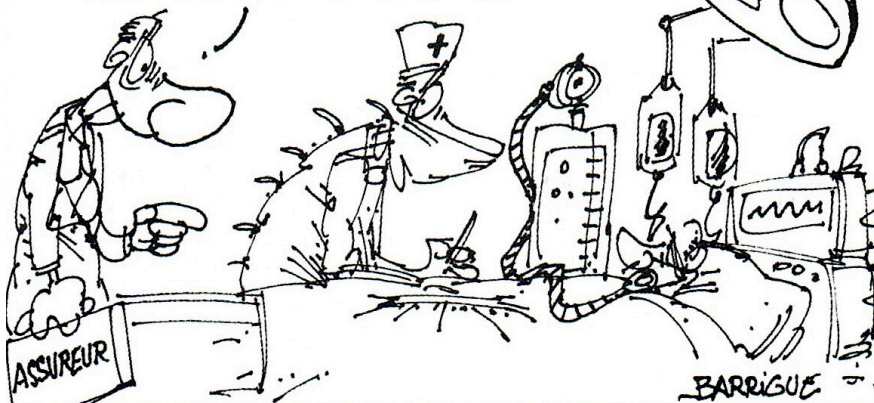




Bulletin de la  
**Fédération suisse des patients**  
**Section Fribourg / Suisse occidentale**  
[www.federationdespatients.ch](http://www.federationdespatients.ch)

AVANT QU'IL NE SE RÉVEILLE...  
 MERCI DE LUI EXTRAIRE SA CARTE  
 D'IDENTITÉ ET SA CARTE DE CRÉDIT  
 AVEC SON CODE CONFIDENTIEL !



## Quel rôle pour les assureurs-maladie?

De plus en plus souvent, les grands assureurs tentent d'éluider les voies de décision démocratiques en réglant par des contrats avec les prestataires ce qu'ils n'obtiennent pas par les pouvoirs politiques. Cela vaut pour la protection des données (v. aussi en page 2), pour la planification hospitalière, que certains assureurs sapent en favorisant des hôpitaux privés voire en y prenant des participations financières, ou encore pour les soins intégrés («managed care»). Ces derniers, basés sur le principe d'une forte collaboration entre les différents prestataires de santé, font aujourd'hui l'objet de contrats souvent peu transparents, de procédures de sélection de risques et même parfois de

mesures de rationnement observées notamment en Suisse orientale. C'est la raison pour laquelle, en attendant l'arrivée d'une caisse publique agissant dans l'intérêt des assurés, les principales organisations de patients, d'assurés et de consommateurs ne soutiennent pas le référendum contre les nouvelles règles sur les soins intégrés introduites dans la loi sur l'assurance-maladie: en effet, malgré des éléments problématiques, la nouvelle loi a au moins le mérite d'imposer aux assureurs des conditions de qualité, d'équité et de transparence dans le développement aujourd'hui incontrôlé des modèles de soins intégrés. Cette question résume à elle seule un des principaux enjeux de la politique de santé des prochaines années, entre des assureurs-payeurs et des assureurs qui, sans légitimité, cherchent à piloter le système, au détriment du principe solidarité sur lequel il est construit.

## Assemblée générale

de l'association Service aux patients  
 Fribourg / Suisse romande

**Brasserie de l'Épée à Fribourg,  
 le 4 avril, à 19h<sup>00</sup>**

Dès 20h<sup>00</sup>, soirée publique sur les dernières  
 volontés des patients:

**Quels droits et quels devoirs, pour le patient, pour les proches, pour les soignants?**

## Initiative transparence de l'assurance-maladie

La Fédération suisse des patients soutient l'initiative populaire qui veut mettre fin à la confusion entre assurance de base et assurances complémentaires et qui a été lancée par un comité de médecins.

**Merci de signer les cartes de signatures que vous trouverez à l'intérieur du journal !**

## Bonne année, bonne santé!



**Liliane Maury Pasquier**  
 Conseillère aux Etats  
 Présidente de la  
 Fédération suisse des  
 sages-femmes

En ce début d'année, tournons-nous vers l'avenir. Quels sont les grands enjeux de la politique suisse de santé du point de vue des patient-e-s ? Il s'agit d'abord de garantir l'accès de toutes et tous à des soins de qualité. Globalement en moins bonne santé, les personnes à revenu modeste sont pourtant souvent contraintes de renoncer à des soins pour des raisons financières: ce fut le cas de 18% de la population suisse en 2010 !

Il est donc urgent de limiter la charge financière des patient-e-s. De refuser un projet de Managed Care qui augmente la participation des assuré-e-s hors réseau. Et d'approuver l'initiative pour une caisse publique d'assurance-maladie, pour des primes plus justes et plus supportables. Reste aussi à assurer la protection des données. Le développement de la cyber-santé doit être assorti de garde-fous. Tout comme la transmission des diagnostics aux assureurs – question qui se pose dans le cadre de l'introduction des DRG, au cœur de ce numéro- : l'ordonnance d'application doit permettre de renforcer les garanties de protection des patient-e-s.

C'est tournée vers ces objectifs que je vous souhaite bonne année et... bonne santé !

Notre dossier spécial:

**Le nouveau  
 financement  
 hospitalier dès le  
 1<sup>er</sup> janvier 2012**

en pages 2-4

# Les «SwissDRG» ou forfaits par cas



**Dr Simon Hölzer**  
Directeur SwissDRG SA

**Quels changements nous apporte le financement au forfait par cas national**

**« SwissDRG » par rapport aux nombreux systèmes cantonaux de forfaits par cas qui existent déjà ?**

Le système tarifaire SwissDRG constitue le premier système valable pour l'ensemble du pays, apportant une meilleure transparence. Il permet ainsi une comparaison des prestations et des prix et favorise une rémunération des hôpitaux en adéquation avec les prestations fournies. En d'autres termes, les montants perçus par les hôpitaux sont directement liés et proportionnels à la complexité et la sévérité des cas traités.

**Quel est l'objectif de la mise en place au 1er janvier 2012 du système SwissDRG ?**

L'objectif est d'assurer le financement du système de santé à long terme par le biais d'une concurrence au niveau des prix et de la qualité. Le système permettra d'augmenter la qualité des soins en Suisse, tout en contrôlant les coûts. Le système doit également pouvoir être piloté sur la base d'informations objectives, ce qui est assuré par le fait que les forfaits de la structure tarifaire SwissDRG sont développés à partir des données effectives des hôpitaux. Le système met les hôpitaux privés et publics sur un pied d'égalité, permettant ainsi le libre choix des patients.

**Contrairement aux promesses faites à l'origine, l'introduction des forfaits par cas engendre, du moins en un premier temps, des coûts supplémentaires pour les assurés et les cantons. Où sont restées les économies promises ?**

L'augmentation des coûts de la santé s'explique avant tout par le vieillissement de la population et le progrès médical, c'est-à-dire à des facteurs indépendants du système. D'autre part, le financement hospitalier se situe actuellement dans une phase de transition, durant laquelle les nombreuses règles régissant le financement et les contrats tarifaires sont introduites de façon progressive. Les économies viendront à terme de la transparence et de la comparabilité apportées

par le système. Les premiers effets ne sont donc pas encore visibles au moment de l'introduction.

**Quels sont les risques pour les patients en termes de qualité des soins ? par exemple une diminution de la durée des séjours hospitaliers ?**

Une durée de séjour plus longue n'est pas un gage de qualité en soi. La prolongation d'un séjour n'est souhaitable et censée que si elle se justifie d'un point de vue médical. Comme par le passé, le médecin décide librement de la nécessité de prolonger ou non le séjour en fonction de l'état de santé du patient et si une alternative ambulatoire est envisageable. D'autre part, le système est étroitement surveillé et la qualité mesurée de façon indépendante. Les règles d'applications du système prévoient, elles aussi, des gardes fous pour éviter d'éventuels effets négatifs sur la qualité des traitements hospitaliers. A titre d'exemple, une réadmission du patient en raison d'une sortie précipitée suite à son hospitalisation est à charge de l'hôpital.

**Le système SwissDRG tient compte de l'ensemble des diagnostics et traitements administrés au patient lors de son séjour hospitalier**

**Comment cela se passe-t-il si un patient souffre de plusieurs pathologies ? quel diagnostic sera retenu ? et sera-t-il retenu au détriment des autres, donc de la qualité des soins ?**

Le système SwissDRG tient compte de l'ensemble des diagnostics et traitements administrés au patient lors de son séjour hospitalier. Sur la base de ces informations médicales, le séjour du patient est alors attribué à un DRG dont la rémunération reflète les ressources nécessaires au traitement du cas. Ainsi, le traitement reçu définit le DRG et non l'inverse. Cette vision du traitement du patient dans son ensemble constitue le grand avantage de ce système d'un point de vue médical, les cas complexes étant attribués à des DRG mieux rétribués, les cas moins complexes à des DRG dont la rémunération sera plus basse.

**Comment pouvez-vous faire co-habiter deux principes qui fondamentalement s'opposent : économie de marché et équité sociale ?**

réglent les principes de la transmission des données dès l'introduction du nouveau financement hospitalier avec les forfaits par cas (DRG) le 1er janvier 2012, le Parlement fédéral a donné au Conseil fédéral la compétence de déterminer quelles données devront être transmises et dans quelles conditions. Dans ce contexte, Didier Burkhalter, alors encore en charge de la santé, a promis que seules les données hospitalières feraient l'objet de transmissions systématiques, mais codées. Les principaux partenaires auront à se déterminer d'ici la fin février sur un projet d'ordonnance dont le nouveau conseiller fédéral compétent Alain Berset a laissé entendre qu'il devra placer l'intérêt du patient au premier plan.

Même dans un système comme SwissDRG, le marché ne sera jamais totalement libéralisé et les prestations sociales occuperont toujours le premier plan. La planification hospitalière sera toujours dans la responsabilité des cantons ; celle-ci se basera cependant sur des informations objectives qui permettront une meilleure prise de décision. Les économies dégagées permettent d'allouer les ressources là où elles sont nécessaires. Il ne s'agit donc pas de couper dans les prestations, mais d'assurer une fourniture efficiente de celles-ci. D'autre part, l'équité sociale doit être assurée par le biais d'un système de primes et d'une fiscalité équilibrées et adaptées. Il s'agit ici de l'un des

## Le nouveau financement hospitalier

Au 1er janvier 2012 sont introduits les «SwissDRG» pour les hôpitaux de soins somatiques aigüés. L'objectif des DRG (Diagnostic related problem) est de fixer l'indemnisation hospitalière selon le diagnostic attribué au patient. **«Chaque séjour hospitalier est classé dans un groupe de pathologie et indemnisé de manière forfaitaire sur la base de critères définis, comme le diagnostic principal, les diagnostics supplémentaires, les traitements et le degré de sévérité.»**

(extrait du site [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org))

Pour l'instant les soins de réadaptation et les soins psychiatriques ne sont pas concernés.

Les objectifs de ce nouveau mode de financement sont de plusieurs ordres :

- **La transparence des coûts par comparaison entre établissements :** pour un diagnostic similaire, les coûts sont clairement attribués contrairement au forfait journalier hospitalier (jusqu'au 31 décembre 2011) qui ne tenait pas compte des pathologies et de la complexité des situations.
- **La comparaison des coûts** entre établissements et cantons est ainsi rendue possible.
- **L'égalité entre hôpitaux privés et publics**
- **La libre circulation d'un canton à l'autre :** attention (voir page 4), comme les cantons vont payer les différences de coûts, selon le canton il faudra se renseigner.

grands chantiers du domaine de la santé en Suisse.

**Les hôpitaux universitaires seront sûrement désavantagés car moins compétitifs au niveau des énormes sommes engagées en matière de formation de personnel médical. Qu'avez-vous prévu pour que le nouveau système ne préte-rite pas la qualité de la formation ?**

Le changement de système a permis d'attirer l'attention et d'ouvrir le débat sur le financement équitable de la formation. Les partenaires, notamment les cantons ont déjà proposé des solutions afin de conforter la formation du personnel médical en Suisse. D'autre part, la recherche et la formation universitaire ne sont pas financées par le biais du système SwissDRG, limitant ainsi la pression subie par les hôpitaux universitaires.

## La protection des données remise en question ?

En été 2011, une majorité des hôpitaux a fait échouer au dernier moment un accord entre santé suisse, principale faitière des assureurs et H+, qui défend les intérêts des hôpitaux de Suisse. Il s'agissait notamment de contraindre les hôpitaux à fournir systématiquement les diagnostics non codés de tous leurs patients aux assureurs - avec un droit plutôt théorique des patients de s'y opposer individuellement.

La Fédération des patients soutient une motion du conseiller national radical Ignazio Cassis qui demande un centre de contrôle des codages des forfaits hospitaliers indépendant des assureurs et de leurs intérêts particuliers. D'ici là et vu la nécessité de

# LA FMH ET LES MÉDECINS INTERVIENDRONT SI NÉCESSAIRE



**Dr Jacques de Haller**  
Président FMH  
Fédération des  
médecins suisses

**Quels sont les enjeux des Swiss-DRG pour les médecins au sein des hôpitaux ?**

Il est évidemment

essentiel pour nous que le nouveau système de financement des hôpitaux ne porte pas préjudice à la qualité de la médecine offerte aux patient-es, ni aux conditions de travail des milliers de personnes qui y travaillent.

## La pression est-elle plus grande pour les médecins dans les hôpitaux universitaires ?

Les Swiss-DRG ne sont qu'un élément; un autre problème est que légalement, les hôpitaux, doivent être maintenant «rentables», s'autofinancer.

La FMH suit ces évolutions de près et ne manquera pas de tirer la sonnette d'alarme en cas de dérapage.

## Comment les patients pourront-ils se rétablir de façon durable avec des durées d'hospitalisation de plus en plus courtes ?

Dans la plupart des cantons, la facturation se fait par forfaits depuis plusieurs années déjà, et cela n'a pas entraîné de

modification de la durée d'hospitalisation; c'est rassurant, mais doit évidemment continuer à être surveillé. Il en va de même avec les ré-hospitalisations.

## Les Swiss-DRG ne devraient rien changer pour les patients

## Comment les médecins de famille pourront-ils faire face à l'augmentation de patients nécessitant des soins de plus en plus aigus ? en particulier en zone rurale ?

L'introduction du nouveau financement hospitalier, le 1er janvier, ne devrait pas être la cause d'une surcharge pour les médecins de famille; mais il est vrai que la technique médicale permet de plus en plus d'éviter des hospitalisations – cela souligne le besoin que nous avons de disposer d'assez de médecins de famille de haut niveau: il y a là maintenant une vraie urgence politique !

## Selon vous, quels sont les avantages des SwissDRG pour les patients ?

Les Swiss-DRG ne devraient rien changer pour les patients, en fin de compte – sinon, nous interviendrons ! La FMH a mis en place les méthodes de surveillance nécessaires.

## BRÈVES PARLEMENTAIRES

### Caisse publique

L'initiative pour une caisse publique, qui a d'ores et déjà réuni plus de 120'000 signatures, sera déposée au cours du printemps. **Merci à toutes et à tous qui ont contribué au succès de la récolte de signatures.** Le Conseil fédéral aura d'ici 2013 pour présenter ses réflexions au Parlement.

### Implants mammaires

Suite aux mesures prises par divers gouvernements européens en réaction au scandale des implants mammaires effectués avec du gel de silicone de type industriel, la commission de la santé et des affaires sociales du Conseil national a demandé au Conseil fédéral de lui fournir rapidement des explications sur les mesures préventives, diagnostiques, thérapeutiques et financières qu'il envisage de prendre – tant dans l'intérêt des femmes concernées que pour réduire l'impact de complications dont le coût devra par ailleurs être assumé par l'ensemble des assurés.

### Prévention

Suite à la décision du Conseil des Etats de ne pas entrer en matière sur la nouvelle loi sur la prévention, la commission du Conseil national a décidé par 16 voix contre 9 d'insister sur la nécessité d'une telle loi. La Suisse ne fait en effet pas partie des bons élèves en la matière, en comparaison internationale; la majorité de la commission a estimé qu'un effort dans la prévention peut aussi contribuer à un meilleur contrôle des coûts de santé.

## Pour en savoir plus...

Le dossier sur la RSR:

[www.rsr.ch/#/info/les-titres/suisse/3677688-incertitudes-sur-le-nouveau-financement-hospitalier.html](http://www.rsr.ch/#/info/les-titres/suisse/3677688-incertitudes-sur-le-nouveau-financement-hospitalier.html)

Le site des SwissDRG: [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org)

Le site du **DSAS fribourgeois** à propos du libre choix de l'hôpital:

[www.fr.ch/dsas/fr/pub/actualites.cfm](http://www.fr.ch/dsas/fr/pub/actualites.cfm)

Le site des **hôpitaux de Suisse (H+)**:

[www.hplus.ch/fr/tarifs\\_prix/swissdrg/actuel/](http://www.hplus.ch/fr/tarifs_prix/swissdrg/actuel/)

# LES INFIRMIÈRES PERMETTENT D'ÉVITER LES RÉHOSPITALISATIONS



**Elsbeth Wandeler**

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

**Comment les soins infirmiers se positionnent dans un système de santé qui se base sur l'économie de marché tout**

**en visant à garantir la sécurité, la qualité et l'équité des soins ?**

Les lois de l'économie de marché ne vont pas vraiment nous conduire à un système de santé social, sûr et abordable. C'est pour cela qu'il faut absolument s'assurer que le secteur des soins infirmiers dispose de suffisamment d'argent pour engager le personnel nécessaire. Les infirmières doivent documenter leurs actes pour que ceux-ci puissent être codés en tant que prestations infirmières dans le système des DRG. Il s'agit de montrer que les soins infirmiers permettent d'éviter de coûteuses réhospitalisations et de reconnaître leur valeur.

## Sachant que les durées de séjour hospitalier vont diminuer, quelles sont les marges de manœuvre des infirmières pour soutenir les patients hospitalisés ?

On ne peut pas simplement renvoyer le patient chez lui sur la base d'une évaluation médicale. Il faut aussi prendre en compte le point de vue des soins

infirmiers et le financement doit être garanti. Pour les infirmières, la planification de la sortie commence au moment de l'admission.

## Les infirmières sont des intermédiaires essentielles dans la collaboration entre les soins aigus et les soins de longue durée

## Et lors du retour du patient à domicile ou dans une structure de réhabilitation, comment peuvent-elles garantir la qualité des soins ?

Le personnel infirmier qui travaille à domicile doit être hautement qualifié pour pouvoir veiller à ce qu'il n'y ait pas de complications. C'est pour cela qu'il faut garantir sa formation et les formations continues.

## Les infirmières auront-elles un rôle plus important à jouer dans ce nouveau paysage de la santé ?

Bien sûr. Elles serviront par exemple d'intermédiaires essentielles dans la collaboration entre les soins aigus et les soins de longue durée.

## De nouveaux moyens sont-ils prévus pour les soutenir ?

Avec la reconnaissance légale de la responsabilité infirmière, il sera possible de renforcer l'autonomie des soins infirmiers, indispensable pour assurer la prise en charge des patients. Cela permettra de développer une plus grande collaboration dans les réseaux de soins, en particulier avec les médecins de famille.

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 6 - 25 janvier 2012

026 422 27 25 - [info@federationdespatients.ch](mailto:info@federationdespatients.ch)

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

## ATTENTION AU LIBRE CHOIX DE L'HÔPITAL !



M<sup>e</sup> Ariane Ayer  
D<sup>r</sup> en droit, avocate

**Pouvez-vous nous expliquer comment le patient depuis le 1er janvier 2012**

**pourra librement choisir son établissement hospitalier en Suisse?**

La LAMal ne limite plus l'hospitalisation aux hôpitaux sis sur le territoire cantonal ou en cas d'hospitalisation extracantonale à des cas d'urgence ou de nécessité médicale (par ex. pour des prestations non disponibles dans son canton). Elle a aussi introduit une participation des cantons aux prestations fournies par les hôpitaux figurant sur les listes hospitalières cantonales. Les prestations sont également listées.

**Le libre choix n'est pas nécessairement sans frais pour le patient, car le tarif remboursé sera celui de son canton de domicile.**

**A quoi doit-il être particulièrement attentif ?**

Le patient devra surtout bien se renseigner sur la prise en charge des frais d'hospitalisation s'il choisit un hôpital pour des motifs de convenance personnelle. Il doit en premier lieu s'assurer que l'hôpital choisi figure bien sur la liste hospitalière du canton où il est situé, pour les prestations médicales dont il a besoin. **Attention ! les structures des listes diffèrent d'un canton à l'autre et ne regroupent pas les prestations de la même manière.**

Ensuite, le tarif qui sera remboursé est celui du canton de domicile du patient. Si le tarif de l'hôpital choisi est inférieur ou égal à celui-là, la prestation sera entièrement remboursée, après déduction de la franchise et des participations de l'assuré. Si le tarif est plus élevé, la différence sera à sa charge ou à celle de son assurance complémentaire, s'il est couvert pour cette situation.

**Pourra-t-il choisir entre clinique privée et hôpital ou seulement entre différents hôpitaux ?**

Dans le cadre de l'assurance de base, le choix du patient devra se porter sur les hôpitaux répertoriés dans la liste du canton où l'institution est située. Les cantons ont élaboré des listes d'hôpitaux qui comprennent non seulement les hôpitaux situés sur leur territoire, mais aussi des hôpitaux d'autres cantons pour des prestations particulières, souvent non disponibles sur le territoire cantonal. Le critère est ainsi l'inscription sur la liste et non le caractère privé ou public de l'hôpital.

**Le patient avec une assurance de base (LaMal), ne possédant pas d'assurance complémentaire, pourra-t-il en profiter de cette libre circulation hospitalière ?**

Oui, en cas d'urgence ou de nécessité médicale et par choix, si le tarif de l'hôpital de choix est identique ou inférieur à celui de son canton. Il pourrait aussi décider de payer lui-même la différence de tarif.

« Le choix devra se porter sur les hôpitaux répertoriés dans la liste du canton »

**Quid d'un patient disposant d'une assurance complémentaire voulant se faire traiter dans un hôpital privé hors liste et sans contrat avec son assureur ?**

Dans ce cas, le patient sera uniquement couvert par son assurance complémentaire. Le patient qui souhaite être hospitalisé dans un hôpital non répertorié et non conventionné, doit se renseigner si l'hôpital en question a une convention avec son assurance complémentaire et quelle serait la couverture de cette dernière. Pour l'instant, on ne connaît pas encore la position des assurances complémentaires, mais il est vraisemblable qu'elles privilégieront les hôpitaux conventionnés.

## Remboursement par la caisse-maladie: quel délai ?

**« J'ai dû attendre près de quatre mois avant de me faire rembourser des factures hospitalières et de soins à domicile suite à une opération lourde. Est-ce normal de devoir attendre aussi longtemps ? Y a-t-il des délais de remboursement légaux ? Comment procéder s'ils ne sont pas respectés ?**

Il n'y a pas de délai légal pour le remboursement des factures médicales payées ou seulement reçues par les assurés. L'ombudsman des assureurs estime cependant que les assureurs devraient effectuer les versements dus dans les trente jours, sauf lorsque des vérifications complémentaires doivent être entreprises. Il n'est donc pas normal de devoir attendre régulièrement trois à quatre mois pour obtenir des remboursements.

En ce qui concerne vos possibilités d'agir, elles sont les suivantes :

- Lorsque vous recevez une facture médicale ou de soins à domicile, faites en une copie et envoyez-la immédiatement à votre assureur ; vous n'êtes pas tenu de la payer avant de l'envoyer. Informez votre médecin ou tout autre prestataire concerné si l'assureur ne vous paye pas dans les trente jours – et demandez leur un délai de paiement si nécessaire. Cela vous évite des problèmes de liquidités.
- Si vous n'obtenez pas de remboursement dans les trente jours après l'envoi d'une facture, appelez votre assureur pour lui demander les raisons du retard et confirmez votre demande de paiement rapide par courrier inscrit si vous n'obtenez pas de réponse satisfaisante.
- La loi ne vous permet en revanche pas de retarder le paiement de vos primes en guise de compensation. Vous vous exposeriez à des poursuites de la part de votre assureur.

## TALON DE COMMANDE

Je souhaite (entourer ce qui convient):

- **Devenir membre** - Cotisation ordinaire : 60.- / an
  - Etudiant-e-s retraité-e-s: 30.- /an
  - Bénéf. 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 courriel**

Vos nom, adresse, no de tél.,email:

Talon à renvoyer à:  
Fédération suisse des patients /Fribourg  
R. de la Fonderie 2 - CP 1437-1701 Fribourg



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

**Renseignements par la permanence téléphonique ou par courriel:**

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

**026 422 27 25**

**info@federationdespatients.ch**

**www.federationdespatients.ch**