



Synthèse

«Gesundes Kinzigtal»: Possibilités de transfert en Suisse, expertise à l'attention de Promotion Santé Suisse, Prof. Dr. Stefan Felder, Dr. Stefan Meyer.

Promotion Santé Suisse

Raphaël Trémeaud, Jvo Schneider, Martin della Valle | 10.10.2021 | Berne

Table des matières

1	Préalable	3
2	Mandat	3
3	Introduction	4
4	Structuration du document	4
5	Résultats	4
5.1	La reproductibilité du modèle GK dépend en partie	5
5.2	Restriction de la liberté de choix, le modèle du médecin de famille et la répartition des coûts par capitation	5
5.3	Deux variantes Suisse: HMO+ et Gesundheitsregion AG	5
5.4	Financement initial et financement à long terme	5
5.5	Discussion sur le modèle	5
6	Réponse au mandat	6
6.1	Point de vue juridique	6
6.2	Conditions-cadres	6
6.3	Mise en œuvre	7

1 Préalable

Le présent document présente une synthèse du document «*Gesundes Kinzigtal*»: *Möglichkeiten der Übertragung auf die Schweiz, Gutachten zu Händen «Gesundheitsförderung Schweiz»*, les choix éditoriaux sont du ressort des auteurs du présent document.

Ce mandat s'inscrit dans le cadre d'une évaluation orienté vers la pratique de modèle existant, il ne s'agit ici ni d'une recommandation pour des projets ni d'une prise de positions au niveau politique. Le concept de GK s'inscrit dans une approche de soins intégrés, la perspective de la prévention dans le domaine des soins est différente du fait de l'intégration des acteurs et approches de la prévention et de la promotion de la santé. Si les conclusions et les pistes évoquées dans le mandat ne sont pas transposables directement, les réflexions proposées sont néanmoins une source potentielle d'inspiration pour de futurs projets. Les analyses livrées ici peuvent servir de support à de nouveaux projets pour l'élaboration de leurs concepts ou des projets en cours pour des réflexions à un financement durable.

2 Mandat

Dans le cadre de ce mandat de recherche orienté vers la pratique, Promotion Santé Suisse souhaitait que les questions suivantes soient clarifiées :

1. Dans quelles conditions le modèle «Gesundes Kinzigtal» peut-il être transféré en Suisse ?
2. Quelles conditions-cadres devraient être adaptées aux conditions suisses ?
3. Comment un modèle suisse (de financement et mise en œuvre) pourrait-il être conçu et quels acteurs-clés devraient être impliqués ?
4. Comment faire en sorte qu'un modèle suisse adapté trouve en Suisse des partenaires dans la mise en œuvre ?
5. Quel rôle les caisses d'assurance-maladie joueraient-elles et comment pourraient-elles être motivées à prendre un engagement (financier) correspondant ?
6. Quel(s) parrainage(s) serait (seraient) envisagé(s) pour un tel projet pilote en Suisse ?
7. Quel devrait être le but d'un appel à propositions proactif pour un tel projet pilote afin de susciter l'intérêt des promoteurs potentiels de projets ?

3 Introduction

«Gesundes Kinzigtal» (GK) est une SARL fondée en 2006 dans le but de fournir des services de soins intégrés dans la région du Kinzigtal moyen. Environ 70 000 personnes vivent dans cette région rurale de la Forêt-Noire. Près de la moitié d'entre eux sont assurés auprès de la Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) Bade-Wurtemberg ou de la Landwirtschaftliche Krankenkasse et ont la possibilité de bénéficier des soins intégrés «Gesundes Kinzigtal». Depuis octobre 2016, certaines offres de soins de santé intégrés sont également ouvertes aux assuré-e-s de la Techniker Krankenkasse.

Actuellement, près de 10 000 personnes sont inscrites à ce projet. Parmi les médecins généralistes, spécialistes et psychothérapeutes du secteur des soins, environ la moitié sont des partenaires de service de GK GmbH. En outre, d'autres spécialistes des petites villes sont impliqués. En outre, 44 associations de coopération, 15 pharmacies, 5 centres de fitness et 18 autres partenaires de coopération de la région sont impliqués.

4 Structuration du document

«Gesundes Kinzigtal»: Möglichkeiten der Übertragung auf die Schweiz, Gutachten zu Händen «Gesundheitsförderung Schweiz», Prof. Dr. Stefan Felder, Dr. Stefan Meyer»

- Le chapitre 2 commence avec une présentation du financement de l'assurance-maladie légale allemande et les particularités de la rémunération des prestataires de services ambulatoires.
- Le chapitre 3 est dédié au projet «Gesundes Kinzigtal», à son financement et aux relations contractuelles entre le projet et les prestataires de services, d'une part, et les caisses d'assurance-maladie, d'autre part. En outre, il présente les coûts et les résultats des soins médicaux dans le cadre du modèle GK, dans la mesure où ils sont disponibles dans la littérature pertinente.
- Le chapitre 4 caractérise le système de santé suisse, en particulier en ce qui concerne les nouveaux modèles de soins et de remboursement à la GK.
- Le chapitre 5 traite des conditions économiques préalables à un modèle de soins de santé axé sur la population.
- Le chapitre 6 résume les résultats du rapport.

5 Résultats

Pour évaluer la transférabilité du modèle «Gesundes Kinzigtal» en Suisse, il convient de contextualiser ce modèle dans les soins médicaux du Bade-Wurtemberg. Les résultats du projet GK sont en partie liés aux particularités de la situation et du contexte démographique et géographique :

- Position de la caisse AOK qui a 47% des assuré-e-s.
- Un autre facteur utile pour le projet GK est le fait que les soins médicaux régionaux sont peu coûteux et que les coûts standard du contrat «Shared Savings» sont basés sur la moyenne nationale.

Différents points sont notés comme pouvant être particulièrement intéressants dans l'élaboration de futures recommandations pour une adaptation du modèle :

5.1 Le transfert et la reproductibilité du modèle GK dépend en partie

- qu'un assureur ait une **part de marché relativement élevée**
(voir *Tabelle 1: Kantonale Marktführer mit ihrem Marktanteil, 2017, p. 19*), et
- qu'une région ait un **niveau de coûts** qui permette des marges
(voir *Tabelle 2: Prämiengefälle in den Kantonen mit mehreren Regionen, p. 20*).
- Les régions qui nécessitent (du fait de leur situation géographique/contexte socio-économique) une **certaine mise en commun** des ressources médicales sont particulièrement adaptées
(voir *Tabelle 3: Geeignete MS-Regionen aus Versorgersicht | Rurale Räume, p. 22*).

5.2 Restriction de la liberté de choix, le modèle du médecin de famille et la répartition des coûts par capitation

Le modèle de GK s'appuie sur une limitation du choix qui est déjà effective en Suisse pour deux tiers des assuré-e-s en Suisse. Pour les traitements ambulatoires un contrôle ou une sélection par liste des prestations est possible sans modifications substantielles. Dans le cas des hôpitaux, c'est un peu plus difficile car les hôpitaux figurant sur la liste du canton peuvent toujours être sélectionnés par l'assuré-e (voir *Abbildung 5: Verwendung der finanziellen Mittel im Netzwerk-Modell, p. 26*)

5.3 Deux variantes suisses: HMO+ et Gesundheitsregion AG

Les deux variantes de modèles diffèrent en termes de porteurs. Le propriétaire d'une HMO est habituellement un assureur. Le modèle de la **Gesundheitsregion AG** est basé sur une société privée similaire à GK GmbH, qui est indépendante des assureurs et des prestataires de services et agit donc comme intermédiaire. Le partenaire contractuel de l'assuré reste l'assureur. Les assurés choisissent le modèle intégré dans lequel ils s'inscrivent auprès de leurs assureurs. Un changement d'assureur est possible sans qu'une personne assurée ait à modifier le modèle (voir *Abbildung 6: Aufbau der beiden Modellvarianten, p. 28*).

5.4 Financement initial et financement à long terme

Le modèle a été rendu possible en 2004 grâce à un financement de démarrage de 4,5 millions d'euros par deux caisses d'assurance-maladie. Le projet INVEST Billstedt-Horn, géré par OptiMedis AG, est soutenu par le Fonds d'innovation de l'assurance-maladie légale allemande. Sans ces investissements financiers, ces projets n'auraient probablement pas vu le jour.

5.5 Discussion sur le modèle

«Gesundes Kinzigtal» est considéré comme un projet modèle pour les soins intégrés liés à la population, axé sur la prévention et la santé publique.

Dans le même temps, on fait valoir que ces soins spécifiques sont efficaces, qu'ils augmentent la qualité et même qu'ils réduisent les coûts. Bien qu'il existe des indicateurs qui confirment cette belle image, il n'existe pas d'études scientifiques fiables :

- Kinzigtal est une région rurale avec une faible densité de médecins et des revenus de la population inférieurs à la moyenne. Dans une telle région, les coûts des soins médicaux sont généralement inférieurs à ceux d'une région urbaine.

- Les études publiées sur les résultats des soins médicaux Kinzigital montrent, à une exception près, le problème méthodologique de ne pas prendre un groupe de comparaison convaincant.
- Une étude qui a été méthodiquement bien menée ne révèle pas une réduction significative du taux de mortalité par le modèle GK. Ces résultats scientifiques contrastent avec les mythes entourant le GK.

Cependant, les participants sont satisfaits du modèle GK et disent qu'ils le recommandent à d'autres. Un quart d'entre eux déclarent même qu'ils mènent un style de vie plus sain depuis leur adhésion.

6 Réponse au mandat

6.1 Point de vue

Il n'y a pas d'obstacles réels à la mise en œuvre du modèle Kinzigital en Suisse. Du point de vue juridique, les partenaires tarifaires – à savoir les prestataires de services et les assureurs – disposent d'une marge de manœuvre considérable.

Dans les zones rurales, c'est surtout la fourniture de soins médicaux de base de qualité et appropriés à une population plutôt âgée sur une zone peu peuplée. Afin de remédier à la pénurie, les ressources des prestataires de services locaux doivent être mises en commun et des incitations suffisantes doivent leur être données pour qu'ils restent dans la région.

Dans les régions urbaines, l'objectif principal pourrait plutôt être d'optimiser les voies de traitement par le biais d'une structure de soins intégrés, de réduire le niveau d'utilisation supérieur à la moyenne et de promouvoir en outre les soins ambulatoires (moins coûteux). Un modèle HMO+ fournit les conditions préalables pour apporter une contribution significative à des soins de santé appropriés et économiques dans une zone densément peuplée de l'agglomération.

6.2 Conditions-cadres

Les conditions-cadres en Suisse pour les modèles de ce type sont relativement bonnes par rapport aux normes internationales. Aujourd'hui, près de 7 personnes sur 10 ont un contrat avec un choix limité de fournisseurs de services. Les modèles de soins intégrés profitent principalement aux patient-e-s atteint-e-s de maladies chroniques et multimorbides.

- Toutefois, à ce stade, les conditions-cadres doivent encore être améliorées. Les assureurs ne profiteront que dans une mesure limitée d'un investissement dans des modèles de de soins intégrés.
- Tous les modèles de managed care conduisent, entre autres, à ce que les soins de santé soient de plus en plus dispensés en ambulatoire : Si, par exemple, on économise 2 francs dans le secteur hospitalier et qu'on dépense 1 franc de plus pour les soins ambulatoires, le coût de l'Assurance obligatoire des soins (AOS) augmente de 10 centimes. Pour les assureurs, il n'y a pas d'incitations à investir davantage dans les structures ambulatoires.
- La variante HMO+ exige que l'assureur joue un rôle de premier plan et vise l'intégration des soins médicaux dans les zones plus urbaines.

La situation est différente avec la «Gesundheitsregion AG». Celle-là sert d'intermédiaire entre les assureurs et les réseaux de médecins et s'appuie principalement sur des structures contractuelles entre l'intermédiaire, les réseaux de médecins et les autres prestataires de services. Les acteurs-clés ne sont donc pas seulement l'assureur, mais aussi les sponsors potentiels d'une Gesundheitsregion AG et les réseaux médicaux existants. L'entreprise «MedSolution», par exemple, indique explicitement sur son site Internet qu'aucune compagnie d'assurance, aucune société pharmaceutique et aucun réseau de médecins ne fait partie des actionnaires.

6.3 Mise en œuvre

- L'expérience de l'Allemagne montre clairement qu'un **soutien** est nécessaire pour développer tous nouveaux types de modèles de soins. Les cantons pourraient toutefois aussi s'engager ailleurs afin d'inciter davantage toutes les parties prenantes à mettre en place de tels systèmes de leur propre initiative.
- Pour les assureurs-maladie, il est essentiel qu'ils puissent tirer des avantages financiers des nouveaux modèles de soins. Outre la question du financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires et de la compensation des risques, une stratégie pourrait consister à assouplir la durée des contrats dans l'AOS. Une certaine sécurité de planification de la demande est essentielle, surtout pour la mise en place d'un HMO+. Si l'assuré s'engage par exemple par contrat pour trois ans, cela réduit le risque d'investissement pour l'assureur ou la HMO. Les contrats pluriannuels présentent un avantage : comme les économies potentielles découlant des modèles de soins intégrés sont retardées, les contrats à plus long terme garantissent que l'assureur profite de ces économies.
- Il semble essentiel que ni les assureurs, ni les cantons, ni les fournisseurs de prestations ne se placent dans le rôle de promoteur : Un investisseur privé se décidera pour un projet s'il y a un bon rapport entre le risque financier du modèle et les chances de succès. En revanche, les perspectives de succès résultent, financièrement parlant, des économies qu'un tel modèle peut générer ("shared savings").
- Pour que des économies tangibles puissent être réalisées, l'intermédiaire a besoin de sécurité juridique et d'une liberté d'entreprise suffisante pour conclure les contrats correspondants avec les prestataires de services, mettre en place des systèmes efficaces d'incitations financières et contrôler efficacement l'assuré.