

RÉALITÉ, CONSÉQUENCE ET ENJEUX DE LA FINANCIARISATION DE LA SANTÉ POUR LES PROFESSIONNELS ET LES PATIENTS

JIB, Paris 2 Décembre 2021



Dr Paul GARASSUS
President UEHP
BIAC Member

Aucun conflit d'intérêt à déclarer

Introduction - La professionnalisation des professionnels de santé, requérant des stratégies d'investissements lourdes Les enjeux éthiques et économiques pour les entreprises de santé et leur relation aux patients

- La financiarisation de la santé gagne du terrain. Par financiarisation nous entendons le principe de développement d'acteurs économiques (groupes organisations, réseaux, etc.) qui bénéficient d'un apport financier capitalistique. Ces acteurs économiques par des mécanismes de Fusion – Acquisition (M&A) atteignent des tailles importantes et impactent sur les pratiques professionnelles des secteurs de la santé concernés.
- Comprendre qui ils sont, quelles sont leur stratégie, de quels moyens ils disposent et quelles sont leurs attentes en termes de présence sur le marché ainsi que de retour sur investissement (ROIC), est important pour tous les professionnels de santé. Nous proposons une réflexion basée sur l'observation des conditions macroéconomiques ayant conduit à développer ces approches financières susceptibles de créer des tensions ou des distorsions concurrentielles pour des praticiens de santé devant respecter des pratiques professionnelles éthiques.

Les éléments du débat - 1

- La question est de connaître la structure capitaliste des opérateurs de santé, leur professionnalisation mais aussi leurs objectifs en termes d'investissements, de projets et leurs attentes concernant le retour du capital investi (**ROIC**). La santé est régulée en Europe par des politiques tarifaires dans le cadre d'une protection sociale basée soit sur des cotisations ou l'impôt (voire un mix des deux sous le terme de fiscalisation progressive de la recette).
- En France le modèle est mis à mal par des **déséquilibres chroniques** entre recettes et dépenses, conduisant à la CADES en charge structurellement d'éponger les déficits de l'assurance maladie au prix d'un transfert de charge sur les générations futures. Cette situation en termes de régulation économique, n'est pas durablement tenable.
- La pression économique s'exerce donc sur des acteurs de santé à qui sont demandé des **gains de productivité** sous la contrainte de politiques tarifaires à la recherche d'efficacité. Une des solutions pragmatiques trouvées par les opérateurs, est d'appliquer le principe d'économie d'échelle en communautarisant des moyens transversaux communs à ses différents opérateurs, de développer des politiques d'achats dont les volumes permettent de réduction de prix à la recherche de la maîtrise des coûts.
- De ce fait, le principe des **regroupements** est (in)directement induit par ces tensions économiques sur les professionnels de santé, avec le développement d'acteurs qui ont progressivement pris des parts de marché conséquentes lors permettant d'asseoir des **politiques concurrentielles** positives ou agressives, et donc **cette pression va induire une politique de croissance des groupes.**

Les éléments du débat - 2

- Ces derniers par leurs résultats financiers positifs, vont intéresser des investisseurs. En effet, la santé peut apparaître en situation de crise économique soit comme une valeur refuge, soit comme un **secteur contra-cyclique ou même des stabilisateurs économiques** permettant de maintenir des échanges de valeurs élevées malgré les tensions. Cela aboutit in fine, à la constitution de grands groupes opérateurs dans le secteur de la santé.
- On connaît l'importance des Big Pharma dont le développement n'est plus à rappeler avec des stratégies de R&D importantes, mais aussi de **M&A** dans le cadre de diversification de portefeuilles ou d'approches nouvelles sur certaines pathologies. Il est certain que le vieillissement de la population, le développement des pathologies chroniques, l'augmentation des dépenses de santé, tous ces facteurs conjugués font que le secteur de la santé intéresse des investisseurs importants.
- Dans le secteur hospitalier, cela a déjà le cas avec la création de grands groupes européens gérés par des **Hedge Funds sur un mécanisme de LBO**. Mais d'autres secteurs ont été approchés, en particulier les soins dentaires et la biologie. Il est important en tant que professionnel de santé, de connaître ces développements et de comprendre les logiques des investisseurs, leur mode d'acquisition, de gestion et leurs attentes en termes de ROIC.
- Cette **financiarisation des acteurs de santé** peut impacter nos métiers, et il nous est utile de connaître et comprendre. Tant comme partenaire de ces évolutions qu'en situation de confrontation en termes concurrentiels.

Les éléments du débat - 3

- La réussite objective des regroupements professionnels soutenus par des investisseurs « lourds » vient challenger les professions indépendantes du secteur de la santé. Soit par **attractivité** en incitant les professionnels à rejoindre ces opérateurs en croissance, soit par compétitivité en représentant une **concurrence** agressive susceptible de modifier nos exercices.
- Les professions de santé sont régulées par des codes spécifiques et orientés par des objectifs de santé publique. L'interface entre responsabilité et efficacité est le challenge inhérent à nos métiers, la situation est dans cet environnement complexe est liée à **l'attractivité du « marché de la santé » de la part d'investisseurs internationaux.**
- L'impact peut sembler théorique ou conceptuel, il peut être dans certaines circonstances déjà excessivement concret. Les lieux d'échanges entre investisseurs et professionnels sont très peu nombreux.
- Nous citerons celui qui nous paraît le plus important, de par le nombre et l'importance des agents économiques présents mais aussi par la nature des échanges stratégiques en termes de compréhension des marchés qui s'y déroulent, à savoir **HBI** à Londres.

HBI – London September 2021

- **International Hospital Chains.** Day surgery combined with digital health and far more sophisticated homecare will force this conservative sector to change. How can hospitals build stronger lifetime relationships with patients? How far are they deploying value health and successfully cutting costs? And how do you best manage all this change?
- **Dentistry.** The mass consolidation of the past decade has seen the creation of Pan-European dental chains. But how far has that been disrupted by Covid? What have dental groups had to change about their models to deal with pent-up demand? What digital interventions should dental groups be investing in? Speakers: Ben Faircloth, Partner & Global Co-Head of Healthcare, L.E.K. Consulting Yrjö Närhinen, Chair, Curaeos. Gabriela Pueyo, General Manager, Bupa Dental Care. Christian Dubé, Partner, August Equity.
- **How to build an international platform.** With huge investor interest in health services and fast national consolidation groups are seeking to expand across borders. This session explores exactly how to go international, what to look for and what to avoid. What synergies can be achieved and how do you create strong local brands. Speakers: Dimitris Moulavasilis, CEO, Diaverum Dr Markus Hamm, Group CEO, Veonet Fredrik Ragmark, CEO, Medicovert.
- **Diagnostics. Covid-19 massively boosted lab revenues. But will labs retain the special relationship they have built with governments? US groups, for instance, are monetising their data by working with payors on disease prevention. How are labs using digital to help doctors interpret results and to reach the consumer? Speakers: Michiel Boehmer, CEO, Unilabs. Evangelos Kotsopoulos, CEO, Sonic Healthcare Continental Europe. Wolf Kupatt, CEO, Amedes.**
- **Funding and Recovery.** The pandemic has seen governments redefine their relationship with the for-profit sector. Sometimes it is viewed as a valuable partner, sometimes as a parasite to be controlled and partly nationalised. This session explores what has changed and how the private sector has reacted to these pressures. What are the implications of this new relationship? Speakers: **Dr Paul Garassus**, President, IJFHR, Dirk Van Den Steen, Policy Officer, DG Santé, European Commission Vasilis Sakkas,

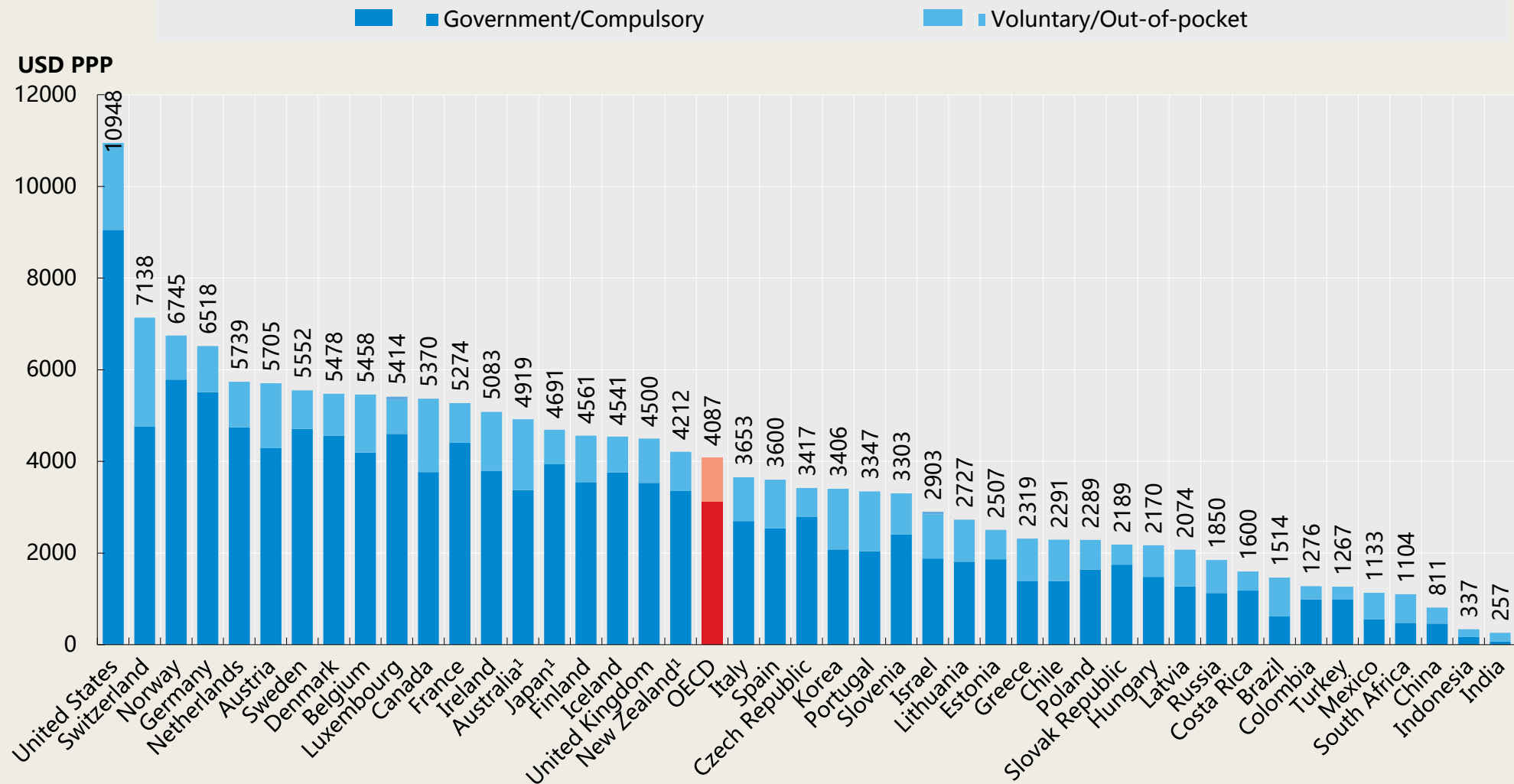
Start-up finance goes global

- Now more cash may finance areas where disruption is less advanced. This year investments in clean energy, space and biotech were double those of 2019. Whereas once a cosy elite of funds had unusual power, now mainstream financial firms are involved and there are vehicles that allow ordinary investors to gain exposure cheaply.
- Obviously, there are dangers. One is that money corrupts. Soaring valuations and abundant capital can make firms and their backers self-indulgent. Governance can be abysmal.



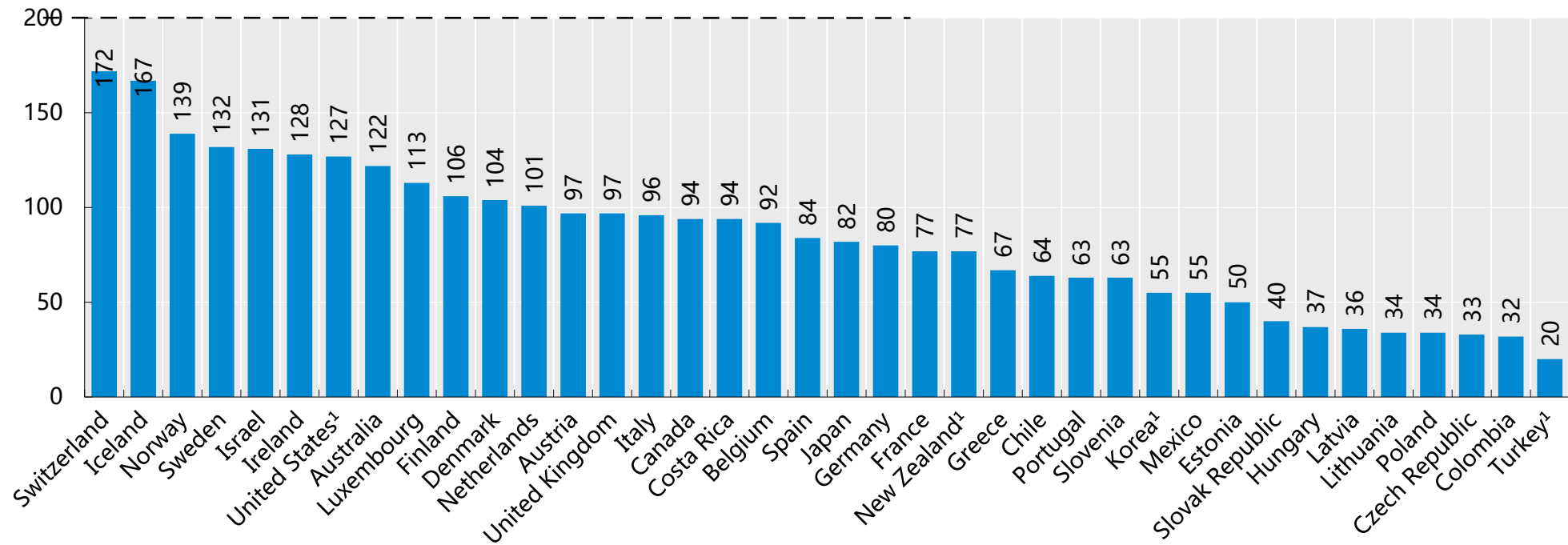
Health expenditure per capita, 2019 (or nearest year) USD PPP

OECD Health At A Glance 2021 (*> 7.000 bn\$ world expenditure, WHO*)



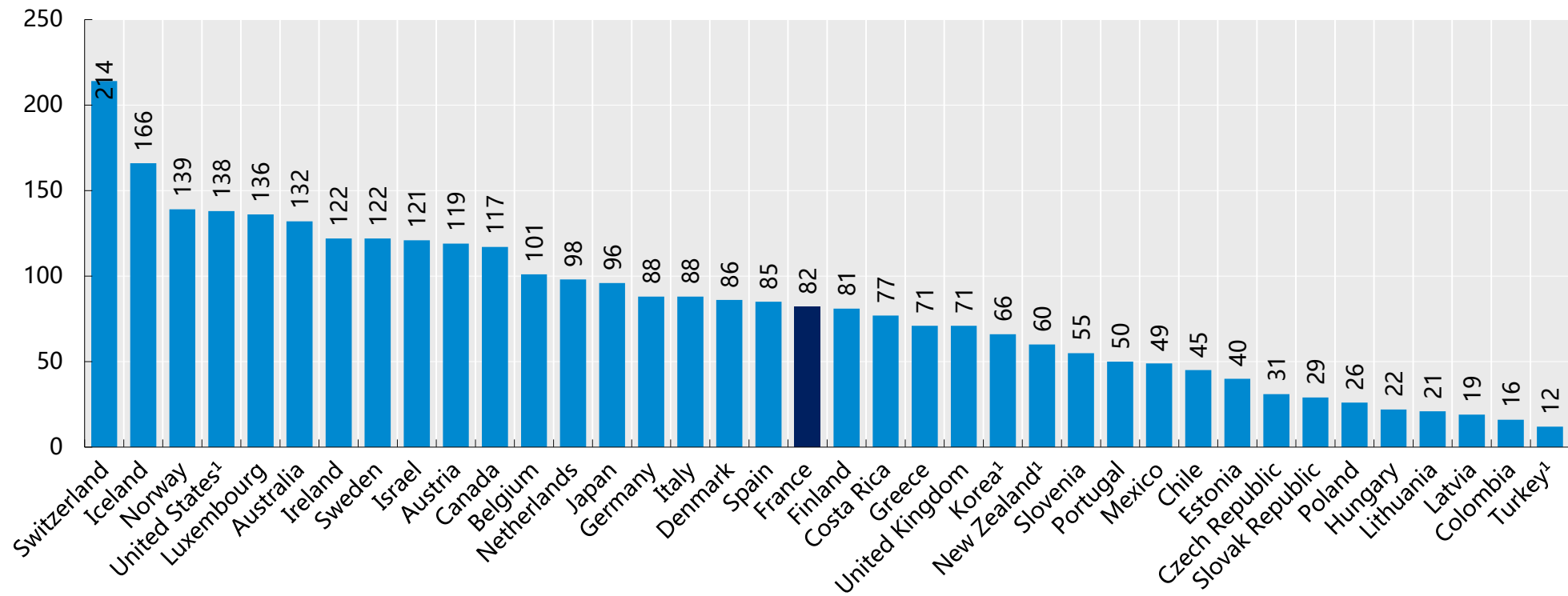
Price levels in the health care sector, 2017, OECD average = 100

OECD Health At A Glance 2021

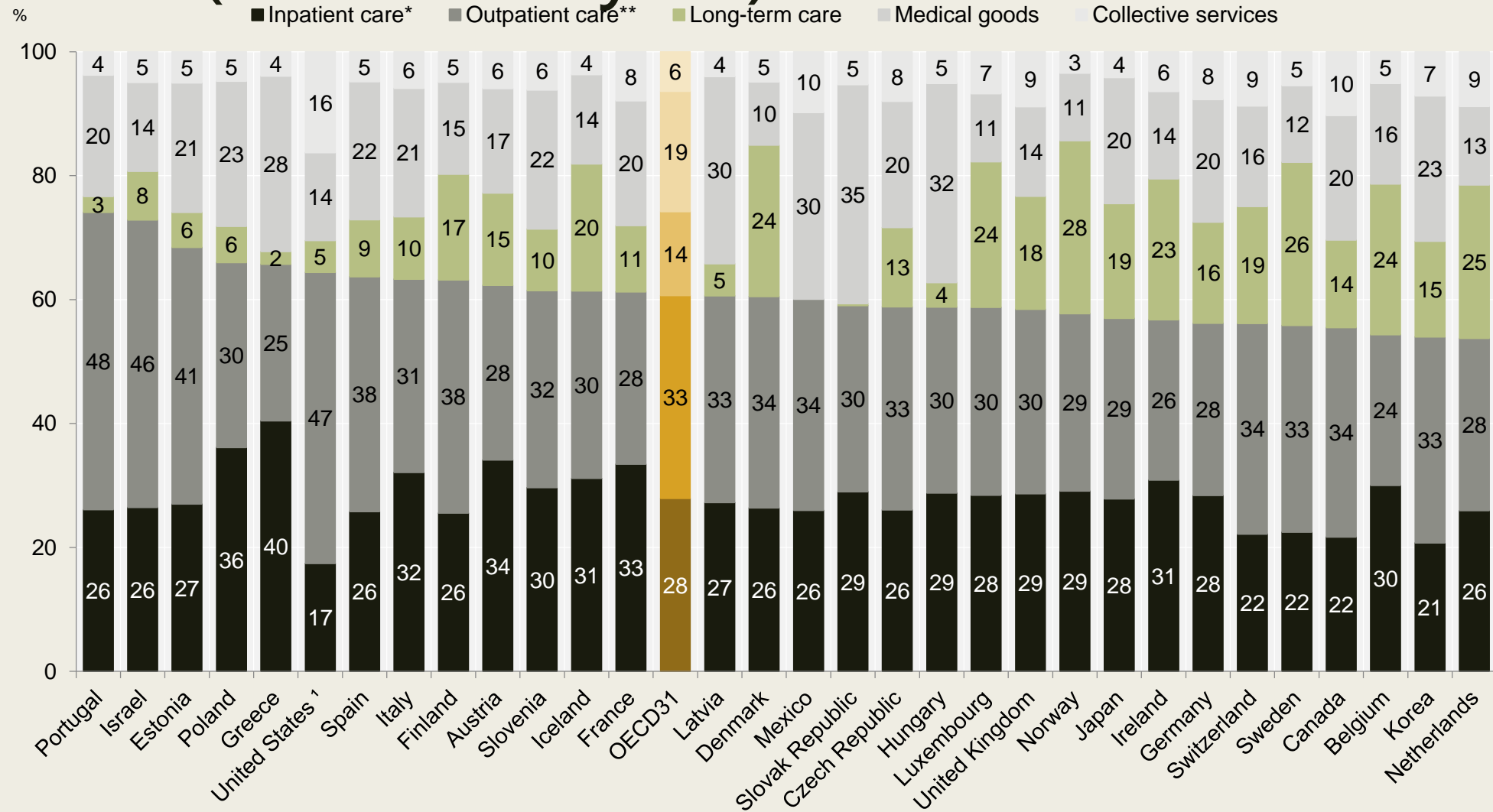


Hospital price levels, 2017, OECD average = 100

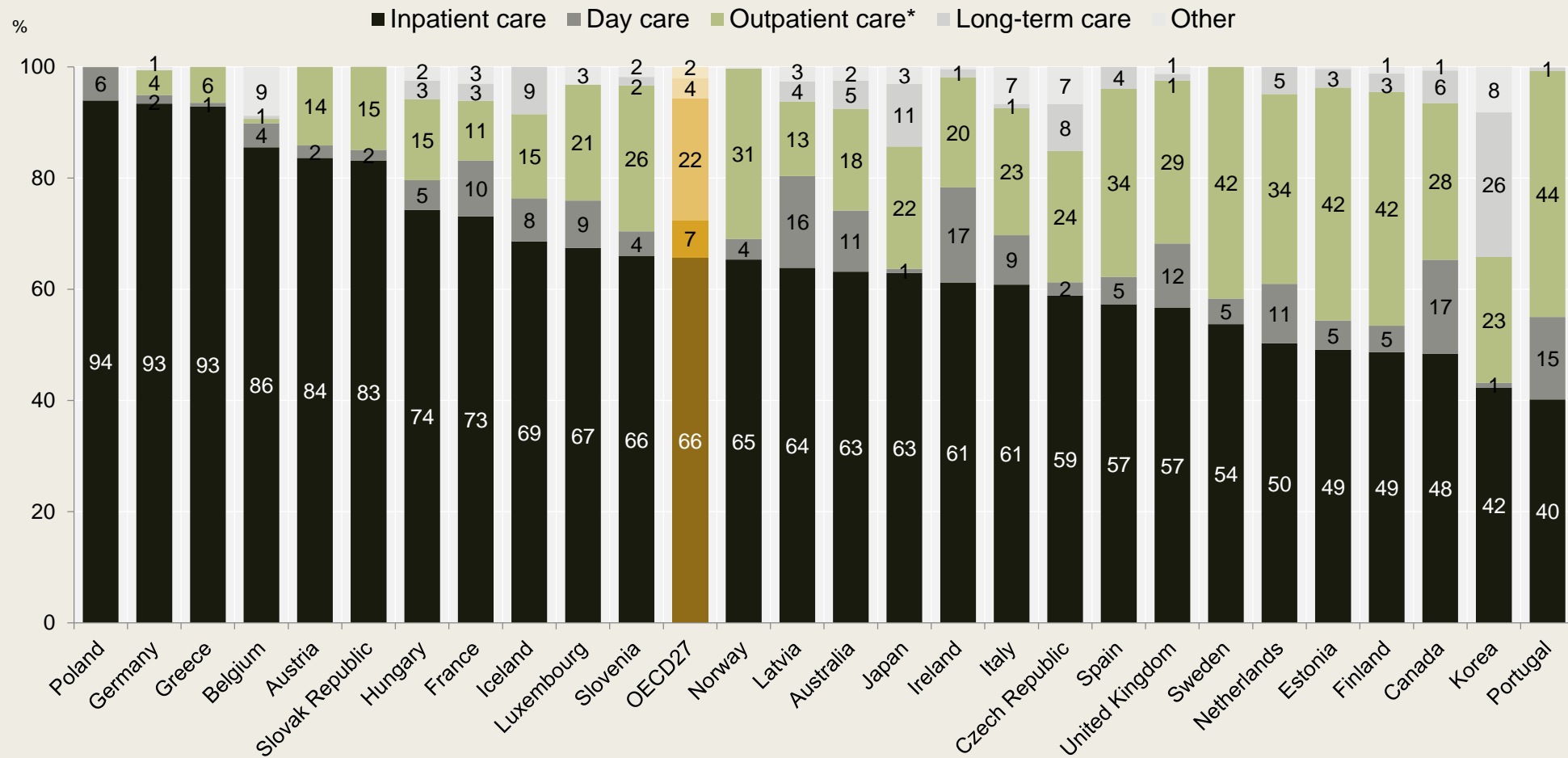
Health At A Glance 2021



Health expenditure by type of service, 2015 (or nearest year) OECD



Hospital expenditure by type of service, 2015 (or nearest year) OECD

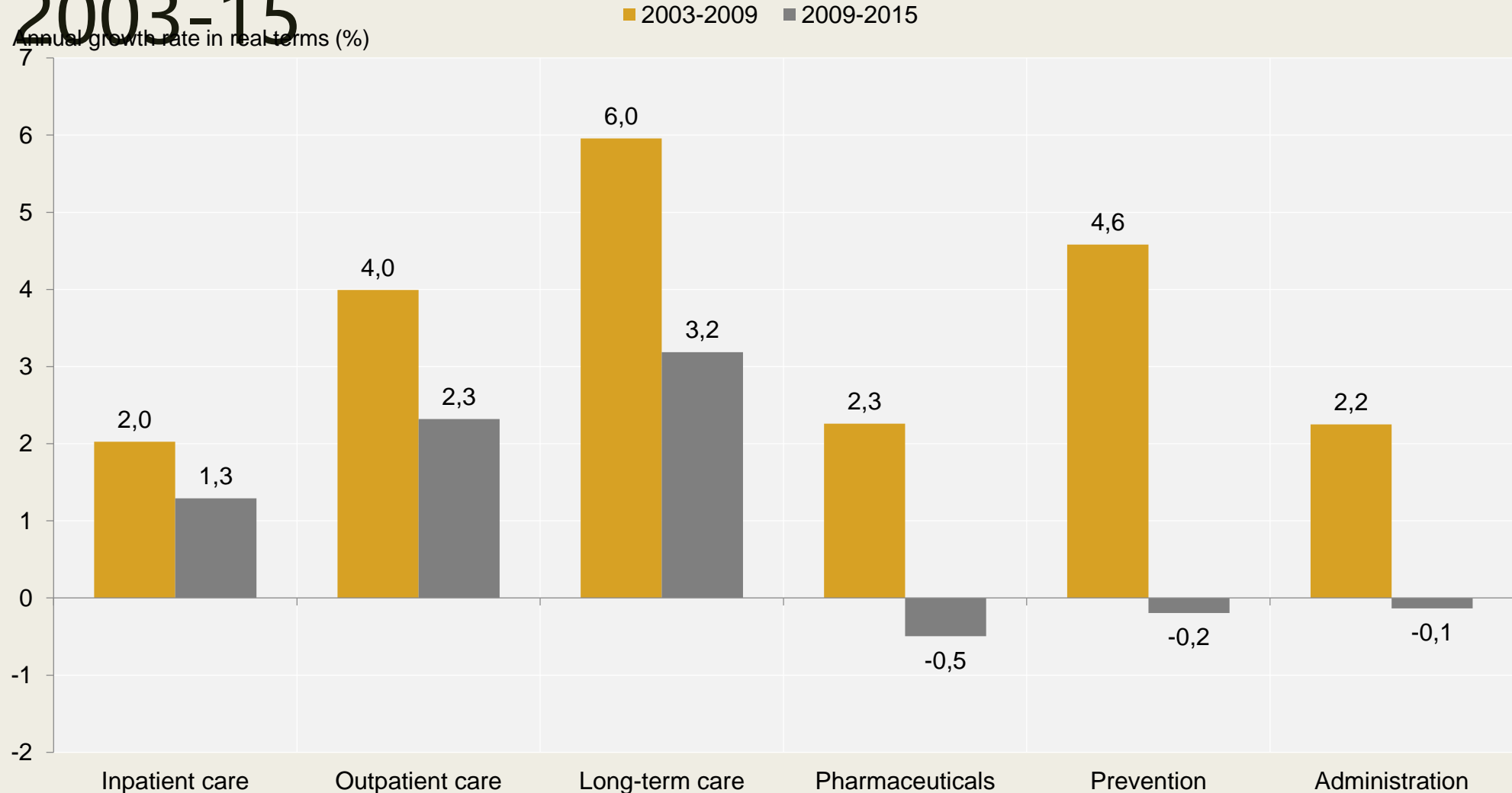


Health care coverage for selected goods and services, 2016

OECD



Growth rates of health expenditure per capita for selected services, OECD average, 2003-15



Notion de système complexe

Pr Michel Lamure

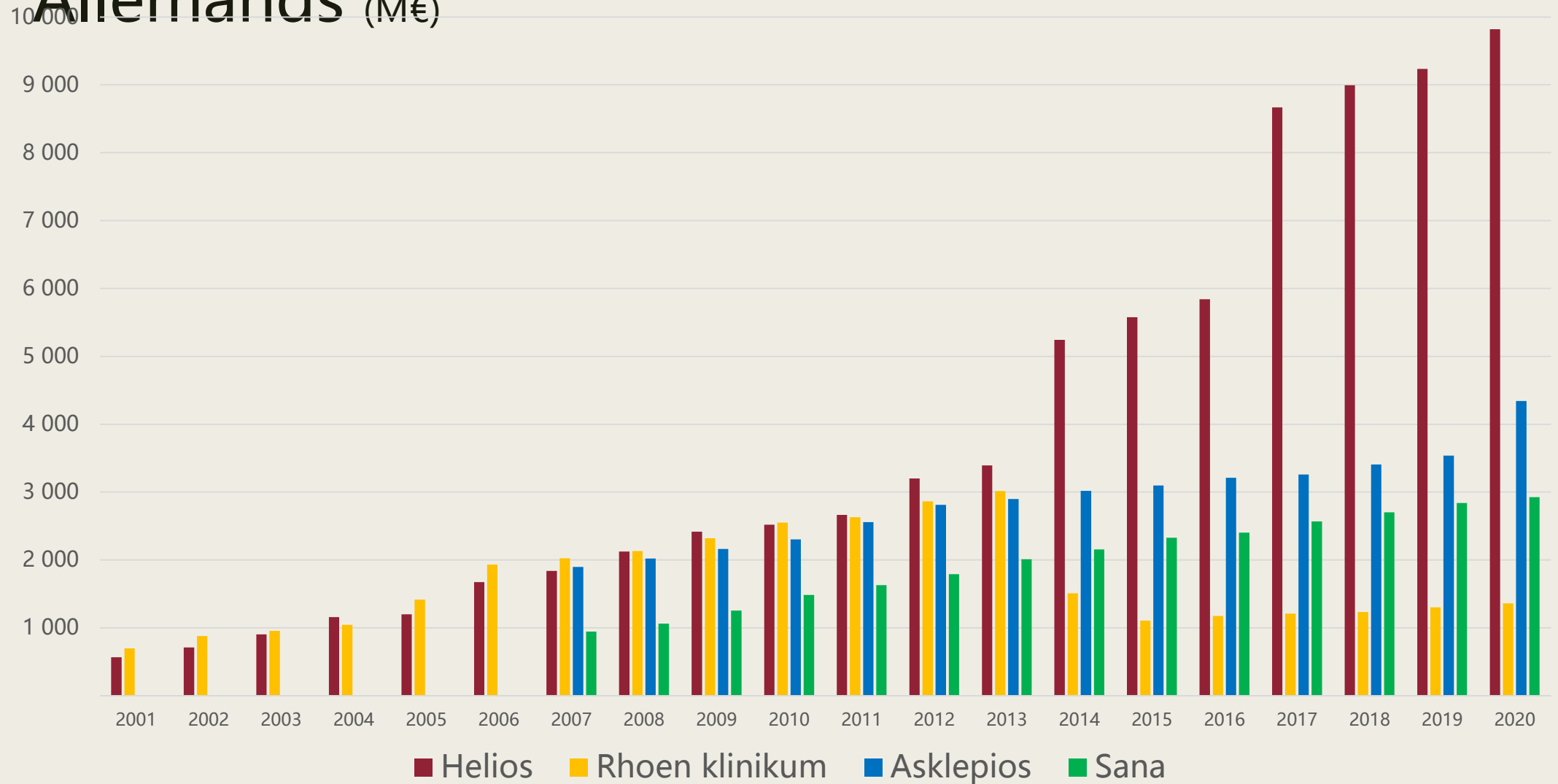
- 1 – un système complexe est un système dynamique dépendant d'un **grand nombre de paramètres**, en évolution constante.
- 2 – La complexité fait généralement référence à **haut degré d'interdépendance systémique** qui induit, notamment, de la non linéarité, de l'émergence d'ordre et des dynamiques non prévisibles.
- 3 – un système complexe est considéré comme un **réseau d'éléments en interaction mutuelle** dont le comportement global ne peut être déduit des comportements de ses composantes, ce qui nécessite une approche holistique
- 4 – une caractéristique d'un système complexe consiste en **l'émergence de propriétés dues aux interactions** entre ses composants
- 5 – la science des systèmes complexes englobe **l'irréductibilité du comportement du système** et met en lumière l'auto organisation adaptative de ses composants, sans une supervision générale (pas de grand architecte)
- 6 – Ce qui fait qu'un système est complexe est **le nombre de décisions qui doivent être prises en regard de sa structure**, du nombre d'agents ou d'organisations qui sont impliqués dans ces décisions, et le fait qu'elles sont probablement inconsistantes.
- 7 – un système est complexe quand il est constitué **de différents éléments qui sont interconnectés** en vue de remplir une **tâche qui ne pourrait pas être accomplie par l'un quelconque de ces éléments**.

MORDOR INTELLIGENCE

GERMANY IN-VITRO DIAGNOSTICS MARKET - GROWTH, TRENDS, COVID-19 IMPACT, AND FORECASTS (2021 - 2026)

- Market Overview : The Germany In-Vitro Diagnostic Market was valued at USD 3,709.12 million in 2020, and it is expected to reach USD 5,264.97 million by 2026, registering a CAGR of 5.63%, during the period of 2020-2026.
- Thus, this increase in newer diagnostic kits will boost the adoption of in-vitro diagnostics, thereby providing lucrative opportunities for the growth of the in-vitro diagnostics market in the upcoming years. In addition, in June 2020, CENTOGENE partnered exclusively with Lufthansa and with Fraport to offer First Walk-In COVID-19 Testing Facility to passengers flying to and from Frankfurt Airport (FRA) in Germany.
- Some of the factors that are driving the market growth in Germany include increasing number of private hospitals and independent testing laboratories and increasing demand for point-of-care testing and personalized medicine.
- **Also, the factors such as the rising number of cases of chronic diseases, increasing aging population, increasing demand for accurate diagnosis, and favorable government initiatives will also be the driving factor for the growth of in-vitro diagnostics market in Germany.**
- In addition, as per the report published by International Diabetes Federation in 2020, the prevalence rate of diabetes in adults of Germany was 15.3% and the total number of diabetes (both type 1 and type 2) diagnosed in adults was.
- The market players are adopting various strategies such as product launches, developments, collaborations and expansions to increase market share. However, factors limiting the growth of the market are a lack of proper reimbursement policies and cumbersome regulatory framework.

Evolution du CA Groupes Privés Hôpitaux Allemands (M€)



¥€\$

**80% of Health Expenditures related
to pharma industry is spent in
USA, EU and Japan**

Avis n° 19-A-08 du 4 avril 2019 (Autorité de la Concurrence) relatif aux secteurs de la distribution du médicament en ville et de la **biologie médicale privée** :

« un des risques identifiés est que les acteurs installés en France souffrent d'un différentiel de compétitivité »

- Le 21 novembre 2017, l'Autorité de la concurrence s'est saisie d'office pour avis dans les secteurs du médicament et de la biologie médicale. Ces secteurs, dont l'encadrement repose sur l'objectif fondamental de préservation de la santé publique, revêtent en effet une importance particulière dans l'économie française et sont confrontés à des besoins de modernisation, liés notamment au développement des nouvelles technologies (vente en ligne, télémédecine, nouveaux outils de diagnostic, etc.).
- Propositions concrètes d'évolution de la réglementation, lesquelles tiennent par ailleurs compte de l'objectif de préservation de la santé publique
- Contraintes excessives qui brident le développement des acteurs installés en France par rapport à leurs homologues européens
- Pouvoir accéder à des sources de financement adaptées.
- Règles portant sur le maillage territorial
- **Très fortes garanties d'exercice et déontologiques**

Avis n° 19-A-08 du 4 avril 2019 (Autorité de la Concurrence) relatif aux secteurs de la distribution du médicament en ville et de la biologie médicale privée :

« **des secteurs au cœur des préoccupations de santé publique et traversés par des évolutions importantes** »

- « *Concernant enfin le secteur de la biologie médicale privée, l'instruction de l'avis a fait ressortir que les évolutions successives du cadre relatif à la détention du capital des laboratoires de biologie médicale ont entraîné un fonctionnement asymétrique de ce marché, partagé entre quelques grands acteurs bénéficiant d'un ancien régime dérogatoire favorisant leur croissance externe, et des centaines de petits laboratoires entravés dans leurs capacités de développement. Les conditions de détention du capital de ces laboratoires devraient être revues, afin de mettre fin à une telle asymétrie et de permettre à **tous les acteurs du secteur** de bénéficier des mêmes possibilités de **croissance externe** ».*
- « *Quant aux règles portant sur le **maillage territorial** ou la régulation de l'activité des laboratoires de biologie médicale, l'Autorité constate qu'elles peuvent parfois apparaître lourdes et coûteuses pour les laboratoires. Elle invite donc les pouvoirs publics à vérifier si de telles règles sont toujours justifiées par des considérations de santé publique ou si, au contraire, leur révision doit être envisagée ».*

Avis n° 19-A-08 du 4 avril 2019 (Autorité de la Concurrence) relatif aux secteurs de la distribution du médicament en ville et de la biologie médicale privée

- **1396.** Ce rétablissement partiel a eu pour effet de brider les potentialités de croissance de la majorité des LBM, tout en préservant celles d'une poignée d'entre eux. La concentration du secteur, par ailleurs recherchée par le législateur pour des raisons d'efficacité technologique et d'ajustement de la dépense publique, a ainsi été réservée à quelques grands acteurs seulement, au détriment d'une concurrence par les mérites ouverte au plus grand nombre. Cette inégalité soulève donc de sérieuses questions de concurrence.
- **1399.** Si elle devait être envisagée, une telle réforme devrait en tout état de cause tenir compte des garanties nécessaires à la protection de la santé publique, en maintenant, voire en renforçant celles déjà prévues par le législateur. La plupart de ces règles visent à assurer une stricte indépendance professionnelle au biologiste – comme aux autres professionnels de santé – en prévenant les risques de conflit d'intérêt.

Avis n° 19-A-18 du 31 décembre 2019 relatif à plusieurs projets de décret portant modification des codes de déontologie de certaines professions de santé

PROFESSIONS DE SANTE ET DROIT DE LA

37. Les professions médicales et paramédicales sont à la fois des professions de santé et des professions libérales.

CONCURRENCE

- 38. Si les professions libérales se définissent généralement comme non commerciales, elles n'en exercent pas moins, comme rappelé de manière constante par l'Autorité, une activité économique. Les entreprises de santé, qui représentaient plus de la moitié (50,8 %) des entreprises libérales en 2016, sont ainsi des acteurs particulièrement importants de la vie économique nationale. En 2018, la consommation dite « de soins de ville » (médecins en cabinets libéraux, auxiliaires médicaux, etc.) a atteint 55 milliards d'euros. Elle représente ainsi 27 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et constitue « le premier facteur de croissance des dépenses de santé ».
- 39. S'agissant par ailleurs de l'articulation entre règles de concurrence et santé, le Conseil de la concurrence (devenu Autorité de la concurrence) a publié dans son rapport d'activité pour l'année 2008 une étude thématique intitulée « Droit de la concurrence et santé », dans laquelle il rappelle que si « concurrence et santé semblent appartenir à des sphères étrangères l'une à l'autre », la santé, envisagée « comme un secteur regroupant les activités de service de soins et de vente de produits de santé, [elle] ne peut être exclue du champ économique ». Ainsi, même si l'offre et la demande de soins présentent des particularités propres au secteur, « ces éléments ne peuvent (...) occulter la réalité de l'existence d'une demande, en termes de services de soins ou de produits de santé, dont la rencontre avec l'offre est rémunératrice pour les offreurs. Cette rencontre caractérise l'existence d'un marché. Or, la concurrence a vocation à régir toute activité s'exerçant sur un marché (...), la concurrence trouve donc à s'appliquer, même si *la spécificité des missions de santé interdit que le droit de la concurrence en devienne le*

The three faces of European Union health policy

There are three broad faces of EU health policy. Each works in a different way and each is authorized by a different body of law that obliges or allows the EU to act.

- The first, and most obvious, face is explicit health policies, justified under the treaty provision titled “Public health” and led within the European Commission by its Directorate-General for Health, known as DG SANTE. It is **a mixture of some hard powers in specific areas**, such as blood products regulation, resources, notably the European Centre for Disease Control and Prevention, **and programmatic activity** such as the now-ended Health Programme or the State of the Health in the European Union (section 3.5.4).
- The second face of EU health policy is less intuitive to those versed in Member State health policy. It is health policy made on **the legal basis of its internal market**, and it is far more consequential for health and healthcare than the first face. The basic logic is that the EU has great powers to promote the development and regulation of its internal market. In particular, eliminating measures that discriminate on the basis of Member State (e.g. protectionism for one’s own citizens or businesses) is a core and deeply entrenched EU power.
- The third face of EU health policy is **fiscal governance**: European surveillance of Member State fiscal policies including taxes, spending and policies that affect the state’s fiscal trajectory. Fiscal governance efforts date back decades, but after the 2010 start of the European sovereign debt crisis it was greatly strengthened, becoming more ambitious, automatic and punitive in an effort to ensure that there would be no need for future bailouts because Member States would be deterred from short sighted policies



Caring for Quality in Health OECD 2017

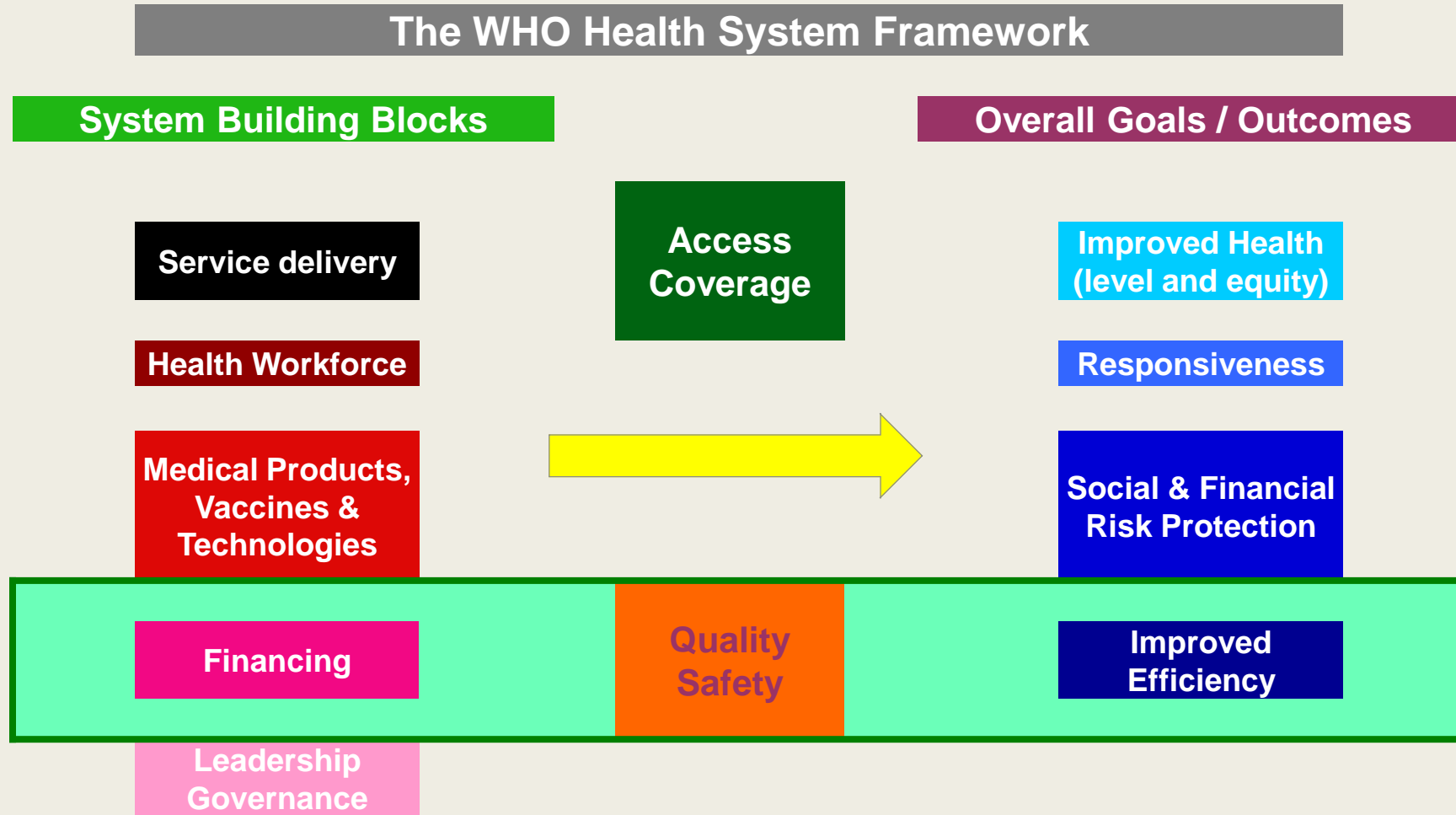
Lessons learnt from 15 reviews of health care quality

Two key ingredients are needed to drive sustainable change

- The first is a quality culture among both clinicians and service managers, to encourage better and safer care. Ways to encourage a culture of continuous quality improvement include educational measures, feedback on performance and learning and sharing from good practice.
- The second ingredient is a clear accountability framework. This entails a role for central authorities to
 - Set system-wide priorities
 - Provide a nationally consistent approach to measure them
 - Identify excellence
 - And support poor performers

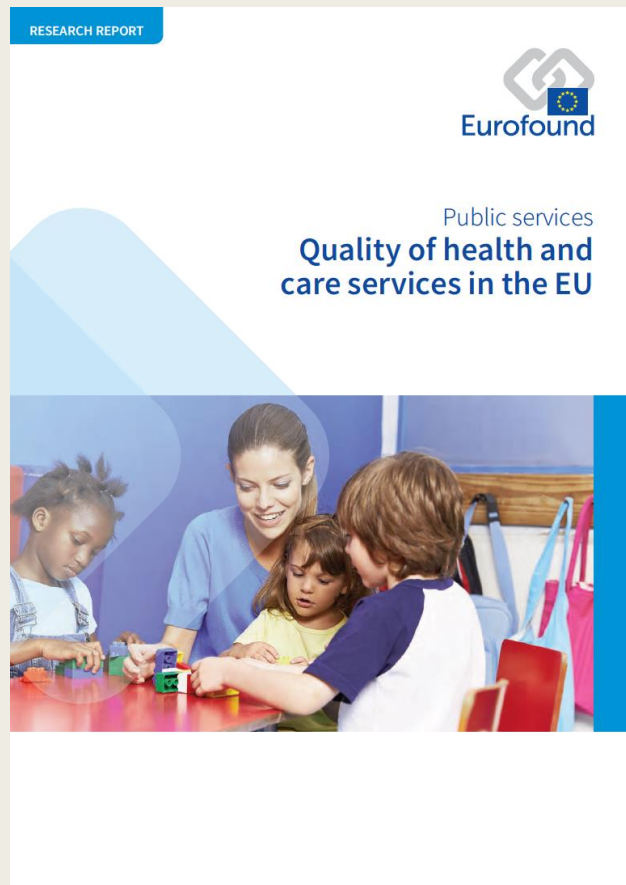
“There is no health care system that performs systematically better in delivering cost-effective health care”.

What kind of performance measurements are needed to make an impact on policy-making ? By Liisa-Maria Voipio-Pulkki, Director health Care Group, Minister of Health Finland (Gastein Forum 2014)



EUROFOUND 2019

This follows the approach of the EU Social Protection Committee (SPC)'s 2010 voluntary European Quality Framework for social services, which suggests **monitoring input, output and process-related dimensions and considers access as part of quality.**



- The report examines the use, access to and perceptions of quality in relation to health services (primary care and hospital services), long-term care and childcare across the European Union. These public services are important for managing care responsibilities, enabling participation in employment and social life and overall quality of life. The findings are based on data drawn from the European Quality of Life Survey (EQLS) 2016 carried out in 28 EU Member States.
- **Public services are understood as services for the public, regardless of whether they are provided by the public sector, private initiative or a mixed partnership.**
- In the report, public services are considered to be of high quality if the following criteria are met: they are easily accessible, the quality of care received is high, people are treated equally by the services and the services are free of corruption.

EUROFOUND 2019 Key Findings Healthcare

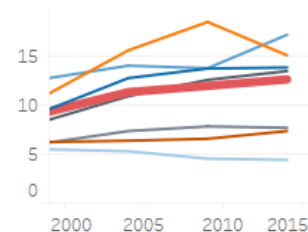
- Primary care services are used by a majority of people during a year. However, there are large differences in the use of e-healthcare (in more than half of the Member States, more than 90% do not encounter e-healthcare), and there are markedly varying levels of using emergency healthcare which suggests that access to more regular healthcare is not optimal in some countries.
- Healthcare has favourable overall scores compared to other services. However, **27% of people in the EU give low (lower than mid-point) ratings to health services in their country**, ranging from one-tenth to about two-thirds of the population across Member States. Even in the best-performing Member States there are significant groups in the population who describe quality as low.
- **Primary care is generally rated more favourably than hospital or specialist care.** However, there are exceptions (a reverse pattern in Finland and Sweden).

Trends in Catastrophic Health Expenditure

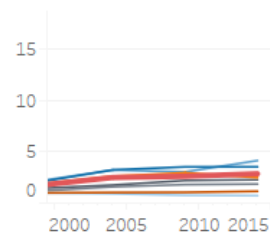
Global Trends

Globally, there has been an **increase** in the proportion and number of people experiencing catastrophic health expenditures.

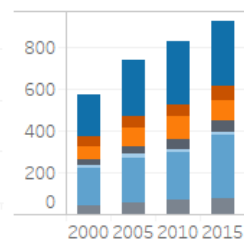
Proportion of population spending more than 10% of household consumption on out-of-pocket health expenditure (%)



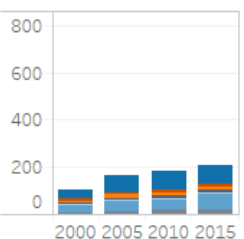
Proportion of population spending more than 25% of household consumption on out-of-pocket health expenditure (%)



Number of people spending more than 10% of household consumption on out-of-pocket health expenditure (in millions)



Number of people spending more than 25% of household consumption on out-of-pocket health expenditure (in millions)



Regional Comparison

Proportion spending more than 10%

Proportion spending more than 25%

Number spending more than 10%

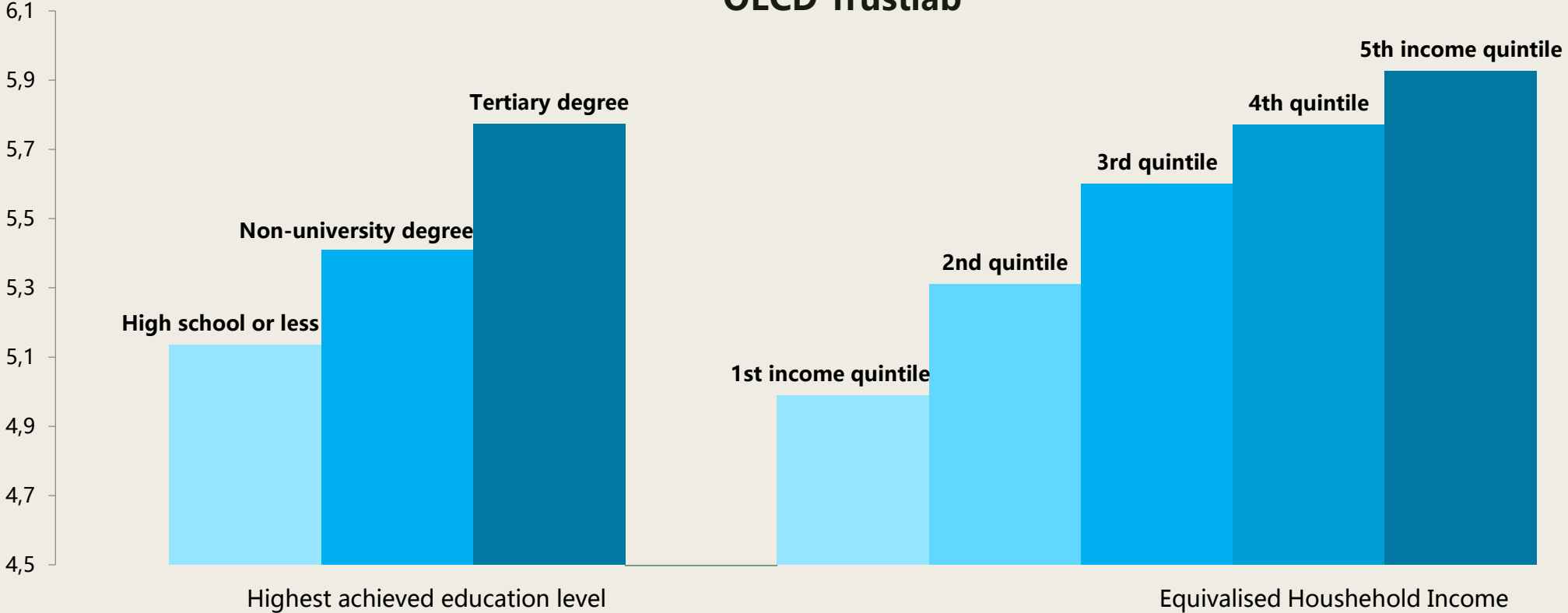
Number spending more than 25%



Mean self-reported trust in others by education level and equivalised household income quintile

Generally speaking, would you say that most people can be trusted, or that you can't be too careful in dealing with people?

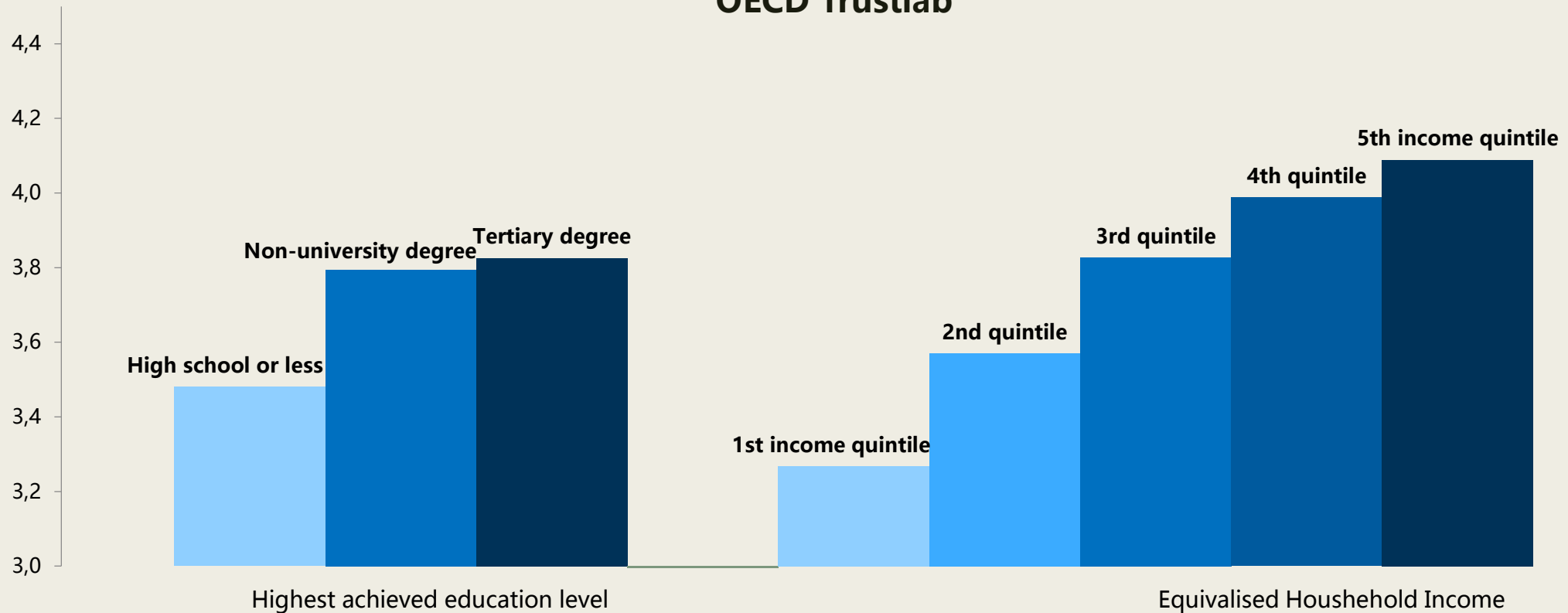
Where 0 means you can't be too careful in dealing with people and 10 most people can be trusted - **OECD Trustlab**



Mean self-reported trust in **government** by education level and equivalised household income quintile

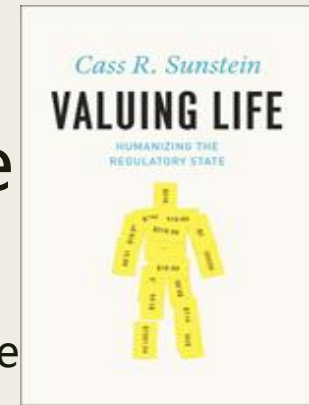
Generally speaking, would you say that most people can be trusted, or that you can't be too careful in dealing with people?

Where 0 means you can't be too careful in dealing with people and 10 most people can be trusted - **OECD Trustlab**



Valuing life Humanizing the regulatory state Regulation based on cost-benefit analysis

- Cass Sunstein 2021 - Senior Counselor and Regulatory Policy Officer at the
- Department of Homeland Security in the Biden Administration
- Of course it is true that political considerations matter, even in a cost-benefit state. In (US) Congress, cost-benefit analysis often takes back seat, if it makes it into the room at all. In the executive branch, political convictions, dogmas, or perceived electoral considerations may trump the outcome of cost-benefit analysis, or make it an ex post justification or an afterthought, rather than a driver of decisions.
- Sometimes the numbers are based on guesswork, and there is continuing concern about whether before-the-fact estimates (of, for example, safety and health regulations) are reliable, or whether they are, on some occasions, a stab in the dark.
- When regulators fail, it is often because they fall prey to one of two problems: hysteria or neglect.
- **Moral judgements that are most sensible can steer us in bad directions when we are investigating regulatory issues.**
- Consider the idea of prioritarism, insisting that public officials should give special priority to those who are least well-off. The points bear on significant debates about how to value life – debates that are likely to become increasingly important in the next decades.



Journée annuelle de la SFFEM du Jeudi 25 novembre 2021

Nouveaux modèles, apports éthiques, et pratiques cliniques

Pr. Christian Hervé, directeur du département éthique et intégrité scientifique de l'hôpital Foch

- Aspects économiques de l'évaluation des pratiques. Jean-Marie Fessler, ancien conseiller national de la MGEN, professeur associé Université Stanford
- L'économie en santé : quel modèle ? Frédéric Bizard, Sciences Po Paris.
- L'éthique et l'argent, Paul Garassus, président de l'Union européenne de l'hospitalisation privée.
- Conférence : Ethique et pratiques cliniques en chirurgie par Henry Coudanne, past-président de l'Académie nationale de chirurgie

