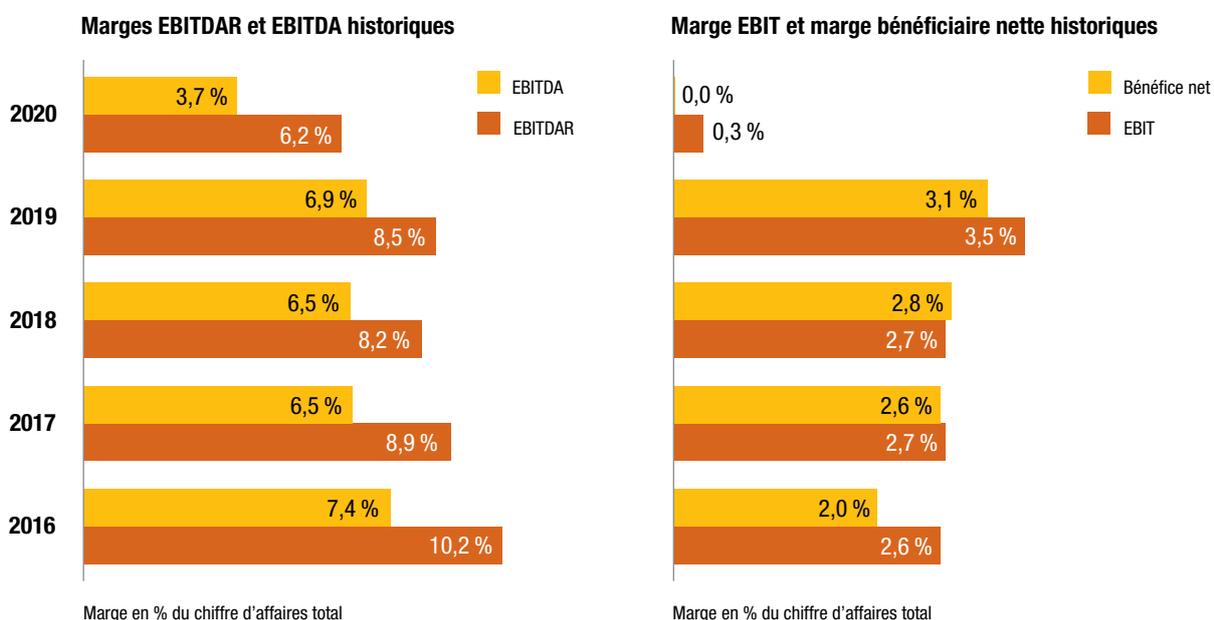


Figure 12: Marges bénéficiaires des établissements psychiatriques de 2016 à 2020



Évolution chiffrée du chiffre d'affaires, de l'EBITDAR et du bénéfice

De manière analogue aux soins somatiques aigus, nous avons également évalué globalement la variation absolue de différents chiffres clés pour les établissements psychiatriques de notre échantillon.⁷ Le montant total des chiffres d'affaires en 2020 a reculé d'environ

1 million de francs par rapport à l'année précédente. Si, de plus, nous supposons une croissance de 3,0 % au cours d'un exercice normal, la baisse des chiffres d'affaires s'est élevée à environ 45 millions de francs.

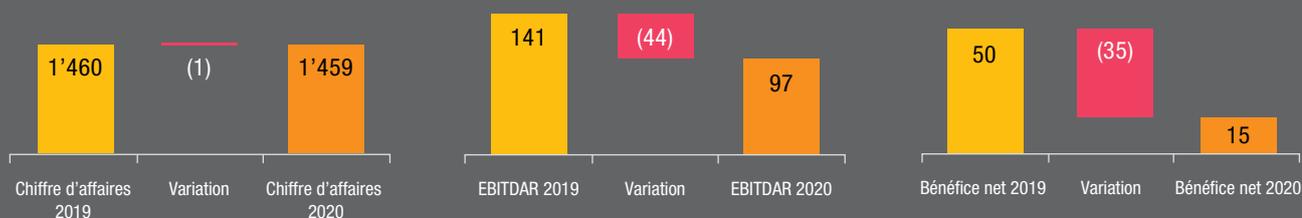
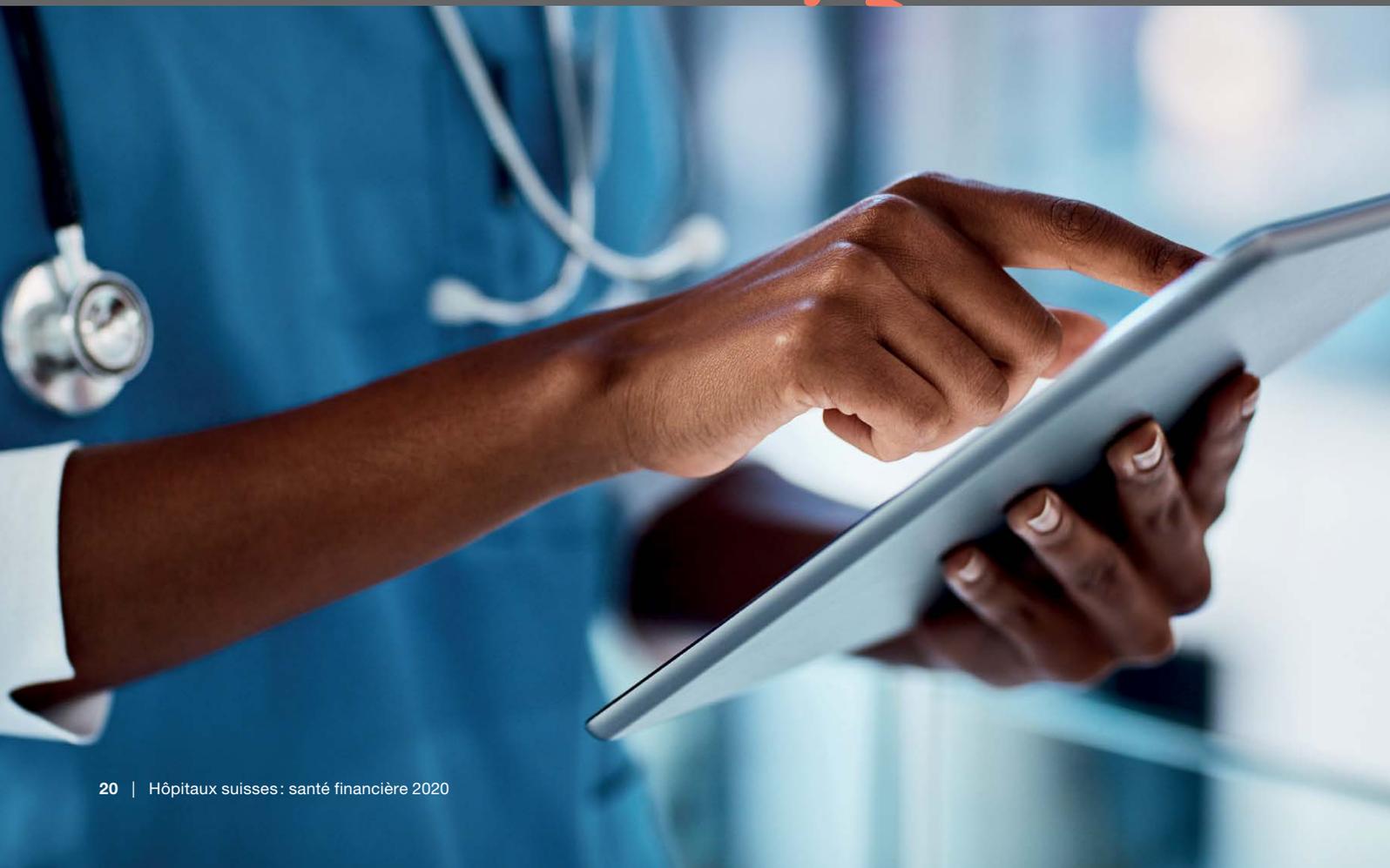


Figure 13: Variation absolue (en millions de francs) des chiffres clés de 2019 à 2020

Le fait que les établissements psychiatriques aient prévu une croissance pour l'année 2020 et en aient donc tenu compte dans leur planification des ressources se reflète dans l'EBITDAR cumulé. Celui-ci est inférieur d'environ 44 millions de francs à celui de 2019, ce qui correspond à un recul de la marge EBITDAR d'environ 3 % (sur la base des chiffres d'affaires de 2019). Les chiffres d'affaires étant pratiquement inchangés par rapport à l'année précédente, les coûts ont dû augmenter relativement fortement. Le bénéfice net est également inférieur d'environ 35 millions de francs au niveau de l'année précédente.



Le ratio de fonds propres s'avère stable

Le ratio de fonds propres médian a grimpé de 0,2 % à 58,9 % par rapport à 2019. Comme en 2019, tous les éta-

blissements psychiatriques étudiés, sauf un, ont atteint le ratio de fonds propres minimum défini de 30 %.

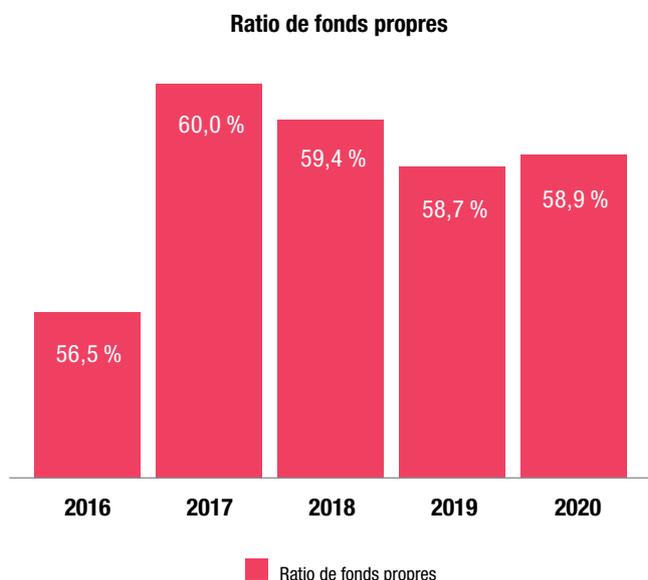


Figure 14 : Ratio de fonds propres des établissements psychiatriques de 2016 à 2020



Les données de SpitalBenchmark attestent les résultats de PwC : les établissements psychiatriques perdent en rentabilité

Comme dans le domaine des soins aigus, nous avons pu confirmer la plausibilité de certains de nos résultats pour les établissements psychiatriques avec les données de l'association SpitalBenchmark. Les données de 48 établissements psychiatriques y sont disponibles pour 2019 et 2020. Les valeurs du SpitalBenchmark peuvent être comparées aux résultats de notre étude. La marge EBITDAR a diminué en 2020 de 2,3 % à 6,1 %. La marge bénéficiaire nette des données du SpitalBenchmark était plus faible en 2019 que dans notre échantillon et est, en 2020, comparable à nos valeurs. La baisse en 2020 basée sur les données du SpitalBenchmark était, par conséquent, plus modérée. De manière analogue à notre échantillon, les données du SpitalBenchmark indiquent également que les établissements psychiatriques ont enregistré en 2020 d'importantes pertes en termes de rentabilité.

La marge EBITDAR a diminué en 2020 de 2,3 % à 6,1 %. La marge bénéficiaire nette des données du SpitalBenchmark était plus faible en 2019 que dans notre échantillon et est, en 2020, comparable à nos valeurs. La baisse en 2020 basée sur les données du SpitalBenchmark était, par conséquent, plus modérée. De manière analogue à notre échantillon, les données du SpitalBenchmark indiquent également que les établissements psychiatriques ont enregistré en 2020 d'importantes pertes en termes de rentabilité.

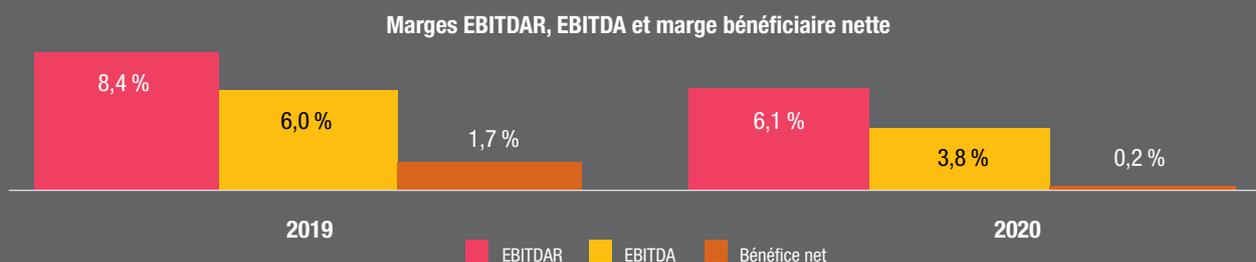
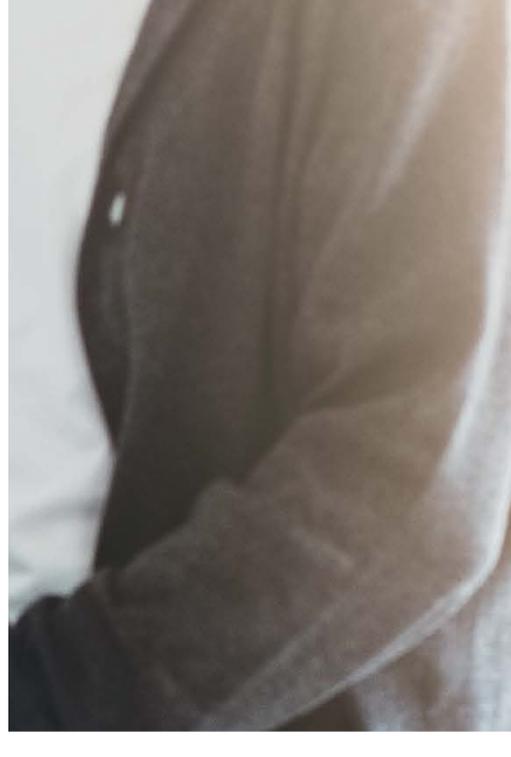


Figure 15 : Marges EBITDAR et EBITDA et marge bénéficiaire nette de 2019 à 2020

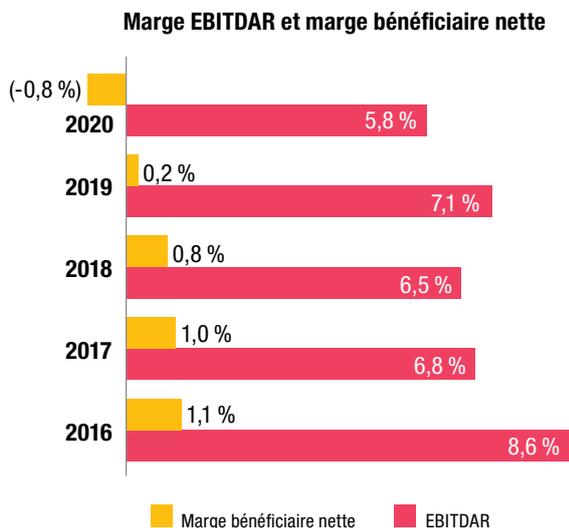


Réadaptation

Nous examinons, dans ce chapitre, les ratios réguliers EBITDAR et de fonds propres des établissements de réadaptation suisses sur la base des données de l'association SpitalBenchmark. Nous étudions les répercussions de l'interdiction de procéder à des interventions non urgentes et cherchons à savoir si un «effet de rattrapage» se manifeste.

Les chiffres d'affaires médians dans le secteur de la réadaptation ont chuté de 3,0 % par rapport à l'année précédente, intensifiant encore la pression sur les marges

accumulée dans le passé. Les établissements de réadaptation suisses affichent une marge EBITDAR médiane insuffisante depuis 2017 déjà, et n'ont pas atteint la valeur minimale définie de 8,0 %. Par rapport à 2019, la marge EBITDAR s'est contractée de 1,3 %, passant de 7,1 % à 5,8 %. Dans 31 des 43 établissements étudiés, elle était inférieure à 8,0 %. Cela correspond à quelque 72 %. Dans 13 établissements, soit 30 % de l'échantillon, la marge EBITDAR est même passée sous la barre des 4,0 %. Cinq établissements, soit 12 % de l'échantillon, ont affiché une marge EBITDAR supérieure à 10,0 %.



Marge bénéficiaire nette négative pour la première fois

La marge bénéficiaire nette présente un tableau tout aussi sombre que la marge EBITDAR. Entre 2016 et 2019, la marge bénéficiaire nette des établissements de réadaptation n'a cessé de diminuer. En 2020, elle a été négative pour la première fois. Elle a reculé de 1,9 %, par rapport à 2016, passant de 1,1 % à -0,8 %. Sa baisse par rapport à 2019 s'est élevée à 1,0 %. 29 établissements de réadaptation, soit 69 %, ont enregistré, en 2020, une marge bénéficiaire nette négative. Pour 16 établissements, soit 38 %, la marge bénéficiaire nette était inférieure à -2 % et seuls cinq établissements, soit 12 % de l'échantillon, ont réalisé un bénéfice net de plus de 2 % des chiffres d'affaires.

Figure 16: Marge EBITDAR et marge bénéficiaire nette des institutions de réadaptation de 2016 à 2020

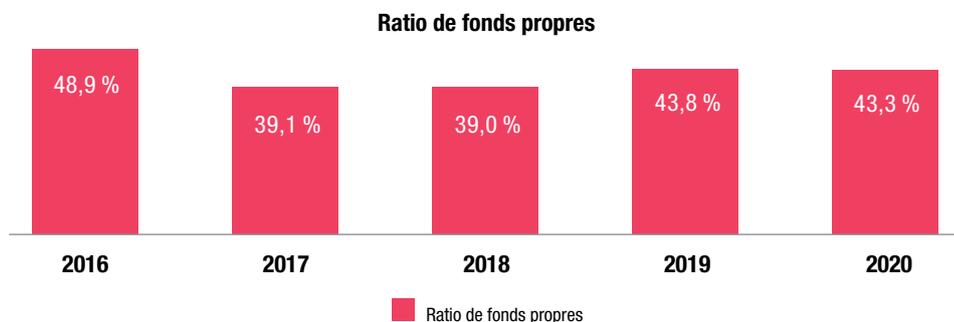


Figure 17: Ratio de fonds propres des institutions de réadaptation de 2016 à 2020

Le ratio de fonds propres des cliniques de réadaptation s'est réduit par rapport à l'année précédente de 0,5 % à 43,3 %. Sur les 43 cliniques de réadaptation étudiées, 12 d'entre elles, soit 28 %, ont affiché un ratio de fonds propres inférieur à la valeur cible minimale définie de 30 %.

Au total, trois établissements ont même enregistré un ratio de fonds propres inférieur à 10 %. En revanche, 15 établissements ont fait état d'un ratio de fonds propres supérieur à 50 %.

Digression :

Estimation de la nouvelle structure tarifaire ST Reha 1.0

SwissDRG SA a élaboré la nouvelle structure tarifaire ST Reha 1.0 pour la réadaptation stationnaire et prévoit de l'introduire en janvier 2022. Le faible degré de différenciation entre les concepts de réadaptation et les différentes intensités thérapeutiques pourrait devenir problématique.

La nouvelle structure tarifaire ST Reha 1.0

La nouvelle structure tarifaire stationnaire ST Reha 1.0 pour la réadaptation sera introduite à partir de janvier 2022, à condition que le Conseil fédéral l'approuve. Après l'introduction de SwissDRG dans les soins somatiques aigus (2012) et de TARPSY dans la psychiatrie (2018), les forfaits de décompte liés aux prestations seront donc également appliqués dans la réadaptation.

ST Reha 1.0 répartit les cas de patients en groupes de coûts en réadaptation (RCG) sur la base des prestations fournies (selon la classification des interventions chirurgicales CHOP), des diagnostics principaux, des diagnostics secondaires (p. ex. pour les limitations fonctionnelles) et de l'âge. Le tarif attribue différents coûts relatifs aux groupes de coûts. Au sein d'un groupe de coûts, les coûts relatifs (cost-weights) sont en outre affectés aux phases du processus de réadaptation. Chaque phase a un cost-weight journalier qui est le même pour chaque jour de

la phase. En mars 2021, le conseil d'administration de SwissDRG a approuvé le nouveau modèle tarifaire. Celui-ci doit contribuer à partir de janvier 2022 à un financement plus équitable et, de ce fait, à une organisation plus efficace des soins de santé en Suisse.⁸

Le catalogue RCG présente les cost-weights journaliers. Le nombre de phases et leur durée respective influencent le cost-weight effectif. Pour calculer le cost-weight effectif facturable par cas de patients, le nombre de jours dans la phase correspondante est multiplié par le cost-weight journalier puis la somme est établie sur la base des phases. Ce calcul n'est actuellement nécessaire que pour les traitements divisés en trois phases (cf. Figure 18). Dans tous les autres RCG (avec seulement une phase), la durée de séjour définie selon les règles de facturation est multipliée par le cost-weight journalier.⁹ En fonction du nombre de phases, les prestataires de soins sont incités à contrôler la durée du séjour, car la rémunération du traitement et les intensités diminuent avec le temps.

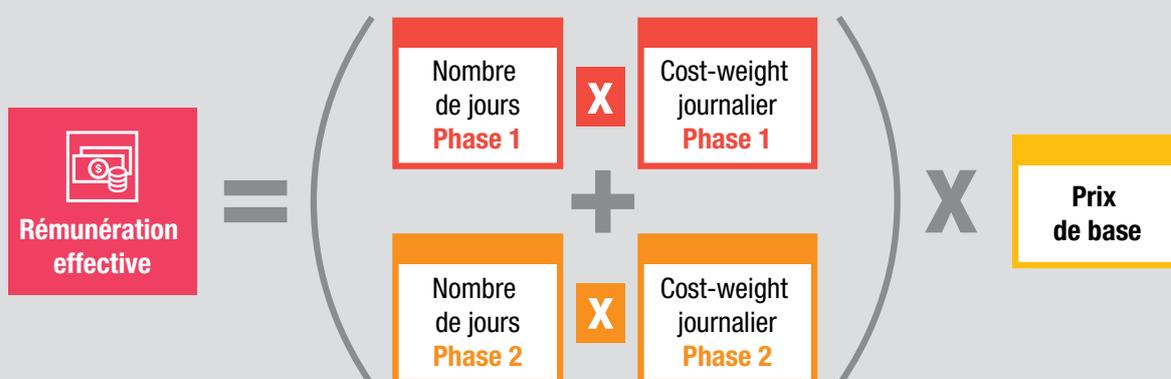


Figure 18 : Méthode de calcul schématisée de ST Reha 1.0

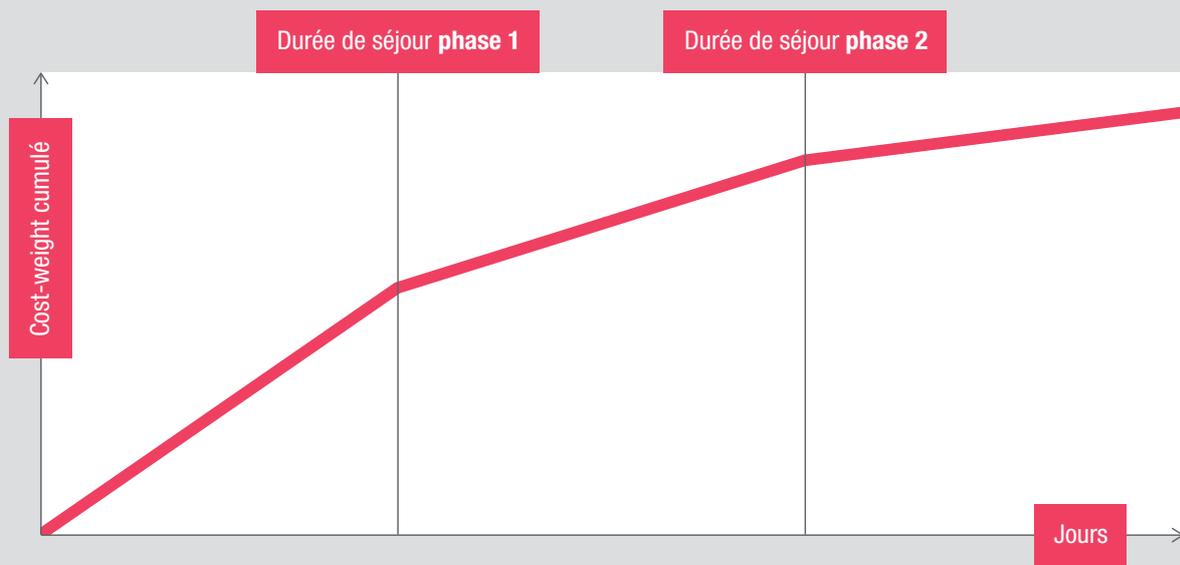


Figure 19: Indemnisation schématique selon ST Reha 1.0





Répercussions variées

L'un des principaux défis posés à ST Reha 1.0 réside dans la différenciation insuffisante de la structure tarifaire par rapport à la fourniture de prestations de soins actuelle. Cela est notamment lié au fait que les prestataires de soins de réadaptation se distinguent considérablement en termes de concepts thérapeutiques et d'infrastructures techniques. Les codes CHOP correspondants n'existent pas depuis longtemps ; les prestataires de soins n'ont pas été en mesure de se préparer de manière intensive à l'introduction des tarifs ni d'adapter leurs concepts de traitement. Cela devrait entraîner certaines imprécisions, surtout au début, lesquelles devraient disparaître au fur et à mesure que la différenciation du système augmentera.

ST Reha 1.0 prescrit l'intensité de la réadaptation en termes de traitement standard minimum (p. ex. nombre de thérapies par jour), et vise, ce faisant, à uniformiser la qualité et la prestation. Les établissements devront développer quelques offres de réadaptation à bas seuil afin de respecter ces prescriptions.

Les exigences en matière de codage et de facturation ont augmenté. Il faut, en outre, s'attendre à des négociations tarifaires plus difficiles au fil du temps, car un benchmarking est désormais possible. Une pression accrue sur les prix est donc probable, comme cela a été observé pendant un certain temps après l'introduction de SwissDRG et de TARPSY.



ST Reha 1.0 prescrit l'intensité de la réadaptation en termes de traitement standard minimum.

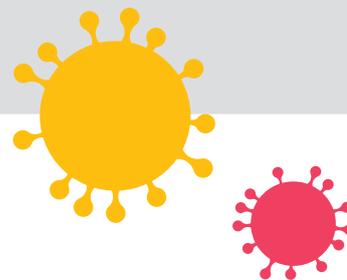
L'avenir de la réadaptation

Selon les analyses de divers rapports cantonaux sur la planification des soins de santé, la demande de soins de réadaptation augmente plus fortement que celle des soins somatiques aigus. Ceci est lié à l'évolution démographique et au raccourcissement de la durée de séjour dans les soins somatiques aigus. En outre, les cliniques de réadaptation recherchent de plus en plus la proximité des soins somatiques aigus afin d'améliorer les parcours de soins et d'optimiser les processus. Dans ce contexte, les cliniques de réadaptation se demanderont à moyen terme si elles veulent continuer à s'implanter, en dehors des centres, dans les zones rurales ou s'il est plus judicieux de se concentrer sur un site proche des patientes et patients et de leur lieu de résidence.

Nous considérons que les thèmes ci-après constituent, à moyen terme, les principaux défis pour les cliniques de réadaptation :

- La **mise en œuvre du nouveau tarif** sera exigeante pour les petits établissements multidisciplinaires. Ils auront besoin de logiciels spécifiques pour comparer les procédures et les diagnostics entre eux, comme lors de l'introduction de TARPSY et de DRG. Les petits établissements ne peuvent pas compter sur des économies d'échelle. En raison des exigences élevées (dans le domaine des mandats de prestations, des approbations, de l'attractivité en tant qu'employeur), ils ne peuvent que difficilement se maintenir à flot. Les prestataires plus importants, en revanche, ont moins de problèmes avec le nouveau système tarifaire, car ils se dotent de spécialistes consacrés à ces problématiques. Il convient de noter que le nombre de cas dans la réadaptation est, en termes relatifs, nettement plus faible que dans les soins somatiques aigus en raison de longues durées de séjour. La **charge de codage** est ainsi mieux gérable dans le temps et l'acquisition de compétences incomparablement plus complexe.
- ST Reha 1.0 pourrait accélérer le **processus de consolidation et de fusion dans le domaine de la réadaptation**. Les petits prestataires de soins de réadaptation s'affilieront davantage aux grandes institutions ou coopéreront encore plus étroitement avec elles afin de maintenir leur offre de prestations. Les offres qui ne pourront être refinancées auront tendance à être éliminées du marché. Les plus grands établissements pourraient bénéficier financièrement de la consolidation.
- Un **renforcement de la zone de transition et des offres ambulatoires** est envisageable. ST Reha 1.0 favorise une telle évolution, car les établissements doivent craindre une rémunération insuffisante pour des patientes et patients ayant moins besoin de thérapie ou de soins intensifs en raison des exigences de ST Reha 1.0.
- Nous partons également du principe que, comme pour les soins somatiques aigus et la psychiatrie, la **pression sur les coûts** augmentera à moyen et long terme en raison de la nouvelle introduction de ST Reha 1.0.
- Les tendances typiques du système de santé affectent également la réadaptation, bien que ST Reha 1.0 ne les renforce pas explicitement : digitalisation, pénurie de main-d'œuvre spécialisée, modèles de soins intégrés, pression réglementaire, etc.

En bref :



Livre blanc COVID-19

En collaboration avec l'association SpitalBenchmark, nous avons publié quatre livres blancs¹⁰ entre juin 2020 et juin 2021 sur les dommages financiers liés à la pandémie dans le système de santé suisse, dans lesquels nous avons estimé les répercussions de la pandémie sur le secteur hospitalier. Nous avons voulu ainsi contribuer à clarifier la situation financière des hôpitaux et des cliniques en période de pandémie.

Le préjudice financier total se compose, d'une part, des pertes de revenus liées à l'interdiction des interventions non urgentes entre le 17 mars et le 26 avril 2020 (réserves de capacité) et des coûts supplémentaires qui ont grevé les finances des hôpitaux et des cliniques depuis le début de la pandémie.

Procédure et hypothèses

Nous avons procédé à une estimation du préjudice pour chacun des trois domaines de prestations stationnaires que sont les soins aigus, la psychiatrie et la réadaptation, ainsi que pour le domaine des prestations ambulatoires. Les données ont été collectées par l'association SpitalBenchmark et portent sur 122 hôpitaux de soins aigus, 50 établissements et services psychiatriques ainsi que 52 établissements de réadaptation. Afin de déterminer le préjudice pour l'ensemble de la Suisse, nous avons extrapolé les sommes sur la base des couvertures de marché indicatives. Le calcul des pertes de revenus est fondé sur le volume de prestations déclaré par les hôpitaux et les cliniques et sur les tarifs d'indemnisation y afférents. À cet égard, il a été tenu compte du fait que les domaines de soins auraient pu enregist-

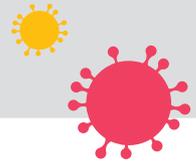
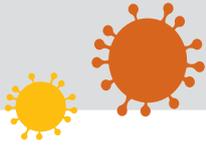
trer une certaine croissance au cours d'une année normale et que les prestataires de soins avaient déjà pris des mesures à cet effet (extension des capacités, engagement de personnel, etc.). En outre, nous avons supposé, pour l'évaluation du préjudice, un volume de prestations de soins supérieur au niveau de l'année précédente (croissance comprise) à titre d'effet de rattrapage. Nous avons déterminé les coûts supplémentaires dans le cadre d'un sondage.

Pertes de revenus d'un peu moins de 1 milliard de francs

En tenant compte d'un effet de rattrapage, les pertes de revenus pour 2020 se situaient entre 0,9 et 1,1 milliard de francs. Hors croissance, la fourchette était de 0,5 à 0,7 milliard.

	Soins aigus		Psychiatrie		Réadaptation		Ambulatoire		Total	
	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.
Janvier	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Février	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mars	151	167	13	15	10	11	80	88	254	281
Avril	320	354	15	16	38	42	193	213	565	624
Mai	116	128	14	15	22	25	77	85	229	253
Juin	(75)	(68)	(17)	(15)	(7)	(7)	(77)	(69)	(176)	(159)
Juillet	18	20	(10)	(9)	5	6	(12)	(11)	2	6
Août	12	13	3	3	1	1	(14)	(13)	1	4
Septembre	(24)	(22)	(2)	(2)	1	2	(46)	(42)	(71)	(64)
Octobre	15	16	(1)	(1)	1	1	13	15	28	31
Novembre	4	5	(9)	(8)	14	16	13	15	23	27
Décembre	58	65	(2)	(2)	2	2	(8)	(8)	50	57
Total	595	678	3	12	87	98	218	273	904	1060

Figure 20: Pertes de revenus mensuelles en 2020 (en millions de francs) par rapport à une année normale



Coûts supplémentaires de 400 millions de francs

Les coûts supplémentaires nets liés à la pandémie se sont élevés en 2020 à environ 0,4 milliard de francs, dont 68 % relèvent du domaine stationnaire des soins aigus, 23 % du domaine ambulatoire, 6 %

de la psychiatrie et 3 % des cliniques de réadaptation. La majeure partie des coûts supplémentaires est due à des surcoûts de personnel, notamment en raison de l'augmentation des besoins en personnel. Des coûts importants ont également été encourus en raison des mesures de construction et de l'achat de matériel de protection.

en millions de CHF	Soins aigus		Psychiatrie		Réadaptation		Ambulatoire		Total	
	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.
Coûts supplémentaires nets	250	276	21	23	9	10	83	92	364	402

Figure 21 : Coûts supplémentaires en 2020 dus au COVID-19 (en millions de francs)

Le secteur des soins aigus est le plus sévèrement touché

Le préjudice financier total subi par les hôpitaux suisses du fait de la pandémie est compris entre 1,3 milliard de francs bruts et 1,5 milliard de francs bruts environ en 2020 (avant versement des indemnités). Près de 72 % de ce préjudice financier total sont dus à des pertes de revenus et 28 % à des coûts supplémentaires nets. Le domaine des soins

aigus a contribué à environ deux tiers de la somme totale. Près d'un quart concernait le domaine ambulatoire. Les établissements psychiatriques et de réadaptation ne représentaient qu'une part nettement plus faible (respectivement 2 % et 7 %). Sur la base des parts de chiffres d'affaires du secteur de la santé suisse ainsi que d'autres enseignements tirés de la pandémie, cette répartition du préjudice correspond, dans l'ensemble, à nos attentes.

Situation normale	Soins aigus		Psychiatrie		Réadaptation		Ambulatoire		Total	
	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.
Perte de revenus	595	678	3	12	87	98	218	273	904	1060
Coûts supplémentaires nets	250	276	21	23	9	10	83	92	364	402
Dommages totaux	846	954	24	35	96	108	302	365	1268	1462

Figure 22 : Préjudice financier total en 2020 dû au COVID-19 (en millions de francs)



Partie II

Un regard politique sur l'année de la pandémie 2020





Dans cette section, nous abordons la question de l'approvisionnement en soins à l'échelon national d'un point de vue politique.

Avec Lukas Engelberger, président de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), nous cherchons à déterminer ce que le système de santé peut apprendre de la pandémie. Après cette rétrospective, nous essayons de porter un regard sur l'avenir. En outre, nous évoquons la responsabilité de la Confédération et des cantons ainsi que le rôle clé de la numérisation dans la lutte contre le virus.



Entretien avec Lukas Engelberger



Portrait

Juriste de formation et politicien représentant « Le Centre », Lukas Engelberger est depuis 2020 président de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Pendant la pandémie, ce Bâlois de naissance a assumé le rôle de gestionnaire de crise sanitaire pour les cantons, en contact étroit avec la Confédération et le conseiller fédéral Alain Berset.

Monsieur Engelberger, comment notre système de santé s'est-il comporté pendant la pandémie ?

Depuis la grippe espagnole, le système de santé suisse n'avait plus été exposé à une situation d'une telle ampleur. Dans l'ensemble, nous avons très bien surmonté cette épreuve, et ce, uniquement grâce au personnel médical et infirmier. Je tiens à exprimer mes sincères remerciements à toutes celles et tous ceux qui y ont contribué.

Quel a été l'impact pour les hôpitaux des différentes indemnités cantonales ?

Nous distinguons trois catégories dans les postes de dommages respectivement de pertes des prestataires de soins. Premièrement, des coûts supplémentaires directs ont été engendrés pour faire face à la pandémie, notamment des dépenses liées à la réorganisation des services cliniques, au recrutement de personnel supplémentaire, à la création de centres de tests, à l'acquisition de matériel de protection et à la restructuration des processus. Les cantons devraient, selon nous, les prendre en charge. C'est la raison pour laquelle de nombreux cantons ont promis des prestations en faveur des soins, soins à domicile et hôpitaux.

Jusqu'ici, nous avons consenti environ 100 millions de francs à Bâle-Ville.

En ce qui concerne la protection tarifaire, nous considérons que la responsabilité incombe aux partenaires tarifaires. Il va falloir parler de subventions tarifaires rétroactives pour les prestations fournies en 2020 ou 2021. Je comprends que les caisses-maladie ne peuvent ou ne doivent pas payer pour des prestations qui n'ont pas été fournies. Mais en temps de pandémie, elles sont tenues à la protection tarifaire. Je m'attendais à cet égard à des avances plus substantielles de la part des prestataires de soins.

« En ce qui concerne les pertes de revenus, je considère que la responsabilité incombe à la Confédération et non aux cantons. »

En ce qui concerne les pertes de revenus, je considère que la responsabilité incombe à la Confédération et non aux cantons. La Confédération

a interdit les traitements médicaux non urgents en mars et avril 2020. Rétrospectivement, cela n'aurait pas été nécessaire dans toute la Suisse. Voilà pourquoi la Confédération doit également en assumer la responsabilité financière.

Selon vous, comment le COVID-19 affectera-t-il l'approvisionnement à long terme ?

Hormis plusieurs stocks sous-dotés, qui pouvaient être repris en main relativement rapidement, le problème principal a été le personnel formé en soins intensifs. Il serait souhaitable de créer des capacités de réserve supplémentaires. Il convient, toutefois, d'envisager différents scénarios. Nous sommes actuellement dans un scénario de pandémie ; il y a quelques années, le thème de la menace terroriste dominait. Un tel scénario requiert nettement plus de places d'urgence et de médecins spécialisés en polytraumatisme. Je pense que, dans l'ensemble, nous devons avoir l'esprit plus souple.

Où voyez-vous un besoin de mise à niveau ?

Un besoin plus important se fait sentir dans le domaine de la protection de la santé. Prenons l'app SwissCovid : si je ne sais pas où et

quand j'ai été proche d'une personne infectée, l'app ne m'est pas d'une grande utilité. La discussion politique au sens d'un rapport qualité-prix doit devenir plus intense. Tout le monde veut des prestations numériques rapides de la part de l'administration, mais personne ne veut en payer le prix sous forme de données. Nous devons parler de cette divergence.

« Manifestement, la Confédération et les cantons peuvent développer rapidement des solutions conviviales. Nous devons garder cet esprit pour d'autres projets de numérisation, par exemple celui du dossier électronique du patient. »

Quelles sont, selon vous, les plus grandes avancées en matière de numérisation ?

Je considère que le certificat COVID-19 représente un pas de géant dans la numérisation du secteur de la santé suisse. Manifestement, la Confédération et les cantons peuvent développer rapidement des solutions conviviales. Nous devons garder cet état d'esprit pour d'autres projets de numérisation, par exemple celui du dossier électronique du patient. Nous en sommes là actuellement.

Où voyez-vous le plus grand potentiel d'amélioration dans les interfaces entre la Confédération, les cantons et les fournisseurs de prestations en temps de pandémie ?

La loi sur les épidémies, relativement récente, fournit trop peu d'instructions dans des domaines importants aux acteurs qui doivent agir sous de fortes contraintes de temps. Le régime de « situation exceptionnelle » a été seulement esquissé. À mon avis, il doit être précisé. Plusieurs étapes sont nécessaires pour que la responsabilité des cantons soit progressivement transférée à la Confédération. La loi sur les épidémies prévoit un organe de coordination. Elle ne stipule pas qui y est spécifiquement représenté et selon quelle

procédure un tel organe fonctionnerait. Nous avons passé beaucoup de temps et déployé une énergie considérable à débattre de la manière de consulter les cantons. Une véritable perte de ressources !

Rétrospectivement, la responsabilité a été transférée trop lentement en automne 2020 des cantons à la

Confédération. Il ne s'agissait pas d'une erreur systémique mais d'une erreur imputable aux parties concernées. Certains cantons ont sous-estimé la situation. Ceux qui ont tenté quelque chose, comme le canton de Bâle-Ville, n'ont pas eu la tâche facile. La Confédération a hésité car elle a été critiquée par les cantons au printemps 2020. Cette dynamique était désagréable. En fin de compte, la « situation exceptionnelle » n'a pas aidé à surmonter ce vide. C'est justement là que nous devrions intervenir.

Quel serait, à vos yeux, le principal objectif à atteindre ? Quel est pour vous le futur rôle des cantons ?

La pandémie a mis en évidence la responsabilité globale des cantons. Les questions relatives à la compréhension des rôles ou aux conflits d'intérêts dans le secteur de la santé ont été reléguées au second plan. Nous avons probablement bien plus besoin que par le passé d'une planification suprarégionale. Celle-ci revêt un rôle essentiel à l'échelon national, partout où les structures politiques sont à dimensions réduites, par exemple ici, dans le Nord-Ouest de la Suisse, mais aussi en Suisse orientale et centrale.

Il n'y aura, dans un avenir proche, aucun mouvement en ce qui concerne

les responsabilités en matière de planification et les rôles de supervision des cantons. En revanche, la dimension « propriétaire d'hôpital » est en train d'évoluer. Autrefois, chaque canton avait son propre hôpital où les soins étaient dispensés. En raison de la mobilité croissante des patientes et patients au-delà des frontières cantonales et de la progression des consolidations et des formations de groupes, les cantons deviennent en partie copropriétaires d'hôpitaux interrégionaux.

Comment évaluez-vous les éventuelles conséquences de la renonciation ou de l'interdiction des traitements non urgents ?

Les maladies graves ont été manifestement diagnostiquées plus tard. En oncologie, le recours aux prestations souffre encore d'un certain retard. Des déclarations comme « le printemps a prouvé que de nombreuses interventions n'étaient même pas nécessaires » sont répandues, ce qui est effrayant et dangereux à mon avis. Je suis convaincu de la nécessité – et même, de l'obligation que nous avons – d'approfondir cette analyse. Il est indispensable de bien informer sur les conséquences à long terme des traitements effectués tardivement.

Quelles ont été vos expériences avec les fournisseurs de prestations, notamment dans le canton de Bâle-Ville ? Quels enseignements en avez-vous tirés ?

Je suis très reconnaissant que cela ait bien fonctionné dans notre canton. L'engagement en faveur de l'intérêt général a été manifeste. Nous nous sommes assis autour d'une même table et avons défini les rôles des différents hôpitaux. Dans une deuxième phase, nous avons construit une région de soins bicantonale en rendant les frontières cantonales perméables pour les traitements de soins intensifs. Nous avons versé des rémunérations complémentaires aux hôpitaux qui ont admis des résidents dans leurs unités de soins intensifs.

Partie III

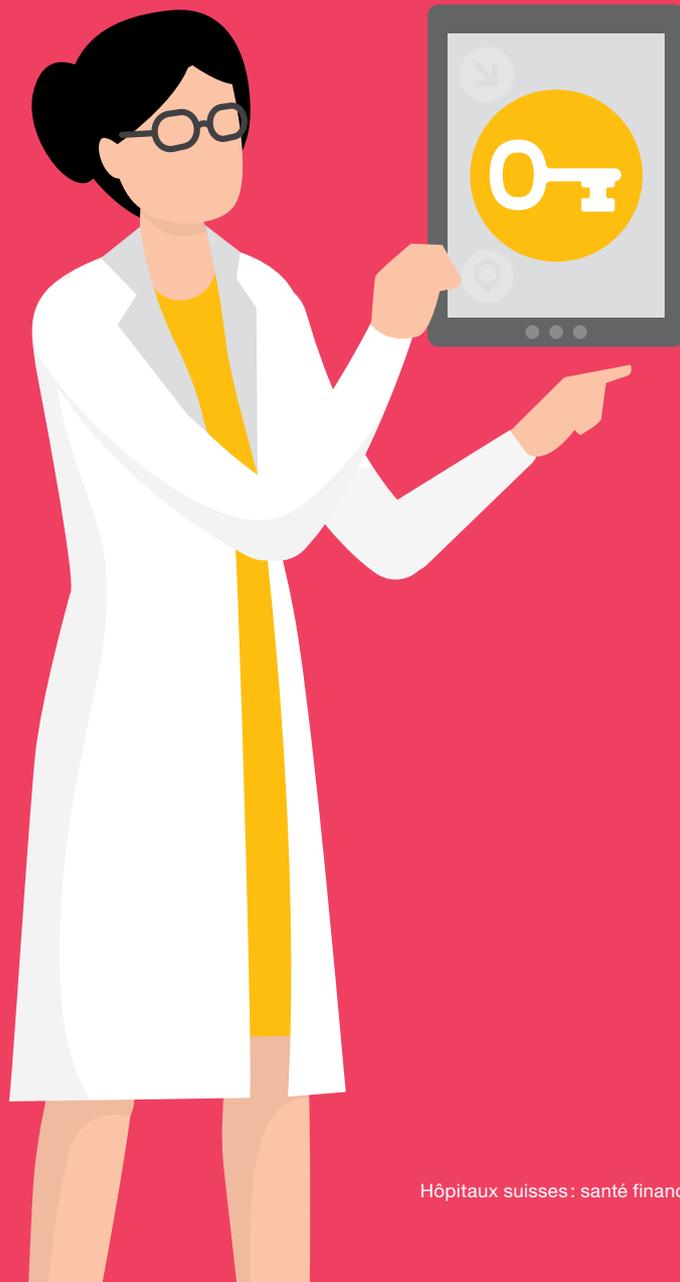
Modifications du paysage tarifaire





Dans ce chapitre, nous examinons la situation actuelle et l'évolution en termes de revenus, en collaboration avec des représentants expérimentés du secteur.

Pour ce faire, nous tenons compte de toutes les sources pertinentes de revenus: les prix stationnaires de l'assurance obligatoire des soins selon Swiss-DRG, les revenus des assurances complémentaires et les tarifs ambulatoires. Finalement, nous vous proposons une réflexion sur une rémunération axée sur la qualité et vous présentons le projet pilote Patient Empowerment Initiative.



Entretien avec le docteur Simon Hölzer



Portrait

Simon Hölzer est le CEO de SwissDRG SA depuis sa fondation. Il est également privat-docent et économiste et a été actif en tant que spécialiste en médecine générale.

Neuf ans de SwissDRG

Le docteur Simon Hölzer, CEO de SwissDRG SA, s'entretient avec PwC sur une courte décennie de SwissDRG, les changements structurels dans le secteur de la santé, l'influence du COVID-19 sur le système tarifaire stationnaire et d'éventuels perfectionnements.

Docteur Hölzer, à l'aune de la pandémie, des voix se sont élevées pour dire que la rémunération des patientes et patients atteints du COVID-19 ne couvrirait pas les coûts. Dans quelle mesure êtes-vous personnellement satisfait du système ?

Nous avons déjà réagi en avril 2020 avec des adaptations tarifaires pour les cas stationnaires afin que le système en tienne compte et que les coûts correspondants soient couverts le mieux possible. Depuis, nous avons dû chercher des solutions sans disposer des données correspondantes. La crise nous a montré que le financement strictement axé sur les forfaits par cas présente des risques, notamment dans l'interface avec des prestations d'intérêt général ou des réserves de capacité particulières. Des scénarios sont donc indispensables à l'avenir : comment rendre les réserves de capacité obligatoires et les rémunérer de manière plus uniforme ? Ou des formes de rémunération supplémentaires, non

axées prioritairement sur le chiffre d'affaires, sont-elles nécessaires ?

La pandémie a-t-elle accéléré les changements structurels en cours dans le secteur de la santé ?

À mon avis, le changement structurel n'est pas encore très avancé pour diverses raisons. Le système pourrait se baser sur un benchmark plus objectif qu'aujourd'hui, ce qui signifierait une plus grande équité dans le financement. Les prestations d'intérêt général jouent également un rôle dans ce domaine. Enfin, les cantons se distinguent aussi par leur orientation socio-politique. Il est difficile d'établir des critères d'évaluation uniformes et de procéder à

« Nous irions plus loin si nous uniformisons les valeurs fondamentales d'un prix de référence. »

des comparaisons objectives entre les établissements, car les décisions régionales en matière de politique de santé, la volonté de financement correspondante et les structures de soins qui ont parfois évolué de différentes manières interagissent.

SwissDRG récompense l'offre économique de prestations de soins et punit les fournisseurs de prestations qui produisent à un coût trop élevé. Les prestations doivent, par conséquent, être fournies à des tarifs de plus en plus bas. Comment faire pour éviter une spirale descendante dans la tarification, comme en Allemagne par exemple ?

Avec la systématique DRG, nous avons techniquement un dispositif similaire à celui qui prévaut en Allemagne. Mais les modalités d'application sont complètement différentes. Cela commence par les domaines d'application, les définitions de cas et les règles de décompte. En outre, l'Allemagne ne connaît pas de négo-

« Cela vaudrait le coup d'essayer d'introduire des systèmes tarifaires concurrents. »

ciations individuelles sur les prix. En Suisse, nous avons un prix qui est fixé individuellement par hôpital. Cela me paraît être un gros avantage. Il n'y a donc aucune raison de parler de spirale descendante.

Nous devons, bien sûr, identifier les domaines dans lesquels le système peut être amélioré. Il me semble difficile de suivre l'approche de la Confédération et de fixer le benchmark au 25^e percentile. À mon avis, c'est une mauvaise approche. Nous irions plus loin si nous uniformisions les valeurs fondamentales d'un prix de référence. En d'autres termes, si nous étions plus honnêtes avec les prestations d'intérêt général et avec les flux de capitaux de la politique régionale et si nous faisons ensuite une comparaison correspondante entre les établissements. Le 25^e percentile suggère que plus de 60 % des hôpitaux sont, à l'heure actuelle, trop chers. D'un point de vue objectif et mathématique, ceci n'est pas compréhensible.

Le système tarifaire montre plus que jamais une fragmentation entre les soins aigus somatiques stationnaires et ambulatoires: des discussions sont en cours sur les forfaits ambulatoires ou TARDOC. Comment résoudre cette problématique ?

Cela vaudrait le coup d'essayer d'introduire des systèmes tarifaires concurrents. Ce type d'essai est toujours intéressant si l'on adopte une approche ouverte. Cependant, nous ne sommes pas exclusivement attachés à l'idée du forfait et nous ne sommes pas convaincus que le système DRG résout tous les problèmes. Dans l'ensemble, je pense que des mesures tarifaires prometteuses résident dans une forfaitisation plus importante pour les prestations dont le volume des coûts est important.

« En ce qui concerne la rémunération, il faudrait davantage forfaitiser dans le domaine ambulatoire. »

Si vous pouviez transformer complètement le système tarifaire suisse, que feriez-vous ?

Je travaillerais avec le système existant. Le système DRG a fait ses preuves, tout comme les approches de TARPSY. Je pense que nous allons dans la bonne direction. En ce qui concerne la rémunération, il faudrait davantage forfaitiser dans le domaine ambulatoire. Avec l'introduction du système DRG, nous sommes parvenus, dans le domaine stationnaire, à une documentation raisonnable, car nécessaire, des diagnostics principaux et des diagnostics secondaires. Celle-ci est également requise pour le monitoring épidémiologique et l'assurance qualité. En comparaison, je souhaiterais recevoir

davantage d'informations de la part des fournisseurs de prestations et de la documentation médicale dans le secteur ambulatoire. J'estime qu'un développement ciblé des catalogues est désormais nécessaire. Les tarifs ne pourront progresser de manière substantielle qu'à cette condition. Le risque, sinon, est de voir les interventions augmenter alors que les patientes et patients ne sont pas plus malades.

Que pensez-vous des « Health Plans » ?¹¹

Ils font bonne impression sur le papier. Je suis toutefois plutôt sceptique car nous avons déjà relativement beaucoup d'oligopoles sur le marché suisse actuel de la santé. Je ne pense pas que la médecine s'améliorera ou deviendra moins chère avec les Health Plans. D'autant plus que la vaste offre de procédures médicales reconnues de l'assurance obligatoire des soins financée de manière solidaire garantit une excellente prise en charge de l'ensemble de la population suisse, tant en termes d'accès que de qualité des prestations. Les exemples étrangers, notamment les États-Unis, tendent à montrer des coûts globaux plus élevés. Peu nombreuses y sont les personnes « privilégiées » à être réellement assurées et traitées dans le cadre des Health Plans. Je doute donc que les plans de santé en Suisse offrent une quelconque valeur ajoutée. Les concepts de soins intégrés gagneront, toutefois, en importance, sans que les prestations d'assurance aient à fusionner avec les prestations médicales.

SwissDRG est une société anonyme d'utilité publique dont l'objectif est d'harmoniser la structure tarifaire dans les hôpitaux et d'accroître ainsi la transparence des coûts. L'organisation a été fondée en 2008 par des prestataires de soins, des assureurs maladie et des cantons. En 2012, le remboursement forfaitaire des prestations hospitalières stationnaires de l'assurance de base a été introduit conformément au catalogue SwissDRG avec des forfaits par cas stationnaires. Le système tarifaire a jeté les bases d'une concurrence accrue dans les hôpitaux de soins aigus – non seulement en termes de volume, mais aussi à l'égard de la qualité. Par rapport à l'Allemagne, SwissDRG intègre les coûts directs et (presque) tous les coûts indirects dans le système tarifaire.

Entretien avec Philomena Colatrella



Portrait

Philomena Colatrella est directrice générale et présidente de la direction du groupe CSS Assurance depuis septembre 2016. Juriste, elle travaille chez CSS depuis 1999.

Les assurances complémentaires en mutation

Philomena Colatrella, présidente de la direction du groupe CSS Assurance, aborde avec PwC le futur des assurances complémentaires et des changements à venir. Les assurances et les hôpitaux se sont jusqu'à présent trop concentrés sur eux-mêmes. Mais ce sont les clientes et clients qui donnent le ton. Philomena Colatrella explique comment les assureurs répondent au besoin accru d'innovation.

Madame Colatrella, où en sont les assurances complémentaires ?

Les assurances complémentaires couvrent les besoins supplémentaires allant au-delà de l'assurance de base. Le potentiel en termes d'innovation n'est pas encore épuisé. L'une des raisons en est la forte orientation vers l'assurance de base. L'assurance complémentaire ne se considère pas assez comme une branche autonome qui ouvre des perspectives au-delà de l'assurance de base. La réglementation constitue en outre un obstacle à de véritables innovations. Le potentiel réside dans des produits d'assurance flexibles et axés sur les besoins, qui mettent l'accent sur la qualité.

Dans quelle direction allons-nous ?

Nous devons dynamiser l'offre de prestations des assurances complémentaires. Ce n'est qu'ainsi que nous pourrions nous adapter à l'évolution du progrès médical ou aux nouvelles

« Nous devons dynamiser l'offre de prestations des assurances complémentaires. »

préférences des clientes et clients. Nous devons, en outre, franchir les frontières rigides entre l'ambulatoire et le stationnaire ou entre la médecine conventionnelle et la médecine complémentaire. Ce n'est que si nous parvenons à penser en termes de chaînes de traitement que nous pourrions créer une véritable valeur ajoutée pour nos clientes et clients. Pourquoi ne pas leur proposer des options pour l'avenir ? Celles et ceux qui suivent des études ne sont peut-être pas encore intéressés par une assurance complémentaire. Mais ils le seront après avoir commencé leur carrière ou fondé une famille. De nouveaux modèles permettant une entrée

« tardive » sont alors nécessaires, par exemple en exerçant un droit d'option.

Comment se présente la délimitation entre prestation complémentaire et prestation de l'assurance de base ?

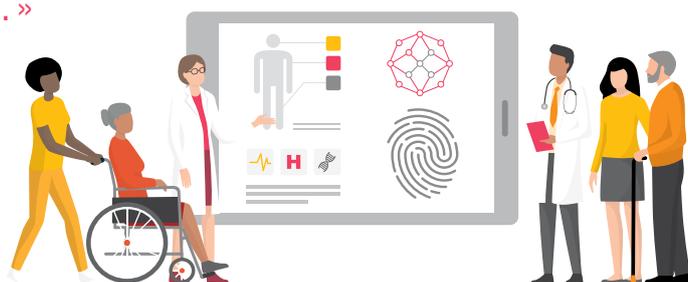
En Suisse, la prestation de base est relativement complète. Son étendue augmente, notamment dans le domaine des prestations de confort. Les nouveaux bâtiments hospitaliers offrent de plus en plus de chambres individuelles. Les assurées et assurés de base peuvent donc aussi bénéficier d'une chambre individuelle. Même si les possibilités de différenciation d'une assurance complémentaire en termes de confort diminuent, le potentiel de différenciation reste important. Je pense, à cet égard, à des prestations complémentaires telles que des méthodes de traitement innovantes ou de nouvelles prestations numériques.

« Ce n'est que si nous parvenons à penser en termes de chaînes de traitement que nous pourrions créer une véritable valeur ajoutée pour nos clientes et clients. »

Quel rôle joue la qualité dans l'assurance complémentaire ?

La qualité représente un levier important pour les prestations complémentaires. Il convient ici de préciser quelle qualité est déjà couverte par le service universel. Diverses dimensions pertinentes pour les clientes et clients doivent être prises en compte : qualité du traitement,

qualité des résultats, satisfaction des patients et autres. Une assurance complémentaire peut offrir des prestations supplémentaires si le suivi en amont et en aval est orchestré de manière optimale, ou si les offres de soins sont largement adaptées aux besoins individuels de chacun. C'est aussi cela la qualité.



Les assurances complémentaires face à de gigantesques défis

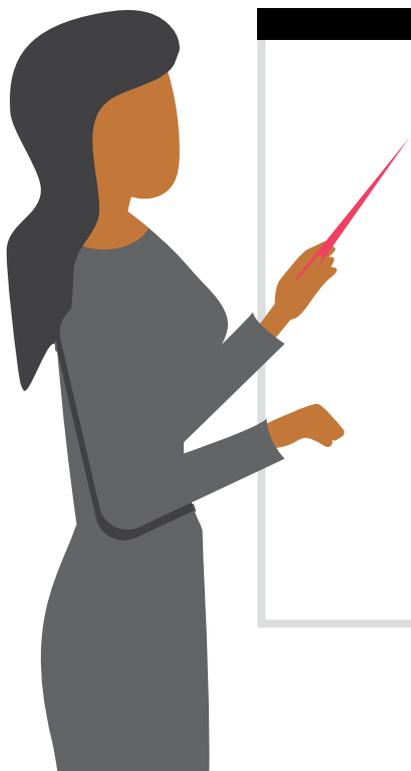
En décembre 2020, l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers FINMA a appelé les assureurs et les hôpitaux à garantir que les coûts facturés soient appropriés au regard des prestations supplémentaires effectivement fournies. Plus précisément, dans le domaine de la LCA, elle a exigé une tarification transparente et compréhensible sur des bases économiques. Les clientes et clients devraient payer un prix approprié

pour des prestations qui constituent réellement un supplément à l'assurance de base.¹²

Les compagnies d'assurance doivent, d'une part, désormais mettre en œuvre ces exigences de la FINMA pour davantage de transparence et une meilleure compréhension. D'autre part, seules les assurances complémentaires qui répondent aux besoins en constante évolution des clients et

s'adaptent aux évolutions du marché peuvent perdurer.

Le secteur de l'assurance a réagi à cette situation en étroite concertation avec divers prestataires de soins. Il en a résulté de grandes lignes sectorielles qui présentent, en onze principes, comment la transparence peut être accrue et comment les prestations supplémentaires peuvent être plus clairement identifiées.



Les experts de PwC recommandent : développer des concepts de prestations supplémentaires

À notre avis, les hôpitaux ont avant tout besoin, dans le secteur des assurances complémentaires, de concepts de prestations supplémentaires convaincants, qui couvrent les besoins des patientes et patients bénéficiant d'une assurance complémentaire et augmentent l'attractivité de tels produits. Les prestations supplémentaires définies justifient les prix. Nous sommes convaincus que les innovations devraient également se répercuter dans le domaine ambulatoire. Les prestations supplémentaires ambulatoires doivent désormais être proposées avec une valeur ajoutée concrète. Les concepts de prestations supplémentaires seront, dans l'ensemble, moins axés sur le confort, mais aborderont des thèmes tels que « l'accès aux soins », « les parcours continus du patient, stationnaire-ambulatoire-numérique », « le recours à des génériques » et « l'accès à un personnel médical hautement qualifié ».

Forfaits ambulatoires

Dans ce chapitre, nous parcourons les vingt dernières années du système tarifaire ambulatoire. Nous discutons également des mérites d'une forfaitisation dans la fourniture de soins ambulatoires, par exemple dans le cadre d'une convergence des tarifs ambulatoires et stationnaires, afin d'éliminer de mauvaises incitations.

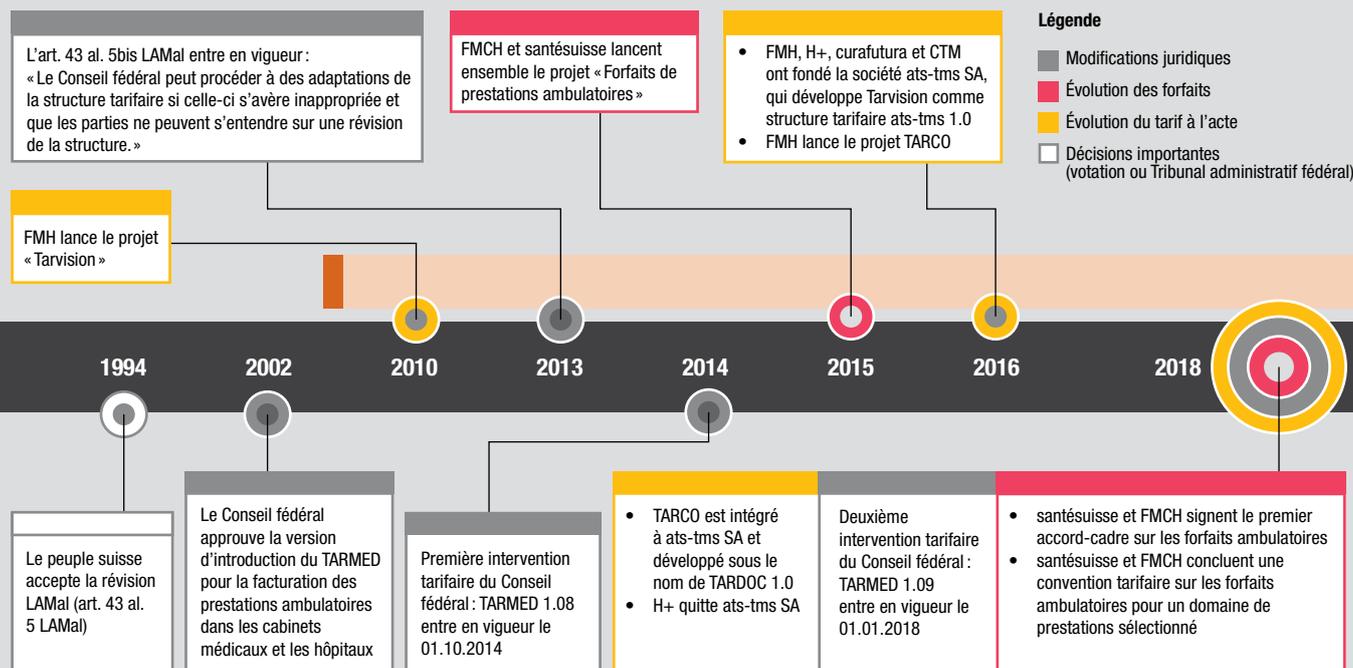


Figure 23a: Synthèse de l'évolution du système tarifaire ambulatoire

Une rupture des tarifs entraîne de mauvaises incitations

Le système tarifaire suisse fait la distinction entre les prestations fournies en ambulatoire et en stationnaire. Les prestations ambulatoires sont facturées conformément au tarif à la prestation individuelle TARMED avec ses plus de 4600 positions. Dans le domaine stationnaire, les cas de patients sont indemnisés via le système forfaitaire de SwissDRG.

TARMED est basé sur la collecte de données et des hypothèses de modèles normatifs datant des années 1990. Il n'y a donc pas de mécanisme de mise à jour automatique des tarifs. Depuis 2010, des travaux sont en cours pour une révision médicale et économique globale – le plus récemment sous le nom TARDOC. Ce projet est complexe et coûteux, et son issue est incertaine.

Les forfaits par cas DRG dans le domaine stationnaire sont, en revanche, basés sur les données actuelles de coûts et de performances des hôpitaux et sont mis à jour annuellement.

Du fait de bases de calcul et de données divergentes, il existe des différences significatives au niveau du montant de la rémunération entre les traitements stationnaires et ambulatoires. Cela peut entraîner de mauvaises incitations financières et des coûts plus élevés pour le système.

Depuis quelques années, la Confédération et les cantons tentent de promouvoir les traitements ambulatoires en prescrivant une prise en charge ambulatoire pour certaines interventions sur la base de ce que l'on appelle des listes ambulatoires. À notre avis, cela revient à combattre les symptômes, sans s'attaquer au problème de fond.

Les forfaits ambulatoires gagnent du terrain

La modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 juin 2021 dans le cadre des « mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1^{er} volet » ancre dans la loi la priorité des forfaits ambulatoires sur le tarif à l'acte.

Cela équivaut à un changement de paradigme. Le monde politique jette ainsi les bases permettant de promouvoir de manière durable la perméabilité entre le stationnaire et l'ambulatoire.

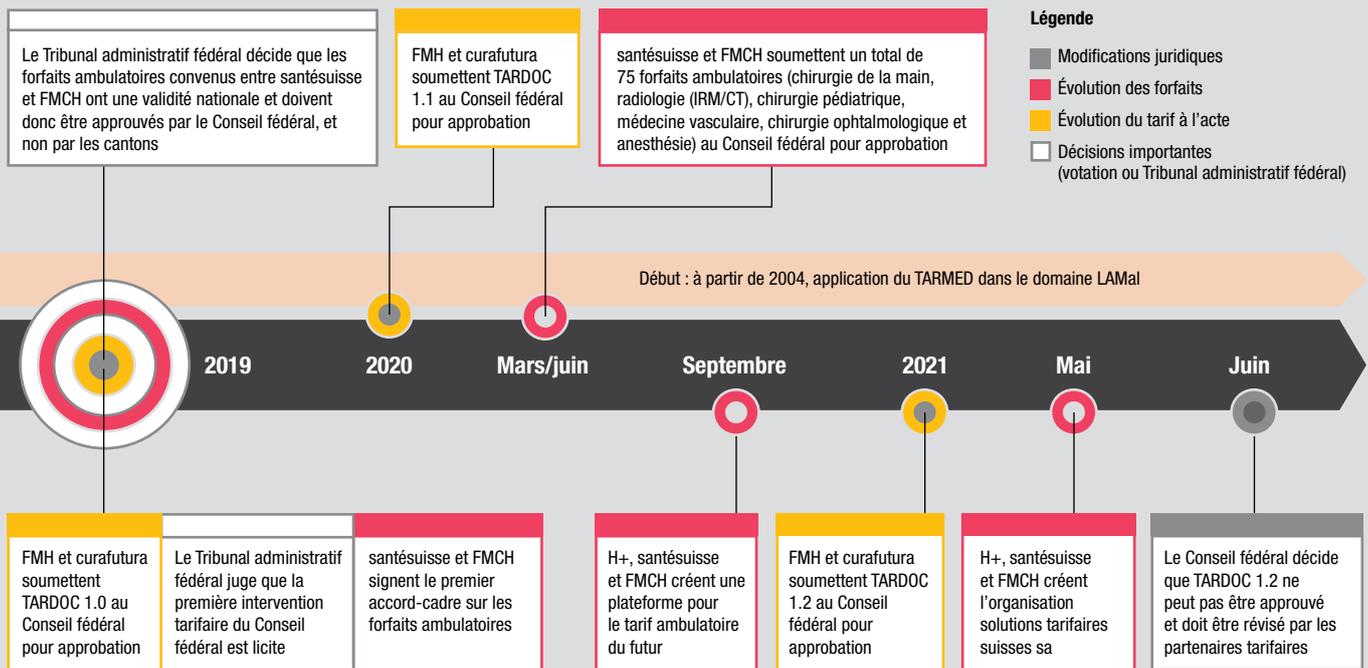


Figure 23b: Synthèse de l'évolution du système tarifaire ambulatoire

Dans une solution tarifaire idéale, tous les domaines de prestations concernés devraient être tarifés selon la même logique de calcul, indépendamment du fait que les prestations soient fournies en ambulatoire ou en stationnaire.

Dans une étude de faisabilité¹³, SwissDRG SA a montré en 2018 que les forfaits pouvaient également être calculés pour le secteur ambulatoire sur la base des données de coûts stationnaires. Bien que l'étude ait suscité un vif intérêt, SwissDRG SA n'a pas poursuivi ses travaux. Elle ne dispose, en effet, que d'un mandat politique pour développer et maintenir le système tarifaire stationnaire.

L'organisation sectorielle des assureurs-maladie suisses santésuisse et la Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica (FMCH) ont soumis en 2020 près de 100 forfaits en deux paquets au Conseil fédéral pour approbation. En automne 2020, ils ont fondé avec « H+ Les hôpitaux de Suisse » une plateforme commune pour façonner ensemble le futur système tarifaire.

Les trois associations ont créé, en mai 2021, l'organisation tarifaire solutions tarifaires suisses sa. L'objectif de cette organisation est de développer un système de forfaits ambulatoires qui ancre la perméabilité entre le stationnaire et l'ambulatoire dans le système.

Répartition des soins ambulatoires

Le Conseil fédéral n'a pas encore approuvé TARDOC. Au lieu de cela, il a invité tous les partenaires tarifaires à une table ronde et leur a demandé de soumettre pour approbation d'ici fin 2021 une solution commune, composée d'un tarif à la prestation individuelle et de forfaits.

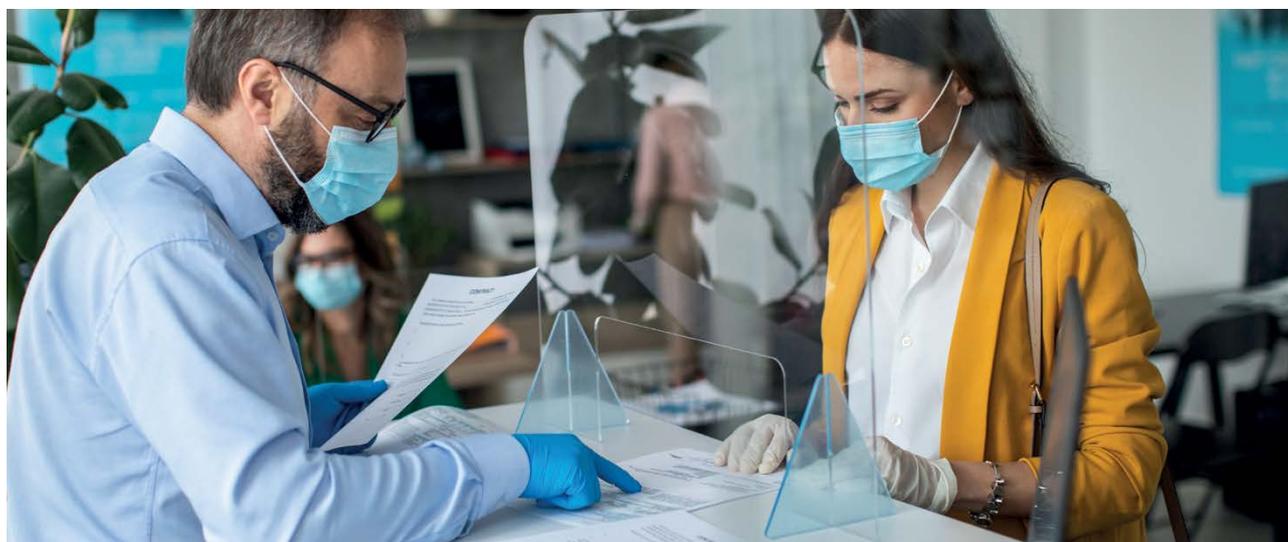
Il serait, selon nous, judicieux de diviser les soins ambulatoires en deux catégories : les «soins de premier recours» et les «soins spécialisés». Dans le domaine des «soins de premier recours», une version révisée du TARDOC serait applicable. Pour le domaine des «soins spécialisés», qui est plus proche du domaine stationnaire, il conviendrait de développer un système de forfaits

ambulatoires similaire à SwissDRG, qui assurerait la perméabilité avec le domaine stationnaire.

Cette «solution parallèle» permet aux deux axes proposés d'apporter des améliorations significatives au système. Les partenaires tarifaires peuvent, en outre, utiliser leurs ressources et compétences de manière ciblée, car les futurs domaines d'application des deux systèmes tarifaires sont clairement attribués. Enfin, les ressources des prestataires de soins seront épargnées, car la conversion coûteuse du TARMED au TARDOC (et ensuite partiellement aux forfaits) ne devra pas être effectuée pour l'ensemble du secteur ambulatoire.

	Soins de premier recours ambulatoires		Soins spécialisés ambulatoires			Domaine stationnaire
Exemples de domaines de prestations	<ul style="list-style-type: none"> Médecine de famille Psychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> Examens et traitements basés sur une infrastructure simple 	<ul style="list-style-type: none"> Imagerie Diagnostic fonctionnel Chimiothérapie 	<ul style="list-style-type: none"> Endoscopie Coloscopie Dialyse Angiographie 	<ul style="list-style-type: none"> Opérations Cardiologie interventionnelle Radiothérapie Médecine nucléaire 	
Exemples d'unités fonctionnelles	<ul style="list-style-type: none"> Salle de consultation Salle de consultation psychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> Salle d'examen et de traitement 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostic fonctionnel IRM/Scanner Échographie Salle de radiologie 	<ul style="list-style-type: none"> Salle d'endoscopie Échocardiographie Cathétérisme 	<ul style="list-style-type: none"> Opérations Angiographie interventionnelle Radio-oncologie 	
Type de tarification	<ul style="list-style-type: none"> Tarif à la prestation individuelle (prestations au temps consacré/prestations à l'acte) 		<ul style="list-style-type: none"> Forfaits Prise en charge et adaptation Groupes de cas de base SwissDRG 			

Figure 24 : Les forfaits se prêtent prioritairement aux soins spécialisés ambulatoires (source : solutions tarifaires suisses sa, septembre 2021)





Les conditions requises pour les forfaits ambulatoires sont en place

Les partenaires tarifaires de solutions tarifaires suisses se sont reconnus qu'il convenait de distinguer le prix et la structure pour le système de forfaits ambulatoires à élaborer. De manière analogue au secteur stationnaire, une répartition en coûts relatifs (structure) et prix de base (prix) peut s'avérer judicieuse. La structure doit être basée sur des données de coûts standardisées et s'appliquer de la même manière à tous les utilisateurs. Avec la pratique du codage stationnaire dans les hôpitaux, les conditions préalables sont déjà présentes dans le système.

L'utilisation dans les hôpitaux d'une pratique de codage (adaptée et simplifiée) sur les soins spécialisés ambulatoires apparaît judicieuse pour diverses raisons :

- La comparabilité des cas ambulatoires et stationnaires est encouragée. Cela permet de meilleures évaluations et facilite la gestion financière dans les hôpitaux.

- Les ressources et processus de codage sont déjà en place.
- Le codage des cas ambulatoires est beaucoup plus simple que celui des cas stationnaires et peut être automatisé dans une large mesure, selon les experts.

Le montant effectif remboursé pour la prestation est calculé en multipliant les coûts relatifs par le prix de base d'un prestataire de soins. La séparation de la structure et du prix présente l'avantage décisif de pouvoir utiliser les données standardisées des coûts et des prestations des hôpitaux pour le calcul du tarif. Par ailleurs, l'application d'un « prix de base en cabinet médical » signifie que le niveau des coûts, qui tend à être plus élevé dans les hôpitaux, n'est pas transféré aux cabinets privés.

Un nouveau jalon à portée de main

Avec les nouvelles alliances tarifaires et la mise en parallèle des tarifs forfaitaires et des tarifs à l'acte, la nouvelle base légale dans le cadre des « mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1^{er} volet » et la pression du Conseil fédéral, les signes en faveur de réformes du système tari-

faire ambulatoire, attendues depuis longtemps, sont plus favorables que jamais. Après avoir eu lieu en 2012 dans le secteur stationnaire, un développement décisif pourrait désormais advenir dans le secteur ambulatoire.

Patient Empowerment Initiative

Avec la Patient Empowerment Initiative, KSW, USB, CSS et SWICA veulent poser un nouveau jalon en matière de rémunération axée sur la qualité. Ils aident les patientes et patients à prendre de meilleures décisions, basées sur des faits.

Placer les patientes et patients au centre des prestations fournies

Le système de santé suisse devrait se départir de la concurrence actuelle autour des volumes et développer des soins axés sur la qualité et les avantages pour le patient. Une condition préalable est notamment l'implication plus active des patientes et patients et de leurs préférences. Nous parlons de Patient Empowerment.

La Patient Empowerment Initiative vise à ajuster les incitations dans le financement des prestations de soins de santé de manière à ce que le meilleur traitement individuel soit choisi. Dans le même temps, selon la théorie de Porter et Teisberg¹⁴, la croissance des volumes de prestations peut être contenue. Dans l'initiative, cela est rendu possible par des structures de rémunération supplémentaires, lesquelles corrigent les mauvaises incitations existantes relatives à un grand nombre de traitements. Les objectifs de l'initiative sont les suivants :

1. Une meilleure qualité de traitement, mesurée en termes d'avantages pour le patient (concrètement par le biais des Patient-Reported Outcome Measures, PROM) est récompensée.
2. Des volumes de traitements moins invasifs sont recherchés et la réduction de traitements surabondants ou insuffisants est récompensée financièrement.

La collaboration des prestataires de soins et des financeurs est déjà dans la phase actuelle de «Proof of Concept»¹⁵ décisive pour le succès de l'initiative. CSS, SWICA, l'Hôpital universitaire de Bâle et l'Hôpital cantonal de Winterthour travaillent actuellement sur les détails de l'idée avec les conseils de PwC. L'Hôpital universitaire de Bâle et l'Hôpital cantonal de Winterthour sont connus pour leur engagement général en faveur de la qualité et pour être des hôpitaux qui s'efforcent de fournir un traitement médicalement adéquat, avec une qualité élevée durable et en évitant autant que possible un excédent de soins. Ils constituent un exemple positif pour le système hospitalier suisse.

La Patient Empowerment Initiative vise à ajuster les incitations dans le financement des prestations de santé de manière à ce que le traitement optimal individuel soit choisi pour chaque patient.





Les débuts

La Patient Empowerment Initiative est fondée sur les principes de Michael E. Porter et Elizabeth Teisberg¹⁷ ainsi que sur un concept de rémunération basé sur la qualité de PwC aux Pays-Bas.¹⁶ Nous avons déjà présenté cette idée en 2019 dans le livre blanc «Améliorer la qualité en réduisant les volumes». L'idée d'une rémunération axée sur la qualité a été développée au cours des deux dernières années en collaboration avec KSW, USB, CSS et SWICA et adaptée au système de santé suisse.

En Suisse, le législateur souhaite également associer plus étroitement rémunération et qualité. Le Parlement a adopté en 2019 la révision partielle de la LAMal, selon laquelle l'aspect qualité doit jouer un rôle plus important dans les soins de santé. L'art. 58 LAMal révisé, qui porte sur le renforcement de la qualité, est en vigueur depuis le 1^{er} avril 2021.¹⁷ Concrètement, les prestataires de soins seront légalement tenus, à partir du 1^{er} avril 2022, de mettre en œuvre des mesures de développement de la qualité. La Patient Empowerment Initiative va bien au-delà: elle associe la rémunération au résultat du traitement.

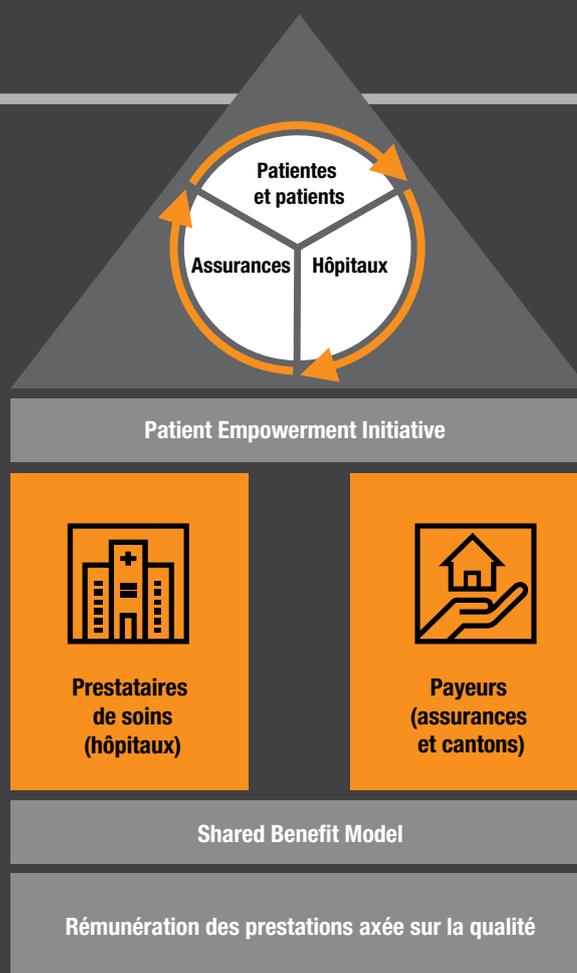
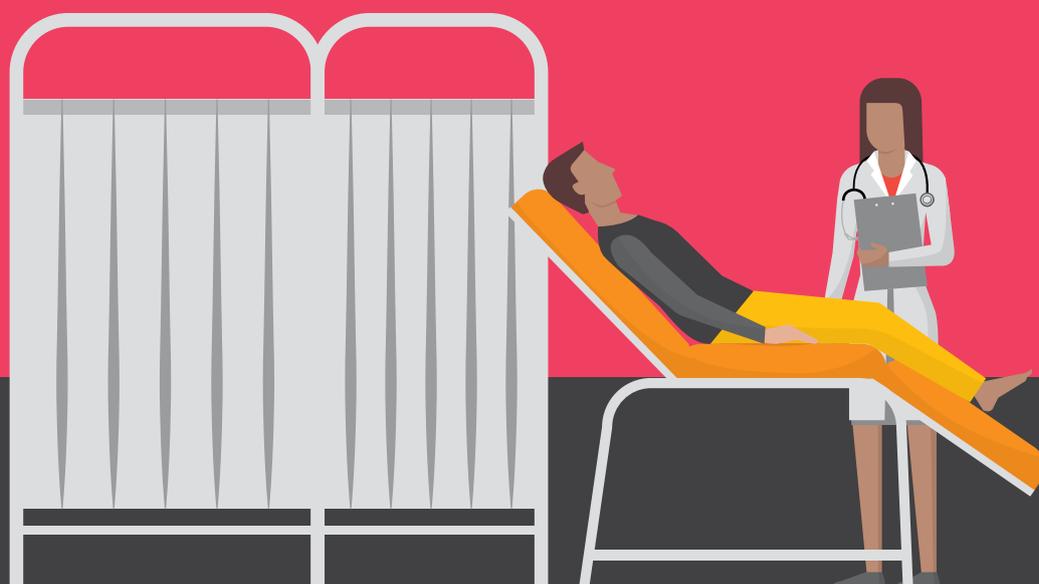
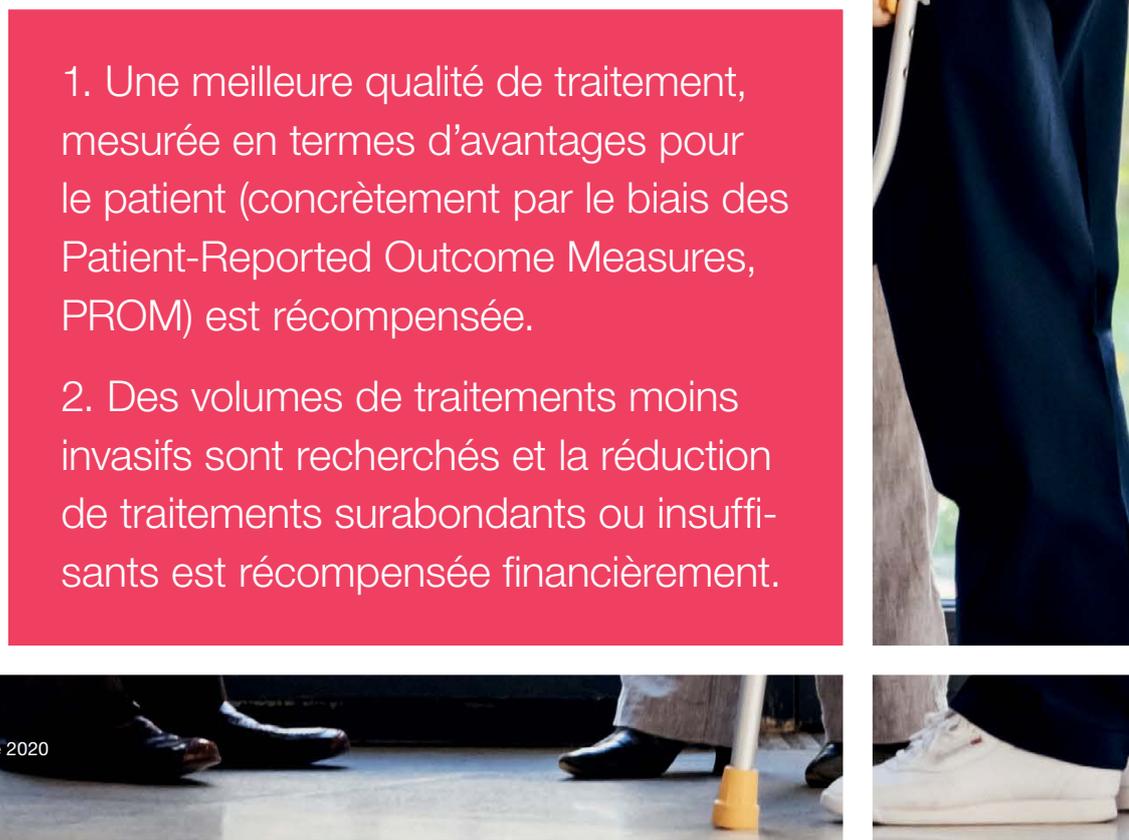


Figure 25: Diverses parties prenantes de la Patient Empowerment Initiative





1. Une meilleure qualité de traitement, mesurée en termes d'avantages pour le patient (concrètement par le biais des Patient-Reported Outcome Measures, PROM) est récompensée.

2. Des volumes de traitements moins invasifs sont recherchés et la réduction de traitements surabondants ou insuffisants est récompensée financièrement.

Éléments essentiels de la Patient Empowerment Initiative



Mise en œuvre individualisée

Les hôpitaux mettent en œuvre des initiatives en faveur de la qualité dans les domaines spécialisés sélectionnés, adaptées à leurs particularités propres et orientées sur les avantages des patientes et patients, avec des étapes de mise en œuvre clairement définies. Diverses mesures peuvent, à cet égard, entraîner une augmentation de la qualité ou des économies de coûts. Le résultat mesuré en termes de qualité doit être défini de manière uniforme et mesuré selon des paramètres comparables.



Deux projets pilotes

La phase pilote dans deux hôpitaux se concentre sur deux groupes de maladies: le rhumatisme articulaire et le cancer de la prostate. La phase pilote démarrera au plus tôt en janvier 2022, dès que la conception sera achevée et que les questions centrales de mise en œuvre auront été clarifiées. Les premiers résultats sur l'efficacité financière et autres conséquences au sein des hôpitaux et assurances concernés sont attendus à partir de 2023.



Financement innovant

Les institutions participantes souhaitent améliorer la qualité globale des soins et réduire dans le même temps la surabondance¹⁸ de ces derniers en développant les mesures de la qualité et des avantages individuels des patients grâce aux PROM. Un pur financement supplémentaire pour une meilleure documentation de la qualité n'est pas le but premier de l'initiative, mais va de pair avec l'incitation à éviter les traitements surabondants ou insuffisants. Il est fort possible que l'effet escompté ne soit pas obtenu dans les hôpitaux pilotes. Néanmoins, le système sera calibré de manière à obtenir l'effet visé lorsqu'il sera déployé dans un plus grand nombre d'hôpitaux.



Calcul du prix de base dynamique

Le mécanisme de rémunération de la Patient Empowerment Initiative est actuellement basé sur le modèle d'un prix de base dynamique. Le prix est alors corrigé en fonction des critères de qualité définis et de l'évolution relative du volume par rapport à l'année de base. Afin de calculer les prix de base dynamiques, le prix de base défini est complété dynamiquement chaque année par un facteur de qualité et un facteur de volume. Il s'agit ainsi d'une majoration ou d'une diminution du prix de base initialement négocié.

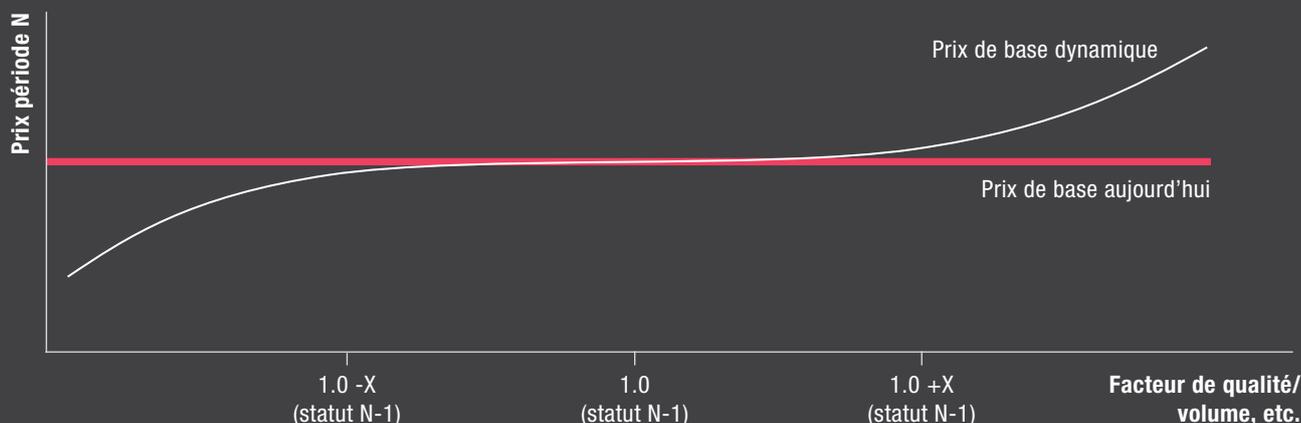


Figure 26 : Présentation illustrant le prix de base dynamique

Résumé et perspective



Ce que nous apprend la pandémie

La pandémie a été une véritable mise à l'épreuve pour le secteur de la santé et nous a montré que des solutions financières pour les coûts supplémentaires et les réductions de revenus doivent être trouvées par les acteurs de la santé en collaboration avec les cantons, la Confédération et les assureurs. La numérisation génère un nouvel élan, notamment dans des domaines tels que la communication avec les patientes et patients, les prescripteurs et les collaboratrices et collaborateurs. Des opportunités précieuses émergent de l'expérience acquise avec le

COVID-19: par exemple, la nouvelle flexibilité permet des modèles de travail dynamiques. Face à la pénurie de main-d'oeuvre spécialisée, les prestataires de soins et les responsables politiques sont appelés à présenter de nouvelles perspectives et à rendre les professions du secteur de la santé attrayantes pour les générations futures. La collaboration suprarégionale devrait, en outre, rester en place après la pandémie et continuer à stimuler la tendance à la consolidation avec une utilisation plus ciblée des ressources limitées en personnel.

Les prestataires de soins face à une forte pression financière

Le COVID-19 a particulièrement touché les soins somatiques aigus en raison de l'interdiction des interventions non urgentes en mars et avril 2020, entraînant un recul global du chiffre d'affaires de 0,4 %. Dans le secteur stationnaire, il a même atteint 4,2 %. L'absence de croissance s'est également manifestée dans l'évolution des marges. La tendance à la stagnation voire à la baisse des marges EBITDAR s'est maintenue. Elle se situe actuellement nettement au-dessous de la valeur minimale durable définie de 10 % et à son plus bas niveau depuis cinq ans. Les raisons en sont multiples: stagnation des prix, influence de l'ambulatoire sur les revenus, augmentation des charges de personnel, hausse du matériel médical. En termes de liquidités, la situation financière s'est également fortement dégradée par rapport à 2019. Il est donc d'autant plus important d'avoir une rentabilité suffisante dans une année normale afin de pouvoir constituer des réserves pour les années difficiles et réaliser les investissements prévus.

Les prestataires de soins psychiatriques ont été moins impactés financièrement par la pandémie. La croissance moyenne de leur chiffre d'affaires n'est que légèrement inférieure au niveau de l'année précédente. En raison de l'accroissement démographique et de la déstigmatisation des maladies mentales, nous comptons sur une croissance continue de leur chiffre d'affaires de 2 % à 4 %. La pandémie devrait plutôt avoir un effet d'accélération de la croissance. Les taux de croissance les plus élevés sont attendus dans le secteur hospitalier ambulatoire et le secteur des cliniques de jour ainsi que dans les cabinets médicaux ambulatoires.

La pandémie a également durement touché les établissements de réadaptation. Avec une marge EBITDAR tombée à 5,8 %, les institutions suisses de réadaptation n'atteignent plus la valeur minimale définie de 8 %. La marge bénéficiaire nette de 2020 est passée sous la ligne zéro pour la première fois depuis 2016.

SwissDRG est un succès – un élargissement est envisageable

Neuf ans après l'introduction des forfaits stationnaires par cas, le bilan tiré est positif. SwissDRG a favorisé la concurrence dans le secteur de la santé suisse et a permis des gains d'efficacité, des consolidations et des progrès. Le système tarifaire est nettement plus performant que le German DRG (GDRG) en Allemagne. Contrairement à notre voisine, nous n'avons pas connu de spirale descendante dans l'indemnisation. Les coûts d'investissement et de soins sont intégrés

au tarif. Néanmoins, dans un système de financement basé sur des forfaits par cas, certaines prestations doivent être financées par les cantons, notamment les réserves de capacités relatives à des éléments spécifiques de soins ou à la lutte contre les pandémies. Pour l'avenir, des modèles de soins intégrés seront nécessaires aux interfaces entre l'ambulatoire et le stationnaire ou entre les secteurs de soins.

Prestations supplémentaires en vue d'une différenciation

Les assurances complémentaires sont un pilier important du système de santé suisse. Elles permettent de satisfaire les besoins pertinents des groupes de patients et d'assurés. Depuis l'introduction du nouveau financement des hôpitaux et du caractère obligatoire de l'assurance-maladie, la dynamique s'est considérablement accélérée. Les assurances complémentaires ont un besoin accru d'innovation. Les besoins des clientes et clients ainsi que des patientes et patients ont en effet évolué et la FINMA augmente de plus la pression sur les assureurs et les fournisseurs de prestations. Ils doivent donc développer des solutions et des produits communs, plus flexibles et offrant une nette valeur ajoutée. Ce n'est que de cette manière qu'ils pourront attirer vers l'assurance

complémentaire des patientes et patients plus jeunes, qui souscrivent actuellement rarement une assurance complémentaire.

Les assureurs-maladie ont fait un premier pas avec les grandes lignes sectorielles communes pour les prestations supplémentaires selon la LCA. Grâce à ce cadre de référence, les hôpitaux et assureurs peuvent définir et présenter des prestations qui diffèrent des prestations fournies par l'assurance de base. Les fournisseurs de prestations doivent par conséquent élaborer des concepts de prestations supplémentaires, de manière à pouvoir décrire clairement leurs prestations innovantes.

Dernière ligne droite pour les forfaits ambulatoires

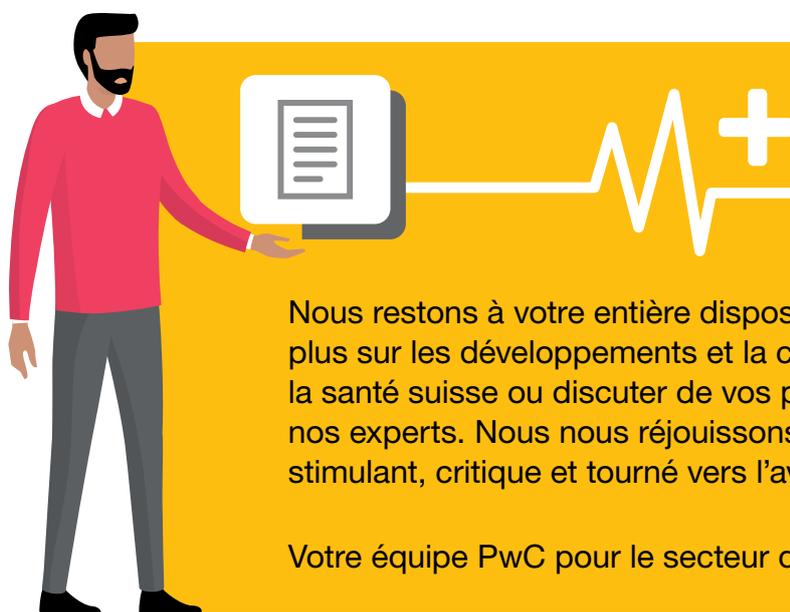
Les forfaits dans le domaine ambulatoire sont indispensables pour rendre les domaines ambulatoire et stationnaire des hôpitaux plus cohérents. La perméabilité permet d'éliminer les principales incitations inopportunes. Du fait de ses faibles coûts administratifs et en diminuant les incitations à augmenter le volume des prestations, les forfaits contribuent à réduire la croissance des coûts.

L'harmonisation entre la rémunération stationnaire et ambulatoire favorise la progression de l'ambulatoire. Nous considérons que la coexistence de forfaits pour les soins ambulatoires spécialisés et de tarifs à l'acte pour les soins ambulatoires de premier recours est réalisable dans un avenir proche.

La qualité a le vent en poupe

La qualité joue un rôle de plus en plus central dans le système de santé de l'avenir. La Patient Empowerment Initiative tient compte de ce fait. Dans le cadre de l'initiative, les prestataires de soins et les assureurs s'appuient sur les initiatives de qualité existantes et les développent, dans leur ensemble, conjointement. Les

initiateurs veulent éliminer les mauvaises incitations qui existent dans le secteur de la santé et les remplacer par une rémunération axée sur la qualité. Il en résultera dans le meilleur des cas des avantages que les hôpitaux et les assurances pourront partager.



Nous restons à votre entière disposition si vous souhaitez en savoir plus sur les développements et la conception future du secteur de la santé suisse ou discuter de vos préoccupations spécifiques avec nos experts. Nous nous réjouissons d'avoir avec vous un dialogue stimulant, critique et tourné vers l'avenir. Prenez soin de vous!

Votre équipe PwC pour le secteur de la santé

Annexe

Conception de l'étude

La présente étude a été réalisée par nos soins. Notre analyse a porté sur les états financiers publiés entre 2007 et 2020 par 45 hôpitaux de soins aigus somatiques issus de presque tous les cantons.

L'étude ne prétend pas être représentative de l'ensemble du système suisse de santé. Les hôpitaux étudiés (hors Hôpital du Jura et Stadtspital Triemli) ont réalisé un chiffre d'affaires total de 18,3 milliards de francs en 2020, ce qui correspond à environ 70 % du chiffre d'affaires de tous les hôpitaux suisses de soins somatiques aigus, en tenant compte des établissements de soins aigus offrant d'autres prestations comme offres annexes selon l'Office fédéral de la statistique OFS (catégories A, A/P, A/R et

A/P/R). Par ailleurs, nous avons examiné pour cette étude 13 établissements psychiatriques du secteur public.

Au cours des dernières années, de plus en plus d'hôpitaux sont passés aux Swiss GAAP RPC pour établir leurs comptes annuels. Ce changement a entraîné la modification a posteriori de certains indicateurs. Les résultats fondamentaux ne sont toutefois pas influencés. Comme les informations disponibles sont présentées de manière plus ou moins détaillée, la taille de l'échantillon peut varier légèrement en fonction de l'indicateur évalué. Certains ratios des années précédentes peuvent, également, varier en raison d'ajustements a posteriori des comptes annuels ou d'informations qui n'étaient pas disponibles auparavant.

45 hôpitaux de soins aigus comme échantillon pour l'année 2020

EOC Ente ospedaliero cantonale	Kantonsspital Uri	Spital Wallis
Felix Platter-Spital	Kantonsspital Winterthur	Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG
GZO Spital Wetzikon	Les Hôpitaux Universitaires de Genève HUG	Spitäler Schaffhausen
Hôpital du Jura	Luzerner Kantonsspital	Spitalverbund Appenzell Ausserrhodon
Hôpital fribourgeois – HFR Fribourg – Hôpital cantonal	Regionalspital Emmental AG	Centre hospitalier Bienne SA
Hôpital neuchâtelois HNE	Regionalspital Surselva AG	SRO AG
Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais	Solothurner Spitäler AG	Zuger Kantonsspital AG
Insel Gruppe AG	Spital Bülach AG	St. Claraspital
Kantonsspital Aarau AG	Spital Limmattal	Stadtspital Triemli
Kantonsspital Baden AG	Spital Linth	Stiftung Ostschweizer Kinderspital
Kantonsspital Baselland	Spital Männedorf AG	Stiftung Spital Muri
Kantonsspital Glarus	Spital Schwyz	Universitäts-Kinderspital beider Basel
Kantonsspital Graubünden	Spital STS AG	Universitäts-Kinderspital Zürich, das Spital der Eleonorenstiftung
Kantonsspital Nidwalden	Spital Thurgau AG Kantonsspitäler Frauenfeld und Münsterlingen	Universitätsspital Basel
Kantonsspital St. Gallen	Spital Uster	Universitätsspital Zürich

Figure 27 : 45 hôpitaux de soins aigus comme échantillon pour l'année 2020

Pour calculer les indicateurs, nous avons analysé les rapports annuels publiés par les 13 établissements psychiatriques suivants pour 2020. L'échantillon est élargi chaque année si les rapports financiers d'autres établissements psychiatriques sont disponibles pour la première fois.

13 établissements psychiatriques comme échantillon en 2020

CNP Centre Neuchâtelois de Psychiatrie	Psychiatrie St. Gallen Nord	Stiftung für ganzheitliche Medizin
Integrierte Psychiatrie Winterthur IPW	Psychiatrische Dienste Aargau AG	Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG
Klinik Barmelweid AG	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Luzerner Psychiatrie	PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG	
Psychiatrie Baselland	Réseau fribourgeois de santé mentale	

Figure 28 : 13 établissements psychiatriques comme échantillon pour l'année 2020

Valeurs médianes et moyennes

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

Toutefois, l'utilisation de valeurs médianes présente également certains inconvénients. Des méthodes de calcul différentes peuvent, par exemple, conduire à des résultats divergents. La valeur médiane observée n'est donc pas obligatoirement identique à la valeur calculée via les valeurs médianes. La marge EBITDAR médiane pourrait théoriquement s'élever à 10,0 %, tandis que les charges de personnel médianes seraient de 70,0 % et les charges de matériel médianes de 25,0 %, ce qui impliquerait une marge EBITDAR médiane de 5,0 %.

Ratios utilisés

Terme	Définition
Ratio de fonds propres	Fonds propres/total du bilan
Marge EBITDAR	Bénéfice d'exploitation avant amortissement et coûts de loyer/chiffre d'affaires
Marge EBITDA	Bénéfice d'exploitation avant amortissement/chiffre d'affaires
Marge EBIT	Bénéfice d'exploitation/chiffre d'affaires
Rotation des capitaux	Chiffre d'affaires/capital investi (= fonds propres + fonds étrangers portant intérêts – liquidités non nécessaires à l'exploitation)
Ratio d'endettement net	Fonds étrangers portant intérêts moins les liquidités, divisés par les fonds propres
ROIC	EBIT/capital investi (= fonds propres + fonds étrangers portant intérêts – liquidités non nécessaires à l'exploitation)
Rent Cover Ratio	EBITDAR/coûts de loyer

Bibliographie

Rapports annuels des hôpitaux de soins aigus
Base de données de l'association SpitalBenchmark
Rapports annuels des établissements psychiatriques
Livre blanc 4.0 COVID-19
Solutions tarifaires suisses sa
Fiche de projet Patient Empowerment, PwC 2021

Notes

- 1 «Répercussions financières de la pandémie de COVID-19 sur les hôpitaux suisses (livre blanc 4.0)», PwC/SpitalBenchmark, 4 juin 2021
- 2 Cette constatation est fondée sur les évaluations réalisées dans le cadre du livre blanc 4.0; www.pwc.ch/gesundheitswesen_whitepaper4.
- 3 La croissance médiane du secteur ambulatoire ne doit pas nécessairement provenir de la même institution que la croissance médiane du secteur stationnaire.
- 4 Cf. livre blanc 4.0 «Répercussions financières de la pandémie de COVID-19 sur les hôpitaux suisses», PwC, 2021
- 5 L'échantillon utilisé pour déterminer les chiffres clés rapportés ici peut varier légèrement en fonction de la disponibilité de certains indicateurs, ce qui peut expliquer des différences mineures entre les évaluations. Cela concerne, entre autres, l'EBITDAR, qui n'a pu être déterminé de manière fiable que pour 41 entreprises. Par conséquent, nous avons uniquement déterminé la diminution des marges EBITDAR par rapport à leur chiffre d'affaires. Lorsque cela était possible, nous avons évalué tous les chiffres clés disponibles.
- 6 Il s'agit des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), de l'Hôpital universitaire de Zurich (USZ), de l'Hôpital régional de l'Emmental (RSE), de l'Hôpital cantonal de Lucerne (LUKS), de l'Hôpital cantonal de Winterthour (KSW) et des Hôpitaux de Schaffhouse (SSH).
- 7 Cf. livre blanc 4.0 «Répercussions financières de la pandémie de COVID-19 sur les hôpitaux suisses», PwC, 2021
- 8 Source: SwissDRG SA
- 9 Source: ST Reha 1.0 Catalogue RCG de Swiss DRG SA https://www.swissdrg.org/application/files/4216/1598/6342/ST_Reha_1.0_RCG_Katalog.pdf
- 10 Cf. livre blanc 4.0 «Répercussions financières de la pandémie de COVID-19 sur les hôpitaux suisses», PwC, 2021
- 11 Dans un Health Plan, un groupe d'assureurs et de prestataires de services constitue un système fermé dans des zones géographiques limitées.
- 12 Source: FINMA (<https://www.finma.ch/fr/news/2020/12/20201217-mm-leistungsabrechnung-krankenzusatzversicherer/>)
- 13 Cf. «Étude de faisabilité forfaits ambulatoires – Sur mandat du Conseil d'administration de SwissDRG SA», SwissDRG, 2018
- 14 Cf. «Redefining Healthcare» de Michael E. Porter et Elizabeth Teisberg, 2006, et l'adaptation pour le système de santé suisse «Nutzenorientierter Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen» d'Elizabeth Teisberg, 2008
- 15 Vérification de l'idée exprimée théoriquement. Plus précisément, la preuve de concept (Proof of Concept) consiste à vérifier si le système proposé est efficace pour améliorer la qualité et réduire les coûts.
- 16 Nicoline van Leersum, Peter Bennemeer, Marcel Otten, Sander Visser, Ab Klink, Jan A.M. Kremer; Cure for increasing health care costs: The Bernhoven case as driver of new standards of appropriate care, Health Policy, Volume 123, Issue 3, 2019.
- 17 Source: Fedlex https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/fr
- 18 Limiter la surabondance de soins uniquement là où elle est constatée et où il est possible de la limiter sans sacrifier la qualité des soins.



Liste des figures

Figure 1 :	Croissance du chiffre d'affaires dans les hôpitaux de soins aigus de 2016 à 2020	9
Figure 2 :	Croissance du chiffre d'affaires et des charges dans les hôpitaux de soins aigus de 2016 à 2020	10
Figure 3 :	Charges en pourcentage du chiffre d'affaires dans les hôpitaux de soins aigus de 2016 à 2020	11
Figure 4 :	Marges de rentabilité des hôpitaux de soins aigus de 2016 à 2020	12
Figure 5 :	Ratio de fonds propres des hôpitaux de soins aigus de 2016 à 2020	12
Figure 6 :	Ratios de liquidité des hôpitaux de soins aigus de 2016 à 2020	13
Figure 7 :	Variation absolue (en millions de francs) des chiffres clés de 2019 à 2020	14
Figure 8 :	Marges EBITDAR et EBITDA et marge bénéficiaire nette des hôpitaux de soins aigus de 2019 à 2020	15
Figure 9 :	Croissance du chiffre d'affaires et des charges dans les établissements psychiatriques de 2016 à 2020	17
Figure 10 :	Charges en pourcentage du chiffre d'affaires des établissements psychiatriques de 2016 à 2020	18
Figure 11 :	Répartition des charges des établissements psychiatriques au-dessus de l'EBITDAR	18
Figure 12 :	Marges bénéficiaires des établissements psychiatriques de 2016 à 2020	19
Figure 13 :	Variation absolue des chiffres clés de 2019 à 2020	20
Figure 14 :	Ratio de fonds propres des établissements psychiatriques de 2016 à 2020	21
Figure 15 :	Marges EBITDAR et EBITDA et marge bénéficiaire nette de 2019 à 2020	21
Figure 16 :	Marge EBITDAR et marge bénéficiaire nette des institutions de réadaptation de 2016 à 2020	23
Figure 17 :	Ratio de fonds propres des institutions de réadaptation de 2016 à 2020	23
Figure 18 :	Méthode de calcul schématique de ST Reha 1.0	24
Figure 19 :	Indemnisation schématique selon ST Reha 1.0	25
Figure 20 :	Pertes de revenus mensuelles en 2020 par rapport à une année normale	28
Figure 21 :	Coûts supplémentaires en 2020 dus au COVID-19	29
Figure 22 :	Préjudice financier total en 2020 dû au COVID-19	29
Figure 23a :	Synthèse de l'évolution du système tarifaire ambulatoire	40
Figure 23b :	Synthèse de l'évolution du système tarifaire ambulatoire	41
Figure 24 :	Les forfaits se prêtent prioritairement aux soins spécialisés ambulatoires	42
Figure 25 :	Diverses parties prenantes de la Patient Empowerment Initiative	45
Figure 26 :	Présentation illustrant le prix de base dynamique	47
Figure 27 :	45 hôpitaux de soins aigus comme échantillon pour l'année 2020	50
Figure 28 :	13 établissements psychiatriques comme échantillon pour l'année 2020	51

Abréviations

Al.	Alinéa
SA	Société anonyme
OFS	Office fédéral de la statistique
CFA	Chartered Financial Analyst
CEO	Chief Executive Officer
CHF	Francs suisses
CHOP	Classification suisse des interventions chirurgicales
COVID-19	Coronavirus disease 2019
CSS	Caisse-maladie Chrétienne sociale suisse

CT	Tomographie assistée par ordinateur
D ^r	Docteur en médecine
DRG	Diagnosis-Related Groups, groupes de cas se rapportant à un diagnostic déterminé
EBIT	Earnings before Interest and Taxes, résultat avant intérêts et impôts
EBITDA	Earnings before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization, bénéfice avant intérêts, impôts, dépréciation et amortissement
EBITDAR	Earnings before Interest, Taxes, Depreciation, Amortization and Rent, bénéfice avant intérêts, impôts, dépréciation, amortissement et frais de restructuration ou de location
FINMA	Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers
FMCH	Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica
FMH	Fédération des médecins suisses
GDK	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
GDRG	German Diagnosis-Related Groups
KSW	Kantonsspital Winterthur (Hôpital cantonal de Winterthur)
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
Ratio L	Ratio de liquidité
Max.	Maximum
Min.	Minimum
Mio	Million(s)
Mrd	Milliard(s)
IRM	Magnetic Resonance Imaging, Imagerie par résonance magnétique nucléaire
OP	Opération
PROM	Patient Reported Outcome Measures
PwC	PricewaterhouseCoopers SA
RCG	Reha Cost Groups, groupes de coûts Reha
REKOLE	Révision de la comptabilité analytique et de la saisie de prestations (manuel)
ROIC	Return on invested Capital, retour sur capitaux investis
ST Reha	Structure tarifaire pour la réadaptation stationnaire
Swiss GAAP FER	Swiss General Accepted Accounting Principles (GAAP) Recommandations relatives à la présentation des comptes (RPC)
TARCO TARMED	Consensus
TARDOC	Nouveau tarif médical ambulatoire
TARMED	Tarif médical, tarif pour les prestations médicales ambulatoires en Suisse
TARPSY	Structure tarifaire pour la psychiatrie
USB	Universitätsspital Basel, Hôpital universitaire de Bâle
LCA	Loi sur le contrat d'assurance
p. ex.	Par exemple

Informations complémentaires

De plus amples informations ainsi que les publications de PwC sont disponibles sur www.pwc.ch/secteur-de-la-sante



Aperçu des publications



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



Le secteur de la santé en Suisse – Se concentrer sur ses compétences clés

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



La gestion des hôpitaux suisses 2017

- La direction des hôpitaux et Best Practices
- Caractéristiques typiques des directrices et directeurs de cliniques
- Entretien avec des 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 (ambulatoire)



Livre blanc 4.0 COVID-19

- Répercussions financières de la pandémie de COVID-19 sur les hôpitaux suisses



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 ?



Traitements ambulatoires : le secteur de la santé en pleine mutation

- 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



Améliorer 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 ses acteurs – du concept à la réalisation



The digital opportunity in the Swiss healthcare system

- Problèmes rencontrés par le patient tout au long de son parcours
- Tendances technologiques dans le secteur de la santé
- Répercussions de la technologie sur les acteurs du secteur de la santé



L'hôpital après-demain – Manuel pratique de stratégie hospitalière

- Manuel pratique comme support pour le développement de la stratégie
- Étapes et méthodes, de l'analyse à la mise en œuvre en passant par la planification



L'étude sur les hôpitaux suisses fête ses dix ans

Le première publication «Hôpitaux suisses: Santé financière 2011» de PwC Suisse est parue en 2012. Depuis lors, nous avons relevé les tendances essentielles et les thèmes clés pour les décideurs du secteur de la santé, nous les avons analysés et en avons discuté avec des représentants du secteur. Au fil des ans, beaucoup de choses ont changé dans le secteur de la santé. Une seule est restée la même: nous continuons, avec notre étude, d'encourager le débat sur ce qui préoccupe les hôpitaux suisses aujourd'hui, demain et après-demain.



Hôpitaux suisses: santé financière 2020

- Santé financière et défis posés aux hôpitaux de soins aigus, aux établissements psychiatriques et de réadaptation
- Le secteur de la santé suisse sous le signe de la pandémie
- Évolutions clés du paysage tarifaire



Hôpitaux suisses: santé financière 2019

- Santé financière et défis des hôpitaux de soins aigus, des cliniques psychiatriques et de réadaptation
- Répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les hôpitaux suisses – Facteurs de succès pour un renouveau dans le secteur hospitalier suisse



Hôpitaux suisses: santé financière 2018

- Santé financière et défis posés aux hôpitaux de soins aigus, aux établissements psychiatriques et 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 des hôpitaux de soins aigus, des cliniques psychiatriques et de réadaptation
- Réflexion sur l'offre 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
- Financements externes: aujourd'hui et après-demain
- Le paysage des soins en pleine transformation
- Le parcours du patient 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, acquisitions et fusions
- 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

À votre service



Votre équipe PwC Leadership du secteur de la santé

De gauche à droite: Gerhard Siegrist, Rodolfo Gerber (retraité), David Roman, Philip Sommer et Patrick Schwendener

Vos interlocuteurs



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



Patrick Schwendener, CFA
Managing Director
Responsable Deals Secteur
de la santé
+41 58 792 15 08
patrick.schwendener@pwc.ch
linkedin.com/in/patrickschwendener



Darioush Zirakzadeh
Director
Conseil Secteur de la santé Romandie
+41 58 792 83 22
darioush.zirakzadeh@pwc.ch



Pauline Bonneton
Manager
Conseil Secteur de la santé Romandie
+41 58 792 95 35
pauline.x.bonneton@pwc.ch



Mirco Kunz
Manager
Conseil Secteur de la santé
+41 58 792 44 45
mirco.kunz@pwc.ch



Robert Lüthi
Senior Manager
Conseil Secteur de la santé
+41 58 792 15 10
robert.luethi@pwc.ch

Co-auteurs de la présente étude



Paul Sailer
Senior Manager
Conseil Secteur de la santé
+41 58 792 78 46
paul.sailer@pwc.ch
linkedin.com/in/paul-mathias-sailer



Stefanie Schneuwly
Senior Manager
Conseil Secteur de la santé
+41 58 792 75 00
stefanie.schneuwly@pwc.ch



Frederik Haubitz
Manager
Conseil Secteur de la santé
+41 58 792 75 11
frederik.haubitz@pwc.ch
linkedin.com/in/frederikhaubitz



Tobias Bosshart
Manager
Conseil Secteur de la santé
+41 58 792 19 49
tobias.bosshart@pwc.ch
linkedin.com/in/tobiasbosshart



Nick Eggerschwiler
Senior Consultant
Deals Secteur de la santé
+41 58 792 62 10
nick.e.eggenschwiler@pwc.ch
linkedin.com/in/nickeggerschwiler



Dalia Herzog
Consultant
Conseil Secteur de la santé
+41 58 792 19 66
dalia.herzog@pwc.ch
linkedin.com/in/daliaherzog



Severin Schweizer
Consultant
Conseil Secteur de la santé
+41 58 792 28 65
severin.schweizer@pwc.ch
linkedin.com/in/severinschweizer



Tania Putze
Senior Consultant
Conseil Secteur de la santé
+41 58 792 29 40
tania.c.putze@pwc.ch
linkedin.com/in/taniaputze



[www.pwc.ch/
secteur-de-la-sante](http://www.pwc.ch/secteur-de-la-sante)

