



Bulletin de la  
**Fédération suisse des patients**  
**Section Fribourg / Suisse occidentale**  
[www.federationdespatients.ch](http://www.federationdespatients.ch)

## Primes à rembourser: Le lobby des assureurs freine!

Lors de la session du Conseil national de décembre dernier, le lobby des assureurs-maladie a une nouvelle fois réussi à repousser le remboursement des 1.7 milliard de francs payés en trop par les assurés de huit cantons. Les assurés des cantons de Neuchâtel, Fribourg et Vaud devront ainsi encore patienter avant de recevoir leur dû.

Après de longues manœuvres - et sous la pression des assurés concernés en provenances des cantons d'Appenzell, Fribourg, Neuchâtel, Thurgovie, Tessin, Vaud, Zoug et Zurich - le Conseil des Etats avait décidé en septembre dernier de couper la poire en deux, en remboursant 800 millions de francs sur près de deux milliards payés en trop. Pour éviter qu'à l'avenir, les assureurs puissent à nouveau demander des primes surfaites dans certains cantons pour les abaisser artificiellement dans les cantons où ils cherchent à se développer, les sénateurs ont décidé de régler non seulement le passé, mais d'inscrire le remboursement dans la nouvelle loi sur la surveillance de l'assurance-maladie. Cela devrait contraindre les assureurs à calculer à l'avenir leurs primes cantonales en fonction des coûts respectifs de chaque canton - sur demande notamment des cantons. Cette décision de la Petite Chambre entérinait le fragile accord entre la Confédération, les cantons et les assureurs-maladie répartissant à parts égales le financement des

800 millions de francs à rembourser.

Hélas, en décembre, le Conseil national en a décidé autrement. Sous la pression des assureurs-maladie hostiles à toute loi spéciale sur la surveillance de l'assurance, il a renvoyé le dossier au Conseil des Etats. La conséquence: les assurés ne verront toujours pas arriver leur dû, qui pourrait même leur échapper complètement si les deux Chambres ne trouvent pas un accord. Pour les assureurs, ce n'est pas un problème: leur vrai enjeu se situe ailleurs. Ils veulent à tout prix empêcher l'adoption par le Parlement du projet de loi sur la surveillance de l'assurance-maladie - laquelle se résume pourtant pour l'essentiel à appliquer dans l'assurance-maladie obligatoire des principes de gouvernance et de transparence qui existent déjà dans d'autres domaines de l'assurance. Prochain étape dans ce jeu malsain où les caisses-maladie font tout pour pouvoir poursuivre leurs pratiques opaques: la Conseil des Etats et sa commission compétente, qui devront décider d'ici la session du printemps s'ils maintiennent ou non leur solution de compromis refusée par la droite dure au Conseil national.

## Editorial



par Olivier Flechtner,  
 président  
 de la Section Fribourg /  
 Suisse occidentale

Chère lectrice, cher lecteur

L'année 2014 sera une année importante pour les patientes et patients. En septembre ou en novembre - la date exacte est encore ouverte - nous voterons sur l'initiative « pour une caisse maladie publique ». La date semble encore être lointaine, mais la campagne a déjà commencé ! A la mi-janvier, j'ai participé à une conférence à ce sujet. Plus de 50 personnes du secteur de la santé publique s'y étaient réunies pour développer les stratégies de cette campagne. J'étais impressionné de constater le large soutien que cette initiative connaît : médecins, personnel de soins, économistes et membres d'organes officiels sont d'accord que le moment est venu pour changer de système. Après 18 ans passés sous le régime actuel, 18 ans pendant lesquels la concurrence entre les caisses privées a surtout renforcé leur volonté de se concentrer sur l'acquisition des patients en bonne santé, nous pouvons constater une chose : Les promesses qui ont accompagnées l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996 n'ont pas été remplies et le système d'assureurs introduit a échoué dans la mesure où il ne contribue pas à une meilleure prise en charge des patientes et des patients.

Pour ces raisons, le service aux patients s'engagera dans cette campagne. Soutenez-nous dans cet engagement et parlez de cette initiative votre entourage. Et si vous avez fait, dans le passé, une mauvaise expérience avec votre assureur, je vous invite à la partager avec nous. Ce sont vos exemples concrets qui nous permettront d'alimenter les débats de manière crédible et tangible.

Je vous remercie d'avance du soutien.

Avec mes meilleures salutations

**Appels téléphoniques des assureurs: rien n'a changé!**

Avant: 70%



Après...: 69%



En janvier 2011, les assureurs-maladie annonçaient en grandes pompes la conclusion d'un accord sur le démarchage: « nous réglons le problème entre nous, il ne faut ni une intervention de l'Etat, ni une caisse publique pour cela ». Résultat, selon un enquête du comparateur Comparis: avant l'accord, 70 pour cent des assurés ont été contac-

tés téléphoniquement par un démarcheur. Après l'accord, ce chiffre a passé à 69%. Quel succès...! On précisera que personne n'a vu passer les 60 à 100 millions de francs d'économies promises par santé suisse et Didier Burkhalter comme conséquence de la diminution d'appels de démarcheurs qui auraient résulté de cet accord.

# Initiative anti-avortement

## NON à la désolidarisation!

**L'initiative populaire «Financer l'avortement est une affaire privée» s'attaque officiellement au financement des interruptions légales de grossesse par l'assurance-maladie obligatoire, à de rares exceptions près. Dans les faits, les initiants remettent en question les règles sur l'interruption de grossesse adoptées par une large majorité du peuple suisse, cherchent à fragiliser des femmes en situation précaire et attaquent insidieusement les fondements mêmes de l'assurance-maladie sociale.**

L'assurance-maladie obligatoire prend en charge des coûts découlant de prestations de soins en cas de maladie, mais aussi des frais de prévention ou encore des frais liés à la maternité. Le 1er octobre 2002, le peuple suisse y a ajouté une catégorie de frais couverts par l'assurance de base en décidant à une très forte majorité (72,2 %) d'autoriser les interruptions de grossesse dans les douze premières semaines, avec remboursement des frais (solution dite des délais). Il s'en est suivi une diminution du nombre d'interruptions de grossesse ainsi que des difficultés dues aux avortements pratiqués dans des conditions impropres.

### *Une initiative au titre trompeur*

Contrairement aux affirmations de certains initiants, l'initiative ne permettrait aucune économie dans l'assurance-maladie, mais cherche à remettre en question la solution des délais qui a fait ses preuves - et à pousser de nombreuses femmes dans la précarité. C'est la première raison pour laquelle une forte majorité du Parlement recommande de rejeter l'initiative, tout comme le Conseil fédéral. Ce NON est par ailleurs basé sur les motifs suivants:

1. Les frais d'interruption de grossesse en Suisse se montent actuellement à 8 millions de francs par an, soit 0,03% du coût de l'assurance-maladie obligatoire. Une majeure partie de ce montant est pris en charge par les franchises et les participation des femmes concernées. Quant au solde, il serait plus que compensé, en cas d'acceptation de l'initiative, par les frais liés aux complications médicales et administratives engendrées. Il n'y a donc aucune économie nette à faire en supprimant le remboursement de l'interruption de grossesse par l'assurance-maladie obligatoire.

2. Le comité d'initiative invoque l'argument selon lequel l'interruption de grossesse n'est pas une maladie pour supprimer son financement par l'assurance-maladie. Dans cette logique, il faudrait aussi supprimer la couverture des frais de maternité, qui n'est pas une maladie. C'est d'ailleurs ce qu'a demandé le représentant du groupe UDC au Conseil national. C'est au moins honnête, mais cette vision passéiste du financement privé de la maternité est fondamentalement contraire à une politique familiale digne de ce nom.

3. Les initiants invoquent la responsabilité individuelle de la femme enceinte: outre le fait qu'il y a toujours aussi un homme responsable (mais que les initiants ne font pas passer à la caisse...), l'introduction du principe de responsabilité dans l'assurance-maladie n'est pas praticable dans une société démocratique. Il faudrait en effet surveiller les fumeurs, les personnes qui pratique trop / pas assez de sport, etc. Les initiants le savent, mais cherchent à attaquer par la petite porte le principe même de la solidarité dans l'assurance-maladie.

**Pour toutes ces raisons, les associations de patients recommandent toutes de voter NON à l'initiative contre l'avortement le 9 février prochain!**

### Principe de responsabilité dans l'assurance-maladie

En Suisse comme dans la plupart des pays européens, l'assurance-maladie obligatoire est régie par le principe de solidarité. Les caisses-maladie ont été fondées, souvent au XIXe siècle, pour mettre en commun, d'abord sur un plan local, les ressources permettant d'assurer à chacune et chacun des soins médicaux indispensables en cas de besoin. Cette mutualisation du risque permettait à chaque communauté de protéger les personnes les plus vulnérables, que ce soit pour des raisons de santé ou des raisons financières, dans l'intérêt de toute la communauté. Les processus de concentration des assureurs des dernières décennies ont quelque peu occulté ce principe, parce que la communauté est devenue beaucoup plus grande et les rapports moins directs. Le principe de solidarité reste cependant bien valable - et ancré dans la loi. Il ne signifie nullement que l'assuré est déchargé de toute responsabilité, puisque nous sommes toutes et tous responsable de notre santé, du moins pour les facteurs que nous maîtrisons, et que nous sommes appelés à participer financièrement aux coûts que nous occasionnons comme patients par le biais des franchises et des participations aux frais. Contrairement à l'assurance-accident, où il est souvent possible d'établir un lien de causalité entre l'accident et ses suites et où la loi permet de réduire certaines prestations en cas de négligence grave, l'assurance-maladie ne prévoit pas de telles mesures, qui serait vite inapplicables et arbitraires, et qui aboutiraient à un Etat totalitaire et hygiéniste si l'on voulait systématiquement réduire les prestations pour tout comportement à risque. C'est la raison pour laquelle les associations de patients refusent ce principe, même lorsqu'il s'applique à des comportements tels que la surconsommation d'alcool, dans la mesure où ces comportements ne nuisent ni plus ni moins au financement solidaire que l'alimentation malsaine, le manque de mouvement, la fumée etc.

### **Groupe Genolier: Démanteler l'assurance-maladie!**

*Antoine Hubert, fondateur et administrateur délégué du Groupe hospitalier privé Genolier, s'engage pour le démantèlement de l'assurance-maladie sociale - et a au moins le mérite de la clarté (dans une interview parue dans la «Handelszeitung» du 4 juillet 2013): «Nous avons aujourd'hui beaucoup trop de prestations dans l'assurance-maladie obligatoire. L'assurance de base couvre une médecine de luxe, alors qu'elle ne devrait être là que pour assurer la survie.» Et d'ajouter, en réponse à une question sur l'exemple concret de l'opération sur les ligaments croisés: «Doit-on à tout prix pouvoir jouer au foot? Est-ce un droit ou un luxe?» Le fait de guérir deviendrait ainsi un luxe! La stratégie du groupe Genolier rejoint par là celle de certains assureurs: réserver les meilleurs soins à celles et ceux qui peuvent se les payer, notamment par le biais de coûteuses assurances complémentaires. Pour que ce modèle commercial marche, il faut s'attaquer à la substance de l'assurance-maladie de base en démantelant les prestations pour la grande majorité des assurés. Voilà qui est limpide...*

# Caisse maladie publique : Une idée qui fait son chemin

plus juste » estime Mathieu Fleury, vice-président de la Coalition « pour une caisse-maladie publique », qui se réjouit de voir que les personnes interrogées souhaitent abandonner le système actuel de pseudo-concurrence.

Le moniteur de la santé annuel de l'institut Gfs délivre une bonne note globale au système de santé publique en Suisse. La satisfaction de la population n'a d'ailleurs jamais été aussi élevée depuis l'introduction de la LAMal, à une exception près : en ce qui

concerne les caisses maladie, la population souhaite une réforme en profondeur. Pour Mathieu Fleury, vice-président de la Coalition « pour une caisse-maladie publique », « les gens réalisent que le système actuel de caisses est non seulement compliqué, mais que la fausse concurrence qui y règne ne fait que tirer inutilement les coûts vers le haut. »

En effet, la concurrence actuelle entre les caisses conduit irrémédiablement vers plus d'inégalité et d'arbitraire. Ce n'est pas un hasard si les coûts des soins et des médicaments représentent de sérieux problèmes pour un nombre toujours plus important d'habitant-e-s de ce pays. Le remboursement d'une prestation dépend ainsi essentiellement de la caisse dans laquelle un-e assuré-e se trouve et de la volonté, ou non, des médecins à participer à la réduction des coûts. Cette fâcheuse tendance déstabilise complètement les personnes âgées et les personnes atteintes dans leur santé. Le moniteur de la santé 2013 de l'institut Gfs souligne, on ne peut plus clairement, le mécontentement de la population vis-à-vis du système actuel.

Seul un « OUI » à la caisse publique permettra de rétablir le lien de confiance nécessaire, au sortir des urnes!

concerne les caisses maladie, la population souhaite une réforme en profondeur. Pour Mathieu Fleury, vice-président de la Coalition « pour une caisse-maladie publique », « les gens réalisent que le système actuel de caisses est non seulement compliqué, mais que la fausse concurrence qui y règne ne fait que tirer inutilement les coûts vers le haut. »

En effet, la concurrence actuelle entre les caisses conduit irrémédiablement vers plus d'inégalité et d'arbitraire. Ce n'est pas un hasard si les coûts des soins et des médicaments représentent de sérieux problèmes pour un nombre toujours plus important d'habitant-e-s de ce pays. Le remboursement d'une prestation dépend ainsi essentiellement de la caisse dans laquelle un-e assuré-e se trouve et de la volonté, ou non, des médecins à participer à la réduction des coûts. Cette fâcheuse tendance déstabilise complètement les personnes âgées et les personnes atteintes dans leur santé. Le moniteur de la santé 2013 de l'institut Gfs souligne, on ne peut plus clairement, le mécontentement de la population vis-à-vis du système actuel.

Seul un « OUI » à la caisse publique permettra de rétablir le lien de confiance nécessaire, au sortir des urnes!

## Nouvelle loi sur les professions de santé



par Pierre Théraulaz, président de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI)

Fin décembre et après de long mois d'attente, le Conseil fédéral a enfin mis en consultations un projet

de Loi sur les professions de santé (LPSan) qui, selon le rapport de l'administration fédérale, « vise à encourager la qualité dans les professions de la santé de niveau haute école spécialisée (HES), et ce, dans le but de promouvoir la santé publique. Il définit des exigences uniformes au niveau suisse en ce qui concerne la formation et l'exercice de ces professions. »

En effet, sans une telle loi et du fait de la liberté académique et du fédéralisme, aucune harmonisation n'est garantie dans les formations offertes en Suisse aux diplômés des Hautes écoles spécialisées (y compris dans

les compétences acquises). De même, l'uniformisation devrait également comprendre l'harmonisation des droits de pratiques.

C'est pourquoi, l'Association suisse des infirmières et infirmiers, dans un but de protection du public, se réjouit de la création de cette LPSan mais a des attentes plus importantes, principalement :

- **La création d'un registre des professionnels** devrait couvrir l'ensemble des diplômés HES et ES, qu'ils soient employés ou indépendants (en particulier toutes les infirmières) ;

- **Ce registre devrait être actif**, nécessitant de la part des professionnels qu'ils prouvent maintenir leurs connaissances par de la formation continue et donnant à l'organe régulateur un droit de sanction (par ex. retrait du droit de pratique dans toute la Suisse à une personne ayant commis des actes graves (abus sexuels, meurtre, ...)).

## BRÈVES PARLEMENTAIRES...

### Avancée en vue pour les droits des patients

Après l'adoption de trois interventions parlementaires pour le renforcement des droits des patients par le Conseil national (Yvonne Gilly / Verts, Margrit Kessler / Verts-libéraux, Jean-François Steiert / PS), le ministre de la santé Alain Berset a mis sur pied un groupe de travail pour examiner quels sont les domaines les plus urgents dans lesquels les droits des patients doivent être développés. En vue des propositions concrètes qui devraient être élaborées dans l'année, il s'agira d'aborder des questions aussi variées que les droits individuels des patients en cas d'erreur médicale, les droits et éventuelles tâches d'intérêt public des associations de patients ou encore la question d'un fonds de dédommagement sans responsabilité.

### Vers une meilleure compensation des risques

Le Conseil national a adopté à une forte majorité (contre le groupe UDC / des représentants du Groupe mutuel et d'autres assureurs) un renforcement de la compensation des risques dans l'assurance-maladie obligatoire. Le Conseil fédéral devrait ainsi obtenir le droit de renforcer, par voie d'ordonnance, les critères permettant d'évaluer les risques supérieurs à la moyenne et, par là, de réduire du moins partiellement l'intérêt à la chasse aux bons risques de la part des assureurs-maladie. Une petite majorité constituée de l'UDC, du PRD et l'aile dure du PDC a toutefois décidé que le Conseil fédéral devra préalablement soumettre ses propositions aux assureurs. Le projet sera traité en mars par le Conseil des Etats.

Service aux patients Fribourg / Suisse occidentale  
Membre de la Fédération suisse des patients

Rue de la Fonderie 2 - CP 1437  
1701 Fribourg  
Fédération suisse des patients  
C.P. - 8042 Zürich

Bulletin de la section Fribourg / Suisse occidentale  
Numéro 11 - 24 janvier 2014

079 197 21 15 - [info@federationdespatients.ch](mailto:info@federationdespatients.ch)

[www.federationdespatients.ch](http://www.federationdespatients.ch)

# SAUVETAGE EN HÉLICOPTÈRE: QUELLE PRISE EN CHARGE ?

« *La Garde aérienne suisse de sauvetage (REGA) prend-elle en charge tous les frais de transport après un accident? Qu'en est-il dans des cantons où, comme en Valais, ce sont d'autres compagnies qui assurent le transport des personnes accidentées?* »

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (Lamal) prévoit, pour la plupart des cas, une participation des frais du patient qui comprend tout d'abord une franchise (montant annuel à choix, entre 300 et 2500 francs, que chaque patient prend personnellement en charge), puis une quote-part de 10 pour cent des factures suivantes, jusqu'à un montant de 700 francs par an. Cette règle comprend cependant un certain nombre d'exceptions, dont celle concernant les frais de transport de patients ou de personnes accidentées. Pour de tels cas, la loi prévoit non pas la couverture, mais seulement une contribution aux frais ; l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS) précise que cette participation se monte à 50 pour cent des frais occasionnés par des frais de sauvetage ou par un transport médicalement indiqué, lorsque l'état de santé du patient ne lui permet pas d'utiliser un autre moyen de transport public ou privé. La même ordonnance fixe la participation de l'assurance obligatoire à 500 francs par an au maximum pour les frais de transport médicalement indiqués hors opération de sauvetage et à 5000 francs par an au maximum la participation pour des frais de sauvetage. Ces derniers comprennent des cas d'urgence, souvent après un accident, mais aussi des opérations de sauvetage en montagne (même sans atteinte à la santé s'il s'agit de rechercher une personne en

danger dans un endroit quasiment inaccessible). Par rapport à ces règles de financement générales, la REGA intervient de manière subsidiaire pour ses donatrices et donateurs. Pour prendre un exemple: après un accident de ski, un sauvetage par hélicoptère coûtera en moyenne entre 2500 et 3500 francs, selon la région et l'accès-



## REGA: Financement subsidiaire

sibilité. Si vous êtes au bénéfice d'une assurance-accidents professionnelle, obligatoire pour toutes les personnes qui travaillent plus de huit heures par semaine auprès du même employeur, les frais sont entièrement assumés par cette assurance, sans aucune franchise et participation du patient. Dans le cas contraire, pour les personnes aux études, indépendantes, retraitées ou travaillant moins de huit heures par semaine auprès du même employeur, c'est la couverture accidents de l'assurance-maladie qui intervient: pour un facture de 3200 francs, elle prendra en charge 50% de la facture, soit 1600 francs. Si l'accident intervient en début d'année et que vous n'avez pas encore payé de factures médicales de votre poche, la franchise sera entièrement à votre charge. Avec une franchise de 500 francs par exemple, le montant remboursé par l'assureur sera réduit de 1600 à 1100 francs, montant dont vous

devrez encore déduire les 10 pour cent de participation aux frais, soit 110 francs, de sorte qu'en fin de compte, votre assureur paiera 980 francs, vous laissant une charge non couverte de 2220 francs. Si vous êtes donateur de la REGA, c'est ce solde que cette dernière prendra en principe en charge. Certains assureurs effectuent directement le décompte avec la REGA. Si ce n'est pas le cas et qu'en tant que donateur, vous recevez une facture de votre assureur pour la part non couverte de l'intervention, vous pouvez alors vous adresser directement à la REGA pour qu'elle prenne en charge ce solde (y compris votre franchise et votre participation aux coûts de sauvetage - mais pas aux coûts de l'intervention médicale qui suit). Ces règles valent aussi pour les autres compagnies de sauvetage en hélicoptère (Air Glacier ou Air Zermatt en Valais, TCS / Alpine Air Ambulance dans le canton d'Argovie), et chacune des compagnies reconnaît la qualité de donatrice / donateur de ses concurrentes. Des accords existent entre elles pour la prise en charge de leurs donateurs respectifs. Enfin, si l'intervention se fait à l'étranger, la décision sur le meilleur type d'intervention et sur son financement se fait après appel à la centrale d'intervention, de manière individuelle, pour les personnes affiliées à la REGA ou à un autre prestataire.

## Le service aux patients à Fribourg

Le Service aux patients Fribourg a pour mission de fournir aide et conseils dans le domaine de la santé publique. Nos conseillers sont à disposition des patients pour les renseigner sur leurs droits et les soutenir dans les démarches extra-judiciaires à entreprendre. Depuis le mois de septembre 2013, le Service collabore également avec **Me. Tarkan Göksu, avocat au barreau fribourgeois**, afin de pouvoir proposer un accompagnement lors de démarches judiciaires. Le Service aux patients Fribourg se réjouit de cette nouvelle collaboration qui nous permet d'assurer un suivi complet, des premiers conseils aux démarches les plus complexes.



**Dunia Crameri et Damien Clivaz**

Conseillers aux patients à Fribourg



**Katia de La Baume**

Responsable communication à Lausanne  
delabaume@federationdespatients.ch

079 197 21 15 - [info@federationdespatients.ch](mailto:info@federationdespatients.ch)

[www.federationdespatients.ch](http://www.federationdespatients.ch)