

Une organisation publique dans la concurrence: entre réalité et fiction

6ème journée de la gouvernance des entreprises
publiques – IDHEAP – 4 avril 2019

Dr. Philipp Müller, ancien directeur administratif et
financier du CHUV

Table des matières

- 1. Le système de santé suisse: repères**
- 2. Un hôpital universitaire et la question de la concurrence: ce dont on parle**
- 3. Les défis à venir et le rôle de la coopération public - privé**

1. Le système de santé suisse: repères

Cadre normatif

Confédération

—Cadre légal (LAMal, LAI, LAA etc.)

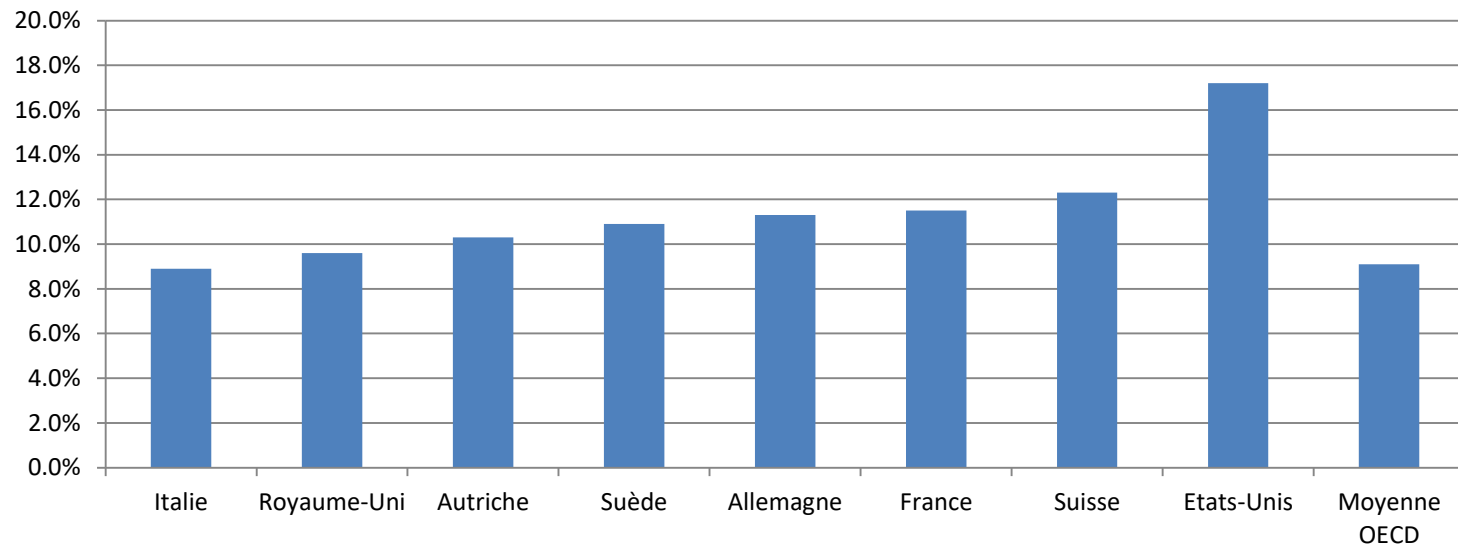
- Obligation d'assurance LAMal depuis le 1^{er} janvier 1996
- TARMED introduit depuis le 1^{er} janvier 2004
- Introduction des SwissDRG (forfaits par cas) au 1^{er} janvier 2012
- Principe du libre choix du prestataire ambulatoire et d'un hôpital figurant sur une liste d'un Canton

Canton de Vaud

—Cadre légal cantonal (LSP, LPFES)

- Répartition du coût par cas entre assureurs (45%) et Etat (55%)
- Tâches de santé publique (prestations d'intérêt général)

Part des dépenses de santé par rapport au PIB 2017



Source : OECD, *Health Statistics*, 2018.

Evolution des coûts (2009-2015): synthèse

- Coûts par assuré médecins premier recours: +18% (CHF 450 → 534)
- Coûts par assuré spécialistes: + 31% (CHF 433 → 571)
- Coûts hôpitaux ambulatoire par assuré: + 34%
- Coûts hôpitaux stationnaire part assuré: + 17%
- Coûts hôpitaux stationnaire avec budget global: +49%
- Coûts hôpitaux stationnaire sans budget global: + 104%

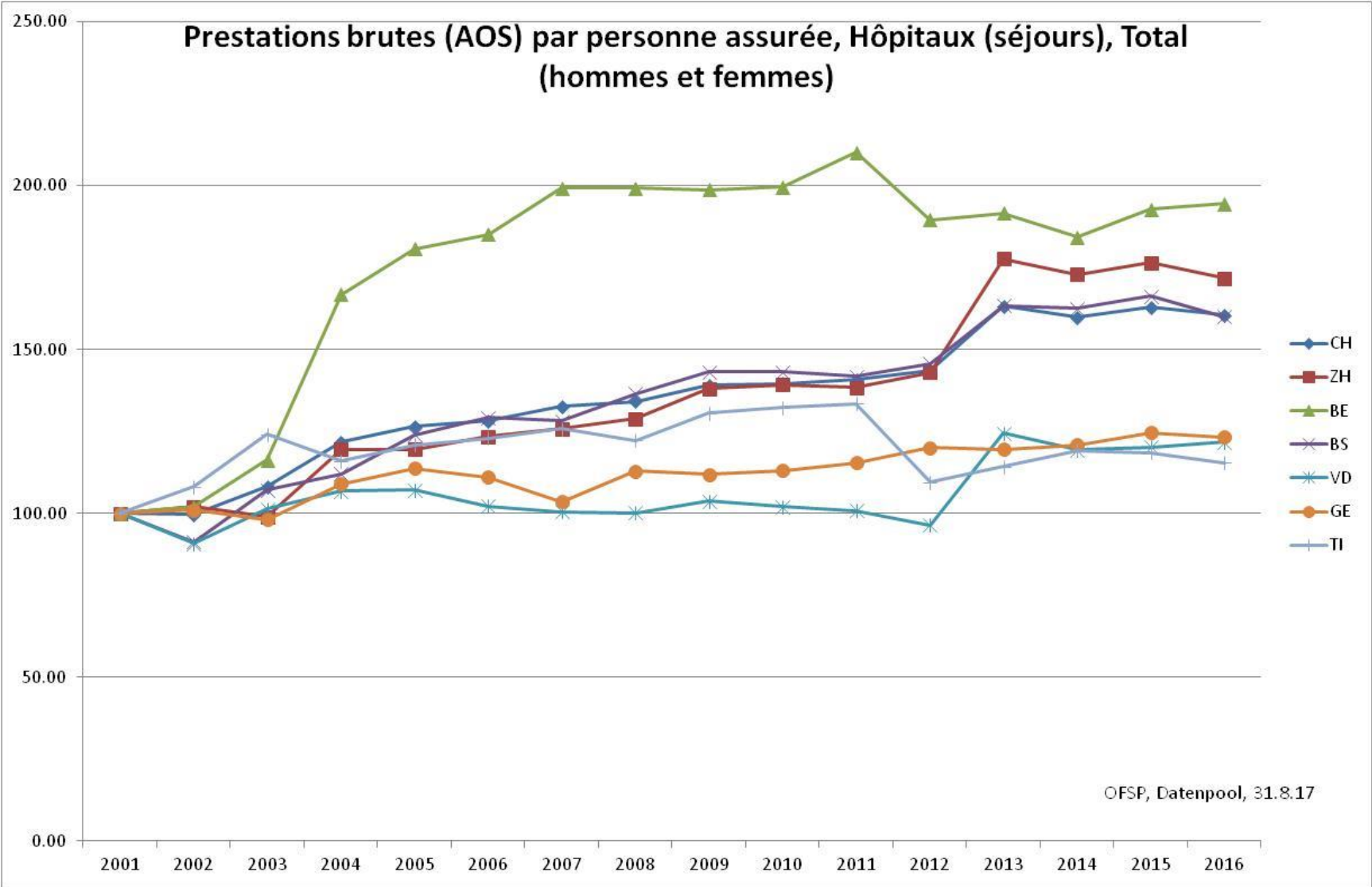
Le simulacre de la logique de marché

- Demande captive et inflexible
 - Les patients sont disposés à assumer des coûts élevés en cas de problème de santé important
- Assymetrie de l'information
 - Dépendance du patient des décisions du médecin
 - Absence de connaissance véritable des alternatives (utilité et risques)
- Produits et coûts hétérogènes
 - Forte concentration des coûts de la santé (10% des assurés génèrent 70% des coûts)

Le simulacre de la logique de marché

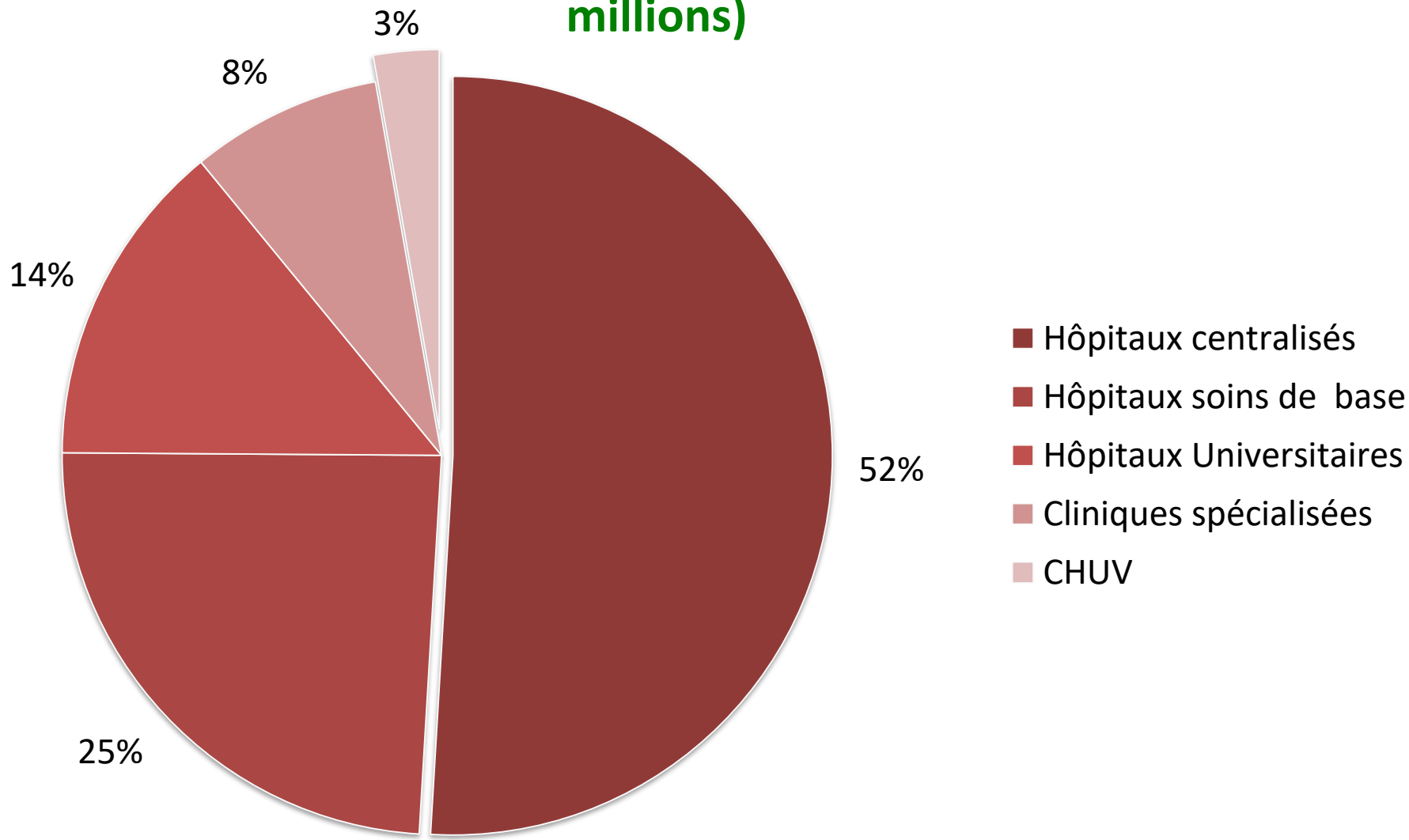
- Hétérogénéité des produits
 - Pose d'une prothèse de la hanche: différence considérable entre un patient de 60 ans en bonne santé et un patient de 85 ans ayant des problèmes cardiaques
 - Risque/probabilité pour une durée de séjour plus longue dans le deuxième cas, complications etc, structure des coûts différente
 - Pourtant: proximité des rémunérations dans les deux cas
 - «Concurrence biaisée»
- Fort incitatif à la surproduction de cas simples (ex. patients Helsana assurance-base et assurance complémentaire)

Le simulacre de la logique de marché



2. Un hôpital universitaire et la question de la concurrence: ce dont on parle

Ensemble des séjours hospitaliers suisses en 2015 (N = 1.3 millions)



La logique de concurrence pour un hôpital universitaire: l'exemple du CHUV

- Forte concurrence avec les autres hôpitaux universitaires
 - Médecine hautement spécialisée (ex. transplantations cardiaque et pulmonaire)
 - Cas universitaires (ex. néonatalogie hautement spécialisée)

- Forte concurrence sur le plan international (ex. oncologie)
 - Formation et recherche
 - Relève et médecins-cadres

La logique de concurrence pour un hôpital universitaire: l'exemple du CHUV

- Faible concurrence avec les hôpitaux régionaux et les cliniques privées
 - Double fonction d'hôpital universitaire et d'hôpital de ville
 - Répartition entre les différents hôpitaux en fonction du lieu de résidence des patients et des besoins de la prise en charge
 - Contexte de la régulation étatique pour les cas Lamal de base
 - CHUV sans politique de recrutement de patients privés en raison de leur statut d'assuré
 - Pas de biais de la concurrence en raison d'une politique des prix agressive (cf. rapport Felder commandité par les cliniques privées)
- Rôle du mode de gouvernance
 - Absence d'enjeu eu égard à la question de la concurrence
 - Importance conséquente s'agissant de la médecine de pointe hors du champ Lamal

CHUV: Répartition par type d'assureur (somatique A) 2014

	Cas	Points	Financement (en mio)	Part relative
LAMal vaudois	27'377	34'364	389.3	67.6%
Privés LAMal vaudois	2'384	4'542	42.8	7.4%
Hors canton	3'305	6'455	60.7	10.6%
AA/AMF div. commune	1'112	1'886	19.3	3.4%
AI vaudois	468	2'084	21.2	3.7%
AI hors canton	323	1'611	16.4	2.9%
Div. comm. non conv.	620	729	6.9	1.2%
Humanitaire	123	413	3.8	0.7%
Patients SASH	95	62	0.6	0.1%
AA/AI/AMF div. privée	542	1'080	11.0	1.9%
Autres privés	198	293	2.7	0.5%
Total somatique A	36'545	53'528	574.7	100%

3. Les défis à venir et le rôle de la coopération entre public et privé

Principaux facteurs influençant l'évolution des coûts du système de santé

NOMBRE DE PATIENTS (N)

Démographie

- Taille de la population
- Structure par âge
- Espérance de vie sans incapacité

Probabilité de recourir aux soins

- Etat de santé
- Seuil pathologique

VOLUME DE SOINS PAR PATIENT (Q)

Etat de santé

Pratique médicale

- Progrès technique
- Seuil pathologique
- Préférences
- Demande induite

COÛT UNITAIRE DES PRESTATIONS (CU)

Coût du travail

Coût du capital technique et financier

Progrès technique

Source : Vuilleumier, Mathieu (et all.), *Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse. Revue de la littérature et projections à l'horizon 2030*, Neuchâtel, OFS, 2007, p.5

Perspective H+ 2015-2025

- Perspective de diminution du taux de croissance du chiffre d'affaires (de 5.3% p.a. pour la période 2006 à 2015 à 2.9% p.a. pour la période 2015 à 2025)
- Diminution taux de croissance du personnel soignant (de 3.6 à 1.4% p.a.)
- Diminution taux de croissance des médecins (de 1.7% à 1.4% p.a.)
- Processus de concentration par fusions et formation de groupes – Transformation de petits hôpitaux régionaux en permanences – Nouvelles formes de coopération géographique.
- Entrée de grands groupes dans l'ambulatoire (Migros, Hirslanden)

Perspective H+ 2015-2025

Démographie

- Vieillessement de la population, individualisation croissante
- Augmentation maladies infectieuses et immunitaires (globalisation, style de vie)

Médecine / Technologie

- Progrès technologique important.
- Dossier patient informatisé et impact de la transition numérique.
- Médecine de précision.
- Diminution de l'offre de médecine générale
- Accroissement continu de l'ambulatoire hospitalier
- Centralisation (MHS, maladies rares, nombre de cas min.)
- Protection de prestataires périphériques contre centralisation
- Intégration de services en amont (ambulatoire) et en aval (EMS, Réa) de l'hôpital
- Plus de prestataires ambulatoires forts (M) et de réseaux intégrés

Facteur progrès technique et pratique médicale

- Années 1950-1970: tests de laboratoire et rayons X
- Années 1970-1980: unité de soins intensifs, radiothérapie et chimiothérapie, revascularisation myocardique
- Années 1990ff.: médicaments chers
- Années 2010ff.: médecine de précision – immunothérapie

- Etude 2006: Changements dans la pratique médicale avec impact sur les coûts presque quatre fois supérieur à l'effet du vieillissement démographique

Coopération public – privé: l'exemple du CHUV

➤ Orientation stratégique

- Concentration sur le métier essentiel de l'hôpital
- Acquisition des compétences d'un partenaire dans des domaines spécifiques
- Défis en matière d'infrastructure

➤ Objectifs principaux

- Atteindre et garantir le bien-être des patients en maintenant un niveau de qualité et d'outcome cliniques équivalent
- Préserver la plateforme clinique de l'hôpital universitaire pour les patients ayant réellement besoin d'elle
- Penser en terme d'intégration des soins et de gestion proactive des séjours hospitaliers
- Rechercher l'optimisation des coûts d'exploitation

Coopération public – privé: l'exemple du CHUV

- Chirurgie ambulatoire: MVSanté
- Hôtel des patients: Resourceful Living – Retraites populaires
- Plateforme logistique Bussigny: HUG – Edipresse SA
- Robot chirurgical: Clinique de la Source
- Réseau romand d'oncologie: médecins installés – hôpitaux régionaux – cliniques privées