



Bulletin de la Fédération suisse des patients Section Fribourg / Suisse occidentale









www.federationdespatients.ch

Primes payées en trop: un espoir!

Depuis l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-maladie, les assurés de huit cantons ont payé 1,35 milliards de francs de primes en trop, au bénéfice des assurés des 17 autres cantons. Invoquant l'impossibilité technique de rembourser ces surplus de primes, la commission compétente du Conseil des Etats a refusé d'entrer en matière sur une proposition du Conseil fédéral visant à rembourser une partie des montants payés en trop. Les mouvements de protestation qui ont suivi cette décision ont incité la présidente de la commission à réévaluer le dossier, mais il reste un long chemin compliqué à parcourir avant d'arriver éventuellement à une solution.

L'office fédéral de la santé publique, sensé vérifier la justesse des primes, a toujours approuvé les primes surfaites, estimant qu'il ne disposait pas d'une base légale pour contraindre les assureurs à établir des calculs de coûts et des réserves par canton.

Suite à plusieurs interventions parlementaires, le Conseil fédéral a introduit dans le projet de loi sur la surveillance de l'assurance-maladie des dispositions qui empêcheront à l'avenir ces distorsions entre cantons. Quant au passé, s'il est vrai que toute solution créera de nouvelles injustices - par exemple pour les personnes qui ont vécu de longues années dans un canton aux primes trop élevées et ont déménagé ensuite dans un canton où elles

Primes payées en trop		
	AI	1.174 million de francs
	FR	22.760 millions de francs
	NE	21.700 millions de francs
	TG	81.650 millions de francs
	TI	139.828 millions de francs
	VD	602.291 millions de francs
	ZG	1.661 million de francs
	ZH	464.933 millions de francs

Depuis 1996, les assurés des cantons d'Appenzel Rhodes-intérieures, Fribourg, Neuchâtel, Thurgovie, Tessin, Vaud, Zoug et Zurich ont payé ensemble un montant de primes qui dépasse d'environ 1,35 milliards de francs les coûts que ces mêmes assurés ont occasionnés dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire. Pendant de longues années, les assureurs-maladie ont pu fixer des primes supérieures aux coûts occasionnés dans ces cantons, au bénéfice des assurés des 17 autres cantons, notamment pour gagner des parts de marché dans des cantons aux coûts inférieures à la moyenne, avec de bons potentiels de vente d'assurance complémentaires lucra-

seront amenées à contribuer à la compensation au bénéfice des assurés des huit cantons qui ont trop payé - le refus de toute solution, même partielle, de la part de la commission du Conseil des Etats est inadmissible. Les premières pressions de la part des cantons concernés ont amené la présidente de la commission à reprendre le sujet, ce qui donne un petit signe d'espoir. Dans presque tous les cantons concernés, des pétitions circulent, afin de soutenir la solution la plus équitable possible pour tous les assurés. Nous vous invitons à soutenir ces démarches! (VD/NE/GE: www.ps-vd.ch - FR: www.ps-fr.ch).

Editorial



par
Jean-François Steiert
Vice-président de la
Fédération suisse des
patients

Un peu plus d'une année après l'introduction du nouveau financement hospitalier, un constat s'impose: la pression sur de nombreux hôpitaux a massivement augmenté. Le milliard de francs dont les assurances complémentaires ont été déchargées doit être assumé par l'assurance de base et les cantons, le principe des forfaits par cas engendre des distorsions au détriment des grands hôpitaux centraux qui prennent en charge les cas les plus lourds, le surveillant des prix intervient avec des méthodes de calcul qui ne tiennent pas sérieusement compte des spécificités régionales, les hôpitaux privés se révèlent être les gagnants du changement de système et de nombreux hôpitaux régionaux sont menacés de redimensionnement ou de fermeture.

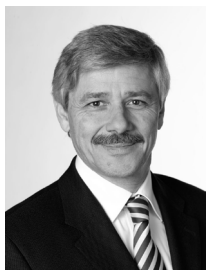
C'est la raison pour laquelle ce numéro du journal des patients met l'accent sur les suites du nouveau financement vu de différentes perspectives. Du point de vue de la patiente ou du patient, tout n'est pas noir ou blanc: l'objectif de la politique hospitalière doit être d'assurer des soins de qualité pour tout le monde, à des prix qui évitent de charger inutilement les assurés, et en gardant une logique de proximité là où celle-ci ne se fait pas au détriment de la qualité. Cela implique parfois une concentration de l'offre de prestations complexes, mais aussi une meilleure répartition dans le territoire de prestations de proximité qui ne nécessitent pas de grands investissements. Seule cette approche différenciée permettra d'assurer au mieux l'intérêt des patients dans le futur paysage hospitalier de notre pays.

Notre dossier spécial:
Bilan des Swiss-DRG
en pages 2-3

Bilan du nouveau financement hospitalier ou SWISS-DRG

Le point de vue de Carlo Conti

Conseiller d'Etat du canton de Bâle-Ville
Président de la Conférence suisse des directeurs de la santé



Quel est votre premier bilan du passage aux forfaits par cas suisses et aux nouvelles règles de financement du domaine hospitalier?

**Fondamentale-
ment l'introduc-
tion de la nouvelle**

réglementation concernant le financement hospitalier n'a pas posé de problèmes. Il faut aussi s'attendre à ce que de tels changements donnent lieu à de gros chamboulements et défis, dont les détails ne sont pas encore complètement clarifiés. En particulier le système des forfaits par cas (Swiss-DRG) est à affiner et à adapter chaque année.

Les critiques sur la mise en œuvre des nouveaux DRG portent notamment sur une diminution du temps consacré au patient, notamment par les soins, et sur des contrats qui peuvent inciter des médecins à entreprendre des opérations qui ne sont pas nécessaires. Avez-vous observé de tels cas, et que font la CDS et les cantons pour contrer ces reproches?

Jusqu'à maintenant il n'y a pas de cas concrets connus, dont la gestion sur la base du système tarifaire des Swiss-DRG n'est pas été correct. La pression du temps dans le cas des séjours hospitaliers est un gros problème du système de santé où avant tout les prestataires de soins doivent fournir plus avec de moins en

moins de moyens. Au-delà de cet aspect pour le patient, il y a les conditions de travail de plus en plus difficiles pour le personnel soignant. Si la base tarifaire au sein du système des

DRG est souhaitée, cela devient une question politique.

Selon les directeurs des hôpitaux universitaires, le financement par cas incite surtout les hôpitaux de pointe à renoncer à certaines innovations qui amènent un progrès thérapeutique avéré, mais qui coûtent plus cher que des traitements bien établis ou des appareils de type plus ancien. Avez-vous observé de telles évolutions et, cas échéant, que faites-vous pour les éviter?

C'est sûr que dans le système actuel, les hôpitaux universitaires ne peuvent compter sur la même base tarifaire que les hôpitaux non universitaires. Ce sera à corriger dans le futur. D'ailleurs il est tout à fait juste que les cantons puissent coordonner leurs planifications en matière de soins, ceci afin de renforcer l'offre de santé au niveau régional.

De nombreux médecins se plaignent du surcroît de travaux administratifs, et les assureurs ainsi que les hôpitaux ont engagé un nombre important de médecins pour des travaux de codage et de vérification. Est-ce vraiment une bonne évolution pour un pays qui manque de médecins?

Malheureusement la tendance actuelle montre que les responsables auront toujours plus de données à fournir et ainsi que la part administrative et technique prene une place toujours plus importante.

Plusieurs grands assureurs ont demandé aux cantons de privatiser leurs hôpitaux pour mieux faire jouer

la concurrence. Que pensez-vous de ces demandes d'assureurs - dont certains n'hésitent pas à faire le contraire de ce qu'ils demandent aux cantons en achetant des cabinets médicaux ou des parts de capitaux d'hôpitaux privés?

La privatisation des hôpitaux n'est pas un sujet de discussion. Ce qui compte c'est que les hôpitaux puissent être opérationnel de façon autonome, ceci sur la base du nouveau mode de financement. Il faut toutefois être attentif au fait que tous les hôpitaux - qu'ils soient privés ou publics - puissent disposer des mêmes armes, aussi bien dans un sens

Il est important que la concurrence soit basée sur la qualité et non pas sur les prix

positif que négatif. L'introduction du libre choix de l'hôpital est clairement dans l'intérêt des patientes et patients. Il est important que la concurrence soit basée sur la qualité et non pas sur les prix.

Comment doit évoluer à votre avis la structure hospitalière dans notre pays, dans l'intérêt des patients?

Nous avons besoin d'une concurrence saine entre les hôpitaux basée sur la qualité des soins et ainsi d'une liberté de choix d'établissement aussi vaste que possible au-delà des frontières cantonales. Il est indispensable qu'à l'avenir la coopération entre cantons mais aussi entre hôpitaux puissent être renforcées pour ainsi augmenter l'offre en soins des régions.

(traduction libre de l'allemand par KLB)

Le nouveau financement hospitalier en bref

Le nouveau financement hospitalier est basé sur un certain nombre de modifications de la loi sur l'assurance-maladie entrées en vigueur au 1er janvier 2012. Les principales innovations sont les suivantes:

- **Passage du financement de l'hôpital au financement des prestations fournies par l'hôpital** (forfait par cas/ DRG), avec des structures tarifaires uniformes pour l'ensemble du pays. Les coûts d'investissement sont désormais inclus dans le calcul des forfaits. Les forfaits sont financés par les cantons et les assureurs, la part des premiers devant se monter au moins à 55% d'ici 2017 au plus tard.
- **Introduction du libre choix de l'hôpital.** Ce choix est toutefois limité par le fait qu'en cas d'hospitalisation extra-cantonale sans motif médical, le surcoût éventuel par rapport au coût qu'aurait occasionné la même intervention dans un hôpital du canton de domicile doit être assumé par l'assuré. Selon une réponse du conseiller fédéral Didier Burkhalter donnée en septembre 2011, ce changement décharge les assureurs privés d'environ un milliard de francs, essentiellement au détriment des cantons.
- **Les maisons de naissance sont désormais admises** comme fournisseurs de prestations au sens de la Lamal.
- D'ici au 1er janvier 2015 au plus tard, **les cantons doivent avoir établi des planifications hospitalières cantonales-conformes aux nouvelles règles du droit fédéral.**

Les réponses des infirmières aux Swiss-DRG

Entretien avec Yvonne Ribli

Secrétaire générale de l'Association Suisse des Infirmiers-ères (ASI)



Quel est votre premier bilan du passage aux forfaits par cas suisses et aux nouvelles règles de financement du domaine hospitalier?

On remarque d'importantes différences entre les cantons, voir les institutions hospitalières quant à l'impact de cette introduction. Dans certaine région (souvent celles fonctionnant de longue date déjà avec APDRG), le passage s'est fait sans trop de problème. Dans d'autres zones, des attaques massives ont eu lieu sur les capacités financières des hôpitaux avec répercussion immédiate sur les effectifs et donc sur la charge de travail. Les équipes de soins expriment clairement qu'elles ressentent une augmentation nette de la pression du système sur leur activité.

De nombreuses voix estiment que les forfaits par cas poussent à réduire le temps consacré au patient dans les hôpitaux, notamment de la part des infirmières et des infirmiers. S'agit-il de cas isolés ou d'une tendance générale?

Faire la même chose dans un temps restreint avec souvent moins de personnel, telle est l'équation que doivent résoudre les professionnels ! Les DRG poussent en effet les institutions à réduire parfois drastiquement les durées de séjours et le mécanisme lié aux

réhospitalisations à la charge de l'hôpital n'est pas efficace sur les tous les problèmes que cela engendre : par ex., les structures de maintien à domicile sont clairement plus.

Faire la même chose dans un temps restreint avec souvent moins de personnel, telle est l'équation que doivent résoudre les professionnels !

Quelles sont les revendications de l'ASI pour éviter que les soins aux patients ne souffrent de la pression économique qui est mise sur les hôpitaux?

Nous considérons qu'en soit un forfait par cas n'est pas une mauvaise chose. Mais nous considérons que par contre, transformer le système de santé en un marché est grave. Il faut absolument que l'on ne recourt à des comparaisons entre hôpitaux qu'en garantissant que celles-ci sont comparables: le «benchmarker» des hôpitaux suisses avec des institutions allemandes est un non sens, le système de santé et donc le type de prise en charge étant totalement différent.

BRÈVES PARLEMENTAIRES

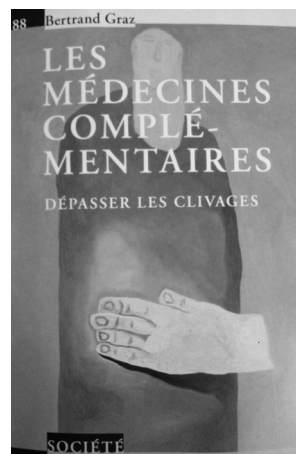
Moratoire sur l'établissement de médecins

Avec la voix prépondérante de son président, la commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national a décidé de réintroduire un moratoire sur l'établissement de médecins spécialistes en Suisse (le moratoire ne concerne pas les médecins généralistes). Si la plupart des acteurs - et notamment les représentants des cantons touchés par une très forte demande d'autorisations d'établissement comme Genève ou Bâle - s'accordent à considérer qu'une régulation du nombre de médecins est nécessaire, deux camps s'affrontent sur la méthode à mettre en œuvre: à droite, la préférence va à la suppression de l'obligation de contracter - ce qui permettrait de fait aux assureurs de choisir les médecins en droit de pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire - alors que la gauche et le PDC préfèrent une solution où les critères d'établissement sont établis par les autorités fédérales et cantonales, avec une marge d'application pour les cantons concernés. Tant le Conseil des Etats que le Conseil national traiteront cet objet en mars, en vue d'une mise en œuvre rapide de la mesure si des majorités favorables devaient se dégager dans les deux conseils.

Loi sur les produits thérapeutiques

Le Parlement a entamé ses travaux sur la révision de la loi sur les produits thérapeutiques. Principaux enjeux: le renforcement de l'auto-médication par l'accès facilité à certains médicaments, l'amélioration des règles relatives aux médicaments destinés aux enfants, l'amélioration de la transparence dans l'information, les règles sur les ristournes sur les ventes de médicaments au bénéfice des assureurs et des médecins et l'organisation de l'institut Swissmedic. Les débats ne devraient pas se terminer avant la fin de l'année 2013.

MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES, EN SAVOIR PLUS



Un livre pour «dépasser les clivages» entre médecine officielle et celles qui n'existaient pas officiellement jusqu'en 2009 où, suite à une

initiative constitutionnelle, le peuple suisse a décidé à une large majorité qu'il fallait «prendre en compte les médecines complémentaires». Les tensions entre médecines reconnues et dissidentes existent, certes, mais des petits pas se font de part et d'autre pour apprendre à mieux se connaître. Dans ce livre, des spécialistes décrivent l'origine des médecines dissidentes, leurs évolutions et relations au cours de l'histoire à la médecine officielle, leurs applications, leur quête vers une légitimité, des éléments de preuve de leur efficacité. C'est ainsi que les soins, principes d'applications, principes scientifiques, sont décrits pour des médecines telles que: l'ostéopathie, l'acupuncture, l'ayurvéda, l'homéopathie, l'hypnose, la naturothérapie, la phytothérapie mais aussi pour des approches non conventionnelles pratiquées par des infirmières et parfois utilisées en milieu hospitalier actuellement comme la pharmacopée du Mali, le sucre sublingual, la méthode des mères kangourous, des techniques de relaxation.

Un livre qui se concentre sur «la santé des patients»: A recommander pour permettre à chacun de s'approprier ce qui lui correspond le mieux au moment opportun.

Bertrand Graz, 2012. Les médecines complémentaires. Dépasser les clivages. Presses polytechniques et universitaires romandes, Coll. Le savoir suisse.

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

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

Bulletin trimestriel
Numéro 9 - 25 fév 2013

026 422 27 25 - info@federationdespatients.ch

www.federationdespatients.ch

RENFORCEMENT DE LA SOLIDARITÉ FAMILIALE ET PROTECTION ACCRUE POUR LES RÉSIDENTS EN EMS

Depuis le 1^{er} janvier 2013 est entré en vigueur un nouveau droit de protection de l'adulte qui remplace, dans le Code Civil, l'ancien droit sur les tutelles datant de 1912. Deux aspects concernant les patients incapables de discernement nous intéressent particulièrement : qui peut me représenter en l'absence de directives anticipées et de représentant thérapeutique ? Comment garantir ma protection si je vis dans une institution de type résidentiel (EMS par exemple) ?

AVEC L'INTRODUCTION DU NOUVEAU DROIT DE PROTECTION DE L'ADULTE, LES DIRECTIVES ANTICIPÉES PRENNENT UNE PLACE DE PREMIER PLAN. Pour rappel, les directives anticipées, dont nous avons déjà parlé dans un précédent article, prennent tout leur sens lorsque le patient n'a plus sa capacité de discernement (exemples : coma, démence). Elles visent un double objectif : d'une part pouvoir décider à l'avance de ses soins en cas d'incapacité de discernement, d'autre part désigner par écrit un représentant thérapeutique, c'est-à-dire une personne représentant le patient dans une telle situation. Le représentant thérapeutique choisi par le patient peut être une personne de la famille proche ou toute autre personne à laquelle le patient aura préalablement fait part de ses souhaits en matière de santé. Lors d'incapacité de discernement, en l'absence de di-

tière de santé et de soins concernant le patient. L'ordre hiérarchique de représentation est le suivant :

- Le conjoint ou partenaire enregistré ;
- La personne qui fait ménage commun avec le patient ou s'il lui fournit une assistance personnelle régulière ;
- Les descendants ;
- Les père et mère ;
- Les frères et sœurs.

En cas d'absence de représentant thérapeutique ou de famille présente aux côtés du patient, l'autorité de protection de l'adulte peut désigner un curateur pour représenter le patient dans le domaine médical et pour prendre toute décision concernant sa santé. Dans l'urgence, en cas d'absence de représentant et de directives anticipées, les médecins ou infirmières, vont agir selon la volonté présumée du patient et au mieux de ses intérêts.

POUR LES PERSONNES RÉSIDANT DANS UN EMS, LE NOUVEAU DROIT DE PROTECTION DE L'ADULTE RENFORCE LES DROITS ET LA PROTECTION DES PATIENTS autour de quatre thématiques :

- **Les mesures limitant la liberté de mouvement**

Protocoles renforcés en cas de limitation de la liberté de mouvement

: Ces mesures sont mises en place pour des personnes incapables de discernement et qui sont exposées à un grave danger (exemples : risque de chute du lit ou d'une chaise), ou qui peuvent mettre en danger autrui (exemple : mouvements involontaires qui

peuvent blesser un tiers). Ces mesures doivent faire l'objet d'un protocole et n'être mises en place que si toutes autres mesures moins rigoureuses ont échoué. Sur le protocole doivent être mentionnés le type de la mesure (exemple : barrière sur le lit, attaches aux membres), la durée, le but de la mesure et le nom de la personne (soignant ou médecin) ayant ordonné la mesure. Le représentant du patient dans le domaine médical (selon la hiérarchie vue ci-dessus) doit être informé de la mesure.

- **Un contrat d'assistance** doit obligatoirement être rédigé pour le patient incapable de discernement et résidant en EMS. Il garantit la transparence des prestations fournies ainsi qu'une information sur les droits et conditions de séjour du résident. Ce contrat est établi avec la personne assurant sa représentation et si possible avec le patient lui-même. Il doit tenir compte au mieux des souhaits du patient.
- **La protection de la personnalité** : l'EMS doit garantir les relations du résident avec l'extérieur et favoriser le libre choix du médecin ;
- **La surveillance des institutions est renforcée.**

En cas de litige, la Justice de Paix peut être saisie notamment s'il s'agit d'une plainte pour un résident en EMS dont la liberté de mouvement a été entravée de manière abusive. Les commissions de plaintes pour patients, médecins cantonaux, organisations de défense des patients comme la Fédération suisse des patients restent à disposition pour renseigner et orienter les patients et proches. (KLB)

Le conjoint est placé en première ligne

rectives anticipées et de représentant thérapeutique, la solidarité familiale est renforcée et le conjoint est placé en première ligne pour prendre toute décision en ma-

TALON DE COMMANDE

Je souhaite (entourer ce qui convient) :

- **Devenir membre** - Cotisation ordinaire : 60.- / an
 - Etudiant-e-s retraité-e-s : 30.- /an
 - Bénéfic. de prestations compl. : 30.- /an
 - Familles : 80.- /an
- **Commander l'un des documents suivants** :
 - Brochure « Droits des patients » (10.-)
 - « Passeport radiographie » (5.-)
 - Déclaration anticipée avec dépliant d'information et carte « format carte de crédit » (5.-)
- **Recevoir les bulletins trimestriels par courrier**

Vos nom, adresse, no de tél., email:

A renvoyer à: l'adresse ci-contre

Renseignements par la permanence téléphonique ou par courriel:

026 422 27 25 - info@federationdespatients.ch
www.federationdespatients.ch



Nos collaboratrices en Suisse romande:

Antoinette Hayoz

Conseillère aux patients à Fribourg
info@federationdespatients.ch



Katia de La Baume

Responsable communication à Lausanne
delabaume@federationdespatients.ch

Changements au sein de la section

Après près de quatre ans passés comme conseillère aux patients à Fribourg, M^{ME} ANTOINETTE HAYOZ nous quitte pour d'autres tâches - à notre plus grand regret. Sa disponibilité et sa connaissance profonde du système ont été particulièrement précieuses pour notre association au cours des dernières années. Antoinette Hayoz sera remplacé par M^{ME} ESMERALDA TRIANDÉ qui dispose d'une formation de sage-femme et de différentes formations complémentaires.

Fédération suisse des patients / Fribourg
Rue de la Fonderie 2 - CP 1437
1701 Fribourg