



SVDE ASDD

Schweizerischer Verband
dipl. Ernährungsberater/innen HF/FH
Association Suisse des
Diététicien-ne-s diplômé-e-s ES/HES
Associazione Svizzera
Dietiste-i diplomate-i SSS/SUP

SVDE ASDD

Info

Dezember | Décembre | Dicembre

6 / 2012



Vitamin D
Vitamine D
Vitamina D

Welche Vorteile haben ErnährungsberaterInnen mit einer Einheitskasse?

Interview: Annemarie Gluch

Einschätzungen und Erklärungen von Gesundheitsökonom Mark Hebeisen zu aktuellen Fragen der Einheitskasse.

SVDE: Was genau bedeutet eine Einheitskasse?

Mark Hebeisen: Ziel der eingereichten Volksinitiative ist eine einzige Krankenkasse für die Grundversicherung. Die Einheitskrankenkasse soll in jedem Kanton mit einer Agentur vertreten sein.

Wie sieht das in der Praxis aus?

Diese kantonalen Agenturen müssten die Prämien festlegen und das Geld eintreiben. Das Modell entspräche jenem der Unfallversicherung SUVA, wird durch die Initianten ausgeführt.

Das heisst aber nicht, dass dadurch die Prämien billiger würden. Schliesslich basieren die Prämien auf den zu bezahlenden Leistungen. Und diese ändern mit einer Einheitskasse nicht. Es sind einzig die Werbekosten, die nicht mehr anfallen würden. Der gesamte Verwaltungsaufwand je versicherte Person beträgt nur gerade 6,5% (BAG Taschenstatistik 2011). Darin enthalten ist auch die Leistungsabrechnung gegenüber den Leistungserbringern und ebenfalls die Auszahlungen und Prämienrechnungen der Versicherten.

Oft heisst es auch, dass die SUVA vormache, wie eine günstige Versicherung funktionieren könne. Die SUVA profitiert jedoch von zwei andern Rahmenbedingungen. Im KVG haben die Patienten Anspruch auf Geldleistungen, d.h. der Patient kann seinen Arzt, seine Therapeutin oder sein Spital wählen. Im UVG ist das anders. Dort hat der Patient Anspruch auf Sachleistungen. D.h. die Unfallversicherung kann anordnen, wo, nach welcher Methode und wie lange sich ein Patient behandeln lassen darf. Zudem sind in der Unfallversicherung nach UVG nur Arbeitstätige (ab 8 Std. bezahlter Arbeit pro Woche beim gleichen Arbeitgeber) versichert. Patienten mit jahrzehntelang andauernden Krankheiten (z. B. Dialyse, Rheuma)

sind dabei nicht berücksichtigt und belasten die Krankenversicherung weit mehr als die oft zeitlich beschränkten Unfallereignisse.

Welche Grundversorgungsangebote würden aufgenommen werden?

Zu heute würde sich nichts ändern. In der Krankenpflegeleistungsverordnung KLV (Anhang 1) sind die von der Krankenversicherung KVG zu vergütenden Leistungen in der Ernährungsberatung explizit aufgeführt. Die Einheitskasse verändert diese Auflistung nicht.

Wo gibt es schon Einheitskassen?

In welchen Ländern?

Beispielsweise in Grossbritannien. Die öffentliche Gesundheitsversorgung wird dort über die National Health Services (NHS) gewährleistet. Die NHS-Dienste umfassen Krankenhäuser, Ambulatorien, Hausärzte, Fachärzte, Zahnärzte und Augenärzte etc.

In Dänemark wird das Gesundheitssystem über Steuern finanziert und alle Leistungen (inklusive Zahnarzt) sind enthalten. Holland – dort ist das System nahezu identisch aufgebaut wie in Dänemark. Und es gibt weitere mehr.

Warum wurde dort eine Einheitskasse eingeführt?

Erst 1948 wurde in Grossbritannien die NHS eingeführt – vorher gab es so etwas nicht – und sie ist über Steuergelder finanziert. Ich würde die Frage jedoch anders stellen. Warum gibt es in der Schweiz bisher keine Einheitskasse? Weil in der Schweiz vor der Einführung des KVGs bereits vielerorts eine lange Tradition bestand mit Betriebskrankenkassen, Ortskrankenkassen etc. Man hat 1996 die bestehenden Lücken gestopft (keine zeitliche Leistungsbeschränkung mehr,

das Versicherungsobligatorium usw.). Die berufliche Unfallversicherung nach UVG, die Invalidenversicherung IV und die Militärversicherung MV blieben unangetastet. Dies ist meiner Ansicht nach ein riesengrosses Versäumnis, weil man damit die Schnittstellen zwischen den einzelnen Sozialversicherern zementiert hat. Gerade in Abgrenzungsfragen schieben sich die verschiedenen Sozialversicherer den «Schwarzen Peter» oft jahrelang hin und her und lösen aufwendige Gerichtsverfahren aus. Mit dem Zusammenschluss aller Sozialversicherer und der Aufhebung des Einflusses der Kantone (Mehrfachrolle als Spitalbetreiber, Spitalplaner, Tarifgenehmigung etc.) könnte man vermutlich viel mehr Kosten einsparen.

Welche Vorteile haben ErnährungsberaterInnen mit einer Einheitskasse?

Dass sie nur noch mit einer Kasse einen Grundversicherungstarif aushandeln und vertraglich vereinbaren müssten. Das Handling wäre vermutlich aber immer noch leicht unterschiedlich – je nach kantonalem Leistungszentrum. So wie wir's heute von den kantonalen IV-Stellen her kennen.

Würden wir als ErnährungsberaterInnen in der Grundversicherung bleiben?

Ja, ich wüsste nicht, weshalb sich eine Änderung ergeben sollte. Die KLV ist bestimmend, was in die Grundversicherung gehört.

Welche Nachteile entstehen für ErnährungsberaterInnen?

Heute besteht in der Grundversicherung wenigstens ein kleiner Wettbewerb. Hat eine Ernährungsberaterin heute Probleme mit einer Versicherung, kann sie mit dem Vertrauensarzt des Versicherers sprechen und versuchen, eine Lösung zu finden. Fruchtet das nicht, kann der Patient die Therapeutin – der er sowieso nähersteht als der Kasse – durch eine gezielte Reklamation beim Versicherer unterstützen. Die Krankenversicherer fürchten nichts so sehr wie unzufriedene Versicherte oder Le-



Mark Hebeisen, Gesundheitsökonom

Mark Hebeisen verfügt aufgrund seiner langjährigen und vielseitigen Tätigkeit in einer Linienfunktion eines Universitätsspitals und in der Bundesverwaltung über profunde Kenntnisse und ein ausgedehntes Netzwerk im Gesundheitswesen. Als Projektleiter im Tarifbereich kennt er die Prozesse von der Leistungserbringung über die Abbildung bis zur Abrechnung eines Tarifs umfassend.

mark.hebeisen@hep-partner.ch

serbriefe in der Presse oder negative Kommentare in den einschlägigen Internetforen. Bei einer Einheitskasse würde dieses letzte Druckmittel wegfallen.

Was bedeutet die Einheitskasse für die Versicherten?

Diese können nicht mehr zwischen unterschiedlichen Versicherern auswählen. Wenn ein Patient heute mit seinem Krankenversicherer (KVG) unzufrieden ist und sich ärgert, dann kann er ohne Nachteile diesen verlassen und zu einem andern wechseln. Das wäre dann nicht mehr möglich.

Was würde die Einheitskasse in Bezug auf die Zusatzversicherungen bedeuten?

Ich erwarte eine Konzentration der Zusatzversicherer, weil einzelne kleine Kassen beim Wegfall der Grundversicherung eine kritische Betriebsgrösse bekämen und sich ein Weiterbetrieb nicht mehr rechtfertigen liesse.

Was wären die Auswirkungen auch auf das EMR?

Für die Versicherer ist die Berücksichtigung des ErfahrungsMedizinischen Registers EMR heute freiwillig. Bei einer Einheitskasse würden die Kriterien sicherlich

einheitlich und es ist eine «Veradministrierung» zu befürchten.

Welche Rolle würde Santésuisse (noch) spielen?

Wohl keine mehr, weil der Verband keine Aufgaben mehr hätte. Santésuisse vertritt heute die angeschlossenen Versicherer einzig im Grundversicherungsbereich. Aus Wettbewerbsgründen dürfen sich die Zusatzversicherer nicht zusammenschliessen.

Würden unsere Verträge mit der Santé-suisse (tarifsuisse) neu verhandelt?

Das ist anzunehmen. Ich kann mir nicht vorstellen, wie eine «neue» Einheitskasse die heute unterschiedlichen Verträge von tarifsuisse, der Helsana/Sanitas/KPT-Gruppe und der Nichtmitglieder von Santésuisse (Assura und Kleinstkassen) mit unterschiedlichen Tarifen übernehmen könnte.

Quels seraient les avantages d'une caisse unique pour les diététicien-ne-s?

Interview: Annemarie Gluch

Mark Hebeisen, économiste de la santé, nous apporte son éclairage et nous livre ses appréciations sur des questions d'actualité en rapport avec la caisse unique.

ASDD: Une caisse unique, c'est quoi exactement?

Mark Hebeisen: L'initiative populaire déposée vise à instaurer une caisse-maladie unique pour l'assurance de base. La caisse unique doit être représentée par une agence dans chaque canton.

Comment cela se traduirait-il dans la pratique?

Ces agences cantonales devraient fixer les primes et collecter l'argent. Les personnes ayant lancé l'initiative expliquent que le modèle se rapprocherait de celui de l'assurance-accidents SUVA. Il n'en résulterait pas pour autant une baisse des primes, puisque celles-ci sont en fait calculées sur la base des prestations à payer. Et en cas de passage à la caisse unique, ces prestations resteraient inchangées. Seuls les frais de publicité disparaîtraient. Le taux global de frais d'administration par personne assurée est de 6,5% seulement (statistique de poche 2011 de l'OFSP). Les décomptes de prestations à l'égard des fournisseurs de prestations, ainsi que les versements et les décomptes de primes des assurés, sont compris dans ce pourcentage. Les défenseurs de l'initiative font également valoir que la SUVA illustre la manière dont une assurance bon marché peut fonctionner. La SUVA bénéficie toutefois de conditions cadres différentes à deux égards. Dans la LAMal, les patients ont droit à des prestations en espèces. Autrement dit, le patient peut choisir son médecin, son thérapeute ou son hôpital. Dans la LAA, les choses sont différentes dans le sens où le patient a uniquement droit à des prestations en nature. En d'autres termes, l'assurance-accidents peut ordonner le traitement d'un patient, ainsi que l'endroit où celui-ci est dispensé, la méthode choisie et la durée. En outre, seules les personnes exerçant une activité lu-

crative (à partir de 8 heures par semaine de travail rémunéré chez le même employeur) sont couvertes par l'assurance-accidents selon la LAA. Ainsi, les patients souffrant de maladies de longue durée (p. ex.: dialyse, rhumatismes) ne sont pas pris en compte alors qu'ils pèsent beaucoup plus sur l'assurance-maladie que les accidents, dont l'incidence temporelle est souvent limitée.

Quelles prestations seraient admises dans les soins de base?

Par rapport à maintenant, rien ne changerait. Les prestations de conseils nutritionnels devant être remboursées par l'assurance-maladie LAMal sont mentionnées explicitement dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins OPAS (annexe 1). Cette liste ne serait pas modifiée par la caisse unique.

Où existe-t-il déjà des caisses uniques?

Dans quels pays?

En Grande-Bretagne, par exemple. Là-bas, les soins de santé publics sont garantis par les «National Health Services» (NHS). Les services NHS englobent les hôpitaux, les services ambulatoires, les médecins de famille, les médecins spécialistes, les dentistes, les oculistes, etc.

Au Danemark, le système de santé est financé par les impôts, et toutes les prestations, mêmes celles fournies par les dentistes, sont incluses dans la prise en charge. La Hollande est dotée d'un système qui est

structuré pratiquement de la même manière qu'au Danemark. Et je pourrais en citer bien d'autres.

Pourquoi une caisse unique a-t-elle été introduite dans ces pays?

En Grande-Bretagne, les services NHS ont été introduits en 1948 seulement et leur financement est assuré par les contributions fiscales.

Je formulerais plutôt la question en ces termes: pourquoi la Suisse ne s'est-elle pas dotée d'une caisse unique à ce jour? Cela tient au fait qu'avant l'introduction de la LAMal, la Suisse se caractérisait par une longue tradition de caisses-maladie d'entreprise, locales, etc. En 1996, les lacunes existantes ont été comblées (fin de la limitation temporelle des prestations, instauration du régime obligatoire, etc.). L'assurance-accidents professionnelle selon la LAA, l'assurance-invalidité AI et l'assurance militaire AM n'ont pas été touchées quant à elles. J'estime qu'il s'agit là d'un énorme manquement, car cela a contribué à consolider les interfaces entre les différences assurances sociales. C'est précisément sur les questions de délimitation que les différents assureurs sociaux se rejettent souvent la responsabilité durant des années, ce qui entraîne des procédures juridiques coûteuses. Le regroupement de tous les assureurs sociaux et la suppression de l'influence des cantons (qui sont à la fois chargés de l'exploitation des établissements hospitaliers, de la planification hospitalière, de l'approbation des tarifs, etc.) permettraient probablement de réaliser de grandes économies.



Mark Hebeisen, Economiste de la santé

Comme il a exercé durant de nombreuses années des fonctions multiples et variées dans la hiérarchie d'un hôpital universitaire et dans l'administration fédérale, Mark Hebeisen dispose de solides connaissances du système de santé et peut se prévaloir d'un vaste réseau. En tant que chef de projet dans le domaine tarifaire, il maîtrise parfaitement les processus de la fourniture de prestations, de l'élaboration des tarifs à la facturation.

mark.hebeisen@hep-partner.ch

Quels seraient les avantages d'une caisse unique pour les diététicien-ne-s?

Elles n'auraient plus qu'une seule caisse en tant qu'interlocuteur pour négocier le tarif de l'assurance de base et passer des conventions. Les démarches différeraient toutefois légèrement en fonction du centre de prestations cantonal, ce que nous connaissons actuellement avec les offices cantonaux de l'AI.

Les diététicien-ne-s resteraient-elles dans l'assurance de base?

Oui, je ne verrais pas pourquoi cela devrait changer. L'OPAS est déterminante par rapport aux prestations faisant partie de l'assurance de base.

Quels inconvénients la caisse unique entraînerait-elle pour les diététicien-ne-s?

Aujourd'hui, dans l'assurance de base, la concurrence est faible, mais elle a le mérite

d'exister. Si une diététicienne rencontre des problèmes avec une assurance, elle peut s'expliquer avec le médecin-conseil de l'assureur et essayer de trouver une solution. Si la discussion n'est pas fructueuse, le patient peut soutenir la thérapeute, dont il est de toute façon plus proche que de la caisse, en faisant une réclamation ciblée auprès de l'assureur. Les assureurs-maladie redoutent par-dessus tout les assurés mécontents, les messages déplaisants dans les courriers des lecteurs de la presse écrite ou les commentaires négatifs sur les forums Internet. En cas de passage à une caisse unique, ce dernier moyen de pression disparaîtrait.

Qu'impliquerait la caisse unique pour les assuré-e-s ?

Ils n'auraient plus la possibilité de choisir entre différents assureurs. Aujourd'hui, si un patient n'est pas satisfait de son assu-

reur-maladie (LAMal) et qu'il se fâche, il peut résilier son contrat et changer de caisse-maladie sans inconvénients. Avec une caisse unique, cela ne serait plus possible.

Quelles seraient les implications d'une caisse unique par rapport aux assurances complémentaires?

Je table sur une concentration des assureurs proposant des assurances complémentaires, car en cas de suppression de l'assurance de base, certaines petites caisses atteindraient une taille critique et la poursuite de leur activité ne serait plus justifiée.

Quelles seraient par ailleurs les conséquences sur le RME?

La prise en compte du RME, le registre de la médecine empirique, est actuellement facultative pour les assureurs. Avec une caisse unique, les critères seraient sans

doute uniformisés, et une «suradministration» est à redouter.

Quel rôle santésuisse jouerait-elle (encore)?

Plus aucun, puisque l'association n'aurait plus aucune tâche. Aujourd'hui, santésuisse représente les assureurs lui étant affiliés dans le

seul domaine de l'assurance de base. Pour des raisons de concurrence, les assureurs complémentaires ne peuvent se mettre ensemble.

Nos contrats avec santésuisse (tarifsuisse) seraient-ils renégociés?

Il y a lieu de supposer que oui. J'ai du mal à

imaginer qu'une «nouvelle» caisse unique puisse reprendre les différents contrats existant aujourd'hui: celui de tarifsuisse, des trois caisses-maladie Helsana, Sanitas et CPT, ainsi que des caisses non affiliées à santésuisse (Assura et petites caisses), dont les tarifs sont tous divergents.

Che vantaggi hanno i/le dietisti/e con la cassa unica?

Interview: Annemarie Gluch

Valutazioni e spiegazioni dell'economista sanitario Mark Hebeisen su domande attuali a proposito della cassa unica.

ASDD: Cosa significa esattamente cassa unica?

Mark Hebeisen: Lo scopo dell'iniziativa popolare è di avere una cassa malati unica per la copertura di base. Ogni cantone dovrebbe avere un'agenzia che rappresenti la cassa unica.

Come sarebbe nella pratica?

Le agenzie cantonali dovrebbero stabilire i premi ed incassare i soldi. Gli iniziattivisti propongono un modello che corrisponde a quello dell'assicurazione infortuni (SUVA). Questo non significa che i premi diventerebbero più economici. I premi si basano sulle prestazioni da pagare. Questi non cambierebbero nel caso di una cassa unica. Solo i costi pubblicitari verrebbero risparmiati. Il costo amministrativo totale per assicurato è solo il 6,5% (UFSP statistica 2011). Il conteggio delle prestazioni dei fornitori di prestazioni e le riscossioni dei premi degli assicurati sono compresi. Spesso si dice che la SUVA dimostra come potrebbe funzionare un'assicurazione economica. Ma la SUVA approfitta di altre due condizioni. Nella LaMal i pazienti possono pretendere prestazioni finanziarie, cioè il paziente può scegliere il suo medico, il suo terapeuta e il suo ospedale. Con la SUVA è diverso: il paziente può pretendere solo prestazioni oggettive, cioè l'assicurazione infortuni può decidere dove, con quale metodo e per quanto tempo il paziente si può far trattare. Inoltre presso la SUVA sono assicurati solo chi lavora (a partire da 8 ore settimanali pagate presso lo stesso datore

di lavoro). Non vengono considerati i pazienti con malattie croniche che durano da anni (es. dializzati, pazienti reumatologici) che gravano molto di più la cassa malati rispetto ad incidenti limitati nel tempo.

Quali prestazioni verrebbero integrate?

Non cambierebbe niente rispetto ad oggi. Nell'ordinanza sulle prestazioni obbligatorie delle cure medico-sanitarie OPre (allegato 1) sono elencate esplicitamente le prestazioni della consulenza alimentare che la LaMal paga. La cassa unica non cambia questa lista.

Dove esistono già casse uniche?

In quali Paesi?

Ad esempio in Inghilterra. La cassa malati pubblica viene gestita dal National Health Services (NHS). I servizi del NHS si occupano degli ospedali, degli ambulatori, dei medici di famiglia, degli specialisti, dei dentisti ed oculisti, ecc.

In Danimarca invece il sistema sanitario viene finanziato dalle tasse e tutte le prestazioni, comprese quelle del dentista, ne sono comprese.

In Olanda il sistema è pressoché identico a quello danese. E ce ne sono altri.

Perché in quei Paesi è stata introdotta la cassa unica?

In Inghilterra la NHS è stata introdotta solo nel 1948 ed è finanziata dagli introiti delle tasse.

Porrei però la domanda in un altro modo. Come mai in Svizzera fino ad ora non c'è

ancora una cassa unica? Perché in Svizzera prima dell'introduzione della LaMal esisteva già una lunga tradizione di casse malati aziendali, casse malati territoriali ecc. Nel 1996 si sono colmati i buchi esistenti (tolta la limitazione delle prestazioni, introdotto l'obbligo di assicurazione ecc.). L'assicurazione infortuni (SUVA), l'assicurazione invalidità (AI) e l'assicurazione militare (AM) non vennero toccate. Secondo me questo è stata una grande dimenticanza siccome si sono create delle sovrapposizioni tra le diverse assicurazioni sociali. In questioni delimitanti, le diverse assicurazioni sociali si passano la palla per anni, creando processi giuridici dispendiosi. Se si mettessero assieme tutte le assicurazioni sociali e si aumentasse l'influenza dei cantoni (funzionanti come conduttori e pianificatori degli ospedali, come stabilizzatori delle tariffe ecc.) si potrebbe molto probabilmente risparmiare sui costi.

Che vantaggi hanno i/le dietisti/e con la cassa unica?

Dovrebbero trattare e mettersi d'accordo per una tariffa assicurativa di base solo con una cassa. Le trattative sarebbero probabilmente leggermente differenti a dipendenza del cantone, così come conosciamo già la situazione presso i centri AI cantonali.

Noi dietisti/e resteremmo nell'assicurazione di base?

Certo, non saprei perché dovrebbe esserci un cambiamento. L'Opre determina cosa vien coperto dall'assicurazione di base.

Che svantaggi ci sarebbero per i/le dietisti/e?



Mark Hebeisen, economista sanitaria

Mark Hebeisen ha ottime conoscenze nel campo sanitario grazie alla sua attività pluriennale e diversificata con funzione importante in un ospedale universitario e nell'amministrazione federale. In qualità di dirigente di un progetto nel campo delle tariffe, conosce tutti i processi inerenti una tariffa: dall'erogazione della prestazione, alla riproduzione, fino alla fatturazione.

mark.hebeisen@hep-partner.ch

Se il/la dietista oggi giorno ha problemi con una cassa malati, ha la possibilità di discutere e cercare una soluzione con il medico di fiducia della cassa malati. Se non ci si riesce, il paziente può esser sostenuto dal terapeuta ed inoltrare un reclamo all'assicurazione. Le casse malati temono gli assicurati scontenti, le lettere dei lettori sui quotidiani o i commenti negativi in internet. In caso di una cassa unica questa pressione non sussisterebbe.

Che cosa significa la cassa unica per gli assicurati?

Questi ultimi non possono più scegliere tra diverse assicurazioni. Se attualmente un assicurato è scontento o si arrabbia con la propria cassa malati, può lasciarla senza conseguenze e sceglierne un'altra. Questo non sarebbe più possibile.

Che conseguenze avrebbe la cassa unica sulle assicurazioni complementari?

Mi aspetto una concentrazione di casse complementari siccome le piccole casse, con l'assenza dell'assicurazione di base, si ritroverebbero una grandezza dell'azienda troppo piccola per poter andar avanti.

Che conseguenze ci sarebbero sull'EMR?

Oggi il rispetto del registro EMR è facoltativo. In caso di una cassa unica i criteri verrebbero sicuramente unificati e c'è da temere una standardizzazione amministrativa.

Che ruolo giocherebbe ancora santésuisse?

Santésuisse non avrebbe più nessun compito, infatti al momento rappresenta gli assicuratori solo per l'assicurazione di base. Gli assicuratori complementari non possono riunirsi per ragioni di concorrenza.

I nostri contratti con Santésuisse (tariffe Suisse) verrebbero ritrattati?

E' da presumere. Non mi posso immaginare che una nuova cassa unica possa assumere contratti diversi con tariffe differenziate dei gruppi Helsana/Sanitas/CPT e dei non membri di santésuisse (Assura e casse piccole).