

Réflexions sur l'art. 59b LAMal

Etat des lieux

Bien que de bonne qualité en comparaison internationale, le système de santé suisse présente de nombreuses lacunes touchant à la coordination des soins, à la couverture des besoins, à la détection précoce et à la prévention. Mélange de médecine libérale et de gestion administrative peu performante, le système est surtout peu à même d'intégrer les exigences du futur en matière de vieillissement de la population et de technologie numérique. Le défi est de trouver une meilleure organisation du système, qui facilite l'intégration des soins et l'utilisation rapide des nouvelles technologies numériques.

Les coûts en Suisse sont élevés sans qu'on puisse dire qu'ils soient excessifs en comparaison européenne. C'est surtout leur croissance qui, à terme, va poser un problème. Avec le poids toujours plus important des personnes âgées et des possibilités offertes par les nouvelles technologies médicales, la croissance des dépenses ne pourra que s'accélérer ces prochaines années, en rendant le financement toujours plus difficile. Les principales causes de la part évitable du surcoût actuel et de l'absence de maîtrise de la croissance des coûts sont les prestations inutiles, le manque de coordination entre les différents prestataires, le niveau de prix, le remboursement des prestataires de soins à l'activité (à l'acte pour les activités ambulatoires et au forfait pour l'hospitalisation), un management peu performant et une régulation administrative trop rigide.

En outre, les coûts d'hospitalisation sont financés à la fois par les assureurs et par les cantons alors que les prestations ambulatoires sont exclusivement à la charge des assureurs. Ce système dual crée un dysfonctionnement important en raison de la substitution croissante des hospitalisations par les prises en charge ambulatoires.

D'une façon générale, les évolutions en cours et le futur prévisible imposent de réformer l'ensemble du système de santé. Cette réforme inclut la réorganisation des services de santé, telle que proposée dans ce document, et aussi le développement de stratégies de prévention primaire des maladies, c'est-à-dire la maîtrise des déterminants modifiables de la santé humaine pour diminuer la fréquence des maladies. Nous ne réussirons pas à prendre en charge les malades de plus en plus nombreux sans réduire le nombre de malades souffrant de maladies évitables.

Ainsi, la réorganisation du système de santé doit se faire avec deux jambes, l'une visant la réduction de la fréquence des maladies par des interventions populationnelles. L'autre jambe vise l'amélioration du pronostic des maladies en améliorant l'efficacité et la sécurité du système de soin.

Le modèle proposé

Le modèle proposé ici pour réformer le système de santé s'inspire des expériences réalisées dans d'autres pays : les HMO (Health Maintenance Organisation) et les ACO (Accountable Care Organisations) aux Etats-Unis, les réflexions anglo-saxonnes sur le système de soins intégrés et les ACS (Accountable Care Systems) en Angleterre et en Nouvelle-Zélande, par exemple, le système mis en place en France et en Belgique (maisons de santé) et en Suisse (les réseaux Medix et Delta).

Ce modèle vise à intégrer une partie des fonctions d'assureur et de prestataire de soins dans une seule entité, appelée Organisme de santé.

L'organisme de santé est une entreprise de prestataire de soins dotée d'une direction médicale, qui

- prend en charge au minimum les prestations de médecine générale (une structure plus large en termes de prestations fournies permettrait de mieux assurer l'intégration des soins)
- conclut des contrats avec d'autres prestataires pour offrir les prestations qu'il n'assure pas lui-même,
- perçoit, de la part des assureurs et du canton une somme mensuelle fixe pour les assurés qui passent contrat avec lui.

L'organisme de santé répond à la fois de la prise en charge médicale de ses adhérents et de son propre équilibre économique. Le financement de l'organisme ne se base plus sur le volume et la nature de l'activité, mais sur un système de capitation, i.e., une somme annuelle fixe versée pour chaque patient inscrit auprès de l'organisme de santé. Dans ce sens, ce dernier revisite la relation soignant-soigné : une fois le montant de capitation versé, l'assureur et le canton n'interviennent plus dans la délivrance des prestations et leur financement. Ce système diminue ainsi les coûts liés à l'administration et à la gestion liés à la facturation à l'activité et son contrôle.

L'organisme de santé est mieux à même de juger, d'une part, de la pertinence des prestations fournies par les spécialistes et par les hôpitaux mandatés et,

d'autre part, de la pertinence des coûts facturés. L'organisme n'intervient pas ex post mais ex ante. En raison de ses compétences et de sa proximité avec ses adhérents, l'organisme est mieux à même d'assurer l'intégration des soins et d'anticiper les risques de dégradation de l'état de santé. Il peut mettre en œuvre des programmes financés par l'Etat visant des mesures populationnelles telle que la prévention des maladies, la promotion de la santé et l'éducation à la santé.

Caractéristique générale du modèle : capitation intégrale et soins intégrés

La question de la capitation est centrale, en raison des possibilités de réduction des coûts (administratifs, doublons, examens et traitements inappropriés et de prix) et d'amélioration de la qualité (adaptation individuelle des traitements) que ce système de financement rend possible. Par ailleurs, il ne faut pas sous-estimer les risques financiers (par exemple, les épisodes de maladie très coûteux plus fréquents qu'estimés) et les risques techniques (calcul de la participation des assureurs et du canton en fonction du risque présenté par chaque adhérent) que comporte ce système.

Les risques financiers peuvent être atténués par un système de réassurance (voir modèle Delta) et par un nombre suffisant d'adhérents permettant de diminuer le risque global (estimation de 20'000 à 30'000 adhérents).

En soi, le modèle de capitation ne demande pas de dérogation à la LAMal. Mais il est indispensable de déroger à la LAMAL pour assurer l'intégration des soins et pour tester un certain nombre d'amélioration du système.

L'organisme de santé vise des améliorations dans les trois domaines visés par l'article 59b LAMal : maîtrise des coûts, amélioration de la qualité et développement du numérique, sachant que ce dernier a une incidence sur l'amélioration de la qualité et la diminution des coûts. DE plus, l'amélioration de la qualité peut également faire baisser les coûts.

Acteurs, garants et partenaires

Deux acteurs et deux acteurs et garants interviennent dans la mise en œuvre du projet.

Les deux acteurs sont :

- L'organisme de santé en charge du projet
- L'adhérent qui est un assuré ayant choisi de participer au projet

Ils passent un contrat nécessitant de partager des valeurs et des engagements réciproques (on revisite ainsi le rapport singulier médecin-patient).

Cet engagement nécessite de donner à l'organisme de santé et à l'adhérent la possibilité de rompre à tout instant le contrat si l'adhérent ne se sent plus à l'aise dans le système ou que l'organisme de santé estime l'attitude de l'adhérent menaçante pour les objectifs du projet. Les ruptures de contrats de la part de l'organisme de santé nécessitent des règles précises et un suivi pour éviter la suspicion d'un écrémage de la clientèle.

L'organisme de santé, dans le modèle proposé, vise :

- ... une meilleure satisfaction de ses collaborateurs en augmentant la part métier au détriment d'une activité administrative sans valeur ajoutée et une utilisation optimale des compétences des différents professionnels, donc une amélioration de l'efficacité.
- ... À dégager une marge permettant d'investir dans les conditions de travail de ses collaborateurs, la formation continue, le numérique, et dans des actions de prévention et d'information.

Les adhérents sont attirés dans le modèle par :

- une meilleure qualité de la prise en charge (meilleure coordination, plages d'intervention élargies, prestations adaptées individuellement en fonction des besoins) par l'organisme de santé.
- Des avantages financiers en termes de réduction de primes.

Les acteurs et garants sont :

Les assureurs

Les assureurs maladie passent un contrat avec l'organisme de santé pour fixer le montant de la capitation en fonction des caractéristiques de l'assuré qui adhère au projet (état de santé, niveau de franchise, couverture accident, assurances complémentaires éventuelles, ...).

Outre le fait de faire une promotion active pour le modèle auprès de leurs assurés concernés, l'organisme de santé reçoit des assureurs les informations historiques et les données sur la compensation des risques entre adhérents. Ces informations permettent de calculer le montant de la capitation et d'évaluer le fonctionnement de l'organisme de santé (par exemple via une étude comparant l'état de santé des adhérents à l'organisme avec un groupe de contrôle de non adhérents. Il serait

également souhaitable que les assureurs contribuent aux coûts extraordinaires de l'évaluation et de l'analyse des données demandés par le DFI, pour soutenir le projet pilote.

Les assureurs ont intérêt à proposer un tel modèle pour éviter le départ d'assurés vers d'autres caisses ou en recruter de nouveaux. Un pourcentage important d'assurés membre d'un réseau en capitation permet de diminuer les coûts globaux de la caisse et donc de la rendre plus concurrentielle. Enfin, les résultats du modèle de capitation peuvent servir de référence pour améliorer d'autres modèles proposés par les assureurs.

Les départements cantonaux de la santé et des affaires sociales

Dans le cadre du projet, l'implication des départements de la Santé et des Affaires sociales est indispensable. Dans le cadre du projet, il est attendu de leur part un soutien dans les domaines suivants :

- **Financement à la capitation**

Le financement dual des prestations d'hospitalisation et médicosociales dans lequel l'Etat finance directement les prestataires de soins est un obstacle à une bonne gestion intégrée des prestations. Il est demandé à l'Etat de verser à l'organisme de santé un montant de capitation tenant compte des coûts liés à l'hospitalisation, à l'hébergement en EMS et l'état de santé des adhérents. En contrepartie, l'organisme de santé paie intégralement les coûts des hospitalisation et des prestations médicosociales.

- **Participation financière au projet**

Il est attendu de l'Etat qu'il participe financièrement au projet à la fois pour soutenir les actions de prévention et d'éducation à la santé, pas ou peu prise en charge dans le système actuel d'assurance maladie, et pour contribuer aux coûts extraordinaires de l'évaluation et de l'analyse des données demandés par le DFI.

S'agissant du financement des actions de prévention, la Fondation Promotion Santé Suisse pourrait également être approchée.

- **Faciliter l'intégration des prestations sociales et de santé**

Les pays anglo-saxons ont clairement documenté l'intérêt d'intégrer l'octroi de certaines prestations sociales, principalement celles octroyées en nature, en coordination avec les soins. C'est déjà aujourd'hui le cas

pour les soins et l'aide à domicile dans le but de favoriser le maintien à domicile. Les requérants du projet souhaitent pouvoir expérimenter un tel type d'intégration en recevant le mandat de l'Etat d'octroyer certaines prestations sociales.

L'ouverture et la gestion de dossiers d'aide sociale coûte cher à l'Etat. Il serait moins coûteux et plus efficace de donner une délégation aux organismes de santé qui ont une connaissance approfondie des besoins de leurs adhérents et des actions qui peuvent améliorer leur qualité de vie et leur santé.

L'organisme de santé a donc besoin d'une délégation pour fournir des prestations sociales en nature gratuites ou à prix réduits et à octroyer des aides ponctuelles aux personnes qui n'ont pas suffisamment de moyens financiers. Ces prestations se font dans le respect des normes en vigueur mais avec une marge d'appréciation personnalisée. L'organisme de santé a également besoin d'accéder aux données sur ses adhérents afin de pouvoir prendre les décisions nécessaires en connaissance de cause.

Les partenaires sont :

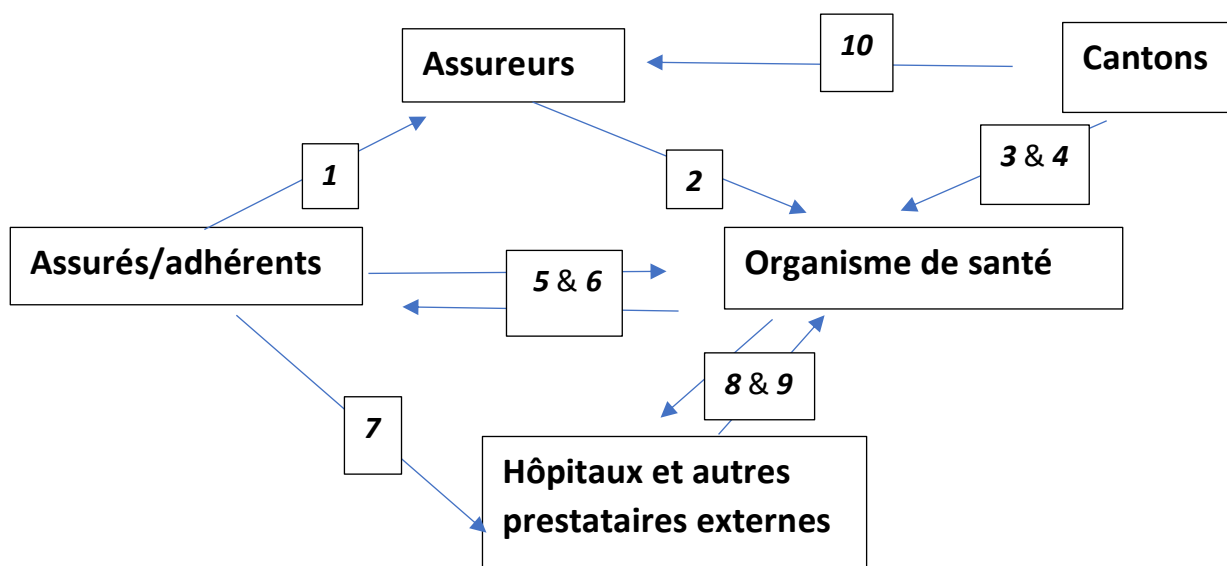
Les prestataires de santé et du social externes à l'organismes de santé

S'agissant de besoins en ressources extérieures pour offrir des prestations non-fournies par l'organisme de santé, il faut viser principalement une collaboration avec les institutions et les professionnels qui partagent les valeurs et les choix thérapeutiques, ainsi que les objectifs de coûts, de qualité et d'organisation de l'organisme de santé. L'organisme de santé peut leur offrir une collaboration en termes de partage d'informations et d'expériences qui peuvent diminuer leurs coûts et améliorer la qualité de leurs prestations.

Le mandataire indépendant en charge de l'évaluation

L'al 6 dispose que « *Le Conseil fédéral fixe les conditions d'autorisation ...(et) ... les exigences minimales auxquelles répond l'évaluation des projets pilotes menée par les partenaires au projet* ». Il est donc très important de désigner un mandataire externe qualifié pour évaluer les résultats du projet.

Relations entre les acteurs et les partenaires du projet



1	L'assuré paie sa cotisation conformément à son contrat avec l'assureur
2	L'assureur verse à l'organisme le montant de la capitation convenue et sa contribution au projet
3	Le canton verse à l'organisme le montant de la capitation convenue pour les soins hospitaliers et médicosociaux, des subventions pour les programmes de prévention et sa contribution au projet.
4	Le canton rembourse à l'organisme les dépenses sociales faites par délégation sous mandat
5	L'adhérent verse le montant de sa franchise et ses participations à l'organisme
6	L'organisme prend en charge l'adhérent selon contrat signé entre les parties
7	L'adhérent se rend chez un prestataire externe qui a reçu un mandat de l'organisme
8	L'organisme mandate les prestataires externes et les rémunère en tiers payant selon le contrat passé avec eux. Aucune prestation n'est payée sans mandat. Les délégations et prescriptions du prestataire externe sont transmises à l'organisme qui leur donne la suite qui convient. L'assuré est débiteur des prestations externes. Il reçoit le remboursement s'il s'agit d'une urgence justifiée et après vérification de la pertinence des prestations effectuées
9	Le prestataire externe fournit toutes les informations nécessaires sur ses intervention selon contrat passé entre les parties
10	Le canton verse à l'assureur les subsides LAMal

Informations sur la mise en œuvre d'un projet

Les projets doivent faire l'objet d'une procédure d'autorisation du DFI. Selon les information reçues de l'OFSP « *le 1er volet de mesures visant à maîtriser les coûts (dont fait partie l'article sur les projets pilotes, art. 59b LAMal) doit*

*encore être concrétisée par une ordonnance du Conseil fédéral. L'ensemble de ce cadre légal (l'art. 59b LAMal et le droit d'exécution) n'entrera en vigueur que sous cette réserve et **au plus tôt le 1er janvier 2023**. Ce n'est donc qu'une fois les dispositions en vigueur qu'il pourra être examiné si un projet pilote peut s'inscrire dans ce cadre. Pour rappel, l'objectif de l'art. 59b LAMal est d'autoriser des projets innovants qui visent à limiter la hausse des coûts, au renforcement de la qualité ou à la promotion de la numérisation. Les modèles proposés pour l'expérimentation devront donc sortir du cadre de la législation sur l'assurance-maladie et ne devront pas présenter des mesures déjà en vigueur. Les projets pilotes ne pourront par ailleurs être conduits que dans les domaines exhaustivement prévus par la loi (art. 59b, al. 2 et 3, LAMal) ».*

La question centrale est: Quelles dérogation à la LAMal faut-il tester et sera-t-il possible, dans la procédure d'évaluation, de distinguer clairement les effets de telle ou telle dérogation ?

Rappelons que ce type de projet répond à l'al. 2 litt. a et c à g de l'art. 59 b, à savoir :

- a. Fourniture de prestations sur mandat de l'assurance obligatoire des soins au lieu du remboursement des prestations ;*
- c. Limitation du choix du fournisseur de prestations ;*
- d. financement uniforme des prestations hospitalières et ambulatoires ;*
- e. promotion de la coordination et de l'intégration des soins ;*
- f. renforcement des exigences de qualité ;*
- g. promotion de la numérisation.*

Il va s'agir, pour démarrer un projet, d'identifier les mesures à prendre pour maximiser l'efficacité du modèle et lesquelles de ces mesures dérogent à la LAMal, voire à des lois cantonales, afin de préparer le dossier à transmettre au DFI.