



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

www.federationdespatients.ch

Primes de l'assurance-maladie: Il faut enfin un plafond !

Les primes de l'assurance-maladie augmenteront à nouveau massivement en 2017, avec des effets particulièrement durs pour les ménages qui n'ont tout juste pas droit aux abaissements de primes dans leur canton. La conseillère d'Etat genevoise Liliane Maury-Pasquier (photo) a demandé en vain au Conseil des Etats de plafonner la charge des primes par ménage à 10 pour cent.

Lors du lancement du projet de loi sur l'assurance-maladie au début des années 90 du siècle dernier, le conseiller fédéral démocrate-chrétien Flavio Cotti, en charge du dossier, avec annoncé qu'avec la nouvelle loi, la charge de l'assurance-maladie obligatoire pour les ménages ne dépasserait pas huit pour cent. La réalité est aujourd'hui très éloignée de cet objectif. Si les ménages à bas revenu bénéficient dans la plupart des cantons de systèmes de réductions de primes qui remplissent à peu près leurs objectifs, les revenus les plus élevés continuent à payer très peu pour l'assurance-maladie, ce qui laisse une part très importante de la charge aux revenus moyens. En moyenne, après déduction des rabais de primes, un ménage suisse consacrait en 2014 12 pour cent de son revenu à l'assurance-maladie obligatoire, avec des points pouvant dépasser les 25 pour cent dans certains cantons et pour certains ménages.

Dans ce contexte, la conseillère aux Etats genevoise Liliane Maury-Pasquier a demandé d'introduire un plafonnement de la charge à dix pour cent, comme le canton de Vaud vient de le décider. Dans son intervention, elle a relevé que «une personne sur dix renonce, pour des raisons financières, à consulter un médecin. Cela peut se révéler au final coûteux

pour l'assurance obligatoire des soins, un diagnostic tardif pouvant conduire à des complications.» Dans un contexte où de nombreux cantons réduisent leur contribution financière pour les abaissements de primes, la conseillère aux Etats a demandé de fixer pour l'ensemble du pays un plafond pour les primes de l'assurance-maladie obligatoire à 10 pour cent du revenu du ménage, sans transférer la charge aux ménages déjà soutenus par les pouvoirs publics.

La majorité du Conseil des Etats n'a pas voulu de cette résolution, invoquant notamment les principes du fédéralisme et le manque de ressources financières de l'Etat. Dans ce contexte, la proposition de Mme Maury-Pasquier va être reprise ces prochains mois dans les cantons les plus touchés, notamment en Suisse romande, où les parlements cantonaux seront saisis de propositions concrètes.



Liliane Maury Pasquier, Conseillère aux Etats, présidente de la Commission de sécurité sociale et de santé du Conseil des Etats (PS/GE)

Le service aux patients de Suisse occidentale a le plaisir de vous convier à son assemblée générale

le jeudi 17 novembre 2016, à 19h15,

au Restaurant du Soleil Blanc, rue de la Samaritaine 29, 1700 Fribourg.

L'ordre du jour est le suivant :

1. Salutations par la présidente, Mme la conseillère nationale Rebecca Ruiz
2. Comptes
3. Elections au comité
4. Débat entre M. le conseiller national Jean-François Steiert et M. le conseiller d'Etat Georges Godel : «Quel avenir pour les patient-e-s dans le canton de Fribourg ?», dès 20h
5. Conclusion

Editorial

S'attaquer aux coûts ET à leur répartition !



par **Jean-François Steiert**,
Conseiller national,
vice-président de la Fédération
suisse des patients

Dans leur refus de la proposition de plafonnement de la charge des primes par ménage, les conseillers aux Etats de la droite dure ont notamment demandé de s'attaquer aux coûts plutôt que de répartir la charge plus équitablement.

Outre le fait que cette même majorité s'oppose assez systématiquement aux propositions du Conseil fédéral qui visent à réduire le prix des médicaments, à éviter des prestations inutiles ou plus généralement à améliorer le rapport entre le coût et l'efficacité de certains traitements, il est malvenu d'opposer les mesures de contrôle des coûts à celles visant à décharger les ménages les plus touchés.

La répartition de plus en plus inégalitaire des coûts de l'assurance-maladie obligatoire au détriment des revenus moyens et tout particulièrement des familles n'est en effet pas simplement une question sociale. Un sondage récent dans lequel plus d'un Suisse sur quatre s'est prononcé pour la suppression de l'assurance-maladie obligatoire montre clairement la menace : si la charge des ménages les plus touchés n'est pas plafonnée, les pressions pour supprimer l'assurance-maladie obligatoire ou du moins pour réduire drastiquement la liste des prestations remboursées vont augmenter. Cela renferme un risque sérieux de désolidarisation et de médecine à plusieurs vitesses, sur le dos des personnes les plus faibles dans notre société – mais entraînerait aussi un affaiblissement du système de santé tout entier, comme le montre les exemples d'autres pays qui ont choisi ce chemin.

Les réflexions et les mesures visant à juguler l'augmentation des coûts de la santé et à dépenser le plus efficacement possible l'argent de l'assurance obligatoire sont indispensables – mais elles doivent aller de pair avec une meilleure répartition de la charge financière

La grande interview : le droit des patients !



Rebecca Ruiz,
Conseillère nationale,
membre de la commission des affaires
juridiques (PS/VD)

Le Conseil fédéral a publié un rapport sur les droits des patients en Suisse, qui vient d'être traité par la commission compétente du Conseil national. Quelles sont aujourd'hui les principales lacunes dans les droits des patients dans notre pays, du point de vue des services aux patients ?

Une des principales lacunes concerne déjà les informations auxquelles les patient-e-s ont accès. Il est primordial que les patient-e-s puissent avoir accès à des informations neutres et de qualité pour connaître les situations dans lesquelles ils peuvent/doivent se défendre et de quelle manière ils peuvent le faire.

Ensuite, nous constatons dans notre pratique que de nombreuses et nombreux patient-e-s souffrent de graves lésions qui ne peuvent être réparées faute de dispositions légales adéquates ou à cause d'une interprétation très large par le Tribunal fédéral d'exceptions à la responsabilité du producteur par exemple. Nous considérons que,

dans ces cas-là, où les lésions sont avérées, ont des conséquences pouvant être très graves – invalidité, chômage, etc. – et où les patient-e-s ne peuvent obtenir réparation à cause du manque de dispositions légales adéquates ou de leur interprétation, comme par exemple dans les cas liés à l'amiante, un fonds de réparation pour les victimes est essentiel pour leur permettre de retrouver une vie normale. La mise sur pied d'instruments de protection collective est aussi primordiale pour la défense des patient-e-s. En face des géants de l'industrie de la santé, qu'il s'agisse des assureurs, des associations de prestataires ou de la pharma, les patient-e-s se sentent bien souvent seul-e-s et démuni-e-s. Nombre de patient-e-s nous confient leur désarroi dû au déséquilibre du rapport de force. Les instruments de protection collective permettraient aux patient-e-s de rééquilibrer ce rapport de force en unissant leurs forces. En outre, les procédures sont souvent longues et coûteuses. De tels instruments permettraient de réduire les coûts à charge des patient-e-s.

Quelles sont les mesures qui devraient être prises le plus rapidement possible en ce qui concerne les droits individuels des patients ?

Les procédures auxquelles les patient-e-s font face sont aujourd'hui extrêmement compliquées. Il faut absolument les faciliter. Je pense notamment aux moyens de preuve. Il y a une asymétrie entre les connaissances du prestataire, p.ex. le médecin, et celles de la ou du patient-e. Par conséquent, il est bien souvent impossible pour la ou le patient-e de démontrer une erreur de traitement. Pour certains types de dommages ou certains types de procédures, il est nécessaire de mettre rapidement sur pied un système d'indemnisation sans faute. Par exemple, en cas d'infections nosocomiales, un tel système pourrait permettre d'éviter les difficultés de la procédure, aussi bien pour les patient-e-s que pour les prestataires, et garantir une réparation aux patient-e-s concerné-e-s. Dans ce cadre-là, et comme esquissé par le rapport du Conseil fédéral, il faut réfléchir aux cas dans lesquels un tel système serait nécessaire ainsi qu'à son mode de financement. Dans tous les cas, la nécessité du principe d'un tel système d'indemnisation est démontrée.

De plus en plus de personnes cherchent à s'informer sur internet lorsqu'ils ont un problème de santé, mais sentent perdues dans les nombreuses informations, de qualité très variable, qui se trouvent sur la toile. L'Etat peut- et doit-il jouer un rôle pour assurer une information de qualité ?

Les patient-e-s doivent pouvoir avoir accès à des informations de bonne qualité, vérifiées et indépendantes de prestataires ou des assureurs. L'Etat doit proposer sa propre offre, mais il doit aussi soutenir les acteurs qui proposent de telles ressources de manière indépendante. Ainsi, on trouve des services aux patient-e-s indépendants actifs dans la plupart des cantons. Leur activité de conseil est essentielle au bon fonctionnement du système de santé. À titre d'exemple, on peut citer l'excellente initiative issue de l'émission de service public « On en parle » (RTS La Première), en collaboration avec le magazine Planète santé et l'Institut de droit de la santé de Neuchâtel. Cette collaboration a permis de mettre en ligne des archives de conseils pour les patient-e-s. Nous avons donc accès ici à des conseils portant sur de très nombreux sujets et de première qualité.

Aux Etats-Unis, certains médecins renoncent à pratiquer certaines interventions par crainte de conséquences financières graves en cas d'échec. Le droit de la responsabilité civile se retourne contre les patients. Ne court-on pas le même risque à vouloir développer de plus en plus les droits des patients en Suisse ?

La Suisse est encore largement en dessous de la moyenne européenne en ce qui concerne les procédures que doivent suivre les patient-e-s. Nous ne cherchons pas les excès américains mais une protection suffisante dont nous sommes encore éloigné-e-s. Nous devons trouver une solution au problème actuel par des processus plutôt que par de trop nombreuses règles. Ces processus doivent pouvoir varier d'un cas à l'autre et, pour avoir de bons processus, il faut que les patient-e-s soient impliqué-e-s dans sa mise en place. Dans tous les cas, le système suisse de responsabilité civile est un système raisonnable – même si parfois, bien entendu, trop frileux –, qui ne permet de réparer que les dommages effectivement subis par le ou la patient-e. Le dialogue entre le prestataire et le ou la patient-e est au cœur de la question. Tous deux doivent apprendre à s'apprivoiser mutuellement pour mieux se comprendre, pour trouver ensemble des solutions qui correspondent aux besoins du ou de la patient-e et qu'il/elle peut comprendre. Ce changement culturel prend un certain temps. On apprend à déléguer, à faire confiance. Dans ce contexte-là, la bonne information du ou de la patient-e prend tout son sens.

Quels droits collectifs doivent à votre avis être développés de manière prioritaire ?

Les droits collectifs des patient-e-s ne doivent pas être pensés en vase clos. Au contraire, il se justifie de réfléchir de manière globale aux procédures collectives dans le droit de la santé, de la consommation ou des produits car les problématiques rencontrées sont les mêmes et le système serait plus efficace.

Une première mesure serait de reconnaître la possibilité aux organisations de patient-e-s d'agir au nom des patient-e-s concerné-e-s. Trop souvent, les patient-e-s se retrouvent esseulé-e-s ou désespéré-e-s face aux difficultés matérielles ou financières des procédures. Cela rendrait le système plus efficace, car on n'aurait plus une multitude de procédures, mais des procédures concentrées. Cela permettrait aussi d'équilibrer les rapports de forces entre les patient-e-s, les prestataires et les assureurs. Une deuxième possibilité serait l'introduction de procédures-pilotes ou tests pour « tâter le terrain » et éviter des procédures inutiles ou un trop grand nombre de procédures. L'effet de cette procédure-pilote serait contraignant pour les autres cas similaires. Troisièmement, on peut aussi envisager d'introduire des procédures de groupe lorsque certaines conditions spécifiques sont remplies.

Que comptez-vous faire pour faire avancer les droits des patients ?

Le champ d'action principal est l'amélioration des processus permettant aux patient-e-s de faire valoir leurs droits. Cela requiert aussi que l'on garantisse l'accès des patient-e-s à des informations de qualité et indépendantes ainsi que leur participation aux décisions entourant la mise sur pied de ces processus.

Concrètement, on peut citer l'introduction de fonds d'indemnisation indépendants de la faute, notamment pour les maladies nosocomiales ou les cas de graves lésions qui ne peuvent être réparées à cause de lacunes juridiques ou de l'interprétation restrictive des tribunaux, la mise en place de procédures-pilotes ainsi que de droits de représentation plus développés pour les organisations de patient-e-s.

Nouvelles du Service des assurances sociales et de l'hébergement du canton de Vaud :

Le 30 octobre, journée des proches aidants

S'occuper d'une personne malade ou en situation de handicap est une tâche difficile qui demande de s'y préparer et de pouvoir s'entourer des organismes de soutien utiles. Ainsi, en Suisse, une personne sur sept reçoit de l'aide d'un proche : parmi celles et ceux qui ont plus de 85 ans, une personne sur trois est soutenue par un proche. Dans le canton de Vaud, on estime que 13 % de la population de plus de 15 ans fournit de l'aide au moins une fois par semaine à des personnes qui ont des problèmes de santé ou âgées . Par «aide», il peut s'agir de visites, de présences, de soins, de transports, ou de soutien pour des tâches domestiques ou administratives. Ces «proches aidants» consacrent en moyenne 50 heures par semaine à l'aide d'un ou de plusieurs membres de leur entourage atteints dans leur santé ou leur autonomie. Le plus souvent, elles le font par affection, loyauté ou devoir. Par ailleurs, un proche sur deux s'épuise durant son parcours d'aidant et un sur trois exprime avoir des répercussions sur sa santé .

Où trouver de l'aide?

Depuis 2010, le Département de la santé et de l'action sociale, par l'intermédiaire du Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH), conduit les réflexions et les actions nécessaires pour soutenir les proches aidants. Il s'agit de reconnaître leur contribution indispensable à la politique de maintien à domicile menée depuis plus de 25 ans dans notre canton, et leurs droits à des appuis spécifiques pour leur permettre de poursuivre leur engagement. Les services de sou-

ten professionnels et bénévoles existants ont pour mission de les soulager dans leurs tâches et de les accompagner dans leur expérience d'aidant, dans leur recherche d'informations et de solutions. Parmi ces services, on peut citer l'aide, les soins ou les prestations de relève professionnelle et bénévole à domicile, l'accueil temporaire, les rencontres pour les proches, la consultation psychologique ou les appuis financiers.

Le site www.vd.ch/proches-aidants et la brochure Proches aidants tous les jours: informations et conseils pour le proche aidant à domicile présentent ces prestations. La brochure peut être commandée gratuitement par mail info.sash@vd.ch ou par téléphone au 021 316 51 51.

Depuis 2012, le 30 octobre a été instauré dans le canton de Vaud comme la «Journée des proches aidants» pour reconnaître leurs contributions et les informer. En 2016, six cantons romands reconduisent cette journée dans leur canton respectif: Vaud, Genève, Fribourg, Neuchâtel, Jura, Valais (www.journee-proches-aidants.ch). Cette année, le message est Proches aidants, trouver son rythme exprimant la recherche d'équilibre, essentielle pour continuer à aider sans s'épuiser, ni s'isoler. L'événement du 30 octobre 2016 aura lieu au Marathon Lausanne, comme réunion symbolique des satisfactions et de l'endurance des proches aidants avec celles des sportifs!

Les organismes de soutien, des proches et Philippe Jeanneret, parrain de la journée, seront réunis dans une équipe «Proches aidants» de plus de 400 participant-e-s aux différentes courses et marches et un stand «Proches aidants» permettra au public de les rencontrer et de s'informer.

BRÈVES PARLEMENTAIRES

Loi sur la qualité ressuscitée

Le projet de loi sur la qualité dans la santé vise à améliorer la qualité et l'adéquation des prestations, avec des processus permettant de tenir compte des divergences d'intérêts entre patients, prestataires et assureurs pour définir ce que l'on entend par qualité et quels sont les domaines d'action prioritaires. Opposé à toute ingérence de l'Etat dans ce domaine, la majorité du Conseil des Etats a refusé d'entrer en matière sur le projet au mois de juin. Plus pragmatique, la commission du Conseil national a décidé sans opposition de charger l'Office fédéral de la santé publique de préparer des propositions de modification de la loi pour créer une institution chargée de la qualité, avec la participation de tous les acteurs de la santé et la possibilité d'émettre des recommandations formelles à valider par le Conseil fédéral.

Tarif médical : intervention fédérale en vue

Les négociations tarifaires sur le tarif médical Tarmed ont échoué. Les premiers résultats de la négociation menée entre une partie des assureurs et les principaux prestataires ont abouti à un résultat qui aurait débouché sur des coûts supplémentaires de trois milliards de francs par année. La Fédération suisse des patients FSP s'était déclarée auparavant favorable à une revalorisation des tarifs pour les médecins de premier recours, mais à condition que les gains de productivité parfois très importants qui ont pu être réalisés dans d'autres disciplines (p. ex. radiologie, ophtalmologie) soient répercutés à la baisse sur les tarifs idoines, de manière à équilibrer le résultat financier. La FSP s'est en revanche fermement opposée à un tarif qui augmenterait de plus de 10 pour cent la charge annuelle des assuré-e-s sans la moindre plus-value pour leur santé. Les négociations semblent aujourd'hui bloquées, de sorte que le Conseil fédéral sera vraisemblablement appelé à prendre ses propres décisions, sur la base des travaux des différents acteurs, mais sans augmentation significative des coûts.

CHANGEMENT DE CAISSE-MALADIE : RÉPONSES À VOS QUESTIONS.

Par Simon Zurich, vice-président du Service aux patients de Suisse occidentale

Vous avez jusqu'à la fin novembre pour changer de caisse-maladie dans l'assurance-maladie obligatoire et pour économiser des montants parfois importants. Dans cette perspective, vous trouverez ci-dessous des réponses à certaines questions fréquemment posées à notre service.

Comment choisir la franchise ? La franchise est le montant que vous payez chaque année de votre propre poche avant que l'assureur commence à prendre en charge les factures - ce montant peut varier de 300 à 2500 francs pour les adultes, de 0 à 600 francs pour les enfants. Une franchise plus élevée permet de réduire de manière parfois importante le montant des primes. Le choix de la franchise la plus avantageuse est évidemment lié à votre état de santé – vous devez donc toujours évaluer un risque, ce qui peut être difficile. De manière générale, la franchise minimale (300 francs pour les adultes, zéro pour les enfants) est recommandée pour les personnes qui ont des coûts de santé élevés, qui souffrent d'affections chroniques ainsi que pour les enfants en bas âge, alors que les assurés en bonne santé obtiennent généralement les résultats les plus avantageux en choisissant la franchise la plus élevée. Le service aux patients de Suisse occidentale se tient à disposition des personnes qui le souhaitent pour leur faciliter cette démarche.

Attention : Si vous disposez d'un revenu bas ou moyen et que vous optez pour une franchise élevée, ne dépensez pas l'argent économisé sur les primes, mais gardez-le à disposition au cas où vous deviez faire face à un problème grave de santé !

Tous les assurés peuvent-ils choisir librement leur assureur ? Il faut distinguer entre l'assurance obligatoire de soins et les assurances complémentaires. Pour l'assurance obligatoire, toute personne a le droit de choisir librement sa caisse-maladie, indépendamment de son âge et de son état de santé – sauf si elle n'a pas réglé l'ensemble de ses obligations face à sa caisse-maladie actuelle. Ce libre choix vaut également pour les modèles d'assurance particuliers (médecin de famille, HMO, médecin téléphonique, etc.), qui sont accessibles à tous les assurés quel que soit leur âge. Toutefois, vérifiez bien si une telle offre est bien disponible à proximité de votre domicile - il arrive que des assurés souscrivent à de telles offres et découvrent ultérieurement que les seuls médecins agréés se trouvent à plusieurs dizaines de kilomètres de distance ! Il n'est pas nécessaire de demander une offre préalable à la nouvelle caisse - un courrier au nouvel assureur suffit. Ce courrier devra si possible être envoyé en « recommandé » (pour éviter les lettres qui « se perdent »...), comprendre vos coordonnées, la date du changement d'assureur (en principe le 1er janvier 2017), la franchise souhaitée ainsi que la demande de communiquer le changement à votre assureur actuel. Il devra impérativement parvenir à votre nouvel assureur au plus tard le mercredi 30 novembre. Les organisations de patients tiennent des lettres-types à disposition des personnes intéressées.

Peut-on changer d'assureur uniquement pour l'assurance de base, en conservant ses assurances complémentaires ? La loi permet d'être assuré auprès de deux assureurs distincts pour l'assurance de base et les assurances complémentaires. C'est par exemple le cas lorsque l'on change de caisse pour l'assurance de base alors que les délais pour le changement de l'assurance complémentaire sont échus ou encore, pour des personnes malades ou âgées de plus de 45 à 50 ans, lorsque la nouvelle caisse pour l'assurance de base ne veut pas reprendre les assurances complémentaires. Cette répartition de l'assurance sur deux caisses n'implique pas de coût supplémentaire notable, mais les procédures peuvent être plus compliquées lorsqu'il s'agit d'obtenir le remboursement d'une prestation. Si vous craigniez de telles complications et que votre caisse actuelle fait partie d'un groupe de caisses-maladie, vous pouvez aussi choisir la caisse la plus avantageuse du groupe d'assurance pour l'assurance de base, ce qui peut permettre des économies importantes dans certains cas sans pour autant vous exposer aux complications mentionnées pour le remboursement des prestations médicales.

Délais pour le changement d'assureur :

votre assureur doit recevoir votre courrier au plus tard le mercredi 30 novembre.

Le service aux patients à Fribourg

Le Service aux patients Fribourg a pour mission de fournir d'offrir conseils et assistance pour vos droits en tant que patient, pour vos démarches vis-à-vis des assurances de santé. Il s'engage à favoriser la transparence des coûts et des prestations en matière de santé publique. Nos conseillers sont à disposition des patients pour les renseigner sur leurs droits et les soutenir dans les démarches extrajudiciaires à entreprendre.



Joanna Melvyn et Margot Ouddane

Conseillères aux patients à Fribourg



Katia de La Baume

Responsable communication à Lausanne
delabaume@federationdespatients.ch

079 197 21 15 - info@federationdespatients.ch

www.federationdespatients.ch