

Etude de faisabilité d'une caisse d'assurance-maladie cantonale publique

**Vers une nouvelle organisation des soins à
Genève**

Rapport adopté à l'unanimité par le groupe d'experts présidé par M. David Hiler
le 30.12.2024 et acté par le Conseil d'Etat le 15.01.2025

Contexte général

- Explosion des coûts liés à l'assurance maladie en Suisse
 - Croissance et vieillissement de la population
 - Intensification des soins et nouvelles technologies médicales
 - Maladies chroniques: 80% des coûts de la santé

⇒ 1996: 37,5 milliards de francs; 2025: **100 milliards**
- Charge trop lourde pour plus d'un tiers des Genevois

La prime moyenne a plus que doublé en 25 ans:

⇒ 1999: 303,90 francs; 2025: 713,40 francs

⇒ Plus **de 36% des assurés touchent un subside: 712,9 millions**
(budget 2025)

Contexte général

- LAMal à bout de souffle
 - Loi orientée sur le financement, pas sur la qualité ni l'efficience
 - Pilotage dispersé et cloisonné (Confédération, cantons, commissions, faîtières)
 - Opacité: pas de vue d'ensemble permettant un contrôle efficace
 - Système axé sur les problèmes de santé aigus
 - Maladies chroniques et prévention reléguées au second plan
- Impasses multiples
 - Pénurie de professionnels de la santé
 - 20% de la population renonce à des soins pour des raisons financières et il est question de relever la franchise minimale
 - Deux initiatives santé rejetées en votation en juin 2024 (limitation des primes à 10% du revenu et frein aux coûts)

Genèse du projet "Béluga" du DSM

- Objectif 1.2 du Programme de législature du Conseil d'Etat

"Le Conseil d'Etat renforce la prévention des maladies et la promotion de la santé, il optimise le système de soins pour une politique de santé durable et garantit l'accès à des soins de qualité et la continuité de l'offre pour l'ensemble de la population.

8^e mesure: étude de faisabilité d'une caisse-maladie cantonale publique

Les soins remboursés aujourd'hui selon le système fédéral génèrent des coûts non maîtrisés. Des possibilités sont explorées visant à plus de transparence des coûts et des prestations et à une meilleure orientation de la pratique des soins."

- Motion 2953 du Grand Conseil

Evaluer la possibilité de la création d'une caisse-maladie cantonale publique

Projet "Béluga" du DSM

- **Mission**

Proposer une organisation de caisse-maladie publique pour l'assurance obligatoire de soins (AOS).

- **Objectif**

Conduire une expérience pilote avec des partenaires publics et privés, sous seing public, entre 2026 et 2030, permettant d'enrôler plus de 50'000 patients et 1000 acteurs médicaux sur une base volontaire et d'offrir une prime maladie plus stable et plus basse de 20% que les primes générées par le système actuel, en sortant du financement à l'acte et de la concurrence sur la prime.

Projet "Béluga" du DSM

- La baisse des coûts permettant un rabais de 20% est obtenue par la création d'un réseau de soins intégrés
 - Le réseau vise à apporter plus d'efficacité (rapport coûts/qualité des prestations) en remédiant aux offres de soins excessives et aux prestations inutiles.
 - Il facturerait sur la base d'un point tarifaire inférieur pour ses prestataires, préalablement négocié et compensant l'écart de revenus en finançant avec des fonds publics les prestations hors LAMal, comme la coordination et les actes de prévention ou de promotion.
 - Il donnerait accès aux consultations spécialisées.
 - Il intégrerait les HUG et l'IMAD.

Groupe d'experts: phases du mandat

Le groupe d'experts était chargé d'identifier les risques et les avantages du projet Béluga et d'indiquer à quelles conditions il pourrait être réalisable.

- Phase 1 : analyse du projet et identification des risques
- Phase 2 : analyse sur les plans financier et juridique
- Phase 3 : revue de littérature économétrique et analyse des réseaux existants
- Phase 4 : recommandations du groupe d'experts
- Phase 5 : rédaction du rapport et validation
- Début du mandat : 21.08.2024 Fin du mandat : 31.12.2024
- Le groupe d'experts s'est réuni à 9 reprises et a réalisé plusieurs travaux en sus sur une période donnée de quatre mois.

Deux questions centrales

Le rapport et les recommandations approfondissent les pistes de réflexion et la faisabilité du projet "Béluga".

Ce dernier pose deux questions centrales:

- 1. L'objectif d'atteindre une baisse des coûts médicaux de l'ordre de 20% par la mise en place d'un réseau de soins public-privé dans un horizon de trois ans est-il réaliste et à quelles conditions?
- 2. Le rabais de 20% par rapport à la prime standard moyenne avec un certain nombre de restrictions suffit-il à rendre le modèle d'assurance compétitif?

Peut-on réduire les coûts de 15 à 20% dans le cadre d'un réseau de soins?

- 1. Les études académiques

De nombreuses études montrent la possibilité de réduire significativement les coûts de la santé, notamment pour la prise en charge des patients chroniques ou complexes à l'origine d'une part importante des coûts de la santé.

- 2. L'expérience des réseaux existants

La possibilité d'une réduction potentielle des coûts de la santé est confirmée par les réseaux suisses dont le réseau Delta à Genève (15%).

- 3. Les modèles d'assurance existants

- Les modèles alternatifs proposés par les caisses-maladie incluant des restrictions (médecin de famille, réseau de soins, télémédecine) sont le meilleur argument.
- Douze formules parmi les 91 proposées accordent un rabais supérieur à 15%.

Le groupe d'experts valide sans réserve une économie possible de 15%

- Une économie de 15% est possible grâce à la mise en œuvre d'un réseau de soins intégrés

En 2023, **69,9% des assurés** avaient déjà opté pour un modèle liant un rabais de prime à certaines restrictions.

- Au-delà, cela dépendra:
 - du modèle d'assurance;
 - du type de réseau mis en place;
 - du nombre de patients atteints de maladies complexes qui adhéreront au modèle d'assurance proposé.

Recommandation 1

Mandater un expert en assurances pour se prononcer sur le taux de rabais optimal en proposant des mesures d'orientation et de conseil comme la mise en place d'une porte d'entrée ou point d'accès au réseau.

Mesures de réduction des coûts

- Canaliser les demandes

Recommandation 2

Le réseau met en place une porte d'entrée ou point d'accès au réseau qui peut être le médecin de premier recours, la télémédecine ou la centrale téléphonique.

Les pédiatres, gynécologues et ophtalmologues peuvent être directement contactés. En cas d'urgence, l'assuré peut être pris en charge partout en Suisse.

- Utiliser les médicaments génériques

Recommandation 3

Les acteurs du réseau sont tenus de prescrire les médicaments génériques et biosimilaires légalement admis partant du principe que ceux-ci existent et qu'il n'y a pas de contre-indications.

Le réseau de soins intégrés

- Améliorer l'accès aux soins et les prestations

Recommandation 4

Créer un réseau de soins intégrés pour:

- garantir l'accès aux soins de base;
- promouvoir la prévention et la promotion de la santé;
- renforcer la coordination des soins;
- améliorer la gestion des maladies chroniques et le suivi des patients complexes;
- réduire le besoin de recours aux soins aigus;
- améliorer l'efficacité des prestations;
- favoriser le maintien à domicile, les prises en charge communautaires;
- Promouvoir l'utilisation d'outils et de protocoles innovants.

=>Ce réseau englobe la médecine de premier recours, les spécialistes, les hôpitaux et les soins à domicile.

Aspects financiers

- Budget annuel global sous forme de capitation partielle
 - Budget calculé d'année en année sur la base du profil de risque des assurés
 - Sur la base de ce budget, les prestataires de soins sont rémunérés selon le tarif LAMal en vigueur
- Gestion des risques financiers
 - Il faut compter trois à cinq ans avant que le réseau soit capable d'atteindre complètement l'objectif de réduction des coûts

Recommandation 5

Le réseau doit être doté d'un capital suffisant pour financer les pertes éventuelles des premières années d'exercice, les prestations non couvertes par la LAMal (prévention, coordination), investir dans l'informatique pour assurer son bon fonctionnement.

Personnalité juridique du réseau

- Un réseau doit avoir une personnalité juridique. Le groupe d'experts privilégie la forme d'une fondation de droit privé, d'utilité publique et sans but lucratif.

⇒ *Le Conseil d'Etat laisse ce point ouvert*

Recommandation 6

Le conseil de fondation, pour être efficace, ne doit pas compter plus de **9 membres** choisis pour leurs compétences. Ils doivent être **représentatifs** des différents acteurs du réseau.

Le réseau doit adopter une **charte** pour que ses membres s'accordent sur des valeurs communes afin de prendre en charge le patient dans sa globalité.

Viser la coordination des acteurs

- Mieux suivre les patients "complexes"

Recommandation 7

Intégrer dans le réseau l'IMAD et les HUG pour passer d'une collaboration entre les institutions à une collaboration entre acteurs d'une équipe de soins pour les patients souffrant de maladies complexes et de longue durée.

- Développer un système d'information performant

Recommandation 8

- Créer un système informatique interconnecté entre les prestataires permettant le partage des données.
- Mettre à disposition d'un outil de communication pour l'équipe de soins; outil accessible au patient, aux proches aidants et aux professionnels.
- Développer un outil de pilotage des assurés du réseau.
- Mettre à disposition des assurés une application pour accéder aux programmes de prévention, téléconsultations, etc.

Promouvoir la qualité des soins

- Le réseau poursuit un objectif d'amélioration de la qualité des soins pour réduire les décès évitables, éviter des souffrances et des pertes économiques importantes.

Recommandation 9

Tous les prestataires du réseau doivent participer à une démarche qualité, soit :

- la formation des médecins sur le raisonnement clinique pour prodiguer les meilleurs soins au meilleur coût;
- les directives et protocoles communs;
- les cercles de qualité et les revues par cas;
- un contrôle de la qualité par les pairs et avec l'aide d'un système d'information clinique performant.

Caisse cantonale publique: le contexte

- **Des contraintes légales**

- Impossibilité de créer une caisse unique cantonale
- Nécessité d'obtenir l'autorisation de l'OFSP
- Plusieurs conditions à réunir : capital initial, réserves, organe de révision externe

- **Une possibilité envisagée**

- Art. 62 LAMal : une caisse peut proposer une forme particulière d'assurance, avec une prime inférieure de 20 % à la prime de base
- Art 99 OAMal : il faut que cette caisse propose également l'assurance ordinaire

Caisse cantonale publique: comment?

- **Plusieurs conditions nécessaires**

- Étude de faisabilité et plan d'exploitation à présenter à l'OFSP pour obtenir l'autorisation.
- Capital suffisant pour 3 à 5 ans.
- Qualité du réseau de soins, attractivité des primes (540 Fr) et choix des franchises (300 Fr et 2500 Fr).
- Nombre de généralistes suffisant.

- **Défis**

- Attirer les assurés qui ont choisi une formule d'assurance standard (31.9 %).
- Attirer les personnes âgées, attachées à leur généraliste.

Les conditions du succès

- Pour attirer et intégrer des assurés dans le projet, le groupe d'experts propose de mettre en valeur, auprès de la population genevoise, un modèle d'assurance attractif au niveau de l'offre, du prix et de la qualité des prestations.

Recommandation 10

Le modèle d'assurance proposé doit:

- améliorer l'accès et la rapidité des soins dans le cadre du réseau;
- garantir la qualité des prestations;
- offrir un rabais de 20 % sur la prime d'assurance maladie proposé par le projet Béluga;
- proposer une franchise à CHF 2'500 pour les personnes qui souhaitent réduire au maximum le prix de leur prime maladie.

Les risques

- Ne pas obtenir de l'OFSP une prime standard de départ au niveau de la prime standard moyenne.
- Une masse critique insuffisante. La masse critique permet de limiter les risques et de stabiliser les primes.
- Des réserves trop faibles.
- Dans le cas où ces analyses conduiraient à mettre en doute la faisabilité d'une caisse cantonale publique, le groupe préconise de ne pas renoncer à la création du réseau de soins intégrés. Il propose de créer un modèle d'assurance en collaboration avec une ou plusieurs assurance-maladie représentées sur le canton, ce qui limiterait les risques susmentionnés.

Recommandation 11

Mandater un spécialiste des assurances pour évaluer plus précisément ces risques.

Recommandation 12

Prévoir une évaluation du projet de réseau intégré dès sa conception en collaboration avec l'OFSP.

Prochaines étapes

1. Faire évaluer le projet par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).
2. Présenter le projet aux partenaires cantonaux de la Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS).
3. Mandater des experts pour évaluer les points laissés ouverts dans le rapport.
4. Finaliser, à l'été 2025, le projet partant du réseau de soins et incluant un modèle de financement.

Conclusions

- **Il est nécessaire de faire évoluer le système de santé, en partant des besoins de santé**, et non de l'offre de soins. Le modèle d'assurance est un instrument. La fin est de créer un nouveau modèle de soins. Pour fonctionner, ce modèle de soins a besoin d'un **modèle de financement différent** du modèle d'assurance LAMal standard.
- Le Conseil d'État s'engage à **suivre les recommandations des experts**. Au terme d'une analyse approfondie, ces derniers valident le fait **qu'un réseau de soins intégrés, public-privé, permettrait de réaliser des économies intéressantes et d'améliorer la qualité des prestations**. La création d'un tel réseau pourrait avoir pour corollaire la **création d'une caisse cantonale publique**, comme partenaire financier transparent et équitable.
- Ce second volet suscite encore **d'importantes réserves** pour le Conseil d'Etat qui rejoint les experts sur la nécessité d'approfondir les risques et de présenter d'ores et déjà le rapport à l'Office fédéral de la santé publique pour une première discussion. Celle-ci ainsi que les compléments d'analyse pourraient déboucher sur un projet susceptible d'être présenté à l'horizon de l'été.

Merci de votre attention