



OSP Questions d'actualité

Association droits du patients.ch
Neuchâtel, 13 mars 2012
Anne-Marie Bollier
Organisation suisse des patients



Nous parlerons de

- Hôpital 2012
- Soins intégrés (managed care)
- Dossier électronique du patient
- Caisse publique
- Directives anticipées
- Coûts
- Individu, association, défense des droits des patients

2

Hôpital: changements en 2012



- Philosophie sous-jacente: **la concurrence**
- Règle du marché: le vendeur est là pour vendre... et le consommateur pour consommer. Est-ce réellement la logique du "marché" de la santé?
- ⇒ comparaison entre les établissements pour assurer le libre choix du patient
- DRG pour avoir une grille uniforme
- ⇒ concurrence sur quoi?
 - prix?
 - prestations?
 - proximité?

3

Libre choix de l'hôpital



Une liberté limitée

- Choix de l'établissement:
 - aux établissements figurant sur la liste cantonale
 - SUPRA se permet des restrictions à cette liste
- Coûts:
 - à condition que les soins ne coûtent pas plus cher que dans le canton d'origine
- Malgré un nouveau financement, la primes des assurances complémentaires n'ont pas baissé
- Conclusion: toujours s'informer avant auprès de sa caisse, et demander une confirmation écrite

4

Soins intégrés (Managed Care): philosophie



- Philosophie du système: prise en charge du patient de façon coordonnée entre tous les intervenants
- Avec un pilote: le médecin traitant souvent généraliste
- N'a de sens que si le réseau est effectivement pluridisciplinaire
- Restrictions à la liberté:
 - choisir un généraliste appartenant à un réseau
 - toujours passer par lui d'abord
- Autre système alternatif: consultation par téléphone d'abord, puis libre choix du médecin si OK

5

Soins intégrés (Managed Care): que dit le projet?



- Les prestations de l'assurance obligatoires des soins sont en tout cas garanties. (*Art. 41b, al. 1*)
- Un groupe de fournisseurs de prestations qui s'assemble dans le but de coordonner la couverture des soins médicaux constitue un réseau de soins intégrés. (*Art. 41c, al. 1*)
- Les assureurs concluent avec le réseau de soins intégrés un contrat qui règle notamment la collaboration, l'échange de données, la garantie de la qualité et la rémunération des prestations. Des prestations sortant du cadre de celles de l'assurance obligatoire des soins selon la loi peuvent être prévues. (*Art. 41c, al. 2*)

Soins garantis, définition, contenu du contrat

6

Soins intégrés (Managed Care): que dit le projet?



- Les prestataires du réseau de soins intégrés assument la responsabilité financière des soins médicaux selon une convention conclue avec l'assureur (coresponsabilité budgétaire). (*Art. 41c, al. 4*)
- Lorsqu'une réduction de prime est octroyée, l'assureur peut prévoir une durée de contrat de trois années civiles au plus. (*Art. 41d, al. 1*)

Finances

7

Soins intégrés (Managed Care): que dit le projet?



- Si l'assuré opte pour une forme particulière d'assurance dont la durée est prolongée conformément à l'al. 1, il peut changer d'assureur mais non de forme d'assurance au cours de cette période pour une des raisons suivantes:
 - a. ses conditions d'assurance subissent des modifications importantes;
 - b. sa prime d'assurance subit une augmentation supérieure à la hausse moyenne des primes du canton. (*Art. 41d, al. 2*)

Contraintes pour l'assuré

8

Soins intégrés (Managed Care): que dit le projet?



- Mise en œuvre dans les 3 ans.
- Le CF décide, après consultation des cantons, dans lesquels les nouveaux tarifs sont applicables. S'il n'y a pas de réseaux, les 10% s'appliquent.
- Pendant la phase d'introduction de trois ans, le Conseil fédéral, en collaboration avec les assureurs, les fournisseurs de prestations et les cantons, procède à une évaluation de l'application et des effets de la modification.
- Après 5 ans, le CF peut obliger les assureurs à offrir une alternative réseau.

Dispositions transitoires

9

Conséquences positives



- Renforcement du rôle des médecins de famille (qui ne soutiennent pas le référendum car il répond en partie à leur initiative)
 - Remarque: en-dehors des villes, le choix limité conduit aujourd'hui déjà les assurés à avoir un médecin de référence
- Chance d'améliorer la qualité de la prise en charge
- Possibilité de prestations hors LAMal (prévention, médecines complémentaires, diététique, gym du dos, etc.)
- Coûts nettement plus bas pour l'assuré

10

Conséquences négatives



- Pas de libre accès aux spécialistes, sauf pédiatre, gynécologue et ophtalmologue
- Coûts nettement plus élevés pour l'assuré
- Coresponsabilité financière peut conduire à des dérives (expérience des HMO aux USA)
- Les assureurs peuvent faire jouer la concurrence entre réseaux (en privilégiant le prix plutôt que la qualité)

11

Dossier électronique du patient



- Les problèmes commencent avec le partage
- Cadre légal fédéral selon certains principes (stratégie cybersanté suisse, 2007):
- accès réservé aux seuls professionnels de santé et patients
 - uniquement avec l'autorisation du patient
 - participation sur base volontaire après consentement éclairé
 - possibilité de quitter le système à tout moment

référence: www.e-health-suisse.ch

12

Projet de loi sur le dossier électronique du patient (LDEP)



Art. 4 Droits d'accès

- ¹ Tout patient peut:
 - a. accéder à ses données par un portail d'accès électronique certifié;
 - b. attribuer différents degrés de confidentialité à ses données;
 - c. attribuer ou modifier les droits d'accès à ses données;
 - d. refuser tout droit d'accès à certains professionnels de la santé;
 - e. exclure que, dans les cas d'urgence médicale, des professionnels de la santé puissent accéder aux données.

13

Remarques générales



- Le dossier électronique existe déjà. C'est la transmission qui pose problème.
- Volontariat: il faudra beaucoup de temps pour une mise en place importante
- Les avantages sont a priori plus évidents pour les soignants que les soignés
- Néanmoins une évolution inévitable. Bloquer ne sert à rien, il faut se battre pour garantir la protection des données et la liberté de choix permanente du patient.

Dossier électronique du patient

14

Caisse publique



Initiative déposée en février. Elle demande:

- création d'une institution nationale unique de droit publique
- organes de contrôle: Confédération, cantons, assurés, prestataires
- agences cantonales ou intercantionales
- primes par canton
- légiférer dans les 3 ans sur les modalités de transfert, sinon les cantons ont la possibilité de créer des caisses cantonales

15

Caisse publique, arguments des initiants



- Economie de 1 à 1,25% sur les primes en supprimant frais de publicité et marketing, et en réduisant frais administratifs
- La caisse publique fait baisser les coûts à long terme par:
 - fin de la chasse aux bons risques
 - bonne gestion des cas et des programmes de traitement
 - prévention et promotion de la santé
 - monopole fait pression sur les prix

16

Caisse publique, questions ouvertes



- Statut des employés
- Perte de pouvoir de l'assuré face au monopole
- Pourra-t-elle offrir des assurances complémentaires?
- Le transfert va durer très longtemps (séparation des comptes et des biens entre assurance de base et assurances complémentaires chez les assureurs actuels)

17

Directives anticipées, représentant thérapeutique



- Jusqu'à présent dans les lois sanitaires cantonales
- A partir du 1.1.2013, inscrit dans le Code civil
- Commentaire par la Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine (mai 2011):
 - Les directives anticipées. Considérations éthiques sur le nouveau droit de la protection de l'adulte, tenant compte en particulier de la démence

18

CC art. 370, Principe

- ¹ Toute personne capable de discernement peut déterminer, dans des directives anticipées, les traitements médicaux auxquels elle consent ou non au cas où elle deviendrait incapable de discernement.
- ² Elle peut également désigner une personne physique qui sera appelée à s'entretenir avec le médecin sur les soins médicaux à lui administrer et à décider en son nom au cas où elle deviendrait incapable de discernement. Elle peut donner des instructions à cette personne.
- ³ Elle peut prévoir des solutions de remplacement pour le cas où la personne désignée déclinerait le mandat, ne serait pas apte à le remplir ou le résilierait.

19

CC art. 371, constitution et révocation

- ¹ Les directives anticipées sont constituées en la forme écrite; elles doivent être datées et signées par leur auteur.
- ² L'auteur de directives anticipées peut faire inscrire la constitution et le lieu du dépôt des directives sur sa carte d'assuré. Le Conseil fédéral édicte les dispositions nécessaires, notamment en matière d'accès aux données.
- ³ La disposition régissant la révocation du mandat pour cause d'incapacité s'applique par analogie aux directives anticipées.

20

CC art. 372, survenance de l'incapacité de discernement



- ¹ Lorsqu'un médecin traite un patient incapable de discernement et qu'il ignore si celui-ci a rédigé des directives anticipées, il s'informe de leur existence en consultant la carte d'assuré du patient. Les cas d'urgence sont réservés.
- ² Le médecin respecte les directives anticipées du patient, sauf si elles violent des dispositions légales, ou si des doutes sérieux laissent supposer qu'elles ne sont pas l'expression de sa libre volonté ou qu'elles ne correspondent pas à sa volonté présumée dans la situation donnée.
- ³ Le cas échéant, le médecin consigne dans le dossier médical du patient les motifs pour lesquels il n'a pas respecté les directives anticipées.

21

CC art. 373, Intervention de l'autorité de protection de l'adulte



- ¹ Tout proche du patient peut en appeler par écrit à l'autorité de protection de l'adulte lorsque:
 - 1. les directives anticipées du patient ne sont pas respectées;
 - 2. les intérêts du patient sont compromis ou risquent de l'être;
 - 3. les directives anticipées ne sont pas l'expression de la libre volonté du patient.
- ² La disposition régissant l'intervention de l'autorité de protection de l'adulte dans le cadre du mandat pour cause d'inaptitude s'applique par analogie aux directives anticipées.

22

CC art. 377

- ¹ Lorsqu'une personne incapable de discernement doit recevoir des soins médicaux sur lesquels elle ne s'est pas déterminée dans des directives anticipées, le médecin traitant établit le traitement avec la personne habilitée à la représenter dans le domaine médical.
- ² Le médecin traitant renseigne la personne habilitée à représenter la personne incapable de discernement sur tous les aspects pertinents du traitement envisagé, notamment sur ses raisons, son but, sa nature, ses modalités, ses risques et effets secondaires, son coût, ainsi que sur les conséquences d'un défaut de traitement et sur l'existence d'autres traitements.

23

CC art. 378, représentants

- ¹ Sont habilités à représenter la personne incapable de discernement et à consentir ou non aux soins médicaux que le médecin envisage de lui administrer ambulatoirement ou en milieu institutionnel, dans l'ordre:
 - 1. la personne désignée dans les directives anticipées ou dans un mandat pour cause d'inaptitude;
 - 2. le curateur qui a pour tâche de la représenter dans le domaine médical;
 - 3. son conjoint ou son partenaire enregistré, s'il fait ménage commun avec elle ou s'il lui fournit une assistance personnelle régulière;
 - 4. la personne qui fait ménage commun avec elle et qui lui fournit une assistance personnelle régulière;

24

CC art. 378, représentants



- 5. ses descendants, s'ils lui fournissent une assistance personnelle régulière;
- 6. ses père et mère, s'ils lui fournissent une assistance personnelle régulière;
- 7. ses frères et sœurs, s'ils lui fournissent une assistance personnelle régulière.
- ² En cas de pluralité des représentants, le médecin peut, de bonne foi, présumer que chacun d'eux agit avec le consentement des autres.
- ³ En l'absence de directives anticipées donnant des instructions, le représentant décide conformément à la volonté présumée et aux intérêts de la personne incapable de discernement.

25

Financement du système de santé



- Aucun espoir de voir les coûts de la santé baisser; on peut tout au plus les maîtriser. Facteurs déterminants:
 - progrès dans la technologie médicale,
 - attentes de la population,
 - abaissement tendanciel du seuil à partir duquel on considère qu'une personne nécessite des soins,
 - densité médicale,
 - couverture d'assurance,
 - allongement de l'espérance de vie,
 - évolution de l'état de santé général.

26

Prix du médicament

osp
ORGANISATION
SUISSE
DES PATIENTS

- On attend des pharmas de renoncer au droit des brevets, de diminuer leurs prix, de faire des cadeaux aux pays du Sud, d'orienter la recherche en fonction des besoins d'abord, et non avec priorité à la rentabilité; mais en même temps, elles doivent remplir nos caisses de pension!
- La Suisse est un marché minuscule (attention à ne pas tuer le générique!)
- La technologie est transférable ⇒ délocalisations
- La stratégie de recherche est réorientée vers le plus rentable: la médecine personnalisée (p.ex. cancer). Actuellement: 80'000.- pour passer de 6 à 8 mois de survie

27

Coûts en Suisse

osp
ORGANISATION
SUISSE
DES PATIENTS

- Selon l'OFSP, les coûts engendrés par l'excès de poids ont fortement augmenté, passant de 2.6 milliards de francs par an en 2001 à 5.7 milliards en 2006. Ces coûts sont principalement dus au traitement de maladies essentiellement causées par l'excès de poids. En font partie le diabète de type 2, les maladies coronariennes, l'arthrite du genou et de la hanche ainsi que l'asthme.

28

Causes de décès dans le monde



cancer colorectal	nouveaux cas	décès
Etats-Unis et Canada	165 000	60 000
Union Européenne	280 000	130 000
paludisme	cas	décès
monde	216 millions	655 000
eau polluée		3,4 millions
malnutrition	850 millions	6 millions
diarrhée infantile		1,8 millions
tuberculose		1,7 millions
hypertension		7 millions

Le déséquilibre est patent!

29

Priorités de la recherche



- Les maladies infectieuses sont responsables de 17 millions de décès par an, ce qui représente un tiers de la mortalité. Elles représentent 43 % des décès dans les pays en voie de développement, contre 1 % dans les pays industrialisés ; citons notamment le sida, le paludisme et la rougeole, cette dernière étant responsable de la mort d'environ un million d'enfants par an.
- Or, l'industrie considère que la recherche sur les antibiotiques n'est plus rentable:
 - les Etats ne sont pas prêts à payer le prix espéré
 - il est conseillé aux médecins de ne pas prescrire le nouvel antibiotique et de le garder en réserve
- Alors que les maladies nosocomiales restent un problème chez nous aussi

30

Choix collectifs nécessaires



Négociation entre l'intérêt individuel et la responsabilité collective

- A quoi sert un dépistage qui n'améliore pas la prise en charge?
- Combien peut coûter la qualité de vie (sans augmenter la durée de survie)?
- Médecine personnalisée: une recherche passionnante pour malades des pays riches
- Y a-t-il un prix maximum pour augmenter la survie de 2 mois?
- Jusqu'où ai-je le droit de demander, à charge de la collectivité, d'entreprendre des soins non validés?

31

Pouvoir et impuissance



- Pouvoir individuel, mais impuissance collective?

Je peux	Une association ne peut pas
dire non à un traitement	définir des options de recherche
défendre mes droits	défendre un intérêt collectif
demander une information exhaustive	exiger et contrôler des directives/formulaires d'info
déposer une plainte individuelle	déposer une plainte collective

32

Action collective

- Spécificités d'une organisation de patients
- Droit public: ne peut faire recours que celui qui est personnellement touché par la décision attaquée
- Etendre le droit d'action en justice aux organisations à but idéal
- Certaines lois prévoient un droit de recours pour des organisations déterminées
- Si ce n'est pas prévu, un individu peut porter plainte au nom de l'intérêt public. L'autorité peut donner suite ou non à sa plainte. Le plaignant ne peut pas être partie civile.
- Plusieurs tentatives parlementaires ont échoué.
- Nouveaux élus reprennent la question.

33

Je vous remercie de votre
patience et de votre attention.

Je suis à disposition pour vos
questions et la discussion

34