

**HIRSLANDEN**

CLINIQUE BOIS-CERF



# LE POTENTIEL DU SECTEUR HOSPITALIER PRIVÉ

Cédric Bossart

Conférence de l'Institut Libéral

5 novembre 2013

# Plan

1. Quelques réflexions sur l'économie de la santé
2. Le système suisse de santé en chiffres
3. Les facteurs de différenciation des hôpitaux privés



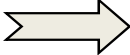
# **1. QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ**

# LE MARCHÉ DE LA SANTÉ EST-IL PARTICULIER?

## Situation idéale

Le marché, neutre et impartial, permet l'allocation efficiente des ressources.

2 conditions de base doivent être données :

- consommation des biens et services en fonction du budget
- souveraineté des consommateurs (  utilité et satisfaction)

Pour la santé, le patient-consommateur n'est (presque) jamais souverain, il est «économiquement faible»

2 questionnements:

- le médecin (Internet ?) joue le rôle de «l'agent parfait»
- la santé est un bien méritoire ( ? )

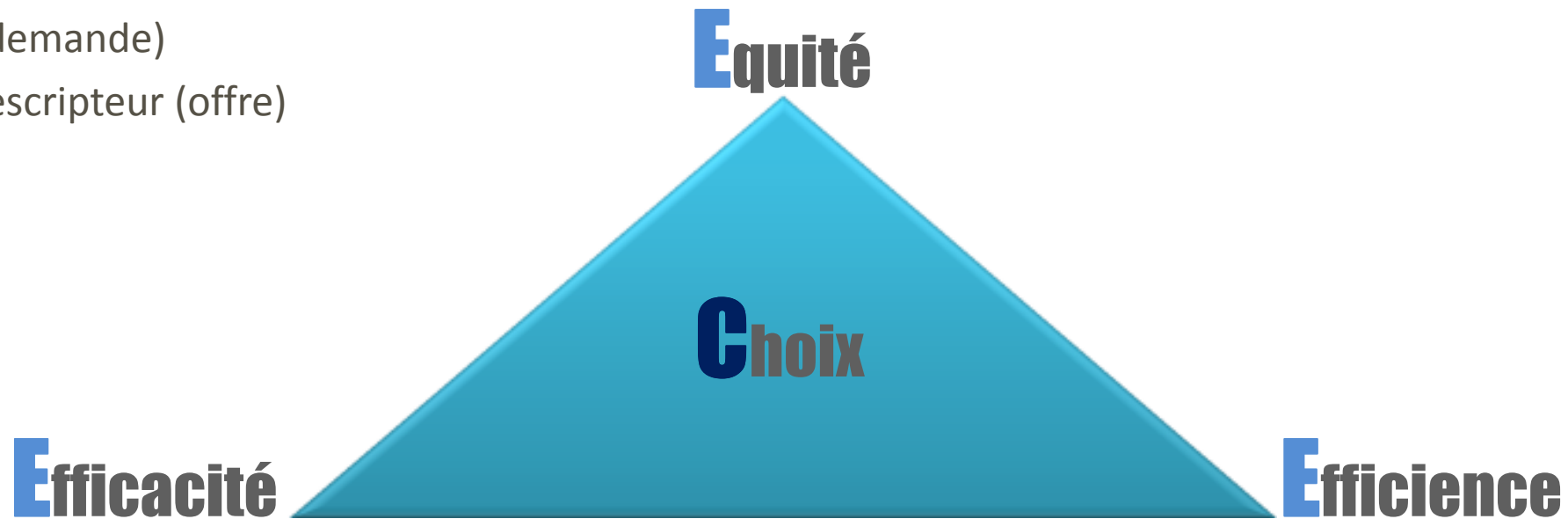
# LE TRIANGLE DE L'IMPOSSIBLE

## Le choix entre les « 3 E » - des contraintes inconciliables ?

On attend d'un système de santé qu'il soit efficace, efficient et équitable.

Fruit du compromis entre :

- le payeur (assurance / Etat / consommateurs)
- le consommateur (demande)
- le producteur et prescripteur (offre)
- l'Etat (tutelle)

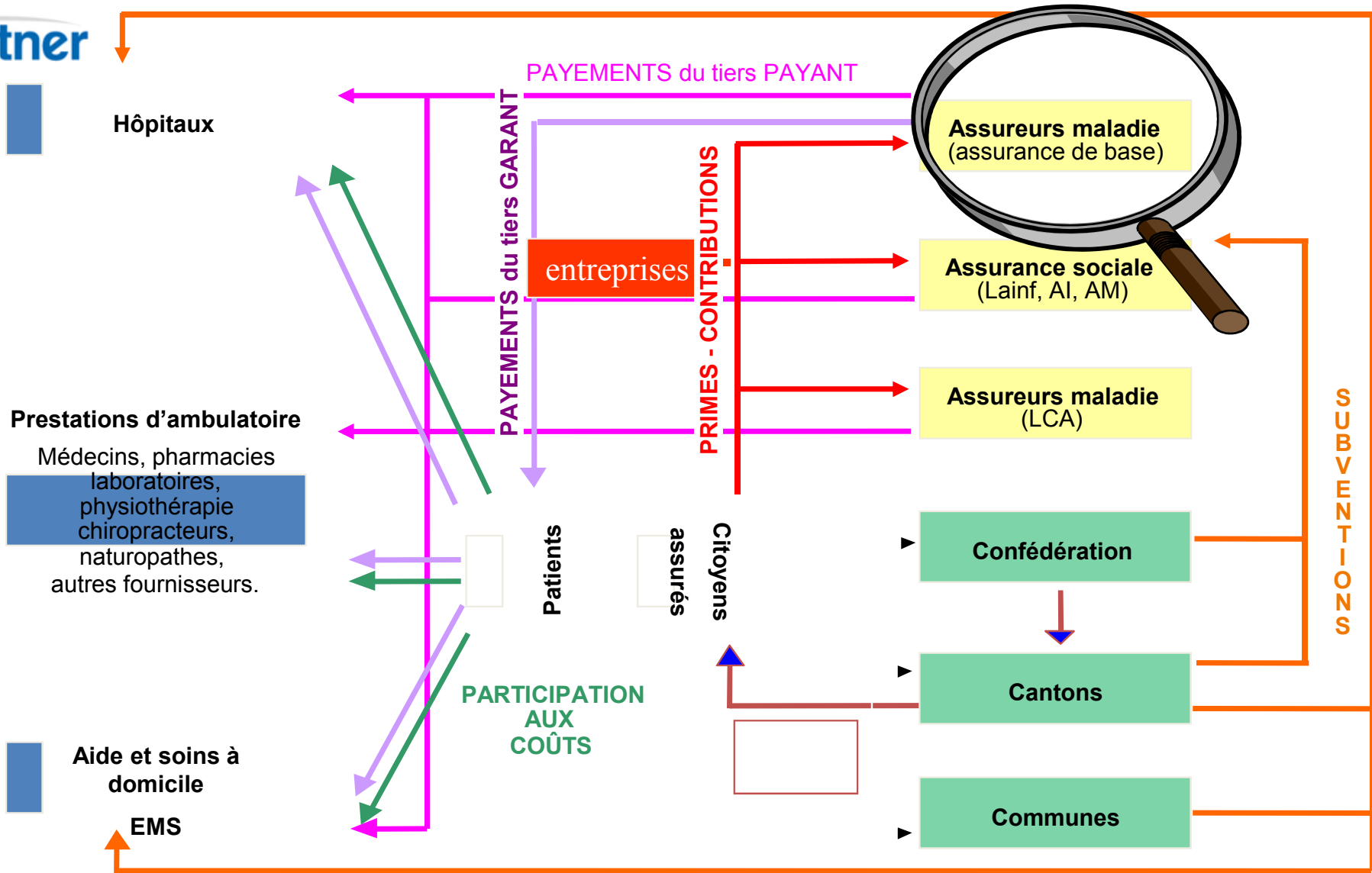


# LA PROBLÉMATIQUE DU FINANCEMENT

- Système à « payeurs multiples » hybride (assureurs, pouvoirs publics: confédération/cantons/communes, ménages)
  - Grande Bretagne: tout est payé par l'impôt (Beveridge)
  - En Suisse, système de « tiers garant » (assuré paie et se fait rembourser, sous déduction de la participation)
- ⇒ organisation hautement complexe; cela rend difficile d'établir un lien entre l'offre et la demande



# LE MODÈLE À "PAYEURS MULTIPLES"



# **ANALYSE DE LA CONCURRENCE I**

- Entre les acteurs du système (privés / publiques)
- Concurrence administrative (CH championne)
- Entre les différentes sortes de médecines (naturelles vs allopathiques)
- Entre les formes de prise en charge (stationnaire vs ambulatoire)
- Entre pathologies (700 pathologies rares = 4%)

# ANALYSE DE LA CONCURRENCE II

4 méthodes pour créer de la concurrence :

- Managed Care : on recrée un lien offre/demande/financement
- Managed Competition : on crée la concurrence par les caisses-maladie
- Disease Management : interdisciplinarité et échange d'informations
- Médecine basée sur les évidences
  - ⇒ concurrence basée sur les résultats et non les coûts

# CONCLUSION CHAPITRE 1

- De la concurrence pure et parfaite  $\Rightarrow$  **on en est loin...**
- Grand nombre d'offrants et d'acheteurs (« agents »)  $\Rightarrow$  **oui, mais aucun lien direct**
- Pas d'ententes (cartels etc.)  $\Rightarrow$  **pas dans le sens classique du terme, mais ++ de lobbying**
- Hypothèses de mobilité, transparence, homogénéité  $\Rightarrow$  **on en est loin...**
- Les prix sont supposés parfaitement flexibles (« élasticité du prix »)  $\Rightarrow$  **c'est le contraire: prix pour la plupart administrés...**
- Efficacité de la production et de l'échange  $\Rightarrow$  **très difficile à évaluer**
- Agents parfaitement informés  $\Rightarrow$  **on en est (très) loin...**

**Avec la meilleure volonté, on constate que la « main invisible » ne peut malheureusement faire des miracles**

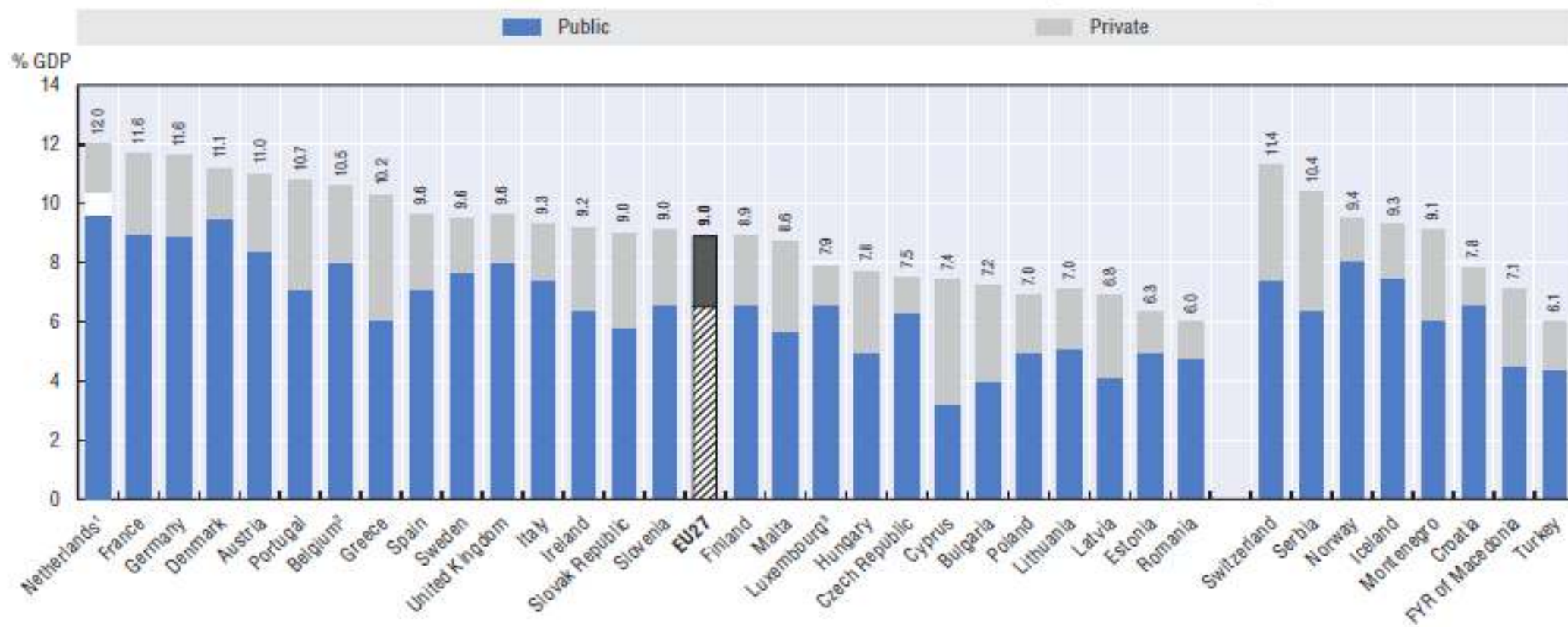


## **2. LA SANTÉ EN SUISSE**

### **Les chiffres-clés**

# DÉPENSES EN POURCENT DU PIB

5.3.1. Total health expenditure as a share of GDP, 2010 (or nearest year)

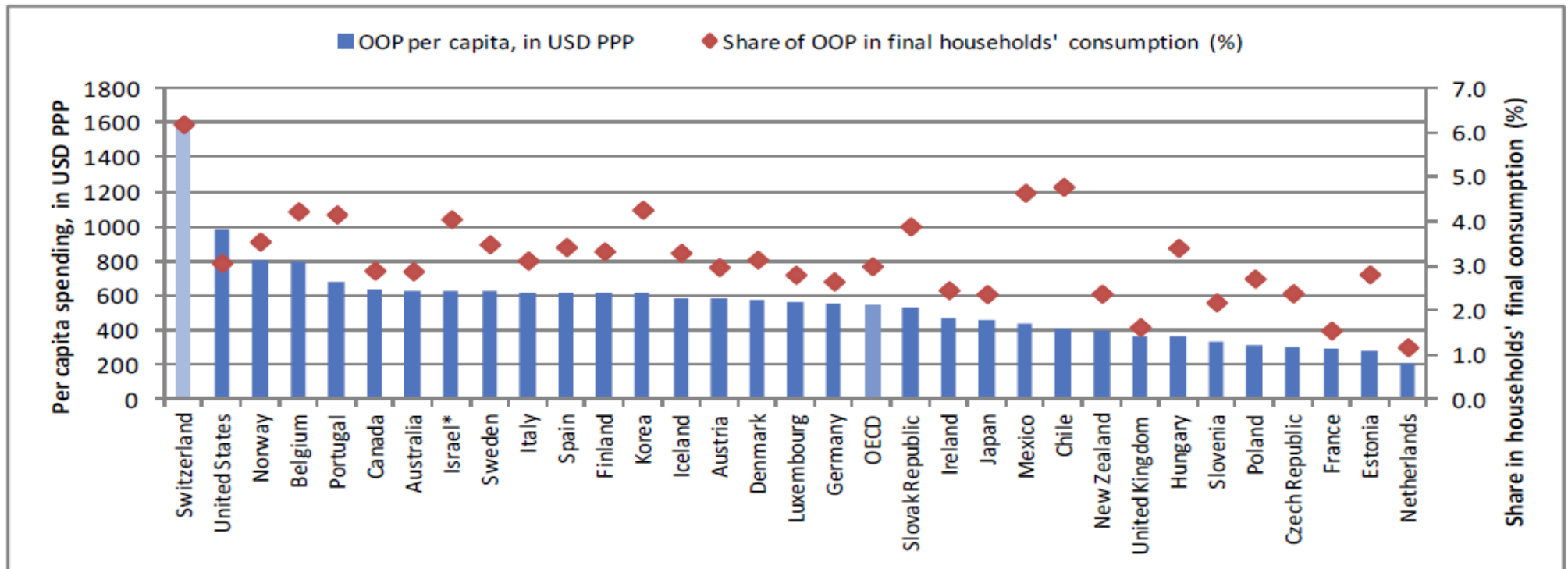


1. In the Netherlands, it is not possible to clearly distinguish the public and private share related to investments.
2. Public and private expenditures are current expenditures (excluding investments).
3. Health expenditure is for the insured population rather than resident population.

Source: OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database; WHO Global Health Expenditure Database.

# PART DES MÉNAGES DANS LES DÉPENSES TOTALES ÉLEVÉE

Households' direct payments for health care in OECD countries, 2009



Note: Data for Australia and Japan refer to 2008. Data on OOP per capita refer to 2008 for Portugal, 2007 for Turkey and Austria, and to 2006 for the Netherlands. Data on the share of OOP in final households' consumption refer to 2008 for Austria and to 2007 for Portugal.

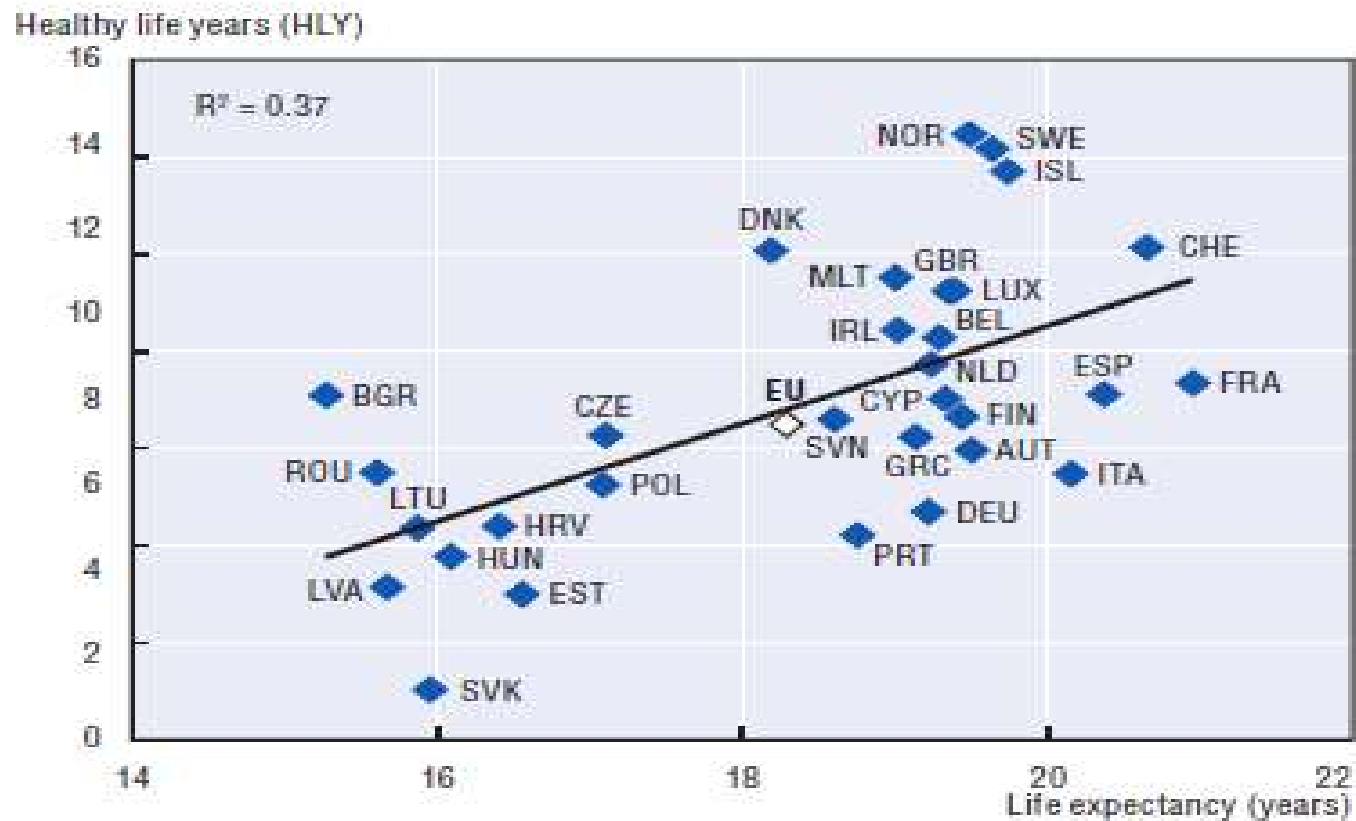
OOP: Out-of-pocket.

\* Information on data for Israel: <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

Source: OECD Health Data 2011.

# UNE ESPÉRANCE DE VIE SUPÉRIEURE À LA MOYENNE AVEC UNE BONNE QUALITÉ DE VIE

## 1.2.2. Relationship between life expectancy and healthy life years (HLY) at 65, 2008-10 average



Source: Eurostat Statistics Database.

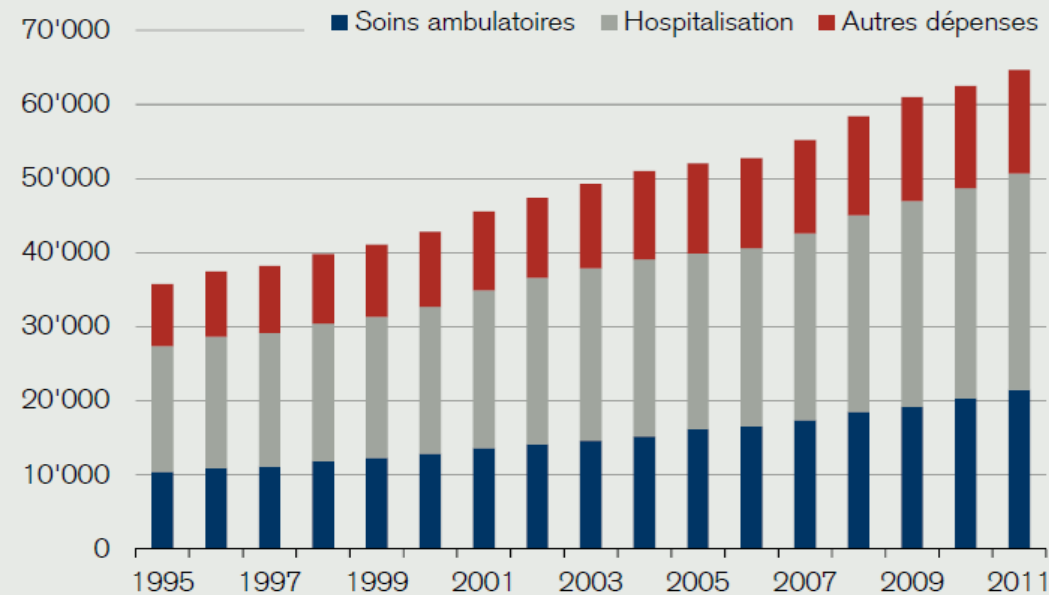


# DÉPENSES DE SANTÉ PAR FOURNISSEUR DE PRESTATIONS

Figure 1

## Evolution des dépenses de santé

En mio. CHF; 2011: chiffres provisoires

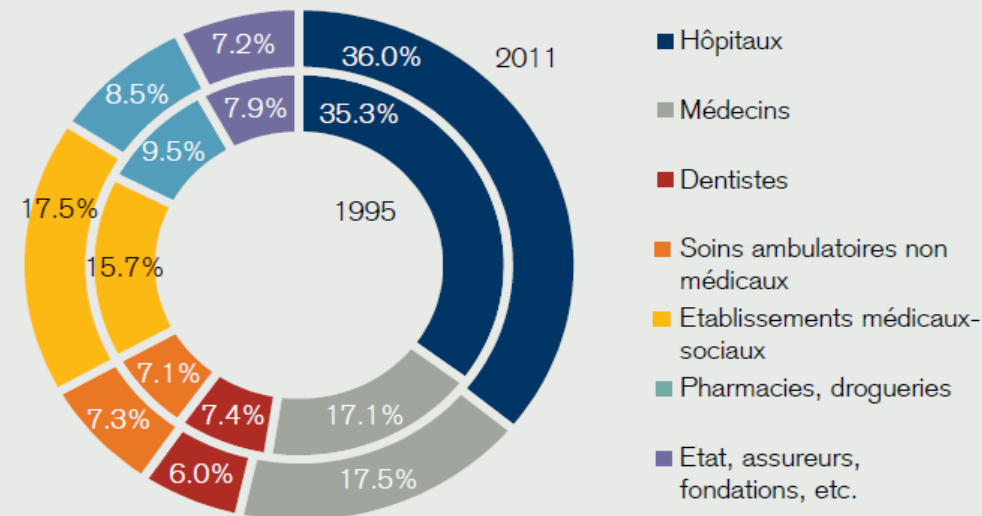


Source: Office fédéral de la statistique, Credit Suisse

Figure 2

## Dépenses de santé par prestataires

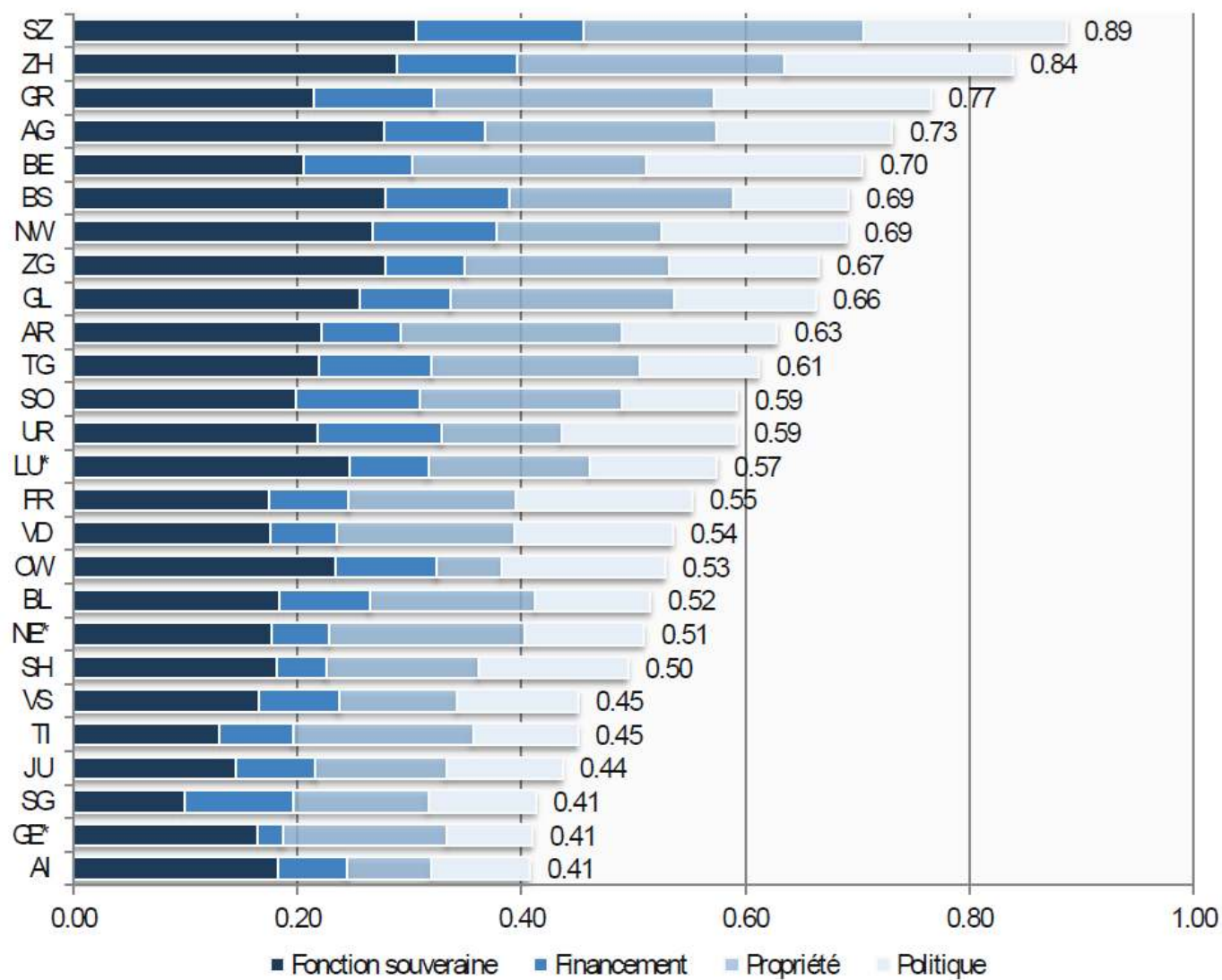
Part dans les dépenses de santé



Source: Office fédéral de la statistique, Credit Suisse

### **3. FACTEURS DE DIFFÉRENCIATION DES HÔPITAUX PRIVÉS**

Figure 1 Ouverture au principe de la concurrence des règlements hospitaliers cantonaux, 2012

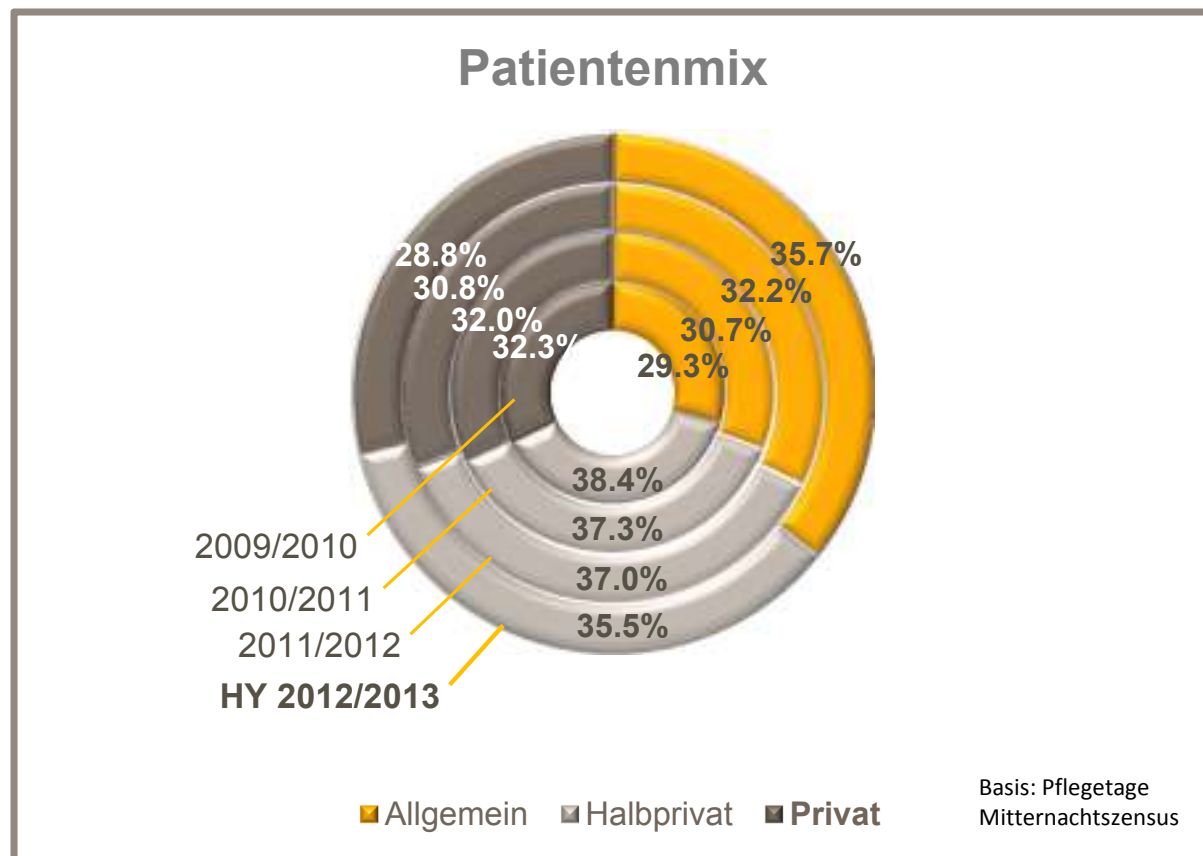


\* Les résultats n'ont pas pu être vérifiés avec les représentants cantonaux

Source: Comparis, Etude Polynomics

# EVOLUTION DU MIX PATIENT CHEZ HIRSLANDEN

- Légère diminution des patients assurés en privé et demi-privé
- Augmentation des patients AOS
- Plus de 60% des patients Hirslanden sont assurés en Privé ou demi-privé.



# CHOIX DU MEDECIN ET CHOIX DE L'ETABLISSEMENT



**B  
A  
S  
E**

- Hôpitaux listés
- Pas de libre choix du médecin pour l'hospitalisation

**P  
R  
I  
V  
E**

- Libre choix du médecin et de l'établissement
- Prise en charge par un médecin spécialiste
- Visite quotidienne et suivi par le médecin traitant

# ENTRÉE A LA CLINIQUE / DATE DE L'OPÉRATION



**B  
A  
S  
E**

- Prise en charge selon les capacités d'accueil en fonction de l'urgence médicale (électif ou urgence)

**P  
R  
I  
V  
E**

- Organisation de la date de l'opération en fonction du patient, de son médecin
- Pas de liste d'attente

# CHAMBRES



## B A S E

- Chambres à 2 lits ou plus
- Pas de possibilité d'avoir un accompagnant
- Confort basique

## P R I V E

- Chambre à 1 ou 2 lits
- Grand confort, TV individuelle
- Wi-Fi gratuit / mise à disposition d'Ipad
- Service personnalisé

# SOINS



**B  
A  
S  
E**

- Prise en charge par l'équipe infirmière
- Selon les besoins par le personnel présent

**P  
R  
I  
V  
E**

- Soins individualisés
- Déroulement de la journée en fonction des besoins et demandes du patient
- Agenda personnalisé, coordination avec les visites de la famille et les impératifs professionnels



# CONVALESCENCE / READAPTATION



**B  
A  
S  
E**

- Transfert dans des centres de réadaptation partenaires
- Heure de sortie imposée

**P  
R  
I  
V  
E**

- Choix du centre de réadaptation
- Organisation du séjour en collaboration avec certaines assurances
- Heure de sortie flexible

# POTENTIEL DES HÔPITAUX PRIVÉS V/S PUBLICS

- Approche d'économie de marché connue depuis longtemps
- « Orientation clients » de l'ensemble des équipes plus marquée
- Rentabilité supérieure
- Gestion plus efficace des investissements (choix et rapidité)
- Grande adaptation au marché

# POTENTIEL DES HÔPITAUX PRIVÉS

- Moteur d'innovation (dernières technologies)
- Investisseurs / financeurs (ex. de la radioRX de Männedorf)
- Employeurs importants (y compris pour des médecins)
- Promoteur de transparence et de qualité (rapport annuel HI - outcomes)
- Pont avec les best practices de l'étranger (effet des groupes)
- Efficace, efficient ET productif
- Rôle de modèle – intégration du management de l'industrie de la santé
- Empêcheurs de «tourner en rond» - adeptes de la concurrence

# NOUVEAU MODELE D'ASSURANCE : APPORT DE PRESTATIONS AMBULATOIRES

Modèle d'assurance complémentaire de **Helsana** : PRIMEO



Helsana est la première assurance à offrir, pour les séjours ambulatoires, un traitement privilégié.