



Création d'une caisse d'assurance-maladie publique à Genève – Projet Béluga

RAPPORT DU GROUPE D'EXPERTS

Version finale du 30.12.2024

Rapport adopté à l'unanimité par le groupe d'experts présidé par M. David
Hiler le 30 décembre 2024 et acté par le Conseil d'Etat le 15 janvier 2025

Table des matières

1. Résumé	3
2. Le contexte général	3
2.1. Des coûts de la santé qui pèsent de plus en plus sur les ménages suisses	3
2.2. Un pilotage quasi inexistant du système de santé	4
2.3. Une loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) dépassée	4
2.4. Une prévention et promotion de la santé quasi inexistante	5
2.5. Une pénurie en professionnel de la santé qui s'accroît	5
3. Le programme de législature 2023-2028 du Conseil d'Etat	5
<i>La proposition du Département de la Santé et des Mobilités - DSM</i>	6
4. Analyse du projet Béluga par un groupe d'experts	8
4.1. Mandat	8
4.2. Le groupe d'experts	8
4.3. Phases du mandat	8
5. Méthodologie	8
5.1. Faisabilité d'un rabais de 20% sur les primes	9
5.2. Validation des économies possibles	10
6. Création d'un réseau de soins sur le canton de Genève	12
6.1. Ce que dit le droit fédéral	12
6.2. Analyse du projet Béluga et recommandations	12
6.3. Le réseau de soins intégrés	12
6.4. Les modes de financement	14
7. Création d'une caisse d'assurance-maladie publique dans le canton de Genève	19
7.1. Ce que dit le droit fédéral	19
7.2. Identification du public cible	20
7.3. Constat du groupe d'experts	21
7.4. Identification des risques	22
8. Évaluation du projet en collaboration avec l'OFSP	24
9. Conclusion	25
10. Annexes	26
10.1. Le groupe d'experts	26
10.2. Exemples d'organisations de réseaux de soins	26
10.3. Les bénéficiaires de subventions pour l'assurance-maladie	30
10.4. Modèles d'assurance-maladie 2024 - Genève	32
10.5. La réforme du financement uniforme des soins (Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen - EFAS)	36
10.6. Évolution des coûts de la santé par habitant – 1996 à 2020	37
10.7. Renoncement aux soins en raison du coût – 2016	38
10.8. Etude comparative des soins intégrés en suisse	38

1. Résumé

Les coûts liés à l'assurance maladie ont explosé pour atteindre les CHF 100 milliards en 2025. Cette explosion des coûts se répercute sur les primes-maladie des assurés dont le pouvoir d'achat se réduit d'autant. C'est ainsi qu'en 2023 plus de 36% des assurés genevois ont dû avoir recours aux subsides de l'État pour pouvoir payer leur prime d'assurance maladie.

Le projet du conseil d'État pour la création d'une caisse d'assurance-maladie publique à Genève (projet Béluga) vise à améliorer l'efficacité du système de santé genevois avec pour objectif de baisser de 20% la prime cantonale moyenne, et ce, sans réduction de la qualité des soins dispensés dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS).

Un groupe d'experts a été mandaté pour analyser le projet Béluga tant sur le plan financier que juridique et formuler des recommandations pour sa mise en œuvre.

Dans le présent rapport, les recommandations sont accompagnées de propositions qui visent en particulier à mettre en place un dispositif qui puisse éviter que des prestations médicales inutiles et évitables soient fournies et, partant, contribuer à freiner la hausse des coûts pour atteindre l'objectif fixé par le conseil d'État, à savoir, offrir, grâce à la constitution d'un réseau de soins intégrés soutenu par une caisse maladie publique, une prime 20% moins élevée.

Pour les experts, cet objectif n'est atteignable qu'à la seule condition de mettre en place une caisse d'assurance-maladie publique à but non lucratif, ou un modèle d'assurance maladie dédié. Tous les deux adossés à un réseau de soins intégré et financé par une capitation partielle.

2. Le contexte général

2.1. Des coûts de la santé qui pèsent de plus en plus sur les ménages suisses

Le coût du système de santé suisse a plus que doublé depuis 1996, année de l'introduction de la LAMal. On est passé de CHF 37,5 milliards en 1996 à CHF 95 milliards en 2023. Le Centre de recherches conjoncturelles (KOF)¹ : – de la Société suisse pour la recherche conjoncturelle (SRC-SGK), s'attend à ce que les dépenses de santé dépassent les CHF 106 milliards en 2026.

La conséquence de cette augmentation des coûts est que depuis 1999, la prime moyenne cantonale² a plus que doublé, grevant ainsi de manière considérable le budget des ménages. En 2024, la prime adulte à Genève varie entre CHF 387 et CHF 943 par mois en fonction de l'assureur, de la franchise et du modèle d'assurance choisi (Pt. 10.4). Le nombre de personnes ne pouvant plus faire face au fardeau des primes sans le recours aux subsides de l'État est en constante augmentation. En 2023, 36% des assurés genevois ont bénéficié d'une réduction individuelle de primes (RIP) pour un montant de CHF 607 millions.

Cette augmentation des coûts de la santé peut être expliquée par les facteurs suivants :

- a) l'évolution des dépenses par patient en relation avec l'intensification des soins et les nouvelles technologies;
- b) l'absence de prévention et promotion de la santé;
- c) un pilotage quasi inexistant du système de santé et une absence de vision de la santé à l'échelle nationale;
- d) un financement du système de soins, dans le cadre de la LAMal, orienté sur la quantité et non sur la qualité et l'efficacité des prestations. Il induit des examens inutiles et/ou inappropriés et des surcapacités.

¹ Konjunkturforschungsstelle - KOF

² Correspond à la moyenne des primes proposées par les assureurs (avec CHF 300 de franchise, couverture accident et libre choix du fournisseur de prestations) et pondérée par leur effectif. La prime moyenne, indicateur qui existe depuis 2018 et sur lequel l'OFSP communique l'augmentation des primes, est calculée en divisant le montant total des primes effectives des assurés par le nombre total des assurés.

Auxquels se rajoutent des facteurs incompressibles :

e) la croissance de la population;

f) l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement de la population;

Les quatre premiers facteurs représentent ceux pour lesquels des interventions sont non seulement possibles mais indispensables et urgentes.

2.2. Un pilotage quasi inexistant du système de santé

Plusieurs facteurs affaiblissent le pilotage du système de santé en Suisse :

- Le pilotage est partagé entre les cantons, la Confédération, les commissions et les faïtières. Il n'y a pas un mais plusieurs pilotes.
- Son hétérogénéité, avec 26 cantons et 39 caisses maladies privées en 2024 fait que le système d'information suisse manque de données probantes indispensables pour le piloter. Chaque assureur propose son propre modèle de primes et ses propres modèles d'assurance, ce qui rend le calcul des primes opaque.
- Sa complexité et la fragmentation du financement ont atteint un niveau tel qu'il est désormais impossible d'avoir une vision d'ensemble et d'exercer des contrôles efficaces.

Si la qualité des soins en Suisse est certainement une des meilleures au monde, son coût n'est pas contrôlé, ce qui induit une augmentation régulière des primes de l'assurance-maladie.

2.3. Une loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) dépassée

2.3.1. La LAMal

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10), entrée en vigueur en 1996, a permis de créer un système de soins universel et reconnu au niveau mondial pour la qualité des prestations offertes. Chaque personne domiciliée en Suisse est tenue de souscrire une assurance obligatoire des soins (AOS) indépendamment de l'exercice d'une activité lucrative et dont la prime est indépendante de sa situation financière. Cela lui garantit un accès à un catalogue de prestations médicales.

2.3.2. Une assurance-maladie à bout de souffle

Après 30 ans d'existence, la LAMal est aujourd'hui à bout de souffle. Ceci s'explique par le fait que la LAMal est avant tout une loi prévoyant un financement du système de soins basé sur la quantité, et non sur la qualité et l'efficacité des prestations. Le système de soins est principalement orienté vers la prise en charge de problèmes de santé aigus.

Elle n'a pas pour rôle :

- de gérer l'ensemble du secteur des soins qui est cloisonné tant au niveau des prestataires que des financements ;
- de faire face aux changements profonds, en particulier la transition des maladies aiguës aux maladies chroniques ;
- de promouvoir la prévention et la promotion de la santé qui sont reléguées ainsi au second plan du système.

Son évolution a été largement freinée par l'influence prépondérante des différents groupes d'intérêt qui entravent un véritable débat de fond au niveau national.

2.3.3. Un système de santé à deux vitesses – Le renoncement aux soins

Si le catalogue de prestations de base est identique dans toute la Suisse, le système de franchise à option, qui varie entre 300 et 2'500 francs, produit des effets pervers, conduisant à une médecine à plusieurs vitesses. Le système de franchise agit comme un frein retardant l'accès aux soins. On estime, en Suisse, que près de 20% de la population renonce chaque

année à des soins médicaux, en cas de problème de santé, pour des raisons financières (Pt.10.7). Ce renoncement à des soins médicaux peut également être dû à un défaut d'assurance-maladie; à une non-connaissance des dispositifs d'aides sociales accordées pour financer des soins; à une absence de médecin traitant; à un délais d'attente pour l'obtention des soins.

2.4. Une prévention et promotion de la santé quasi inexistante

L'investissement dans la prévention primaire par les cantons et la confédération est aujourd'hui très faible, au regard des coûts globaux du système de santé (CHF 95 milliards en 2023), et estimé à moins de 3% du total.

2.5. Une pénurie en professionnel de la santé qui s'accroît

Selon le rapport 2023 de L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) « Projections des besoins et des effectifs de médecins en Suisse », les ressources en médecine humaine et leur répartition géographique et disciplinaire font, depuis longtemps, l'objet de discussions et d'interventions politiques. Malgré l'augmentation des capacités de formation, 60% seulement des postes de médecins assistants sont actuellement pourvus par des candidats issus de la relève suisse. Le reste du contingent est constitué de médecins formés dans d'autres pays, ce qui induit une forte dépendance vis-à-vis de l'étranger. Cette dépendance de la Suisse se retrouve également chez les spécialistes : chaque année, le nombre de spécialistes étrangers faisant reconnaître leur diplôme en Suisse est presque aussi élevé que le nombre de spécialistes formés dans le pays. Cette immigration peut expliquer l'excédent constaté dans certaines disciplines et certaines régions, mais permet aussi de couvrir les besoins dans de nombreux endroits.

Cette pénurie ne peut que s'accroître avec le départ à la retraite des professionnels de la santé issus de la génération des baby-boomers.

En Suisse romande, le programme RÉFORMER³ optimise, depuis l'année 2024, les parcours de formation en fonction des objectifs de carrière et des besoins sanitaires. Auparavant, l'augmentation du nombre de places d'étude et d'assistantat ne garantissait pas que les médecins se spécialisent en priorité dans les domaines où les besoins sont les plus importants.

3. Le programme de législature 2023-2028 du Conseil d'Etat

Ce programme énonce les axes prioritaires accompagnés d'objectifs et de mesures que le Conseil d'Etat s'engage à mener durant sa législature 2023-2028. L'axe prioritaire 1 : « Le canton de Genève agit pour une société qui bénéficie de stabilité, de prospérité et de sécurité » comprend 6 objectifs dont celui-ci : « 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 ». Cet objectif, qui prend en considération le contexte susmentionné, comprend 9 mesures dont une « Etude de faisabilité d'une caisse-maladie cantonale publique ».

La motion 2953 du Grand Conseil

Le Grand Conseil a renvoyé au Conseil d'Etat le 12 octobre 2023, la motion de Marc Saudan, Charles Sellegger, Jean-Marc Guinchard et Souheil Sayegh « Pour la création d'une caisse maladie cantonale publique » (M 2953). L'invite de cette motion était la suivante : « évaluer la possibilité de la création d'une caisse maladie cantonale publique et dresser un rapport sur les risques et opportunités d'une telle création ».

³ Réorganisation de la formation médicale post-graduée en Suisse romande

La réponse du Conseil d'Etat à la motion 2953

Dans sa réponse, le Conseil d'Etat a indiqué : « la motion 2953 constitue pour notre canton une opportunité de proposer une alternative crédible au profit d'une meilleure maîtrise des coûts et au bénéfice du maintien du pouvoir d'achat de la population ».

Le Conseil d'Etat a également précisé qu'il envisageait l'utilisation de l'article 59b LAMal pour « proposer un projet pilote en matière de pratique de l'assurance-maladie obligatoire » estimant que « cet article offre une perspective intéressante dans la mesure où il ouvre à une reconnaissance pour des projets de réseaux de soins qui permettraient de réduire les coûts, dans le cadre d'une affiliation à une structure cantonale sur un modèle mixte. »

Après avoir constaté que ni la caisse-maladie unique ni une caisse de compensation cantonale n'étaient compatibles avec la LAMAL, le Conseil d'Etat a constaté que la seule option est une « caisse publique cantonale en concurrence avec les caisses privées », « soumises aux mêmes contraintes et obligations du marché » à savoir :

- l'obligation de constituer des réserves ou à tout le moins de justifier d'une garantie d'Etat ;
- l'obligation de soumettre ses propositions de primes à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), pour approbation.
- La nécessité de disposer d'un certain nombre de collaboratrices et collaborateurs spécialisés dans le domaine de l'assurance-maladie.

Le Conseil d'Etat a souligné que « l'article 62 LAMal, qui autorise la mise en place de « formes particulières d'assurance » comme les réseaux de soins intégrés, permettrait au canton de proposer un modèle d'assurance sous seing public moins cher en optimisant les parcours de soins ».

Le modèle envisagé est « une structure publique mixte, déléguant potentiellement la gestion administrative à un partenaire privé existant sur la base d'un appel d'offres, et reposant sur une première ligne de soins pluridisciplinaires financée en partie de l'Etat. »

« Il s'agirait alors d'envisager de soutenir le prestataire de soins qui facturerait ses prestations sous forme d'un forfait par tête (capitation), permettant ainsi de réduire les coûts induits par certaines pathologies et produirait un retour sur investissement tant en matière de coûts des soins que de santé globale de la population »

La proposition du Département de la Santé et des Mobilités - DSM

C'est sur la base de la réponse à la motion 2953 que le Département de la santé et des mobilités DSM a rédigé un formulaire de présentation du projet Béluga (annexé) qu'il a soumis au groupe de travail. Cette fiche contient une description sommaire du projet.

Le projet Béluga

Une société d'assurance mutuelle – à but non lucratif – est lancée sous les auspices du canton de Genève, dont la vocation est, d'une part, la prise en charge des frais de santé de ses adhérents, par le paiement d'une prime individuelle raisonnable, dans le cadre légal existant (LAMal et OAMal) et sur le seul segment des prestations de base (AOS) pour garantir l'accessibilité universelle aux soins; et, d'autre part, la promotion des comportements sains et la prévention des maladies par des actions ponctuelles ou durables, ciblées ou générales, plaçant chacun-e en acteur de sa propre santé. »

L'objectif général

Conduire une expérience pilote avec des partenaires publics et privés, sous seing public, entre 2026 et 2030, permettant d' enrôler plus de 500'000 patients et 1'000 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 par l'acte

et de la concurrence sur les primes qui ne font que générer une inflation continue et immaîtrisable des coûts et des primes.

Enjeux légaux

Recours à l'art. 62 LAMal (Formes particulières d'assurance) avec pour objectif une prime de maximum 20% inférieure à la prime de base durant les cinq premières années d'activité (art. 101 al. 3 OAMal).

Objectif à atteindre pour la prime d'assurance

Par prime de base, il faut comprendre la prime standard moyenne qui correspond à la moyenne des primes proposées par les assureurs (avec CHF 300 de franchise, couverture accident et libre choix du fournisseur de prestations) et pondérée par leur effectif. En 2024, à Genève la prime standard moyenne pour les adultes se montait à CHF 675,30 francs. Le rabais de 20% correspond donc à une prime de CHF 540,24.

Organisation de la caisse maladie publique

Il est prévu une association contractuelle pour cinq ans avec une assurance maladie existante ou un groupe d'assureurs, sur la base d'un appel d'offres public.

Le réseau de soins intégrés

- Le réseau de soins intégrés vise à apporter plus d'efficacité (rapport coûts/qualité des prestations) dans le système de santé en remédiant aux offres de soins excessives et aux prestations inutiles.
- Le réseau de première ligne 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.
- Ce portail et ce réseau de soins de première ligne donnerait accès aux consultations spécialisées.
- Celles-ci seraient concentrées aux HUG ou dans les cliniques privées qui accepteraient de fournir des médecins bénéficiant d'un salaire plafonné.

Enjeux financiers

- Il est impossible de compter à brève échéance sur des économies réelles liées à la meilleure coordination et maîtrise des soins prodigués.
- Trois ans au minimum seront nécessaires pour en percevoir les effets.
- Il n'est pas légalement possible de subventionner l'assureur.
- Il faut donc subventionner le prestataire de soins (réseau) à l'image de ce qui se fait à titre expérimental dans le Jura bernois.

Public cible de la caisse publique

- Le public cible inclut les personnes domiciliées à Genève (dans un premier temps), sans distinction d'état physique ou psychique, d'âge, de nationalité ni de revenu.
- En particulier les bénéficiaires de subsides d'assurance-maladie qui acceptent une offre définie de prestataires de santé.

Transparence

La caisse d'assurance-maladie publique vise à surveiller le dispositif de santé en apportant une transparence totale des données en vue du calcul de la prime sous pilotage de l'État.

4. Analyse du projet Béluga par un groupe d'experts

4.1. Mandat

Le Conseil d'Etat propose de poursuivre ses travaux devant mener à une plus grande transparence dans le calcul des primes et la maîtrise des coûts afin de préserver le pouvoir d'achat de la population. Un groupe d'experts est nommé pour approfondir, sur la base du rapport RD 2953 du 19 juin 2024 et dans le cadre normatif existant, les pistes de réflexion et les perspectives de faisabilité – notamment juridiques et financières – quant à un modèle de structure cantonale – voire intercantonale dans un deuxième temps – de droit public, visant à assurer le financement de prise en charge sanitaire de base, dans l'optique de conduire dès 2026 une expérience pilote reliée à une organisation des soins en réseau.

Le groupe d'experts doit en particulier identifier les risques et les opportunités du projet Béluga tel que décrit dans la fiche de projet et indiquer à quelles conditions il pourrait être réalisable.

4.2. Le groupe d'experts

Le groupe d'experts était composé de 12 membres forts d'un parcours en médecine, en économie et droit de la santé et des assurances sociales, tous profilés dans le domaine des mesures de réduction des coûts. Le groupe d'experts était placé sous la houlette de l'ancien président du Conseil d'Etat, Monsieur David Hiler (Pt.10.1).

Le groupe d'experts a reçu le soutien d'un secrétaire de l'Office cantonal de la santé.

4.3. Phases du mandat

Phase 1 : Analyse du projet et identification des risques et des incompréhensions

Phase 2 : Analyse du projet Béluga 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, soit de fin août à mi-décembre 2024.

5. Méthodologie

L'élaboration du présent rapport final, de même que l'identification des mesures recommandées, reposent, d'une part, sur des études nationales et internationales existantes dans le domaine de l'économie de la santé, et d'autre part, sur l'analyse de différents modèles de réseau suisses et étrangers.

Conformément au mandat qui a été formulé, le rapport final et les mesures proposées s'emploient en priorité à approfondir les pistes de réflexion et les perspectives de faisabilité du projet Béluga qui permettent de maîtriser l'augmentation du volume des prestations et, partant, de freiner la hausse des coûts de la santé sur le canton de Genève.

Les deux questions centrales auxquelles devait répondre ce rapport sont donc les suivantes :

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 ?

5.1. Faisabilité d'un rabais de 20% sur les primes

5.1.1. Analyse du risque

Le groupe d'experts a identifié un risque lié à la volonté de baisser les primes et donc les coûts à hauteur de 20%. Si le projet de réseau n'atteint pas ce résultat, combien de temps le canton soutiendra-t-il le projet et plus particulièrement si le nombre d'adhérents augmente sans atteindre la masse critique nécessaire ?

Le groupe d'experts relève que L'OFSP, qui approuve les modèles d'assurance et les primes proposés, demande à ce que les prestataires de soins qui adhèrent à la caisse maladie puissent autofinancer ses coûts.

Afin de limiter ce risque, le groupe d'experts a procédé à une revue de littérature et étudié les résultats de plusieurs modèles de réseaux.

5.1.2. Les études

Un groupe d'experts mandaté par la Confédération a constaté en 2017 que 20% d'économies pourraient être réalisées sans toucher à la qualité des prestations - une observation confirmée en 2021 dans un rapport du Contrôle fédéral des finances. Certaines mesures pour annuler ces inefficiences sont connues: libéraliser le marché des médicaments; mettre la prévention au cœur du suivi médical; transférer des prestations du domaine stationnaire au domaine ambulatoire; améliorer la qualité et l'accessibilité aux données (transparence); supprimer de mauvais incitatifs économiques comme la rémunération à l'acte des médecins, les prestations à double ou inutiles; renforcer le contrôle des factures; renforcer les soins coordonnés, promouvoir les directives thérapeutiques, imposer un système de gatekeeping.

Dans son commentaire de l'art. 62 LAMal relatif aux formes particulières d'assurance, en particulier le choix limité du fournisseur de prestations, Dr. Christian Schmid, économiste de la santé, relève que plusieurs études démontrent un gain d'efficience, en particulier si le fournisseur de soins assume une responsabilité budgétaire. Ces gains peuvent entraîner des économies de coûts, par rapport au modèle standard de l'assurance-maladie obligatoire, pouvant se situer dans une fourchette de 9% à 40%. Christian Schmid précise que ces économies ne se font pas au détriment de la qualité des soins⁴. Le fournisseur qui assume une responsabilité budgétaire est le réseau de soins coordonnés – HMO - (Health Maintenance Organization), et non le médecin.

Par ailleurs, on le sait, le système de santé suisse est inadapté à la prise en charge des patients chroniques ou complexes qui occasionnent une part significative des coûts de santé actuels⁵. À cet égard, certaines estimations font état de 5 % de la population consommant 50% des dépenses de santé. Un réseau coordonné assurant la continuité des soins dans ces cas, centré autour des médecins de premier recours avec une équipe de soins fixe est non seulement une condition mais aussi une réponse essentielle pour améliorer leur prise en charge. Avec cette approche, il en résulte des résultats probants d'amélioration qualitative de la santé pour la plupart de ces patients ainsi qu'une réduction significative des coûts de l'ordre de 10% à 15%⁶.

L'étude comparative réalisée par Konstantin Beck & Lukas Kauer (2017) « Long-term Effects of Managed Care. Health Economics, 26(10), 1210-1223 » démontre que plusieurs modèles de soins intégrés (Managed Care, MC) permettent de réaliser des économies substantielles.

⁴ Christian P.R. Schmid, Dr. Oec, Art. 62 KVG, p. 985, n. 43, in : Blechta/Colatrella/Rüedi/Staffelbach (Hrsg) : Krankenversicherungsgesetz, Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, Helbing Lichtenhahn Verlag, 2020.

⁵ Marc-André Raetz : Pour les patients chroniques ou complexes, un système de santé inadapté, Le Kraft- La collection des idées, Le Temps/Heidi News/Georg Editeur, no. 04, 2024.

⁶ Robert Pearl/Philip Madvig : Managing the Most Expensive Patients, Harvard Business Review, January February 2020. Cf aussi Brenda Reiss-Brennan ; Kimberly D. Brunisholz ; Carter Dredge, MHA; Pascal Briot ; Kyle Grazier ; Adam Wilcox ; Lucy Savitz ; Brent James, MStat : Association of Integrated Team-Based Care With Health Care Quality, Utilization, and Cost, JANMA (Journal American Medical Association, 2016, p. 826ss.

Le tableau (Pt.10.8) donne un aperçu de toutes les études que nous connaissons sur l'économicité des modèles de soins intégrés (MC) suisses.

La preuve de l'économicité repose sur la comparaison directe des coûts entre les assurés MC et les assurés ordinaires. On relève un biais lié au fait que l'état de santé du groupe MC est en général nettement meilleur que celui des assurés ordinaires. Afin d'établir une comparaison pertinente, Konstantin Beck & Lukas Kauer ont calculé l'effet de sélection à l'aide de méthodes économétriques.

5.1.3. Les réseaux de soins existants

La possibilité d'une réduction potentielle des coûts de la santé de 15 à 20% par rapport à la prime d'assurance cantonal de référence est également confirmée par les réseaux suisses, dont le réseau Delta à Genève (15%), ainsi que par certains modèles d'assurances alternatives du type HMO, médecin de famille, téléconsultation, et qui sont proposés par les assureurs-maladie.

Ces résultats confirment qu'une économie substantielle peut être réalisée avec la mise en place d'un dispositif spécifique comme celui proposé par le projet Béluga.

5.1.4. Les modèles proposés par les caisses maladies

Confrontées à l'augmentation constante des primes, les caisses maladie ont proposé divers modèles incluant un certain nombre de restrictions à des prix plus bas. C'est ce que l'on appelle les modèles alternatifs. Les plus répandus sont : le médecin de famille (obligation de consulter son généraliste (HMA) avant de s'adresser à un spécialiste), le réseau de soins (HMO) avec la même contrainte, ou encore la télémedecine. Les assurances offrent de plus en plus des modèles hybrides combinant le recours à un médecin de famille, à un réseau ou à la télémedecine. Certaines imposent en outre l'obligation de recourir à des génériques.

Comme l'indique le tableau (Pt. 10.4), 17 formules d'assurance, avec une franchise de CHF 300 proposent des primes comprises entre CHF 544,80 et CHF 570,50. Par ailleurs, on dénombre 12 formules parmi les 91 proposées dont le rabais est supérieur à 15%. Le fait que des produits d'assurance soient déjà disponibles sur le marché est certainement le meilleur argument pour attester de la possibilité d'obtenir des économies de l'ordre de 15 à 20 %.

Comme le projet Béluga prévoit l'intégration des HUG et de l'Imad dans le réseau de soins, ce qui n'est pas le cas des modèles d'assurance existant, cela devrait permettre de dégager une économie supplémentaire notamment pour les patients complexes souffrant de polymorbidité, qui représentent une importante part des coûts de la santé.

5.2. Validation des économies possibles

Tenant compte des études susmentionnées, le groupe d'experts peut estimer une économie de 15% avec la mise en œuvre d'un réseau de soins. Au-delà, cela dépendra du modèle d'assurance et du type de réseau qui seront mis en place, et enfin, du nombre de patients présentant un besoin de soins complexes qui adhéreront au modèle d'assurance-maladie proposé.

Recommandation 1

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

Une baisse des coûts de 20% des coûts ne peut être obtenue que si le réseau de soins intégrés inclut un certain nombre d'options obligatoires pour l'assuré qui choisira ce modèle d'assurance en échange d'une prime plus basse.

5.2.1. Le premier point de contact ou gatekeeper

L'arrêt du 4 octobre 2024 (9C_340/2024) du Tribunal fédéral précise que les caisses maladie ont le droit d'instaurer un premier point de contact « gatekeeper » dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) lorsque la personne assurée a recours à des prestations médicales non coordonnées qui, sur la base d'évaluations faites par des experts, se révèlent dans l'ensemble comme étant un traitement inefficace, inapproprié et par conséquent non économique. Instaurer un « gatekeeper » est dans ce cas compatible avec le principe du libre choix du médecin et le système des prestations obligatoires. La notion de «gatekeeper» (anglais pour «portier») s'est établie dans le domaine des assurances maladie comme terme technique signifiant le premier point de contact lors de questions relatives à la santé. Dans le cadre des modèles économiques Managed Care, c'est la tâche du gatekeeper d'effectuer les premiers examens et de rediriger les assurés vers les spécialistes ou les hôpitaux le cas échéant.

Le gatekeeper peut éviter des consultations non nécessaires chez le spécialiste ou des traitements inutiles. En outre, il peut orienter ses patients uniquement vers des spécialistes qui appliquent un traitement efficace. Enfin, le gatekeeper peut traiter de manière optimale ses patients sur la base de guidelines et de cercles de qualité.

Lorsque les assurés consultent directement un spécialiste ou un hôpital sans avoir consulté préalablement le gatekeeper, la caisse maladie ne prend pas en charge les coûts liés à ces consultations. Les urgences ainsi que les traitements de pédiatres, gynécologues et ophtalmologues, qui peuvent être généralement directement consultés, constituent des exceptions à cette règle.

Recommandation 2

Canaliser les besoins et demandes des assurés afin de pouvoir leur offrir les meilleures prestations en évitant celles inutiles. Le réseau met en place une porte d'entrée ou point d'accès au réseau via un gatekeeper, qui peut être :

- Le médecin de 1^{er} recours
- La télémédecine
- 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.

5.2.2. Obligation d'utiliser les génériques et biosimilaires

En Suisse, les génériques sont près de deux fois plus chers qu'à l'étranger et sont moins souvent utilisés. La révision de l'OAMaL et de l'OPAS accroît le potentiel d'économies des génériques et favorise l'utilisation de ces médicaments meilleur marché et tout aussi efficaces.

La quote-part qu'une personne assurée doit payer lorsqu'elle se procure un médicament s'élève en principe à 10 %. L'art. 38a, al. 1, OPAS, prévoyait jusqu'ici une quote-part plus élevée de 20 % pour les médicaments trop chers par rapport à d'autres médicaments composés des mêmes substances actives. À partir de 2024, la participation des patients aux coûts des médicaments (quote-part), est passé de 20 à 40% s'ils optent pour des préparations originales sur ordonnance alors qu'une alternative générique est disponible.

Si des raisons médicales s'opposent à la remise du générique moins cher, il est toujours possible d'obtenir une préparation originale plus chère sans quote-part plus élevée.

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. L'assurance ne remboursera pas l'achat d'un original lorsqu'un générique ou un biosimilaire existe et qu'il n'y a pas de contre-indication médicalement justifiée à son utilisation.

6. Création d'un réseau de soins sur le canton de Genève

6.1. Ce que dit le droit fédéral

6.1.1. Compétences des cantons

Constitutionnellement, la compétence de garantir l'approvisionnement en soins revient aux cantons. Cependant, la LAMal précise que, dans le cadre de leur planification sanitaire, les cantons ne contrôlent que l'admission des hôpitaux à charge de l'assurance obligatoire des soins au moyen de listes d'hôpitaux et de l'attribution des mandats de prestations y afférents. Cela s'explique par le fait que les cantons ne financent que les prestations hospitalières et non celles ambulatoires. Depuis l'année 2021, cette situation a évolué de la manière suivante :

- L'art. 55a LAMal, adopté en 2021, munit les cantons d'une nouvelle solution, non limitée dans le temps, pour restreindre l'admission de nouveaux médecins. Le 30 juin 2023, les cantons qui le souhaitaient dont Genève, ont mis en œuvre cette solution.
- La réforme du financement uniforme des soins (Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen - EFAS), qui entrera en vigueur en 2028 fait que les prestations ambulatoires et stationnaires seront financées de manière uniforme, et à partir de 2032, les prestations de soins également. En cofinçant les prestations ambulatoires, les cantons vont disposer de nouvelles possibilités de pilotage dans ce domaine (Pt.10.5).

6.2. Analyse du projet Béluga et recommandations

Le Conseil d'Etat souhaite expérimenter durant la deuxième partie de la présente décennie, un réseau de soins intégrés avec pour objectifs la maîtrise des coûts et la préservation du pouvoir d'achat de la population. Le réseau de soins est la condition nécessaire au modèle alternatif proposé par la caisse publique. La tâche serait déléguée à un partenaire privé qui privilégierait le forfait de soins par tête, afin de réduire les coûts et inciter à l'exécution de tâches peu rentables pour les prestataires, comme la prévention. De cette façon, ce réseau offrirait des primes inférieures à la moyenne cantonale.

6.3. Le réseau de soins intégrés

Il existe de nombreuses définitions d'un réseau de soins intégrés. Dans le contexte institutionnel suisse, le groupe de travail a retenu une définition fonctionnelle. Un réseau de soins de santé peut être considéré comme intégré lorsqu'il dépasse une simple collaboration informelle et adopte une approche systématique fondée sur des objectifs communs, des structures organisationnelles claires et des outils efficaces. Cette approche vise à garantir une coordination accrue, une continuité des soins et une amélioration de leur qualité, tout en répondant aux besoins spécifiques des patients. L'intégration repose également sur la formalisation des relations entre prestataires et sur des mécanismes partagés d'organisation, de financement et d'évaluation.

Cette définition s'inscrit dans le cadre des « axiomes de soins intégrés » mis en avant par la Conférence des directeurs et directrices cantonaux de la santé (CDS) dans son guide sur les soins intégrés⁷.

⁷ CDS (2019). Nouvel élan pour les soins intégrés dans les cantons : un guide. Accessible sur le site : https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/integrierte_versorgung/GDK_Leitfaden_FR_def.pdf.

Concrètement, l'intégration fonctionnelle d'un réseau de soins repose sur plusieurs caractéristiques principales dont les suivantes :

- Un objectif commun centré sur le patient. Les prestataires doivent partager une vision commune et s'engager à placer le patient au cœur du dispositif. L'amélioration de la qualité des prestations, de l'accès aux services et des résultats pour les patients est la base de cette collaboration.
- La coordination des soins. Elle exige que les différents acteurs - qu'il s'agisse d'hôpitaux, de médecins généralistes, de spécialistes, ou d'infirmiers - collaborent au sein d'un cadre structuré. Cette coordination s'appuie sur des mécanismes clairs de communication et de partage d'informations, assurant la continuité des soins, notamment lors des transitions entre les divers niveaux de prise en charge.
- Une structure organisationnelle formelle. Le réseau doit être soutenu par des accords ou des contrats unifiant les pratiques, ainsi que par une gouvernance partagée. Ce cadre organisationnel permet de piloter le réseau, d'évaluer les performances et d'adapter les stratégies en fonction des résultats obtenus.
- Un modèle de financement qui incite les acteurs du réseau à collaborer davantage, à optimiser l'utilisation des ressources et à éviter les traitements superflus ainsi que les coûts inutiles.
- Un système d'information commun ou interopérable. Ce système facilite le partage sécurisé des données médicales et administratives, offrant ainsi une base solide pour une prise de décision éclairée et coordonnée.
- Une adaptabilité aux besoins spécifiques des patients. Le réseau doit répondre aux attentes des groupes de patients les plus importants, notamment ceux atteints de maladies chroniques ou complexes. Cela peut se traduire par des programmes spécialisés, tels que la gestion des maladies chroniques ou les soins palliatifs, adaptés aux besoins spécifiques de ces patients.
- Une évaluation continue et l'amélioration des pratiques. Des indicateurs partagés permettent de mesurer la qualité des soins et d'identifier les écarts, tandis que des mécanismes appropriés permettent d'y remédier rapidement.

Le but ultime de l'intégration est d'améliorer la qualité des prestations tout en évitant les traitements superflus et les coûts inutiles. Cela contribue non seulement à une meilleure prise en charge des patients, mais aussi à une utilisation plus efficiente des ressources du système de santé.

6.3.1. Évolution des soins intégrés en Suisse

L'intégration des soins s'est développée en Suisse au début des années 1990 avec les cabinets de groupe (HMO) et les réseaux de médecins, qui travaillaient selon le principe du gatekeeper. Depuis, l'amélioration de la coordination et du travail en réseau s'est peu à peu étendue aux autres partenaires de soins.

En parallèle, les modèles pratiques de mise en œuvre des formes particulières d'assurance selon l'art.62 LAMal se sont déployés. Dans ces modèles, les assurés sont prêts à accepter certaines restrictions (en particulier le choix limité du fournisseur de prestations, dont le médecin) en échange d'un rabais de prime. En 2017, 69,6% des assurés avaient opté pour un tel modèle (OFSP 2018). En 2015, la part d'assurés dans un modèle avec un réseau de médecins s'élevait à près de 25 % (Figure 2). Les réseaux de médecins se sont aussi bien établis. D'après la FMH, près de 52 % des médecins exerçant en ambulatoire en Suisse étaient affiliés à un réseau en 2017.

6.3.2. Collaboration du réseau avec l'assurance-maladie

Le modèle prévu est celui d'un produit d'assurance offert exclusivement par la caisse-maladie cantonale publique et basé sur l'offre d'un réseau de soins intégrés, tel que décrit plus haut. On peut citer comme exemples le réseau de l'Arc dans les cantons de Berne, du Jura et de Neuchâtel et le réseau de l'Ensemble Hospitalier de la Côte (EHC) dans le canton de Vaud.

Chacun de ces réseaux a en effet collaboré avec une assurance-maladie différente pour créer un produit d'assurance spécifique : VIVA pour le produit offert par le réseau de l'Arc et Visana⁸, d'une part, et les modèles médecin de famille du réseau de santé EHC, d'assurance du modèle HMO, modèle du médecin de famille ou Multimed pour les produits offerts par l'EHC et la CSS⁹, d'autre part.

Le réseau préconisé par le groupe d'experts n'intègre pas, sous une seule entité juridique, tous les prestataires de santé. Dans ce contexte, le réseau contractera avec les prestataires de santé (médecins, centres médicaux, hôpitaux, soins à domicile, etc.) pour offrir une prestation globale aux assurés.

Recommandation 4

Créer un réseau de soins intégrés pour garantir l'accès aux soins de base et délivrer des prestations de prévention et de promotion de la santé, de coordination des soins, de gestion des maladies chroniques et de suivi des patients complexes. Cette approche permet de passer de la notion de soins à celle, plus large, de santé. Les assurés s'engagent contractuellement à utiliser exclusivement les prestations médicales offertes par le réseau.

Ce réseau a principalement pour objectifs de réduire le besoin de recours aux soins aigus en stationnaire et dans les services d'urgences, d'améliorer l'efficacité des prestations, et de promouvoir le maintien à domicile, les prises en charge communautaires et 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.

6.4. Les modes de financement

6.4.1. Prise en compte du contexte

Le nombre de personnes âgées et de patients atteints de (multiples) maladies chroniques va augmenter. Leurs prises en charge impliquent généralement plusieurs médecins ainsi que d'autres professionnels de la santé, hôpitaux et établissements. C'est pourquoi il est important que ces personnes et entités se coordonnent. En effet, le manque de coordination nuit à la qualité et génère des traitements inutiles ainsi que des coûts superflus. Les patients polymorbides peuvent bénéficier d'une continuité dans leurs prises en charge; les plus fragiles de l'aide d'une personne en charge la coordination et du suivi.

Le Conseil fédéral a reconnu qu'il fallait agir dans ce domaine. Dans sa stratégie Santé2030, il s'est fixé comme but de renforcer les soins coordonnés (objectif 5, axe 5.1) : « Les soins superflus, insuffisants et inadéquats ont un impact considérable sur les coûts de la santé et sur la qualité. Des incitations ciblées doivent améliorer la coordination entre les fournisseurs de prestations, et les systèmes d'indemnisation doivent s'appuyer autant que possible sur la réussite des traitements et non sur le nombre d'étapes d'examen et de traitement effectuées. Il convient par ailleurs d'éviter les redondances, de davantage fonder les traitements sur des bases factuelles et de garantir l'assurance de la qualité. »

6.4.2. Modalités de financement du réseau

Pour pouvoir offrir des primes de 20% inférieure à la prime moyenne cantonale, la caisse-maladie cantonale publique devra s'appuyer sur un réseau de soins intégrés capable de générer des économies au minimum équivalentes à la diminution des primes souhaitée, et ce, tout en garantissant une prise en charge optimale.

Pour y arriver, le réseau de soins intégrés devra maîtriser ses coûts en fonctionnant avec un budget global annuel sous forme d'une capitation partielle. Cela veut dire que le réseau de soins reçoit de la caisse-maladie un budget global calculé d'année en année sur la base du

⁸ <https://www.viva-health.ch/fr>

⁹ <https://www.css.ch/fr/a-propos-de-css/motivation/responsabilite/soin-sante/ehc-modele-soins.html>

profil de risque des assurés. Les prestataires de soins indépendants sont rémunérés sur ce budget global, sur la base de la facturation de leurs prestations selon les nomenclatures tarifaires LAMal en vigueur.

La différence entre le budget global et les prestations facturées lors de la clôture annuelle des comptes représente un risque financier assumé par le réseau de soins. Si les prestations de soins payées aux prestataires du réseau de soins intégrés sont inférieures au montant global de la capitation annuelle, le réseau conserve le résultat positif. Ce montant est en partie alloué à un fonds de réserve, et pour le solde il est réinvesti notamment dans la coordination des soins et le suivi des patients, dans des actions de prévention et promotion de la santé, ou encore dans des mesures d'amélioration de la qualité et de formation auprès des prestataires du réseau, qui contribuent à accroître l'efficacité du réseau et ainsi à générer de nouvelles économies.

Le canton de Genève devra financer -via une dotation en capital unique pour la fondation "réseau de soins" jusqu'à épuisement de cette dotation - les pertes éventuelles liées au fait que la capitation ne suffit pas à financer les prestations hors LAMal, d'une part, et les prestations facturées par les prestataires du réseau de soins, d'autre part. Le groupe d'experts estime qu'il faudra entre trois à cinq ans pour que le réseau de soins intégrés équilibre ses comptes.

Le capital initial doit également permettre au réseau de financer les investissements, notamment informatiques (voir plus bas) nécessaires à son bon fonctionnement.

Outre les économies directes, la réduction des durées de séjour et des hospitalisations inutiles aux HUG doit permettre, à plus long terme, des économies indirectes supplémentaires, étant donné que l'Etat finance la sous-couverture tarifaire des prestations qui y sont délivrées.

Cette dotation en capital, dont le montant doit encore être évalué, doit en tout cas être une mise de départ unique. Il n'est en effet pas prévu que la pérennité à moyen terme du réseau soit conditionnée à des subventions publiques, tant pour des raisons d'acceptabilité politique que pour garantir l'équité de traitement entre les assurés genevois affiliés à ce réseau et les autres.

Recommandations 5

Modèle de financement

Opter pour un financement du réseau de soins via un budget global annuel, sous forme d'une capitation partielle, et octroyé par l'assurance-maladie en fonction du profil de risque des assurés. Les prestataires de soins indépendants sont rémunérés sur ce budget global, sur la base de la facturation de leurs prestations selon les nomenclatures tarifaires LAMal en vigueur.

Gestion des risques financiers

Doter le réseau d'un capital initial suffisant lui permettant :

- De financer les pertes éventuelles liées au fait que la capitation ne suffit pas à financer les prestations hors LAMal, d'une part, et les prestations facturées par les prestataires du réseau de soins, d'autre part.
- De financer, dès le démarrage du réseau, les prestations non couvertes par la LAMal telles que la prévention et la coordination des soins, en attendant que les bénéfices liés à l'efficacité du réseau puissent financer ces prestations.
- De réaliser les investissements, notamment informatiques, nécessaires au bon fonctionnement du réseau.

Si, au bout de trois années d'exploitation, le réseau de soins n'atteint pas un équilibre financier, les primes seront alors revues à la hausse.

Ce financement se rajoute à celui nécessaire à la mise en œuvre de la caisse-maladie cantonale publique.

6.4.3. Personnalité juridique du réseau

Le réseau doit avoir une personnalité juridique. Le groupe d'experts constate qu'il existe plusieurs solutions envisageables :

- une fondation de droit privé et d'utilité publique sans but lucratif;
- une fondation de droit public;
- un établissement public;
- une société anonyme sans but lucratif (art. 620 al. 3 CO : société anonyme sans but économique), par analogie, une SARL sans but lucratif.

La structure finalisée du réseau de soins n'étant pas connue à ce jour, ni le nombre d'acteurs de la santé et du social ainsi que des assureurs maladie avec qui elle va contracter. Son organisation doit, par conséquent, être le plus souple possible. Son bon fonctionnement va aussi être conditionné par le profil des personnes qui participeront au Conseil de fondation. Celles-ci doivent être au bénéfice d'une expérience professionnelle qui permet d'assumer, outre les prérequis en matière de compétences médicales, une gouvernance financière, juridique et organisationnelle de haut niveau.

On notera enfin que les acteurs de la santé et du social qui adhèrent au réseau doivent s'accorder sur des valeurs communes pour prendre en charge le patient dans sa globalité.

Recommandation 6

Structure juridique du réseau

Le groupe d'experts privilégie la fondation de droit privé et d'utilité publique, sans but lucratif, qui apporte souplesse et agilité à la gouvernance du réseau de soins.

Composition du conseil de fondation

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

But de la fondation

Pour pouvoir garantir l'évolution et le développement du réseau sans contrainte statutaire paralysante, le groupe d'experts propose comme but : « Mise en œuvre d'un réseau de soins pour favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge ».

Charte

Le groupe d'experts propose que le réseau adopte une charte pour que ses membres s'accordent sur des valeurs communes afin de prendre en charge le patient dans sa globalité.

6.4.4. Développer un dispositif de coordination

Le réseau s'appuie sur un dispositif de coordination pour garantir le continuum des soins et la communication auprès de tous les intervenants dont les proches aidants. La coordination est indispensable pour la prise en charge interdisciplinaire des patients complexes. Cela impose d'avoir une collaboration différente avec l'Imad et les HUG. L'Imad étudie actuellement un projet de réseau interprofessionnel ambulatoire de proximité (RIAP)¹⁰. Celui-ci prévoit que chaque médecin généraliste n'ait, pour ses patients d'une zone géographique donnée, qu'un nombre limité d'infirmières et d'infirmiers à domicile, permettant ainsi des échanges plus directs et une meilleure coordination des soins. Ce modèle pourrait se développer à l'ensemble du réseau.

¹⁰ Plus d'infos, par exemple sur: https://www.revmed.ch/view/882258/7110510/RMS_816_430.pdf

Recommandation 7

Intégrer dans le réseau l'Imad et les HUG, au stade initial, pour passer d'une collaboration institutionnelle (entre des institutions) à une collaboration entre acteurs d'une équipe de soins pour les patients souffrant de maladie complexes et de longue durée.

6.4.5. Développer un système d'information performant

Le système d'information participe à la qualité et à la coordination de la prise en charge. Il permet de coordonner les soins de manière efficace; d'organiser des itinéraires cliniques; d'éviter des doublons et d'informer tous les acteurs concernés par une prise en charge, y compris les personnes proches aidantes.

Recommandation 8

Système d'information

Développer un système d'information performant pour le réseau. Ceci nécessite notamment de :

- Connecter tous les prestataires de soins affiliés et les prestataires avec lesquels ils collaborent (y compris les laboratoires, les centres d'imagerie et les pharmacies) à un système informatique permettant de partager leurs données, par exemple via le dossier électronique du patient (DEP)¹¹,
- Mettre à disposition un outil de communication pour l'équipe de soins qui s'occupent du patient. Cet outil de communication est intégré au système informatique primaire du médecin en charge du patient. Il reste accessible au patient, aux personnes proches aidantes et aux autres professionnels qui lui prodiguent régulièrement des soins.
- Développer un outil de pilotage des assurés du réseau, permettant entre autres d'identifier des personnes sur la base de leur profil, par exemple leur âge et sexe ou d'une pathologie diagnostiquée, afin de pouvoir leur apporter des programmes ciblés de dépistage et de prévention, de développer des prises en charges transversales sur la base du recours aux différents prestataires et d'identifier les bénéfices cliniques et financiers du réseau.
- De mettre une application à disposition des assurés pour les programmes de prévention, la mise à jour de leurs données, la consultation et la saisie d'informations cliniques, l'orientation dans le réseau, les téléconsultations, etc.

Obligations des assurés

Lier contractuellement les assurés qui s'affilieront au réseau à un DEP (et à s'affilier aux autres outils transversaux du réseau), pour partager leurs données entre les prestataires de santé du réseau, et plus généralement fournir toutes les informations pertinentes en lien avec sa santé afin de rendre la prise en charge plus efficiente.

6.4.6. Garantir la qualité des prestations

La qualité des prestations en médecine dépend de :

- La continuité des soins, qui nécessite de la coordination et de la communication entre tous les acteurs concernés par la prise en charge d'un même patient.
- La prise en compte des besoins du patient et de son implication.
- La politique d'amélioration de la qualité des soins dont se dotera le réseau de soins.

¹¹ Il en va de même pour les autres outils tels que le plan de soins partagé et le plan de médication partagé.

Recommandations 9

Promouvoir la qualité des soins pour réduire les décès évitables, éviter des souffrances et des pertes économiques importantes. Tous les prestataires du réseau doivent participer à l'ensemble des actions de la démarche qualité.

- Consolider la formation des médecins sur le raisonnement clinique pour prodiguer les meilleurs soins au meilleur coût.
- Développer une médecine fondée sur des preuves. Les médecins et professionnels de la santé du réseau élaborent ou choisissent ensemble des protocoles / guidelines communs.
- Mettre en place des cercles de qualité.
- Mettre en place des revues de cas.
- Adopter les recommandations de l'association « smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland » qui lutte contre les traitements médicaux excessifs ou inappropriés.
- Mettre en place un contrôle de la qualité par les pairs et avec l'aide d'un système d'information clinique performant.

6.4.7. Lutter contre la pénurie des professionnels de la santé

La pénurie de main-d'œuvre qualifiée dans les professions de santé constitue l'un des principaux défis pour garantir la bonne qualité des soins de santé à la population. Par conséquent, il devient urgent de développer des initiatives contribuant à l'optimisation de l'utilisation des ressources humaines. La transformation de l'organisation du système de soins vers un réseau de santé intégré est un élément important pour aider à résorber la pénurie de personnel qualifié. Le réseau va intégrer :

- de nouveaux modèles de prise en charge plus agiles, moins gourmands en ressources et numérisés;
- la filière « *formation et recherche* » pour les médecins de 1^{er} recours en collaboration avec les HUG et l'UNIGE;
- de nouveaux métiers qui vont libérer du temps pour les professionnels de la santé et du social. De nouvelles professions vont se développer pour suivre le parcours du patient, participer à la promotion et prévention de la santé, à la coordination et pour réaliser des actes médico-délégués (ex. : infirmière en pratique avancée).

6.4.8. Favoriser le recrutement des compétences nécessaires

Pour attirer et intégrer les professionnels de la santé et du social dans le projet, le réseau doit proposer :

- le temps partiel et le remplacement en cas d'absence;
- le continuum de la prise en charge et donc un suivi global du patient;
- la coordination;
- la communication;
- la formation interne;
- les cercles de qualité;
- la télémédecine;
- la prévention et promotion de la santé;
- une collaboration plus étroite entre médecins de premier recours et médecins spécialistes;
- le travail en interdisciplinarité;
- la clientèle (celle qui a adhéré au modèle).

7. Création d'une caisse d'assurance-maladie publique dans le canton de Genève

7.1. Ce que dit le droit fédéral

7.1.1. Les contraintes liées à la législation fédérale

Les caisses-maladie sont régies par le droit fédéral (loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale [LSAMal ; RS 832.12]), si bien que les cantons n'ont aucune marge de manœuvre à ce niveau.

La législation fédérale contraint à la concurrence entre assureurs et n'autorise pas d'instaurer une caisse unique cantonale.

Toute entité souhaitant offrir une assurance-maladie en Suisse doit obtenir une autorisation de l'autorité de surveillance (art. 4 LSAMal). Conformément à l'article 5 LSAMal, les conditions d'autorisation sont les suivantes:

- revêtir la forme juridique de la société anonyme, de la coopérative, de l'association ou de la fondation;
- avoir leur siège en Suisse;
- disposer d'une organisation et pratiquer une gestion qui garantit le respect des dispositions légales;
- disposer d'un capital initial suffisant et être en mesure de remplir leurs obligations financières en tout temps, en disposant en particulier des réserves nécessaires. Selon l'art. 9 OSAMal, ces réserves doivent s'élever à au moins CHF 8 millions¹².
- disposer d'un organe de révision externe agréé;
- pratiquer l'assurance-maladie sociale selon le principe de la mutualité, garantir l'égalité de traitement des assurés et n'affecter qu'à des buts d'assurance-maladie sociale les ressources provenant de celle-ci;
- offrir aux personnes tenues de s'assurer qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège la possibilité de s'affilier à l'assurance-maladie sociale. Dans des cas particuliers, l'autorité de surveillance peut exempter de cette obligation les assureurs qui en font la demande¹³;
- pratiquer l'assurance facultative d'indemnités journalières conformément à la LAMal;
- admettre, dans les limites de leur champ territorial d'activité, toute personne tenue de s'assurer et toute personne qui est en droit de conclure un contrat d'assurance d'indemnités journalières;
- être en mesure de satisfaire aux autres exigences fixées par la présente loi et la LAMal.

L'art. 7 LSAMal précise que la demande d'autorisation soumise à l'autorité de surveillance doit être accompagnée d'un plan d'exploitation et contenir des informations et documents, notamment concernant les dispositions sur les formes particulières d'assurance obligatoire des soins prévues à l'art. 62 LAMal et sur l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens des art. 67 à 77 LAMal.

L'art. 62 LAMal (Formes particulières d'assurance) offre la possibilité de maintenir l'objectif original du projet, à savoir une prime de maximum 20% inférieure à la prime de base durant les cinq premières années d'activité (art. 101 al. 3 OAMal). L'article 99 OAMal précise que "les

¹² Cette disposition fait référence à l'exigence que les assureurs-maladie doivent disposer d'un capital suffisant pour pouvoir exercer leur activité de manière stable et conforme à la réglementation. En d'autres termes, cette condition impose aux assureurs-maladie d'avoir des ressources financières adéquates dès le début de leurs opérations pour couvrir les risques liés à leur activité, garantir la solvabilité de l'entreprise, et protéger les assurés en cas de défaillance de l'assureur. Ce capital peut inclure des fonds propres, des garanties ou d'autres ressources financières que l'assureur doit prouver au régulateur pour assurer qu'il peut honorer les prestations qu'il doit fournir aux assurés en cas de besoins médicaux ou de soins.

¹³ Toutefois, un assureur peut être exempté de cette obligation s'il compte moins de 500 000 assurés, s'il ne veut pratiquer l'assurance-maladie dans aucun de ces Etats ou seulement dans une partie d'entre eux et si ses effectifs d'assurés dans les Etats en question sont très peu importants (art. 4 OSAMal). L'assureur doit présenter une demande d'exemption.

assureurs peuvent pratiquer, en plus de l'assurance des soins ordinaire, des assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations".

Force est dès lors de constater que pour pouvoir proposer une forme particulière d'assurance, la caisse-maladie doit également proposer l'assurance des soins ordinaire.

7.2. Identification du public cible

Le projet Béluga cible en premier lieu les bénéficiaires de subsides d'assurance-maladie, avec pour objectif de diminuer le montant des subsides versés par le canton. Le groupe estime qu'il n'est pas certain que les bénéficiaires de subsides constituent la majeure partie du public cible.

Le groupe d'experts rappelle que l'art.4 LAMal garantit le libre choix de l'assureur et qu'il ne sera pas possible de contraindre les bénéficiaires de subsides à changer de caisse-maladie ou de modèle d'assurance.

Il existe sur le canton de Genève trois catégories de personnes subsidiées, ce qui représente 40 % de la population et une dépense totale en 2023 de CHF 607 Mios.

- **Les bénéficiaires des prestations complémentaires AVS/AI (PC)**, soit 28'900 personnes en 2023. Les subsides destinés aux bénéficiaires de PC dépendent du droit fédéral (LPC). Ils couvrent en principe la totalité de la prime standard (prime correspondant au modèle de base avec une franchise de CHF 300 et la couverture accident), jusqu'à concurrence de la prime moyenne standard qui s'élève à CHF 676 en 2024. La franchise et la quote-part sont prises en charge. Le droit fédéral accorde ainsi un large choix d'assurance aux bénéficiaires de PC. Les bénéficiaires des PC n'ont donc pas un intérêt financier à choisir la caisse cantonale.
- **Les bénéficiaires des prestations de l'Hospice général (HG)**, soit 25'400 personnes en 2023. La prise en charge de la prime est plafonnée en 2024 à CHF 564, sachant que la prime cantonale moyenne est de CHF 545,70. La franchise et la quote-part sont prises en charge. Les subsides destinés aux bénéficiaires de l'HG dépendent du droit cantonal. En fixant le montant du subside des bénéficiaires de l'HG de sorte qu'il couvre les primes les moins chères (CHF 564 en 2024), on incite les personnes concernées à choisir une assurance en modèle alternatif et/ou une franchise élevée. Ce système est déjà à l'œuvre, avec succès, dans le canton de Genève. Ces bénéficiaires pourraient avoir un intérêt financier à choisir la caisse cantonale si elle propose une prime bon marché.
- **Les bénéficiaires de subsides ordinaires dont le montant est déterminé par le RDU** soit 138'000 personnes. Le montant du subside ne dépend pas de la prime mais du revenu déterminant unifié (RDU). Pour cette catégorie, les assurés seront intéressés par la caisse cantonale si celle-ci offre une prime plus basse à prestations équivalentes et à franchise égale ou de meilleures prestations et d'une franchise plus basse à prime égale. Cette catégorie de subsides est appelée à évoluer ces prochaines années avec la mise en œuvre du contreprojet indirect à l'initiative fédérale "Maximum 10% du revenu pour les primes d'assurance-maladie" rejetée par le peuple le 9 juin 2024. En effet, chaque canton devra définir un pourcentage maximal que les primes devront représenter par rapport au revenu des assurés résidant dans le canton.

Aujourd'hui, plus de la moitié de la population a opté pour une forme d'assurance avec un choix limité des fournisseurs de prestations. Cette situation traduit une certaine disposition des assurés à choisir sur une base volontaire des formes de soins plus efficaces.

7.3. Constat du groupe d'experts

La création d'une caisse-maladie publique cantonale est possible mais comprend nombre de risques qu'il s'agira de limiter par la réalisation d'une étude de faisabilité et d'un plan d'exploitation qu'il faudra présenter à l'OFSP pour obtenir l'autorisation de pratiquer. La caisse-maladie publique cantonale devra ainsi être dotée, dès le départ, d'un capital ou fonds propres et de réserves suffisants pour pouvoir couvrir l'ensemble des risques financiers susmentionnés, et ce, sur une période de 3 à 5 ans. Il s'agira également de tenir compte de l'augmentation constante des coûts de la santé et de la volatilité des primes.

Pour être attractive, la caisse-maladie publique doit reposer sur un réseau de soins de qualité et proposer des primes très attractives. En 2024, si la caisse avait fixé la prime à CHF 540, (Adulte de plus de 26 ans et franchise de CHF 300) correspondant à un rabais de 20% par rapport à la prime moyenne standard, elle aurait été la plus avantageuse sur le marché (Pt.10.4). Elle aurait également été plus avantageuse que la grande majorité des modèles alternatifs avec des franchises de CHF 500 à CHF 1'000.

En revanche, elle aurait été plus chère que la plupart de ces modèles couplés à une franchise de CHF 2'500 (Pt.10.4). Dans cette dernière catégorie, la prime la moins chère se monte à CHF 416. La caisse publique n'intéressera donc sans doute pas une clientèle jeune et en bonne santé qui ne consulte que très occasionnellement un médecin. Si la caisse publique souhaite attirer ce public, elle devra sans doute offrir une option avec une franchise de CHF 2'500 ce qui constitue paradoxalement un risque en raison du système de compensation des risques. En effet, la compensation des risques permet un rééquilibrage financier entre les assureurs-maladie ayant des structures de risque différentes : les assureurs devant faire face à de faibles risques (âge, sexe, séjours en EMS, maladies coûteuses, médicaments coûteux) paient des redevances servant à compenser les assureurs confrontés à des risques élevés.

La caisse cantonale publique sera attractive si :

- elle obtient de l'OFSP de proposer une prime standard de départ pour son modèle de base (libre choix des prestataires de soins, CHF 300 de franchise et couverture accident) aux alentours de la prime standard moyenne (CHF 676 en 2024);
- la prime tourne autour de CHF 540 (80% de CHF 676, référence 2024);
- elle offre en plus de la franchise à CHF 300 celle à CHF 2'500 francs (non prévue par le projet Béluga), pour la population adulte de moins de 50 ans, en bonne santé, qui est d'ores et déjà au bénéfice d'un modèle alternatif avec une franchise maximale;
- le réseau de soins dispense des soins de qualité et est capable de le faire savoir;
- le nombre de généralistes adhérents au réseau est suffisant pour que la plupart des assurés puissent changer de caisse sans changer de généralistes.

Le groupe d'experts émet des réserves quant à la propension à adhérer à la caisse cantonale :

- pour ceux qui ont choisi une formule d'assurance standard (31,9 % des assurés), quel que soit le montant de la franchise, et qu'ils soient ou non bénéficiaires des subsides ordinaires. Ceux-ci disposent soit d'un revenu tel qu'une différence de CHF 100 à CHF 150 n'est pas suffisante pour les amener à souscrire à une assurance limitant le libre choix du médecin;
- pour des personnes âgées, qu'elles bénéficient ou non des PC, qui sont généralement très attachées à leur généraliste. D'où l'enjeu d'attirer le plus de médecins possibles dans le réseau, dont les leurs.

La LAMal n'autorise pas la création d'une caisse-maladie cantonale unique, ce qui aurait permis de recruter une grande partie des assurés genevois et d'atteindre rapidement une masse critique suffisante. Par conséquent, la caisse-maladie publique sera en concurrence avec d'autres assureurs qui proposent tous des modèles d'assurance alternatifs.

En 2022 :

- 68,1% des Genevois avaient une autre forme d'assurance que celle standard (modèles dits alternatifs).

- 17,1% des Genevois avaient une assurance standard avec une franchise à CHF 300.
- 14,8% des Genevois avaient une assurance standard avec une franchise supérieure à CHF 300.

Le groupe d'experts rappelle que le changement de modèle d'assurance-maladie peut s'avérer compliqué si la personne est attachée à son médecin de famille et que celui-ci n'a pas adhéré à son modèle d'assurance. Il rappelle également qu'il n'est pas possible de contraindre les bénéficiaires de subsides à changer d'assurance ou de modèle d'assurance (art.4 LAMal). Dans ces conditions, l'enrôlement à terme de 500'000 assurés, mentionné dans le projet Béluga, est inatteignable.

Recommandations 10

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.

- Améliorer l'accès et de la rapidité des soins dans le cadre du réseau, tout en mettant l'accent sur les résultats qui comptent pour les patients.
- Garantir la qualité des prestations qui seront élargies avec la prévention et promotion de la santé ainsi qu'avec une coordination des cas complexes.
- 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 respective.

7.4. Identification des risques

Créer une caisse-maladie publique et indépendante expose le canton aux risques suivants :

- Ne pas obtenir de l'OFSP une prime standard de départ qui se situe au niveau de la prime standard moyenne et par conséquent ne pas pouvoir proposer une prime attractive pour son réseau de soins intégrés.
- Attirer davantage d'assurés pour son modèle de base que pour son réseau de soins intégrés, ce qui pourrait relativiser, voire rendre caduque, les économies produites par le réseau de soins intégrés.
- Attirer de par ses primes avantageuses, notamment via une franchise à CHF 2'500, des bons risques, obligeant la caisse publique à contribuer au fond de compensation et dès lors à augmenter ses primes.
- Ne pas engendrer le cercle vertueux qui consiste à attirer vers le réseau de soins des assurés présentant un risque plus élevé "mauvais risques" qui permettraient de recevoir une contribution du fonds de compensation et qui engendraient des économies grâce leurs prises en charge par le réseau de soins intégrés.
- Une masse critique insuffisante. La masse critique permet de limiter les risques et de stabiliser les primes. En l'absence d'un nombre suffisant d'adhérents, la caisse maladie peut voir ses primes fluctuer, provoquant ainsi un départ de ses assurés. La Caisse Vaudoise, assurance-maladie appartenant à l'État et gérée par les Retraites populaires, a ainsi dû adhérer au Groupe Mutuel en 2001 du fait qu'elle n'avait plus une masse critique suffisamment importante pour stabiliser ses primes.
- Des réserves trop faibles. Les réserves qui sont définies en pourcentage des primes et selon le nombre d'assurés, doivent permettre d'éviter tout défaut de paiement. Ces réserves sont principalement alimentées par les primes et permettent de compenser les années où des pertes sont enregistrées. Ces réserves augmentent ainsi en fonction du nombre d'adhérents. Si celui-ci augmente trop rapidement, cela aura un effet négatif sur les primes.
- Les personnes assurées qui peuvent changer de forme d'assurance pour la fin d'une année civile, en respectant les délais de résiliation fixés par la loi.

- La non approbation des primes par l'OFSP. La surveillance des assureurs (assurance sociale) est exercée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Cet office peut approuver ou non les primes en fonction de la solvabilité de l'assureur.

Recommandations 11

Afin de pallier ces risques, il est proposé de :

1) Mandater un spécialiste des assurances indépendant et neutre, sans lien de dépendance actuel avec un assureur-maladie suisse, disposant d'une expérience pratique étendue du financement et de l'organisation des caisses-maladie suisses, pour :

- évaluer de façon plus précise ces différents risques;
- recommander les points *sine qua non* à présenter dans le plan d'exploitation qui sera remis à l'OFSP afin d'obtenir l'autorisation de pratiquer et notamment d'obtenir une prime de départ se situant aux alentours de la prime standard moyenne;
- déterminer le nombre minimum d'assurés que la caisse-maladie cantonale publique doit réunir pour être viable;
- déterminer l'effet sur la prime d'une augmentation rapide des adhérents à la caisse publique sur ses réserves et consécutivement sur ses primes;
- s'assurer que l'OFSP acceptera que la caisse publique fixe sa prime à un montant égal à aux 80% de la prime standard moyenne (rabais de 20%).

2) Mandater une société spécialisée dans le marketing pour réaliser une analyse de marché permettant de déterminer, par sondage, quelle est la proportion d'assurés qui pourraient être intéressés par la caisse cantonale publique (franchise de CHF 300 / prime de CHF 540 dans le cadre d'un réseau de soins / médecin de famille). Cette étude devrait porter sur les trois catégories d'assurés (adultes, jeunes adultes et enfants). L'étude devrait également déterminer quels seraient les arguments les plus pertinents pour convaincre les assurés d'adhérer à la caisse cantonale publique.

Dans le cas où ces analyses conduiraient à mettre sérieusement en doute la possibilité de constituer une caisse cantonale publique dans les conditions prévues par le projet Béluga, le groupe préconise de ne pas renoncer à la création du réseau de soins intégrés prévus par le projet.

Il propose alors de créer un modèle d'assurance en collaboration avec une ou plusieurs assurance-maladie représentées sur le canton de Genève, ce qui limiterait les risques susmentionnés.

L'alternative proposée permettrait de :

- ne pas déroger aux principes de la LAMal ;
- bénéficier d'une clientèle potentielle d'ores et déjà existante au sein de la ou des assurances avec laquelle ou lesquelles une collaboration serait envisagée et d'obtenir plus rapidement une masse critique pour notre modèle d'assurance choisi ;
- limiter les coûts administratifs liés à la gestion d'une caisse-maladie (estimés à 5% des coûts totaux) ;
- obtenir une transparence totale sur les données issues du modèle d'assurance via une convention avec l'assureur ou les assureurs avec lequel ou lesquels le réseau sera amené à collaborer.

En 2023, 75% des assurés genevois étaient regroupés dans quatre grandes caisses maladie : Assura (112'072 assurés), CSS (88'953 assurés), Groupe Mutuel (84'016 assurés) et Helsana (79'427 assurés).

8. Évaluation du projet en collaboration avec l'OFSP

Le projet de caisse-maladie publique adossée réseau de soins intégrés est un projet d'envergure qu'il s'agit d'évaluer en collaboration avec les autorités fédérales pour :

- valider la démarche et justifier les dépenses et les investissements consentis;
- communiquer sur l'avancée du projet et ses résultats;
- faire en sorte que les prestations qui seront financées temporairement par le capital initial de la fondation et qui n'entrent pas dans le catalogue actuel des prestations LAMal puisse être reconnues par l'OFSP puis financées dans le contexte d'un budget global (la capitation) contracté avec les assureurs-maladie dans le cadre fixé pour l'AOS par la LAMal. L'art. 59b LAMal stipule qu'au terme du projet pilote, le Conseil fédéral peut prévoir que les dispositions visées à l'al. 5, dérogeant à la présente loi ou établissant des droits et obligations connexes, restent applicables si l'évaluation a montré que le modèle permet de maîtriser efficacement les coûts, de renforcer la qualité ou de promouvoir la numérisation.

Cette évaluation va comparer notamment :

- Les résultats obtenus durant les cinq premières années avec les résultats attendus. Cette évaluation nécessite une planification dès la conception du projet pour garantir la collecte des données nécessaires. Il s'agira de démontrer que l'on peut faire mieux avec moins notamment pour les assurés atteints de maladies chroniques et les patients à besoin de soins complexes.
- Les indicateurs d'utilisation des prestations et de qualité des soins entre les assurés ayant opté pour le modèle de réseau intégré et ceux ayant conservé le modèle d'assurance de base standard. Les données disponibles, telles que les informations sur les assurés, les prestataires, le type de soins et les paiements, offrent une base solide pour cette analyse.

En tenant compte des biais dans la sélection endogène des assurés. Les modèles de «managed care» (MC) attirent souvent des individus plus jeunes ou en meilleure santé, ce qui biaise les comparaisons naïves en leur faveur. Des méthodes économétriques adaptées aux études observationnelles peuvent néanmoins corriger ce biais, comme le démontre l'étude de Lukas Kauer (2017) sur les HMO, réalisée à partir des données de la CSS¹⁴.

Concernant les patients atteints de maladies chroniques ou complexes, leur identification pourrait s'appuyer sur les données des groupes de coûts pharmaceutiques (PCG). Une analyse plus ciblée pourrait évaluer l'impact du réseau sur sept pathologies responsables de plus de 50 % des dépenses de santé : le cancer; les maladies cardiovasculaires; les maladies respiratoires chroniques; la démence; les troubles psychiques; les maladies musculo-squelettiques et le diabète.

L'étude commandée par l'OFSP sur les besoins de coordination des patients nécessitant de nombreuses prestations utilisant les données de Helsana constitue une référence pertinente¹⁵.

¹⁴ Kauer, Lukas. (2017). Long-term Effects of Managed Care. *Health Economics*, 26(10), 1210-1223. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/hec.3392>

¹⁵ Projet « Soins coordonnés pour certains groupes de patients » <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/patientengruppen-und-schnittstellen-koordinierte-versorgung.html>

Recommandations 12

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

Mise en œuvre :

- Définir les données nécessaires à collecter et intégrer dès le départ les éléments indispensables à une analyse rigoureuse. L'évaluation devra mesurer l'impact du réseau sur les coûts, la qualité des soins et la numérisation, en particulier pour les patients atteints de maladies chroniques et complexes, ceci en s'appuyant sur des méthodologies adaptées pour garantir des comparaisons fiables.
- Mettre en place un suivi rigoureux permettant d'assurer une base factuelle pour ajuster et améliorer le projet au fil du temps.
- Combiner l'évaluation du projet de réseau intégré avec celle d'un projet pilote au sens de l'article 59b LAMal, portant notamment sur la promotion de la coordination et de l'intégration des soins, le renforcement des exigences de qualité et la promotion de la numérisation (art. 59b al. 2, lettres e-g LAMal).
- Intégrer à l'assurance obligatoire des soins (LAMal) les prestations actuellement hors LAMal développées dans le cadre du modèle (art. 59b al. 5-7 LAMal).

9. Conclusion

Notre système de santé doit évoluer pour s'adapter à un environnement qui a radicalement changé. Il est devenu nécessaire de réfléchir à sa transformation, tout en conservant les valeurs fondamentales du modèle actuel et ses acteurs. L'évolution du système suppose de construire notre politique de santé à partir de la santé globale (et non seulement du soin), des besoins de santé (et non de l'offre) et d'une régulation renouvelée.

Si le projet béluga, qui propose la création d'une caisse-maladie cantonale publique adossée à un réseau de soins intégrés, répond à ces changements, il n'en demeure pas moins ambitieux. Le groupe d'experts en a évalué la faisabilité, identifié les risques qui lui sont associés et émis des recommandations dont certaines devront faire l'objet d'un approfondissement.

Si la création d'une caisse-maladie publique cantonale s'avère trop difficile à réaliser de par les incertitudes et risques qui l'entourent, le groupe d'experts propose de ne pas abandonner le projet de réseau de soins intégrés et d'en faire un modèle d'assurance ouvert aux caisses-maladies présentes sur le canton de Genève; caisses-maladie qui, pour bénéficier du modèle proposé, devront répondre à des critères similaires à ceux attendus d'une caisse publique cantonale, telle que voulue par le projet Béluga.

10. Annexes

10.1. Le groupe d'experts

Nom	Fonction
Hiler David	Président. Historien-économiste, Ancien président du Conseil d'Etat genevois.
Beun Pierre-Emmanuel	Directeur à la direction générale des finances de l'Etat (DGFE) – Département des finances, des ressources humaines et des affaires extérieures (DF)
Dupont Anne-Sylvie	Professeure de droit - co-directrice de l'Institut de droit de la santé à Neuchâtel
Holly Alberto	Professeur émérite à la Faculté des Hautes Études Commerciales de Lausanne
Laurencet France	Médecin oncologue et hématologue FMH, membre du conseil de l' Association des médecins du canton de Genève (AMGe)
Lufkin Thomas	Directeur du Service de la santé numérique et du réseau de soins (SNRS) – Office cantonal de la santé (OCS)
Maye-Voutat Véronique	Directrice des affaires extérieures des HUG
Mazzaferri Patrick	Directeur du Service de l'assurance maladie (SAM) – Département de la cohésion sociale (DCS)
Méric Nadia	Directrice de cabinet du chef du Département de la santé et des mobilités DSM
Müller Philippe	Vice-président du conseil d'administration de l'Hôpital fribourgeois
Raetzo Marc-André	Médecin interniste et pneumologue - Co-fondateur du réseau de soins Delta
Schneider Jacques-André	Docteur en droit spécialisé en assurances sociales
Monod Thierry	Secrétaire de la commission, Conseiller scientifique, Service de la santé numérique et du réseau de soins (SNRS) - Office cantonal de la santé (OCS)

10.2. Exemples d'organisations de réseaux de soins

Sur le canton de Genève

10.2.1. Sur le canton de Genève

Réseau Delta – Genève

Les médecins du Réseau Delta exercent de façon indépendante, dans leur cabinet ou dans un centre médical. En tant que membres-actionnaires du Réseau, ils adhèrent à la philosophie Delta privilégiant la qualité et l'efficacité des soins, à savoir « faire tout ce qui est nécessaire mais seulement ce qui est nécessaire ».

C'est avec cette approche intelligente et respectueuse des ressources, qu'ils guident leurs patients dans un parcours de soins de qualité, tout en pratiquant une délégation judicieuse auprès des spécialistes ou établissements adéquats.

Les économies systématiques réalisées avec cette méthode de gardiennage « gatekeeping » permettent d'offrir aux patients une prime d'assurance-maladie obligatoire jusqu'à 15% moins chère que la normale, tout en respectant la totale liberté de décision du médecin et les besoins exprimés du patient.

Le réseau Delta a un projet d'étude financé par l'OFSP sur la gestion des patients chroniques/a besoin de soins complexes. Ce projet est basé sur la garantie de la continuité des soignants, le financement de la coordination de l'équipe de soins et la mise à disposition d'un outil de communication de type WhatsApp pour la communication avec la voisine, le pharmacien, les soignants, les proches aidants, le patient et le médecin. Ce projet devrait démarrer en 2025.

MEDIX

Dans toute la Suisse, plus de 900 médecins de famille et spécialistes sont membres des réseaux régionaux mediX. Les médecins mediX, indépendants dans leur pratique, sont largement reconnus pour la qualité de leur travail et de leur formation.

Dans les modèles d'assurance HMO ou médecin de famille, les médecins mediX deviennent le premier point de contact en cas de maladie ou d'urgence non-vitale. Ils accompagnent ainsi leurs patients pour toutes les questions liées à leur santé.

Les médecins mediX assurent la prise en charge et, si nécessaire, orientent le patient vers le spécialiste le plus approprié.

En raison de la qualité des soins et, partant, des coûts plus faibles sur la durée, la plupart des compagnies d'assurance accordent des réductions de primes pour les patients suivis par les médecins mediX qui souscrivent à des assurances type HMO ou médecin de famille.

Une bonne médecine ne doit pas forcément être chère. Les médecins membres des réseaux mediX ne prescrivent ainsi à leurs patients que les thérapies nécessaires et dont l'efficacité a été démontrée par les dernières connaissances scientifiques.

Les médecins de mediX cultivent des échanges professionnels intensifs. Dans le cadre de cercles de qualité réguliers, ils discutent des cas difficiles et des sujets médicaux d'actualité.

mediX développe des guides de bonne pratique, basés sur des études scientifiques et revues par les médecins membres. Ces meilleures pratiques médicales sont disponibles pour tous.

La plus grande partie des cabinets médicaux du réseau mediX est certifiée par la fondation indépendante EQUAM.

Remed

REMED est un important réseau de 300 médecins généralistes-internistes, pratiquant une médecine de haute qualité.

Tous les patients, quel que soit leur âge et leur état de santé, peuvent accéder au réseau REMED et être suivis par leur médecin responsable.

Tous les médecins exerçant dans le cadre du REMED sont affiliés à l'AMGe (association des médecins du canton de Genève). Ils contribuent à la maîtrise des coûts de la santé sans contrainte budgétaire.

10.2.2. En Suisse

EHC

L'Ensemble Hospitalier de la Côte (EHC) et l'assureur-maladie CSS ont lancé, le 1er janvier 2025 dans le canton de Vaud, une collaboration dans le domaine des soins intégrés. Un accompagnement personnalisé pour les cas complexes, un dossier numérique du patient et de nouvelles offres de prévention visent à améliorer le parcours thérapeutique et atténuer les coûts.

Le réseau de santé de l'EHC offre des soins médicaux complets avec un réseau de 40 spécialités médicales réparties sur plus de 30 sites dont 16 centres médicaux.

Le réseau de l'Arc jurassien

Le Réseau de l'Arc développe une approche inspirée de Kaiser Permanente aux Etats-Unis.

Il s'agit d'une société anonyme à participation égale entre le canton de Berne, l'assureur Visana (Modèle de santé VIVA) et le groupe de cliniques Swiss Medical Network.

Afin de motiver tous les acteurs, y compris les membres / patients, d'agir de manière responsable, le système de rémunération à l'acte des prestataires est remplacé par un financement par membre (la capitation). Le réseau de soins intégrés de l'Arc, canton du Jura,

a déjà attiré 1'500 adhérents depuis janvier 2024 et ce chiffre progresse. En première ligne de ce réseau on trouve une centrale téléphonique avec une équipe de gestionnaire de santé. Axes principaux : prévention, suivi des maladies chroniques et coordination afin d'éviter les examens inutiles. Cette première ligne est payée par les économies réalisées par le réseau.

MedBase

Le groupe Medbase est un acteur majeur du secteur de la santé en Suisse, opérant sur plus de 150 sites médicaux, pharmaceutiques et dentaires à travers le pays. Depuis sa création, Medbase a connu une croissance significative, consolidant sa position en tant que leader des services ambulatoires de médecine intégrée.

Avec près de 3'200 collaborateurs et collaboratrices, l'entreprise offre une prise en charge globale des patients, englobant la médecine préventive, les soins aigus, ainsi que la rééducation.

Au cœur de son modèle, une équipe interprofessionnelle regroupe plus de 480 médecins généralistes et spécialistes, 340 thérapeutes, 190 pharmaciens et pharmaciennes, ainsi qu'environ 360 dentistes et spécialistes de l'orthodontie, des implants et de l'hygiène dentaire. Ces professionnels collaborent étroitement pour garantir une continuité des soins et une coordination optimale, renforçant ainsi l'efficacité et la qualité des services offerts.

Medbase se distingue également par son engagement en faveur de la santé en entreprise à travers son offre Corporate Health. Ce service propose aux entreprises des conseils personnalisés et la mise en œuvre de projets globaux visant à améliorer la gestion de la santé en milieu professionnel. Par ailleurs, les 12 Sports Medical Center de Medbase sont spécialisés dans la prise en charge et le traitement des athlètes, qu'ils soient amateurs ou professionnels. Ces centres combinent expertise médicale et sportive pour offrir des soins adaptés aux besoins spécifiques des sportifs.

En plus de ses activités de soins, Medbase joue un rôle crucial dans la formation des futures générations de professionnels de la santé. Actuellement, près de 340 jeunes en formation bénéficient de l'expertise de Medbase, préparant ainsi l'avenir des soins en Suisse. Cet investissement dans la formation reflète l'engagement de l'entreprise à assurer un niveau élevé de compétence et de qualité dans les services de santé pour les années à venir.

De surcroît, Medbase continue d'innover et d'étendre ses services, en intégrant les dernières avancées technologiques et en adoptant une approche centrée sur le patient, garantissant ainsi une prise en charge personnalisée et efficace pour chaque individu. Grâce à ces efforts, Medbase ne cesse de renforcer son rôle de pilier dans le paysage de la santé suisse, tout en restant à l'écoute des besoins changeants de la population.

10.2.3. À l'international

Kaiser Permanente en Californie

Fondée en 1945, le réseau de soins intégrés Kaiser Permanente aux États-Unis est un modèle original d'organisation médicale qui permet de concilier impératifs d'efficacité économique et éthique médicale. Les médecins gardent pleine indépendance professionnelle dans un mariage organisationnel avec une fondation d'hôpitaux et une compagnie d'assurance toutes deux sans but lucratif. Kaiser Permanente, avec plus de 217'000 collaborateurs dont 23'000 médecins, gère le capital santé de plus de CHF 12.5 millions de membres aux États-Unis. Il assure une cohérence de prise en charge des patients du domicile vers l'hôpital et l'inverse, ainsi que dans la promotion de la santé de ses assurés. Cette intégration des filières de soins produit une médecine de qualité et ce, à des coûts étonnamment bas, qui supportent fort bien la comparaison avec le système de santé très contrôlé qu'est le National Health System au Royaume-Uni.

Le Kaiser Permanente soutient le modèle de l'équipe de soins autour du médecin de premier recours pour améliorer l'efficacité de la prise en charge et la satisfaction des patients et des professionnels de la santé. <https://hbr.org/2020/01/managing-the-most-expensive-patients>

L'organisation Buurtzorg aux Pays Bas (Soins de quartier)

Il s'agit d'un modèle, fondé en 2007 par Jos de Blok aux Pays Bas, qui adopte une approche holistique, dont le patient, considéré dans sa globalité, est au centre. Des équipes soignantes composées de 10 à 12 personnes, maximum, un secteur géographique très restreint, et une règle stricte : un client ne voit pas plus de deux soignants différents. 50 à 60 patients sont pris en charge par une même équipe, pour un quartier de 5 à 10'000 habitants. Les soignants sont disponibles et peuvent intervenir 24h/24 et 7 jours/7, selon les besoins propres à chaque client.

La tâche première du personnel infirmier est de prendre le temps de discuter avec le patient. Dans le langage Buurtzorg, on parle de temps du « first coffee », préalable à tout nouvel accompagnement. Quels sont ses antécédents médicaux ? Comment se sent-il ? Physiquement, psychologiquement ? A-t-il de la famille à proximité ? Quelles sont ses relations avec ses voisins ? Peuvent-ils lui venir en aide en cas de besoin ? Etc.

Ce premier interrogatoire permet de connaître les besoins individuels du patient et d'évaluer son environnement afin de mettre en place un plan de soins personnalisé (mis à jour régulièrement). Les objectifs finaux sont simples : autonomiser le patient en lui permettant de créer un réseau de proximité, et anticiper de potentielles pathologies ou dégradations de son état de santé.

La philosophie de Buurtzorg est fondée sur deux piliers : simplification des organisations et autonomie des équipes « Keep it small, keep it simple ».

L'entreprise réunit aujourd'hui 10'000 infirmières, composant 850 équipes, entièrement autonomes. Pas de hiérarchie. Pas de process préétabli. Pas de planning imposé.

Les équipes sont reliées entre elles par des échanges permanents (réseau social interne) : informations, conseils, partages de pratiques etc.

Chaque équipe intervient sur une zone géographique assez limitée pour se situer en proximité, et est responsable de :

- trouver des patients (liens avec prescripteurs et établissements);
- Faire la coordination(s) et transmissions avec les prescripteurs et autres professionnels;
- Construire le recrutement, le planning, la formation et les finances.

Les points clé :

- Vision globale (= holistique, systémique) de la personne et de ses besoins (pas uniquement physiologiques)
- Qualité du soin = qualité de la relation humaine et personnelle soignant-patient afin de minimiser le nombre d'intervenants différents au domicile
- Priorité = rendre le patient le plus autonome possible (éducation thérapeutique, prévention, mobilisation du réseau social de proximité)

Une étude du cabinet d'audit Ernst & Young réalisée en 2009, révèle, par exemple, que des économies de 40%, environ, sur le système de santé néerlandais sont réalisées, chaque année via Buurtzorg.

Si l'heure de soins coûte plus cher que dans d'autres structures (car elle est désormais prodiguée uniquement par des infirmiers et infirmières et non des aides-soignants ou des aides ménagères), sa qualité est tellement supérieure que le nombre total d'heures de soins nécessaire a diminué de 50% (étude KPMG, 2012).

Les patients qui font appel à Buurtzorg plutôt qu'à d'autres ont un taux d'admission aux urgences 30% inférieur. Leur suivi médical étant régulier et confié à deux personnes maximum, les signes avant-coureurs d'une pathologie sont décelés en amont. Ils enregistrent, également, une durée moyenne de séjour plus courte en cas d'hospitalisation et une durée de vie à domicile plus longue avant une admission en EMS.

Rand Health Insurance Experiment

La RAND Health Insurance Experiment (HIE) était une étude pionnière à grande échelle et randomisée, menée par la RAND aux Etats-Unis, entre 1971 et 1982, visant à examiner l'impact de différents modèles d'assurance-maladie sur l'utilisation des soins, les coûts et les résultats de santé. L'expérience incluait 2 750 familles, représentant plus de 7 700 personnes de moins de 65 ans, sélectionnées dans six sites variés aux États-Unis pour garantir une représentation équilibrée des zones régionales et urbaines/rurales.

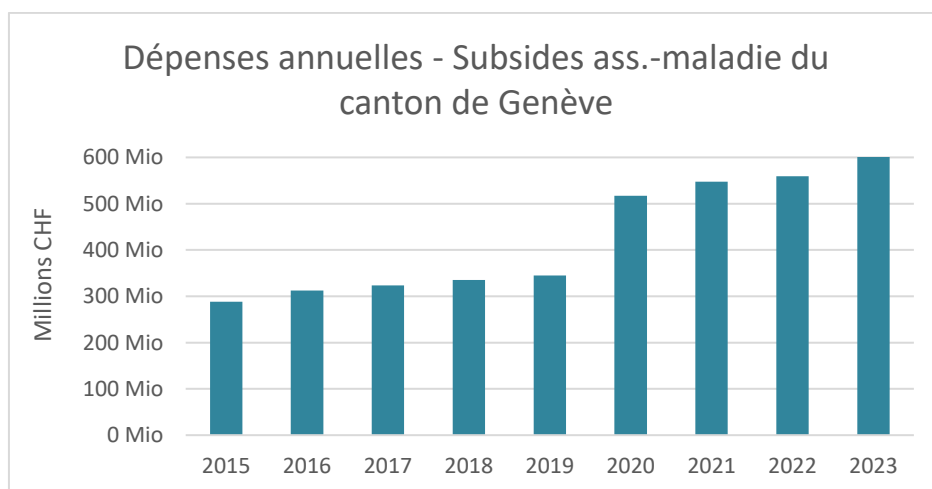
Les participants ont été assignés aléatoirement à l'un des cinq modèles d'assurance conçus pour l'expérience. Quatre de ces modèles étaient des systèmes de paiement à l'acte (fee-for-service, FFS) avec différents niveaux de partage des coûts : soins gratuits, quote-part de 25 %, quote-part de 50 % et quote-part de 95 %. Le cinquième modèle était un réseau intégré de soins de santé de type HMO offrant des soins gratuits aux participants. Bien qu'elle ait été réalisée il y a plus de quatre décennies, la HIE reste la seule étude à long terme et randomisée examinant l'impact du partage des coûts et des modèles de prestation de soins sur l'utilisation des services, les coûts et les résultats de santé.

La HIE a fourni des informations très intéressantes sur l'efficacité relative des HMO par rapport aux autres systèmes traditionnels. Les participants inscrits dans les HMO ont connu une réduction de 39 % des admissions à l'hôpital par rapport à ceux bénéficiant de soins gratuits dans les modèles FFS. Cette diminution des hospitalisations s'est traduite par des économies significatives dans les HMO sans diminution mesurable de la qualité des soins. Ces économies réalisées dans les HMO étaient comparables aux 30 % d'économies observées dans les modèles FFS avec des taux élevés de coassurance (par exemple, 95 %), mettant en évidence le rôle clé de la réduction des hospitalisations dans la diminution des dépenses globales.

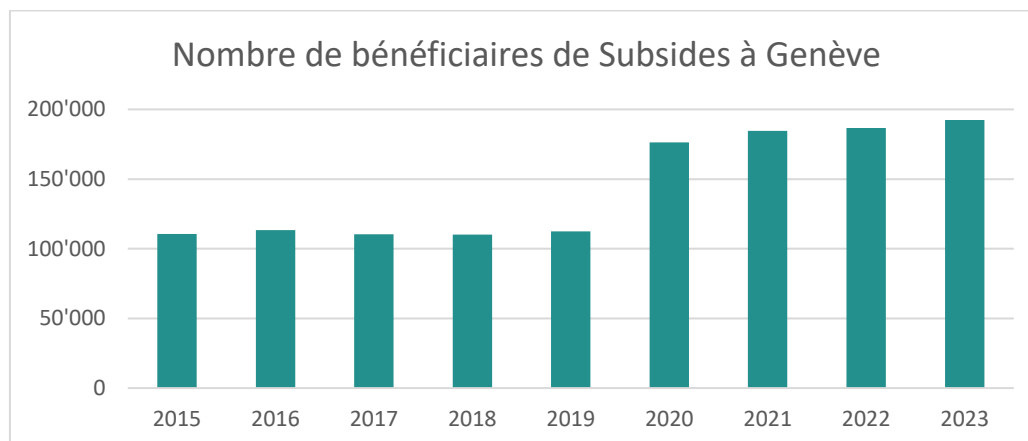
Ces résultats suggèrent que les réseaux de soins intégrés entre les différents prestataires de soins dans les domaines ambulatoire, hospitalier et des soins de longue durée, peuvent générer des réductions de coûts substantielles principalement en limitant les hospitalisations tout en maintenant des niveaux similaires de soins ambulatoires. Cependant, l'étude a également constaté que la satisfaction globale des patients était plus faible chez les participants inscrits dans des HMO que chez ceux inscrits dans des modèles FFS. Cette différence était particulièrement notable en ce qui concerne la qualité perçue de l'interaction médecin-patient et la facilité d'accès aux soins. Toutefois, ce résultat est sans doute daté historiquement.

10.3. Les bénéficiaires de subventions pour l'assurance-maladie

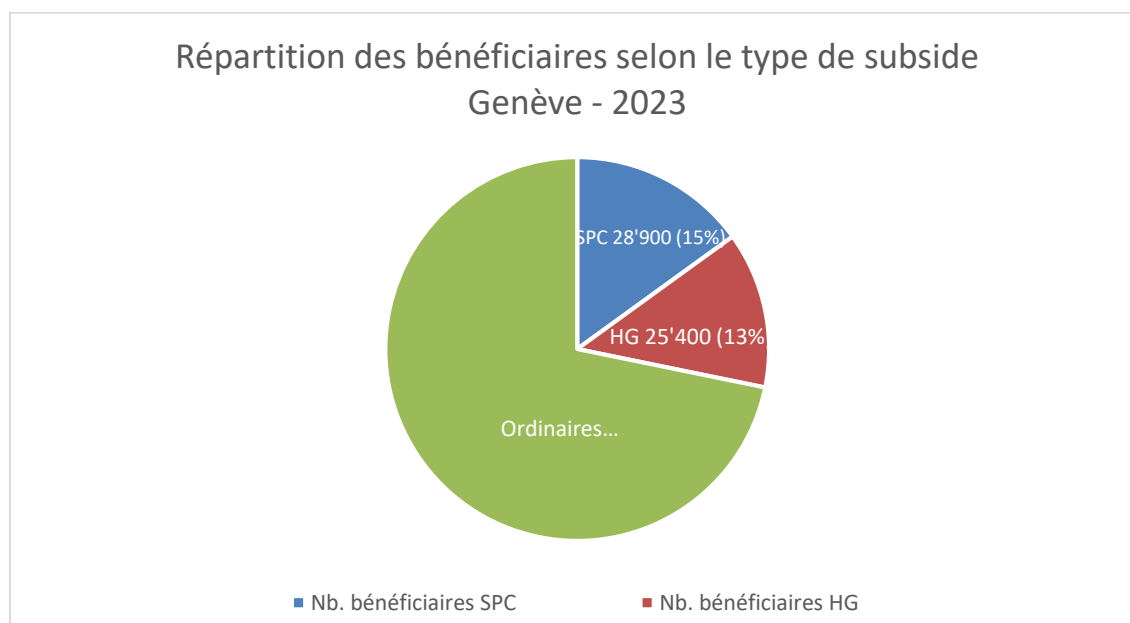
Tableaux chiffrés et commentés



En 2019, les Genevois ont adopté par votation populaire une modification du barème d'octroi des subsides ordinaires qui a non seulement augmenté le nombre de bénéficiaires, mais également les montants des subsides accordés. Cette modification, entrée en vigueur en 2020, explique la nette hausse de la dépense entre 2019 et 2020.



Sur l'illustration ci-dessus: augmentation significative des bénéficiaires en 2020 à la suite de l'adoption par les Genevois du nouveau barème d'octroi des subsides ordinaires.



Comme le montre l'illustration ci-dessus, il existe trois catégories de subsides. Les subsides destinés aux personnes bénéficiaires de prestations complémentaires (PC), les subsides destinés aux personnes bénéficiaires de l'aide sociale (Hospice général - HG) et les subsides partiels (dits ordinaires) accordés selon le revenu. En 2023, le montant total dépensé par le canton de Genève pour prendre en charge toutes ces catégories de subsides s'est élevé à CHF607 Mios.

Les subsides destinés aux bénéficiaires de PC dépendent du droit fédéral (LPC). Ils couvrent en principe la totalité de la prime standard (prime correspondant au modèle de base à 300 F de franchise et avec couverture accident), jusqu'à concurrence de CHF 676 en 2023 (CHF 713 en 2024). Le droit fédéral accorde ainsi un large choix d'assurance aux bénéficiaires de PC. En 2023, 28'900 personnes ont bénéficié d'un subside de ce type.

Les subsides destinés aux bénéficiaires de l'HG dépendent du droit cantonal. En 2024, ils couvrent la prime jusqu'à concurrence de CHF 564. Ce montant qui est inférieur à toutes les primes standards (modèle de base avec CHF 300 et couverture accident) incite les bénéficiaires de l'HG à choisir une assurance en modèle alternatif et/ou une franchise élevée s'ils veulent que leurs primes soient entièrement payées. En 2023, 25'400 personnes ont bénéficié d'une telle prise en charge. En fixant le montant du subside des bénéficiaires de l'HG de sorte qu'il couvre les primes les moins chères, les bénéficiaires sont incités à choisir une assurance en modèle alternatif. Ce système est déjà à l'œuvre, avec succès, dans le canton de Genève.

Les subsides ordinaires sont accordés selon le revenu déterminant unifié (RDU) qui est lui-même déterminé sur la base de la taxation N-2. On compte pour les adultes 8 catégories de subsides dont les montants sont les suivants en 2023 en CHF : 320, 270, 220, 180, 150, 110, 80, 50. Toujours en 2023, 138'000 personnes ont bénéficié de telles réductions de primes. Cette catégorie de subsides est appelée à évoluer ces prochaines années avec la mise en œuvre du contreprojet indirect à l'initiative fédérale "Maximum 10% du revenu des primes d'assurance-maladie" rejetée par le peuple le 4 juin 2024. En effet, chaque canton devra définir un pourcentage maximal que les primes devront représenter par rapport au revenu des assurés résidant dans le territoire.

10.4. Modèles d'assurance-maladie 2024 - Genève

Assurance-maladie avec couverture accident - Primes 2024 – Genève – Adulte dès 26 ans

CAISSE	MODELE D'ASSURANCE	Médiane / quartile	Franchise de CHF 300	Rabais par rapport à prime standard (%)
Assura (Prime = 80% de la prime standard Assura de CHF 620)	Réseau public intégré	1	496.00	20%
Helsana (Prime = 80% de la prime standard Helsana de CHF 676)	Réseau public intégré	2	540.00	20%
Nouvelle caisse publique genevoise (Prime = 80% de la prime standard moyenne de CHF 675.30)		3	540.20	20%
SANITAS	CompactOne	4	544.80	22%
ASSURA	Qualimed (HAM)	5	548.70	11.5%
ASSURA	Gesundheitnetz	6	550.00	11.3%
CSS (Prime = 80% de la prime standard CSS de CHF 688)	Réseau public intégré	7	550.40	20%
ASSURA	PharMed (HAM)	8	551.80	11%
MUTUEL (Prime = 80% de la prime standard Mutuel de CHF 690.40)	Réseau public intégré	9	552.40	20%
ASSURA	Hausarzt Modell (HAM)	10	554.90	10.5%
VIVAO SYMPANY	FlexHelp 24	11	559.00	14%
VIVAO SYMPANY	Casamed HMO	12	559.00	14%
CONCORDIA	SmartDoc	13	561.50	14.5%
CONCORDIA	HMO	14	561.50	14.5%
MUTUEL	OptiMed (HMO)	15	562.70	18.5%
ÖKK LANDQUART	Select	16	570.50	12.5%
ATUPRI	SmartCare	17	572.30	14.5%
HELSANA	BeneFit PLUS Telmed	18	574.60	15%
HELSANA	BeneFit PLUS Flexmed (HAM)	19	574.60	15%
HELSANA	BeneFit PLUS Hausarzt R1 (HAM)	20	574.60	15%
SANA24	Combi Care	21	575.20	16%
CSS	Multimed (HAM)	22	575.90	16.3%

CSS	Gesundheitspraxisversicherung T1 (HAM)	23	577.90	16%
HELSANA	BeneFit PLUS Hausarzt R2 (HAM)	24	581.30	14.4%
ATUPRI	HMO	25	582.30	13%
AQUILANA	Smartmed	26	584.40	13%
CSS	Gesundheitspraxisversicherung T2 (HAM)	27	584.80	15%
VIVAO SYMPANY	Casamed Hausarzt (HAM)	28	585.00	10%
VIVAO SYMPANY	Casamed Pharm (HAM)	29	585.00	10%
CONCORDIA	MyDoc (HAM)	30	587.80	10.5%
MUTUEL	PrimaFlex	31	588.60	14.7%
ASSURA	PreventoMed (HAM)	32	589.00	5%
MUTUEL	SanaTel	33	590.30	14.5%
VIVAO SYMPANY	Callmed 24 (HAM)	34	591.50	9%
CSS	Gesundheitspraxisversicherung T3 (HAM)	35	591.70	14%
EASY SANA	PrimaFlex	36	593.50	15%
EASY SANA	OptiMed (HMO)	37	593.50	15%
SWICA	Favorit Multichoice (HAM)	38	594.20	18.5%
HELSANA	BeneFit PLUS Hausarzt R3 (HAM)	39	594.80	12%
KPT	KPTwin.Plus (HMO)	40	595.70	13.8%
SWICA	Favorit Sante (HMO)	41	601.50	17.5%
EGK	EGK-Telcare	42	602.10	9.5%
EGK	EGK-Care (HAM)	43	602.10	9.5%
SANA24	Tel Care	44	602.60	12%
ÖKK LANDQUART	Telemedizin	45	603.10	7.5%
ÖKK LANDQUART	Hausarzt (HAM)	46	603.10	7.5%
SWICA	Favorit Medpharm (HAM)	47	605.10	17%
CSS	Callmed	48	605.40	12%
AVENIR	OptiMed (HMO)	49	606.40	22%
KPT	KPTwin.Doc (HAM)	50	606.90	12.2%
SANITAS	NetMed 1 (HAM)	51	607.70	13%
HELSANA	BeneFit PLUS Hausarzt R4 (HAM)	52	608.40	10%
ATUPRI	TelFirst	53	609.10	9%
SANA24	Tel Doc	54	609.40	11%
CSS	Hausarztversicherung Profit (HAM)	55	612.30	11%
KPT	KPTwin.Easy	56	612.60	11.4%
EASY SANA	PrimaCare (HAM)	57	614.50	12%
SANITAS	Medbase Multiaccess (HMO)	58	614.60	12%
SUPRA	PrimaCare (HAM)	59	615.90	16%
ÖKK LANDQUART	Gesundheitszentrum (HMO)	60	619.40	5%
EASY SANA	SanaTel	61	621.40	11%
HELSANA	Premed-24	62	621.90	8%
SANA24	Med Direct (HAM)	63	623.10	9%
SANA24	Managed Care (HMO)	64	623.10	9%
SWICA	Favorit Casa (HAM)	65	627.00	14%

VISANA	Managed Care (HMO)	66	627.20	16%
MUTUEL	PrimaCare (HAM)	67	628.30	9%
PHILOS	PrimaFlex	68	628.80	16%
SUPRA	PrimaFlex	69	634.20	13.5%
VISANA	Med Direct (HAM)	70	634.70	15%
PHILOS	SanaTel	71	636.30	15%
PHILOS	OptiMed (HMO)	72	636.30	15%
SANITAS	NetMed 2 (HAM)	73	639.10	8.5%
VIVACARE	Combi Care	74	641.40	14%
VIVACARE	Med Direct (HAM)	75	641.40	14%
VIVACARE	Managed Care (HMO)	76	641.40	14%
VISANA	Tel Care	77	642.10	14%
VISANA	Tel Doc	78	642.10	14%
SANA24	Managed Care without Capitation (HMO)	79	643.60	6%
KPT	KPTwin.Win	80	646.40	6.5%
SANITAS	Callmed	81	649.60	7%
SANITAS	CareMed (HAM)	82	649.60	7%
SANITAS	NetMed 3 (HAM)	83	649.60	7%
SANA24	Med Call	84	650.50	5%
AVENIR	PrimaFlex	85	653.10	16%
SWICA	Favorit Telmed	86	656.10	10%
SWICA	Favorit Medica (HAM)	87	656.10	10%
VIVACARE	Tel Doc	88	656.30	12%
VISANA	Combi Care	89	657.10	14%
PHILOS	PrimaCare (HAM)	90	666.20	11%
AVENIR	PrimaCare (HAM)	91	676.40	13%
AVENIR	SanaTel	92	691.90	11%
VIVACARE	Med Call	93	708.40	5%
VISANA	Med Call	94	724.20	3%
GALENOS	Managed Care (HMO)	95	757.70	14.1%
GALENOS	Med Direct (HAM)	96	757.80	14.1%

HAM = (Hausarztmodell) - Médecin de famille

HMO = (Health Maintenance Organization) - Réseau de soins

Assurance-maladie avec couverture accident - Primes 2024 – Genève – Adulte dès 26 ans Modèles alternatifs

	Assurance-maladie	Nom du produit	Type	Franchises	
				300 F	2'500 F
1	SANITAS	CompactOne	Téléphonique	544.80	416.50
2	ASSURA	Qualimed (HAM)	Médecin de famille	548.70	420.40
3	ASSURA	Gesundheitnetz	Réseau de soins	550.00	421.70
4	ASSURA	PharMed (HAM)	Médecin de famille	551.80	423.50
5	ASSURA	Hausarzt Modell (HAM)	Médecin de famille	554.90	426.60
6	VIVAO SYMPANY	FlexHelp 24	Hybride	559.00	430.70
7	VIVAO SYMPANY	Casamed HMO	Réseau de soins	559.00	430.70
8	CONCORDIA	SmartDoc	Téléphonique	561.50	433.20
9	CONCORDIA	HMO	Réseau de soins	561.50	433.20
10	MUTUEL	OptiMed (HMO)	Réseau de soins	562.70	434.70

11	ÖKK LANDQUART	Select	Hybride	570.50	442.20
12	ATUPRI	SmartCare	Médecin de famille	572.30	444.00
13	HELSANA	BeneFit PLUS Telmed	Hybride	574.60	446.30
14	HELSANA	BeneFit PLUS Flexmed (HAM)	Médecin de famille	574.60	446.30
15	HELSANA	BeneFit PLUS Hausarzt R1 (HAM)	Médecin de famille	574.60	446.30
16	SANA24	Combi Care	Hybride	575.20	446.90
17	CSS	Multimed (HAM)	Hybride	575.90	466.90
18	CSS	Gesundheitspraxisversicherung T1 (HAM)	Réseau de soins	577.90	449.60
19	HELSANA	BeneFit PLUS Hausarzt R2 (HAM)	Médecin de famille	581.30	453.00
20	ATUPRI	HMO	Réseau de soins	582.30	454.00
21	AQUILANA	Smartmed	na	584.40	456.50
22	CSS	Gesundheitspraxisversicherung T2 (HAM)	Réseau de soins	584.80	456.50
23	VIVAO SYMPANY	Casamed Hausarzt (HAM)	Médecin de famille	585.00	456.70
24	VIVAO SYMPANY	Casamed Pharm (HAM)	Hybride	585.00	456.70
25	CONCORDIA	MyDoc (HAM)	Médecin de famille	587.80	459.50
26	MUTUEL	PrimaFlex	Hybride	588.60	460.60
27	ASSURA	PreventoMed (HAM)	Modèle Hybride	589.00	460.70
28	MUTUEL	SanaTel	Téléphonique	590.30	462.30
29	VIVAO SYMPANY	Callmed 24 (HAM)	Téléphonique	591.50	463.20
30	CSS	Gesundheitspraxisversicherung T3 (HAM)	Réseau de soins	591.70	463.40
31	EASY SANA (Mutuel)	PrimaFlex	Hybride	593.50	465.50
32	EASY SANA (Mutuel)	OptiMed (HMO)	Réseau de soins	593.50	465.50
33	SWICA	Favorit Multichoice (HAM)	Hybride	594.20	480.40
34	HELSANA	BeneFit PLUS Hausarzt R3 (HAM)	Médecin de famille	594.80	466.50
35	KPT	KPTwin.Plus (HMO)	Réseau de soin	595.70	467.40
36	SWICA	Favorit Sante (HMO)	Réseau de soins	601.50	473.10
37	EGK	EGK-Telcare	Téléphonique	602.10	473.80
38	EGK	EGK-Care (HAM)	Médecin de famille	602.10	473.80
39	SANA24	Tel Care	Téléphonique	602.60	474.30
40	ÖKK LANDQUART	Telemedizin	Téléphonique	603.10	474.80
41	ÖKK LANDQUART	Hausarzt (HAM)	Médecin de famille	603.10	474.80
42	SWICA	Favorit Medpharm (HAM)	Hybride	605.10	476.80
43	CSS	Callmed	Téléphonique	605.40	477.10
44	AVENIR	OptiMed (HMO)	Médecin de famille	606.40	478.40
45	KPT	KPTwin.Doc (HAM)	Médecin de famille	606.90	478.60
46	SANITAS	NetMed 1 (HAM)	Médecin de famille	607.70	479.40
47	HELSANA	BeneFit PLUS Hausarzt R4 (HAM)	Médecin de famille	608.40	480.10
48	ATUPRI	TelFirst	Téléphonique	609.10	480.80
49	SANA24	Tel Doc	Téléphonique	609.40	481.10
50	CSS	Hausarztversicherung Profit (HAM)	Médecin de famille	612.30	484.00
51	KPT	KPTwin.Easy	Hybride	612.60	484.30
52	EASY SANA (Mutuel)	PrimaCare (HAM)	Médecin de famille	614.50	486.50
53	SANITAS	Medbase Multiaccess (HMO)	Réseau de soins	614.60	486.30
54	SUPRA	PrimaCare (HAM)	na	615.90	487.90
55	ÖKK LANDQUART	Gesundheitszentrum (HMO)	Réseau de soins	619.40	491.10
56	EASY SANA (Mutuel)	SanaTel	Téléphonique	621.40	493.40
57	HELSANA	Premmed-24	Téléphonique	621.90	493.60
58	SANA24	Med Direct (HAM)	Médecin de famille	623.10	494.80
59	SANA24	Managed Care (HMO)	Réseau de soins	623.10	494.80
60	SWICA	Favorit Casa (HAM)	Médecin de famille	627.00	505.90
61	VISANA	Managed Care (HMO)	Réseau de soins	627.20	498.90
62	MUTUEL	PrimaCare (HAM)	Médecin de famille	628.30	500.30

63	PHILOS	PrimaFlex	Modèle Hybride	628.80	500.80
64	SUPRA	PrimaFlex	na	634.20	506.20
65	VISANA	Med Direct (HAM)	Médecin de famille	634.70	506.30
66	PHILOS	SanaTel	Téléphonique	636.30	508.30
67	PHILOS	OptiMed (HMO)	Médecin de famille	636.30	508.30
68	SANITAS	NetMed 2 (HAM)	Médecin de famille	639.10	510.80
69	VIVACARE	Combi Care	Hybride	641.40	513.00
70	VIVACARE	Med Direct (HAM)	Médecin de famille	641.40	513.00
71	VIVACARE	Managed Care (HMO)	Médecin de famille	641.40	513.00
72	VISANA	Tel Care	Téléphonique	642.10	513.80
73	VISANA	Tel Doc	Téléphonique	642.10	513.80
74	SANA24	Managed Care ohne Capitation (HMO)	Réseau de soins	643.60	515.30
75	KPT	KPTwin.Win	Hybride	646.40	518.10
76	SANITAS	Callmed	Téléphonique	649.60	521.30
77	SANITAS	CareMed (HAM)	Médecin de famille	649.60	521.30
78	SANITAS	NetMed 3 (HAM)	Médecin de famille	649.60	521.30
79	SANA24	Med Call	Téléphonique	650.50	522.20
80	AVENIR	PrimaFlex	Hybride	653.10	525.10
81	SWICA	Favorit Telmed	Téléphonique	656.10	535.10
82	SWICA	Favorit Medica (HAM)	Médecin de famille	656.10	535.10
83	VIVACARE	Tel Doc	Téléphonique	656.30	527.90
84	VISANA	Combi Care	Hybride	657.10	528.70
85	PHILOS	PrimaCare (HAM)	Médecin de famille	666.20	538.20
86	AVENIR	PrimaCare (HAM)	Médecin de famille	676.40	548.40
87	AVENIR	SanaTel	Téléphonique	691.90	563.90
88	VIVACARE	Med Call	Téléphonique	708.40	580.10
89	VISANA	Med Call	Téléphonique	724.20	595.90
90	GALENOS	Managed Care (HMO)	Réseau de soins	757.70	629.40
91	GALENOS	Med Direct (HAM)	Médecin de famille	757.80	629.40

10.5. La réforme du financement uniforme des soins (Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen - EFAS)

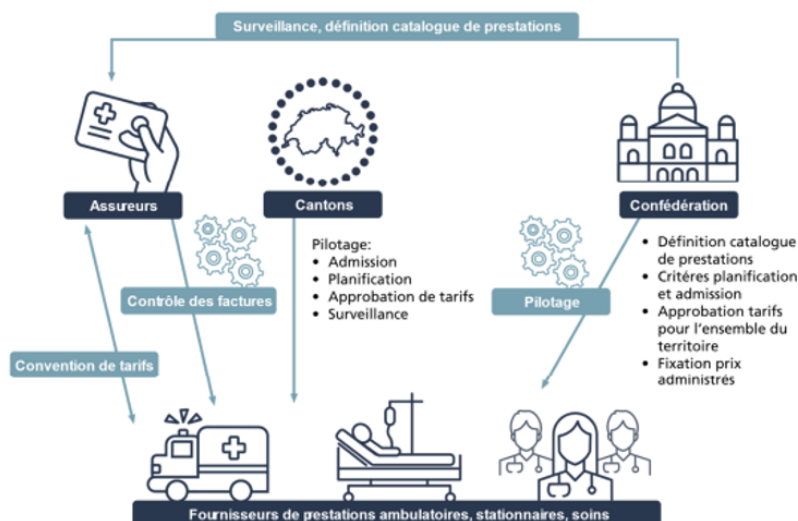
La réforme du financement uniforme des prestations va impacter le projet Béluga. À partir de 2028, les prestations ambulatoires et stationnaires seront financées de manière uniforme, et à partir de 2032, les prestations de soins également. Les cantons verseront une contribution de 26,9% des coûts nets (c'est-à-dire après déduction de la participation aux coûts) aux assureurs. 73,1% des coûts nets seront financés par les primes. Le financement uniforme va encourager le passage du stationnaire vers l'ambulatoire dès l'instant où l'ambulatoire bénéficie également d'un financement étatique. Ce transfert peut être source d'économie pour un réseau de soins intégrés.

Avec la réforme, les assureurs auront intérêt, pour mieux maîtriser les coûts de la santé, à proposer des formes particulières d'assurance qui améliorent la coordination de la prise en charge par les différents fournisseurs de prestations tout au long du parcours des soins. Cela permettra d'éviter les soins excessifs, inadéquats ou insuffisants.

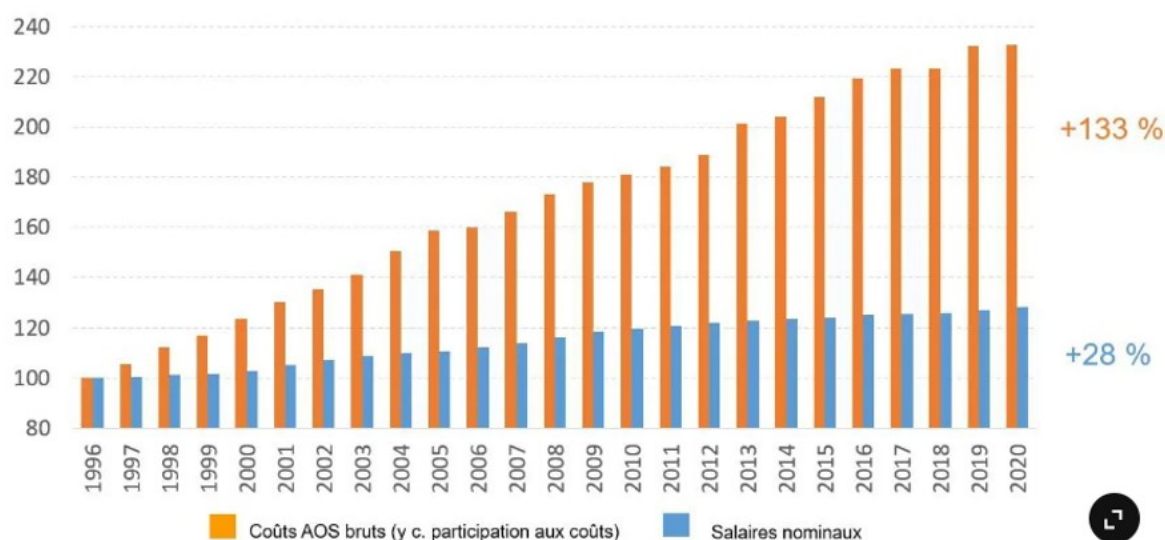
Comme les cantons cofinancent désormais aussi les prestations ambulatoires, ils disposeront de nouvelles possibilités de pilotage.

L'illustration suivante montre les compétences de surveillance et de pilotage dans le système de l'assurance obligatoire des soins avec un financement uniforme.

L'examen de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité dans les cas individuels reste, comme aujourd'hui, une compétence des assureurs.

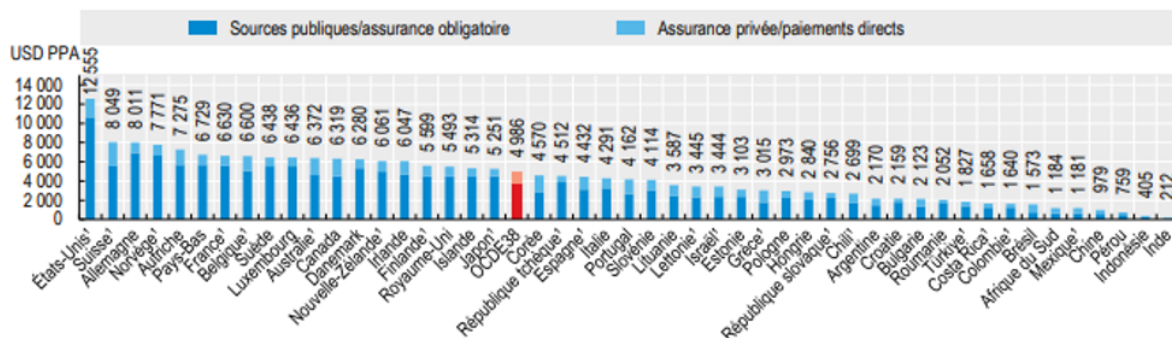


10.6. Évolution des coûts de la santé par habitant – 1996 à 2020



Source OFSP

Dépenses de santé par habitant – 2022 (ou année la plus proche)

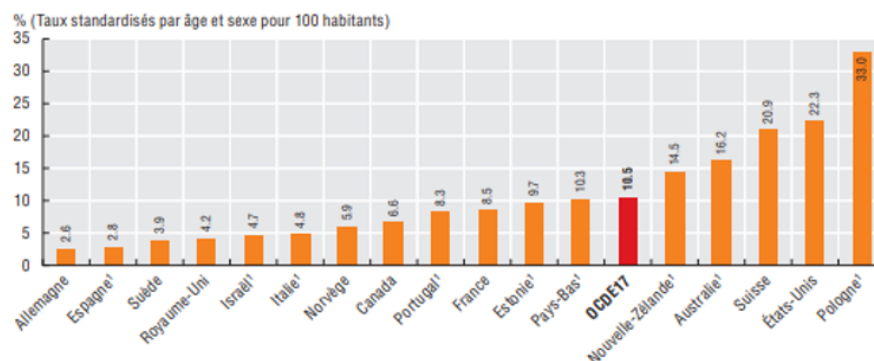


1. Estimations de l'OCDE.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023 ; Base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales.

10.7. Renoncement aux soins en raison du coût – 2016

Graphique 5.4. Renoncement aux consultations en raison du coût, 2016 (ou année la plus proche)



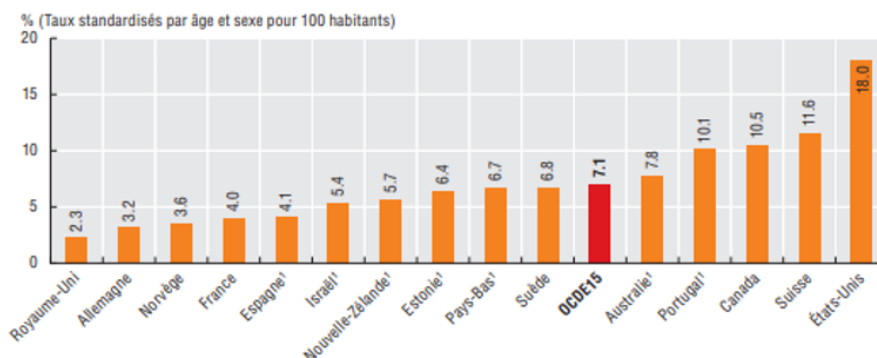
Note : Sources nationales.

Source : Commonwealth Fund, Enquête internationale sur les politiques de santé 2016 et autres sources nationales.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607630>

l'Office fédéral de la santé publique de Suisse (OFSP) a publié, en 2016, une étude qui montre qu'entre 2010 et 2016, il y a eu une hausse du recours aux prestataires de santé (par exemple, « la part de répondants ayant rencontré au moins deux médecins au cours des douze [mois précédant l'étude] est passée de 44,9% [en 2010] à 56,8% [en 2016] »). Paradoxalement durant la même période, « la part de répondants en Suisse déclarant avoir renoncé à des soins de santé pour des raisons de coûts est passée de 10,3% à 22,5%. »

Graphique 5.5. Renoncement aux médicaments prescrits en raison du coût, 2016 (ou année la plus proche)



1. Sources nationales.

Source : Commonwealth Fund, Enquête internationale sur les politiques de santé 2016 et autres sources nationales.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607649>

10.8. Etude comparative des soins intégrés en suisse¹⁶

Cette étude comparative des soins intégrés en Suisse adopte une approche à long terme pour évaluer si les économies de coûts associées aux systèmes de soins intégrés (MC), en particulier aux organisations de maintien de la santé (HMO), sont pérennes. L'analyse se concentre exclusivement sur les plans HMO, car l'assureur ayant fourni les données n'offrait que ce modèle MC jusqu'en 2006. Bien que les prestataires HMO soient rémunérés selon un système de capitation, des données détaillées sur les consultations sont tout de même disponibles, les traitements ambulatoires étant enregistrés comme s'ils étaient facturés en mode "fee-for-service" (FFS). Cela permet une comparaison cohérente entre les individus couverts par des plans HMO et ceux sous plans FFS standards.

¹⁶ Kauer, Lukas. (2017). Long-term Effects of Managed Care. Health Economics, 26(10), 1210-1223.- <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.3392>

L'étude s'appuie sur deux échantillons : le premier comprend des individus ayant rejoint un plan HMO en 2005 et y étant restés jusqu'à la fin de la période d'observation en 2014. Le second inclut des individus ayant intégré un plan HMO en 2005, qu'ils l'aient quitté par la suite ou non. Un groupe témoin composé de patients en FFS, sélectionnés en fonction de leur probabilité similaire de rejoindre un HMO sur la base de leurs caractéristiques observables, sert de situation contrefactuelle pour la comparaison.

Les résultats montrent que les plans HMO réduisent l'utilisation des services, notamment grâce à un nombre moindre de consultations et à des séjours hospitaliers plus courts, sans effet négatif sur les résultats de santé des patients. Malgré l'intensité réduite des services, les individus en HMO étaient aussi susceptibles, voire plus, que ceux sous FFS de consulter au moins une fois par an ou d'avoir des dépenses de santé positives. De plus, les taux de mortalité étaient plus faibles chez les participants aux HMO, ce qui suggère que les stratégies de maîtrise des coûts des HMO ne compromettent pas les résultats de santé à long terme. Ces résultats soutiennent l'idée que les HMO parviennent à réduire efficacement les traitements ou consultations médicalement inutiles tout en garantissant des soins appropriés.

La conclusion la plus marquante concerne les économies de coûts importantes et durables réalisées par les HMO. Entre 2005 et 2014, les dépenses moyennes annuelles de santé (HCE) des individus sous HMO étaient inférieures de 27 % à 51 % à celles des patients sous FFS. De ces économies, 18 % à 36 % sont attribuables à des gains d'efficacité, tandis que le reste (9 % à 15 %) résulte de l'auto-sélection d'individus ayant des attentes de coûts de santé plus faibles dans les plans HMO. Ces résultats soulignent le potentiel des HMO à réduire significativement les coûts tout en maintenant des standards élevés de soins sur une période prolongée.

Études	Années des données utilisées	Type de modèle MC	Réduction non corrigée*	Corrig. Indications¥	Auto-sélection
Bauer, Hunger, Kämpf, Stock (1997)	1993-1994	HMO avec capitation	41%-34%	26%-19%	15%
Etter, Perneger (1998)	1993	MMF avec capitation	35%	21%	14%
Lehmann, Zweifel (2004)	1997-2000	HMO avec capitation	62%	40%	22%
		MMF avec bonus	34%	10%	24%
		MMF avec liste	39%	21%	18%
Werblow (2005)	1997-1999	MMF	10-15%	-	-
		HMO	6%		
Schwenkglenks, Preiswerk, Lehner, Weber, Szucs (2006)	2000	MMF avec liste	8%, n.s.	15%-19%, n.s.	-7%
Fitzi (2004)	2003	Télémédecine	22%	4%	18%
Fitzi (2005)	2004	Télémédecine	25%	8%	17%
Grandchamp, Gardiol (2011)	2003-2006	Télémédecine	57%-62%	4%	53%-58%
Trottmann, Zweifel, Beck (2012)	2003-2006	HMO & MMF avec capitation	42%	12%-19%	30%-23%
Beck (2013:361)	2006-2007	HMO & MMF avec capitation	59%	9%	50%
Reich, Rapold, Flatscher-Thöni (2012)	2006-2009	HMO & MMF avec capitation	30%	21%	9%

		MMF avec bonus	21%	16%	5%
		Télémédecine	22%	4%‡	18%
Reiche, Rapold, Blozik (2017)	2013-2014	HMO & MMF avec capitation		13%	
		Liste & Télémédecine	-	10%	-
Kauer (2017)	2003-2014	HMO avec capitation	27% à 51%	14-36%	9 % à 15 %
Abréviations : MMF = modèle du médecin de famille, HMO = Health Maintenance Organization, n.s. = statistiquement non significatif (p-value > 0.1)					
Remarques : Sauf indication contraire, toutes les valeurs publiées sont statistiquement significatives.					
* L'économie non corrigée correspond à la différence entre les coûts moyens des assurés ordinaires et des assurés MC.					
¥ L'économie corrigée est la différence entre l'économie non corrigée et l'effet de sélection.					
‡ Les assurés qui n'ont appelé que le centre d'appel, mais qui n'ont pas consulté de médecin par la suite, n'ont pas été pris en compte dans l'analyse.					
Les économies réelles devraient donc être plus importantes.					