

Permanence
de l'ASSUAS
13, rue Verdaine
le mardi de 10 h à 19 h
sans rendez-vous

ASSUAS
LE DROIT DE L'ASSURÉ

Juin 2000 • N° 20 • Journal de l'ASSUAS (Association Suisse des Assurés)

Assurances et inflation

Un indice des assurances prenant uniquement en compte les primes des caisses-maladie sera introduit dès 2000. Mais il ne sera pas inclus dans l'indice suisse des prix à la consommation, qui sera adapté à la même date. Le nouvel indice des assurances sera complémentaire au panier des ménages suisses, qui mesure l'inflation, explique le Conseil fédéral.

Le Conseil fédéral reconnaît que la hausse des primes de l'assurance maladie grève les ménages. Mais il a renoncé à inclure les primes dans l'indice des prix à la consommation pour des questions de compatibilité avec d'autres pays et dans le temps. Les normes internationales pour le calcul de l'inflation ne prévoient pas les assurances sociales.

ATS-Extrait de lettre de l'AMG
janvier 2000/N° 1, de J.-M. Guinchard

.

Avoir des dettes envers une caisse-maladie n'empêche pas la résiliation du contrat

Un Valaisan voulait quitter sa caisse-maladie sans avoir payé toutes ses primes. La caisse créancière refusa ce départ en invoquant une disposition de l'ordonnance de l'application de la loi sur l'assurance maladie, qui prévoit qu'un assuré ne peut résilier son contrat d'assurance de base s'il a encore des dettes envers sa caisse. Cette disposition n'est pas valable, a décrété le Tribunal fédéral des assurances. La caisse-maladie doit laisser partir son client tout en entamant une procédure de poursuite pour dettes.

(Arrêt du Tribunal fédéral des assurances
du 29 juin 1999)

S'ils le voulaient, les assurés seraient maîtres de la situation !

Carthago delenda est ! (Il faut détruire Carthage)

Ils constituent la plus grande association de Suisse, mais ne savent pas qu'ils ont un pouvoir, ni l'utiliser. En effet, sans eux, que seraient les assureurs ?

La loi (LAMal) impose aux caisses-maladie certaines obligations qu'elles ne respectent pas, parce que les assurés craignent représailles et chantage qu'elles exercent impunément sur eux. L'art. 9 de l'OAMal (ordonnance sur l'assurance-maladie) dispose que : «Après avoir reçu un acte de défaut de biens et informé l'autorité d'aide sociale, l'assureur **peut** suspendre la prise en charge des prestations jusqu'à ce que les primes ou participations aux coûts arriérées soient entièrement payées. Il devra prendre en charge les prestations pour la période de suspension dès qu'il aura reçu ces paiements.» Ainsi, ce n'est qu'après avoir envoyé un commandement de payer et s'être vu signifier une insolvabilité que la caisse-maladie pourra éventuellement suspendre les prestations. A Genève, cependant, dès que l'autorité de surveillance a été informée de la notification d'un acte de défaut de biens, c'est le Service de l'assurance-maladie qui prend les cotisations (arriérées et futures dans cer-

tains cas) en charge. Aussi, un assuré ne peut se voir refuser ou suspendre les prestations, parce que les cotisations ne seraient pas payées. Les menaces que font peser les caisses-maladie sur les assurés – de suspension ou d'exclusion – ne peuvent s'appliquer qu'aux assurances non obligatoires. En revanche, en aucun cas, la caisse-maladie n'a le droit de suspendre ou de refuser les prestations qui découlent de la LAMal. Si donc la cohorte des assurés se liguait pour refuser une nouvelle augmentation des cotisations, elle constituerait une masse d'un tel poids que les assureurs n'auraient aucun moyen de maîtriser. De même, cette masse d'assurés devrait-elle farouchement s'opposer au diktat que tentent une nouvelle fois d'imposer les assureurs – via le Conseil fédéral et les parlementaires à la solde de leurs conseils d'administration – en restreignant le libre choix du médecin. Ce n'est plus un monopole qu'ont instauré les assureurs, mais une dictature que seule l'union des assurés sera en mesure de renverser. Il faut briser ce monolithe. Assurés, réveillez-vous et montrez que vous savez vous unir et faire front lorsqu'il y va de votre liberté !

Une caisse-maladie ne peut exiger que le diagnostic figure sur une facture de médecin et menace de ne pas en rembourser les frais.

1. Si une caisse veut vérifier la pertinence d'une facture, elle a comme par le passé la possibilité de faire intervenir son médecin-conseil.
2. Le médecin traitant est tenu de renseigner le médecin-conseil en lui communiquant, entre autres, les indications concernant le diagnostic qu'il a posé.
3. Il n'est pas question, pour un médecin, de faire figurer des diagnostics sur des factures envoyées au service administratif d'une caisse.

Campagne de dépistage systématique du cancer du sein

(Opinion d'une femme concernée)

De quelles sollicitudes les femmes ne sont-elles pas l'objet de la part du Conseil d'Etat et des caisses-maladie? Pensez donc: ne voilà-t-il pas qu'on leur «offre» le dépistage systématique du cancer du sein, au prix de Fr. 200.— remboursés par la caisse-maladie.

Le Conseil d'Etat a-t-il par hasard consulté une fois la LAMal? On peut se le demander, car cette loi sur l'assurance-maladie dispose que tous les adultes – obligatoirement assurés – sont soumis à une franchise minimum de Fr. 230.—.

Ainsi donc, la femme qui n'aura pas déjà eu recours au médecin au cours de l'année et qui, par conséquent, n'aura rien coûté à sa caisse-maladie, se verra pénalisée et ne pourra bénéficier de la prodigieuse aumône que le Conseil d'Etat et les caisses-maladie ont concoctée.

Mais non contentes de faire cadeau

d'un prix tarifaire de Fr. 200.— pour une mammographie (qui jusqu'à maintenant était remboursée à raison de Fr. 93.45), les caisses-maladie vont exiger la participation de 10%. Il n'est dès lors pas nécessaire d'avoir fait Polytechnique pour conclure qu'en réalité, seules les femmes malades percevront Fr. 180.— (Fr. 200.— ./ 20.—), alors que, pour une prétendue prévention généreusement dispensée, la femme en bonne santé ne recevra pas un centime.

Si le Conseil d'Etat et les caisses-maladie pensent s'attirer les sympathies d'une population qui n'est plus dupe, il faudra adopter une autre stratégie un peu moins démagogue. Par ailleurs, peut-on nous expliquer pourquoi cette même mammographie ne sera facturée que Fr. 140.— dans le canton de Vaud, soumise également à la franchise et à la participation de 10%?

Tribunal fédéral

Une caisse ne peut réduire unilatéralement ses prestations.

Les caisses maladie ne peuvent pas réduire unilatéralement leurs prestations lorsqu'elles imposent un changement de contrat à leurs assurés. Le TF a dû le rappeler à l'une d'entre elles, qui avait restreint le choix des établissements dans le cadre d'une assurance complémentaire.

(arrêt 5C, 173/1998 du 10.9.1998)-ATS

Assurés, contrôlez vos factures de médecins

Sachez tout d'abord que la législation genevoise et la LAMal prévoient que:

- le médecin doit indiquer sur sa facture le nom de chaque prestation correspondant au numéro de code utilisé (par exemple, la position 1 = consultation ordinaire – la position 2 = consultation d'urgence – la position 6A = vacation, soit le temps de dépassement de la consultation de 20 minutes);
- le tarif-cadre applicable dans le canton de Genève peut être obtenu par tout un chacun soit auprès de la Chancellerie d'Etat, soit auprès de la Fédération genevoise des assureurs-maladie, 14, chemin des Clochettes, 1208 Genève.

Vous pouvez refuser de payer une facture de médecin ne comportant pas toutes les indications nécessaires. Les règles de déontologie par ailleurs prévoient le paiement des factures dans un délai de trois mois. Vous avez donc largement le temps d'envoyer la note à la caisse-maladie, d'en attendre le remboursement et seulement ensuite de payer la facture. La caisse-maladie ne peut exiger une facture acquittée. Il n'est donc absolument pas nécessaire de régler ces frais avant le remboursement par la caisse-maladie.

Il n'est cependant pas admissible non plus que les prestations versées par la caisse-maladie soient utilisées à d'autres buts que le règlement de la facture du médecin.

Réserves des caisses-maladie

Depuis de nombreuses années, nous avons demandé que les réserves exorbitantes des caisses-maladie soient abaissées. Elles constituent en effet actuellement une fortune de plus de quatre milliards.

A force d'insistance, M^{me} Dreifuss a enfin admis que ces sommes colossales n'avaient pas leur raison d'être et a incité les caisses-maladie à en diminuer l'importance.

Las! Helsana a d'ores et déjà fait savoir qu'elle ne suivrait pas cette incitation qui n'est malheureusement pas impérative et à laquelle les caisses-maladie ne sont pas obligées de se soumettre: à votre bon vouloir, M^{ssieurs}-Dames!

Ainsi, à quoi servent donc les directives, puisque les caisses-maladie sont libres d'agir comme bon leur semble! Des dires des caisses, la constitution de ces réserves «coûte» environ 30% de la cotisation. Mais curieusement, s'il fallait les baisser, le bénéfice ne représenterait que quelques francs par assuré et par année! Allez comprendre...

Votre responsabilité

Le seul domaine où il est encore possible à l'assuré de décider est celui des médicaments: il est en effet en votre pouvoir d'exiger de votre médecin qu'il ne vous prescrive que des médicaments reconnus (la consultation qu'il va vous facturer est suffisamment élevée pour que vous puissiez attendre de lui qu'il prenne la peine de contrôler dans son compendium (catalogue) si les médicaments qu'il prescrit figurent ou non au nombre de ceux pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire.

Chez le pharmacien, vous pouvez également exiger que vous soient indiqués les remèdes éventuellement non reconnus. Avertissez alors votre pharmacien que vous ne voulez pas de médicaments non reconnus. Il prendra contact avec votre médecin qui modifiera son ordonnance en prescrivant ceux remboursés par la caisse-maladie.

Informations du conseil de L'AMG

Facturation en clair

Nous rappelons à tous les confrères que, conformément aux dispositions légales fédérales et cantonales, la facturation selon le tarif-cadre doit comporter la position, le libellé, le nombre de points ainsi que le total en francs. Au niveau de la tarification en privé, les exigences sont les mêmes sur le plan fédéral et il est important que les patients puissent comprendre un libellé clair.

Un montant des honoraires décrit globalement «pour soins donnés du ... au ... » avec un solde total en francs n'est pas admissible.

Le diagnostic ne doit pas figurer sur les prescriptions de physiothérapie. La formule de prescription précise expressément que celui-ci doit être envoyé au médecin-conseil sur demande.

Nous vous prions à cet égard de vérifier que le document arrive au médecin-conseil et non à l'administration de la caisse.

En cas de traitement, quel qu'il soit, et à défaut de faire signer au patient un document attestant que vous l'avez dûment informé, mentionnez au moins que cette information a été donnée, et à quelle date, dans le dossier du patient.

A défaut de preuve, cette annotation vaut au moins présomption.

Source : lettre de l'AMG d'avril 2000

Des « coûts » pour rien !

Depuis le 1^{er} janvier 1995, une convention lie les établissements médico-sociaux (EMS) et les caisses-maladie : un forfait journalier est versé pour les «soins à domicile», c'est-à-dire pour préparer et faire prendre les médicaments, contrôler la tension artérielle et donner différents soins aux pensionnaires. Ce forfait est fixé maintenant à Fr. 69.— par jour et est censé comprendre les médicaments délivrés et les éventuels frais de médecin.

Or, avant l'entrée en vigueur de la loi sur les soins à domicile, pour les-

quels les contribuables paient un centime additionnel, dont on ignore dans quel poste il figure dans les comptes du canton, ces soins étaient compris(sauf médicaments et médecins) dans le prix de pension, qui n'a pas ou peu diminué. Il s'agit là par conséquent d'une augmentation «indirecte» du prix de pension de Fr. 69.— par jour.

D'autre part, les caisses-maladie crient à l'explosion des coûts et augmentent elles aussi leurs cotisations, pour ce motif, de sorte que les contribuables paient deux fois pour les mêmes prestations.

De surcroît, les caisses-maladie acquittent aveuglément les médicaments qui leur sont facturés par les pharmacies, sans contrôle des besoins. Exemple : 8 emballages de 30 pièces – soit 240 – pour trois mois, l'indication médicale étant d'une pièce par jour ! 700 comprimés en trois mois pour un comprimé par jour, etc., etc... Il leur appartient cependant aussi de juguler les coûts et de dénoncer les abus.

Et certains médecins prétendent vouloir traquer les malades imaginaires !!!

Bénéficiaires de l'OCPA - Attention

Lors de l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-maladie obligatoire du canton de Genève en 1993, il vous a été recommandé de renoncer à vos assurances complémentaires, car les prestations complémentaires de l'AVS/AI couvraient, de façon complète, les frais de soins et de médicaments. Il était donc inutile de conserver les branches d'assurances destinées à couvrir ces mêmes frais.

Depuis 1996 toutefois, les médicaments non reconnus par les caisses-maladie ne sont plus remboursés, de sorte qu'ils tombent à votre charge.

Il y a donc lieu d'exiger du médecin la prescription de médicaments équivalents ou analogues reconnus. Cependant, dans les cas exceptionnels où seul un médicament non reconnu serait efficace, la demande de prise en charge peut être présentée à l'OCPA accompagnée du certificat médical justifiant ce choix.

Questionnaire de santé

Certaines caisses-maladie exigent des candidats à l'assurance obligatoire qu'ils répondent au questionnaire de santé.

Rappelez-vous que la loi (LAMal) oblige les caisses-maladie à accepter tout candidat, quels que soient son âge et son état de santé.

Aussi vous exhortons-nous à refuser systématiquement de répondre à toute question concernant votre état de santé.

En revanche, les caisses-maladie ont le droit d'exiger ces réponses, dès lors que vous demandez une branche d'assurance facultative, et en outre de vous accepter avec une réserve pour une maladie existante, voire de vous refuser, sans indiquer le motif du refus.

2e pilier

Nombreux sont les assurés ayant cotisé, déjà avant l'entrée en vigueur de la loi sur la prévoyance professionnelle (LPP le 1.1.1985), à une caisse de pension.

Au cours de leur carrière professionnelle, ils ont souvent changé d'employeurs. Arrivés à l'âge de la retraite, ils ne possèdent plus les feuilles de paie prouvant qu'ils ont payé des cotisations au fonds de prévoyance de l'entreprise. Cette dernière a peut-être disparu depuis lors. Qu'est devenu l'avoir accumulé durant toutes ces années ?

En l'absence de pièces justificatives, il va être quasiment impossible de reconstituer cette carrière de cotisations, qui risquent d'être perdues.

En revanche, si l'employé a pris la précaution de conserver soigneusement ces preuves et même en cas de disparition de l'entreprise, la caisse supplétive pourra se substituer à la fondation de prévoyance et allouer au moins les prestations minimum prévues par la loi sur la prévoyance professionnelle.

Par conséquent, ne jetez jamais ces preuves qui vous permettront à l'âge terme de faire valoir vos droits.

Signez et faites signer

Tous les médias se sont fait l'écho de nouvelles hausses annoncées des cotisations des caisses-maladie. Tous les ont dénoncées, les justifications avancées par les assureurs étant douteuses. Les cantons de Genève et Vaud se sont la plupart du temps suivis de près dans l'évolution et l'estimation des coûts de la maladie, même si Genève s'est sensiblement démarquée.

Bâle, qui occupe une place à peu près identique à celle de Genève, n'a pas été autant pénalisée. Comment dès lors expliquer une telle disparité entre les cotisations? Toutes les hypothèses ont été envisagées, dont aucune toutefois ne donne satisfaction ni raison plausible.

Alors comment savoir, si ce n'est en exigeant l'accès aux comptes des caisses-maladie et au contrôle de leur comptabilité, puisque l'organe fédéral de contrôle (OFAS) dépendant du Département fédéral de l'Intérieur, dont R. Dreifuss est le chef, n'est pas en mesure d'exercer une telle surveillance?

Afin d'obtenir cette transparence, réclamée depuis l'entrée en vigueur de la LAMal et pas encore obtenue, l'ASSUAS, soutenue par divers syndicats et groupements, tels que le Groupement genevois de professionnels de la santé (réunissant médecins, infirmiers, physiothérapeutes, pharmaciens, cliniques privées, laboratoires et autres professions de la santé) suggère l'envoi à R. Dreifuss de la lettre-type ci-dessous, dans le but d'attirer l'attention de la Conseillère fédérale sur les dérives de la loi sur l'assurance-maladie, qu'elle a tout fait pour nous faire accepter.

Tous les assurés - que nous sommes - sont donc vivement encouragés à soutenir cette action de protestation. Ce n'est qu'avec de nombreux témoignages d'insatisfaction que

nous réussirons à obtenir la reconnaissance de nos revendications.

Lettre-type (exemplaires à disposition)

Concerne: assurance-maladie
Madame la Conseillère fédérale,
En 1995, avant l'entrée en vigueur de la LAMal, la cotisation de base de ma caisse-maladie s'élevait à Fr. 215.— (canton de Genève). En 2000, cette cotisation est passée à Fr. 359.— (canton de Genève), soit une augmentation de 70% environ.

Un des arguments avancés lors de la votation sur la LAMal, était que la cotisation ne devait pas excéder 8% du revenu. Or, en violation de ces promesses et de vos affirmations, la charge que représente la prime s'élève à 12% de mon revenu.

Aussi ne suis-je plus en mesure de supporter ce fardeau, qui va encore s'alourdir en 2001. Je vous prie par conséquent, Madame la Conseillère fédérale, de prendre toutes les dispositions nécessaires pour remédier à cette situation.

Dans l'espoir que vous ne resterez pas sourde à ma demande, je vous prie de croire à l'assurance de ma parfaite considération.

Date et signature :

Une nouvelle augmentation des cotisations nous est annoncée pour 2001, alors que tous les prestataires de soins, comme les assurés, ont participé à un gros effort pour réduire les coûts de la maladie. Les assureurs-maladie et l'OFAS ne sont toujours pas en mesure de justifier ces augmentations, raison pour laquelle tous les assurés doivent se mobiliser pour s'opposer à ces hausses et signer la lettre-type.

**A adresser à: ASSUAS,
case postale 1911, 1227 Carouge**

Fribourg PERMANENCE DE L'ASSUAS

1^{er} et 3^e mardis de chaque mois, de 18h30 à 20h30 à Fribourg - Tél. (026) 675 23 43 - Courrier: Assuas-Fribourg, case postale 1023, 1701 Fribourg

Vaud PERMANENCE DE L'ASSUAS

15, rue du Simplon, 1006 Lausanne - Consultations tous les mercredis de 18h à 20h (sauf pendant les vacances) - Rendez-vous le lundi matin avec M^{me} Madeleine Schilt, au (021) 653 35 94

Valais

7, rue des Tonneliers, 1950 Sion, Tél. (027) 322 07 41

Neuchâtel 19, faubourg de l'Hôpital, 2000 Neuchâtel

Genève PERMANENCE DE L'ASSUAS

19, av. Vibert, 1227 Carouge (GE) - Renseignements téléphoniques et rendez-vous au (022) 301 00 31 de 9h à 12h et de 14h à 17h, les jours ouvrables - Courrier: case postale 1911, 1227 Carouge, Fax (022) 343 85 16

Haro sur le baudet

Nos Anciens, nos Vieux, sont notre culture et notre richesse, nous devons les préserver et leur savoir gré de ce qu'ils nous ont apporté. Ils coûtent? Certes, et alors? Nous leur devons bien ça, à défaut de les respecter dans leur être comme il est de bon ton de le faire dans certaines sociétés africaines. Ils coûtent encore plus? Tant mieux, si par ce biais nous pouvons leur manifester le respect dû à leur rang d'Anciens. Alors que penser dans ce contexte des idées (il en a?) de Pascal Couchepin, visant à faire passer à la caisse nos retraités? Je l'aurais voulu boutade, mais ce n'est pas le cas! Ce type de réflexion à l'emporte-pièce, ces déclarations «à la tronçonneuse», sans discernement, sont hautement condamnables. Une nation qui abandonne la solidarité et qui veut se «rebecqueter» sur les vieux est sur la mauvaise voie. Nos vieux vivent bien? C'est normal et la solidarité veut que nos jeunes y participent. Alors cessons de crier «haro sur le baudet» et d'attaquer les plus faibles, nos «Vieux», vocable dédaigneux dans la bouche de ceux qui l'emploient, mais qui oublient que leur tour viendra peut-être! En fait le seul problème, pour un politicien, c'est de parler vrai et de dire ce que coûte la solidarité et pourquoi. Vous en connaissez un? Moi pas! Et c'est là que le bât blesse. Pascal Couchepin, pas plus que sa collègue Ruth Dreifuss, au moment du vote sur la LAMal d'ailleurs, n'ont eu le courage de reconnaître que notre système de santé est performant, accessible à tous et large dans ce qu'il prend en charge. Dès lors, il a un coût, et nous devons accepter de l'assumer. Une déclaration comme celle de Pascal Couchepin est un premier coup de canif dans notre contrat social, un premier coup de pied rageur dans le mur construit par une solidarité bien comprise. Mais pour le faire accepter, il faut l'expliquer, encore et toujours. Il est vrai que convaincre et expliquer sont deux tâches qui semblent dépasser les capacités de certains politiciens.

Jean-Marc Guinchard