

VOM SINN UND UNSINN EINES FLÄCHENDECKENDEN TIERS PAYANT (TP) IN DER SCHWEIZ

von Urs Stoffel

Einleitung:

Grundsätzlich gibt es in der Schweiz zwei Abrechnungssysteme der Kostenvergütung im Obligatorischen Krankenpflege Bereich (OKP). Diese beiden Vergütungsarten sind im KVG im Art. 42 geregelt. Das System, bei dem der Versicherte dem Leistungserbringer die Vergütung der Leistung schuldet, wird Tiers garant genannt. Die Versicherten haben in diesem Fall einen Anspruch auf eine Rückerstattung durch die Versicherung. Wenn keine anderen Vereinbarungen zwischen dem Leistungserbringer und dem Kostenträger vereinbart wurden, so gilt gemäss KVG dieses System als Regelfall.

Gemäss Absatz 2 Art. 42 KVG können aber Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des Tiers payant).

Mehrheitlich wird in der Schweiz nach dem System des Tiers garant abgerechnet. In den letzten Jahren kommt nun zunehmend die Forderung der Versicherer nach dem Abrechnungssystem des Tiers payant. Es wird von der Versichererseite argumentiert, dass in diesem System, insbesondere durch die Einführung des elektronischen Datenaustausches (eDA) über einen Intermediär (MediData), enorme, prämienswirksame Kosten gespart werden können.

Seit geraumer Zeit bestehen erhebliche Differenzen zwischen den Versicherern und der Ärzteschaft über die Abwicklung des eDA im Tiers garant via die ärzteigenen TrustCenter und im von den Versicherern geforderten Tiers payant über den Intermediär MediData, der von den Versicherern betrieben und finanziert wird. Auf diese Thematik möchte ich an dieser Stelle, mit Ausnahme des Datenschutzes, jedoch nicht eingehen. Zahlreiche Stellungnahmen und Gegendarstellungen zur Problematik TrustCenter versus MediData wurden bereits öffentlich thematisiert.

Vielmehr möchte ich aus ärztlicher Sicht der Frage nachgehen, wie sinnvoll die Einführung eines flächendeckenden Tiers payant im schweizerischen Gesundheitswesen wirklich ist.

Volkswirtschaftlicher Unsinn

Aus Sicht der Ärzteschaft ist es ein volkswirtschaftlicher Unsinn, wenn alle Arztrechnungen automatisch und direkt zu den Krankenkassen und Versicherungen gehen (System des Tiers payant). Wie wir aus verschiedenen Untersuchungen wissen, ist der Anteil von kleinen Rechnungen (< als 100.—CHF) im KVG Bereich sehr hoch und führt deshalb nur zu teuren administrativen Umtrieben ohne jeglichen Nutzen. Im Gegensatz zum UVG Bereich, der keinen Selbstbehalt kennt, müssen die Rechnungen im KVG Bereich zuerst mit der Franchise und dem Selbstbehalt verrechnet werden. Ein grosser Anteil der im TP direkt an den Versicherer gehenden Rechnungen muss dann mit einer komplizierten Abrechnung dem Patienten erneut in Rechnung gestellt werden, weil ein grosser Teil der Arztrechnungen unterhalb der Franchisekosten pro Jahr liegt. Das ist Bürokratie pur und bläht lediglich den Verwaltungsapparat der Krankenkassen und Versicherer künstlich auf und die prämienswirksamen Kosten steigen ohne jeglichen gesundheitlichen Nutzen für den Versicherten. Allerdings steigt der Umsatz der Krankenkassen und Versicherer an und damit fällt der prozentuale Anteil der Verwaltungskosten im Verhältnis zum Umsatz!

Stärkung der Eigenverantwortung und Entlastung der Prämien

Auch in den jüngsten Diskussionen des Parlaments für kostendämmende Massnahmen im Gesundheitswesen und im Zusammenhang mit der Schaffung von differenzierten Selbsthalten, wird immer wieder betont wie wichtig die Stärkung der Eigenverantwortung für das Kostenbewusstsein der Bevölkerung sei. Es wird gefordert, dass kleine Beiträge aus der eigenen Tasche („out of the pocket“) bezahlt werden sollen, so dass die Gesundheitskosten und damit die Prämien nicht unnötig belastet werden. Ein flächendeckender TP geht aber genau in die falsche

Richtung. Jeder Franken über der Franchise wird dann von den Kassen bezahlt und wirkt sich damit direkt auf die Prämien aus. Untersuchungen mit der santésuisse haben gezeigt, dass eine Differenz von bis zu 15% zwischen den gestellten Rechnungen und den bei den Kassen zur Rückvergütung eingereichten Rechnungen besteht. Es ist also davon auszugehen, dass bei einem flächendeckenden System des TP die prämienswirksamen Kosten und im speziellen die Verwaltungskosten deutlich steigen werden.

Kostenkontrolle und Kostenbewusstsein

Niemand kann eine Arztrechnung besser kontrollieren als der Patient, an dem die Leistung erbracht wurde. Die neuste Umfrage der santésuisse hat entgegen den Erwartungen ergeben, dass 70% der Patientinnen und Patienten ihre Arztrechnungen kontrollieren. Solange der Patient primärer Schuldner bleibt (TG) wird er diese Rechnung als erster erhalten und diese, wie alle Rechnungen bei denen er direkter Schuldner ist, prüfen. Wenn aber der Patient irgendwann, meist nachdem die Kasse längst bezahlt hat, eine Kopie der Rechnung oder die Leistungsabrechnung des Versicherers erhält, interessiert er sich nicht mehr dafür. Die Kasse hat ja längst bezahlt. Er ist sich damit auch nicht mehr wirklich bewusst welche Kosten er ausgelöst und verursacht hat. Auch dieser gewünschte Anreiz zur Kosten- und Qualitätskontrolle und zum erhöhten Kostenbewusstsein geht damit im System des TP verloren.

Datenschutz und Schutz des Bürgers vor dem „gläsernen Patienten“

Durch den äusserst filigranen und differenzierten TARMED Tarif ist der Patient heute zum „gläsernen Patienten“ geworden. Aus den detaillierten Rechnungspositionen lässt sich problemlos die Diagnose und damit auch die Erkrankung und sogar die Prognose des Patienten ableiten. Nach wie vor gibt es Behandlungen und Leistungen (z.B. Psychiatrie, AIDS Test, Bagatellbehandlungen etc.) von denen der Patient nicht möchte, dass die Kasse davon Kenntnis hat (z.B. auch im Zusammenhang mit Zusatzversicherungen) und die der Patient aus der eigenen Tasche bezahlen will. Eine generelle Entbindung vom Datenschutz gegenüber dem Arzt hilft da auch nicht weiter, da auch vom Datenschützer eine Freigabe jeder einzelnen Rechnung respektive Behandlung gefordert wird. Das ist in einem flächendeckenden TP nicht mehr möglich und damit haben wir ganz generell im Gegensatz zum UVG, (hier handelt es sich streng genommen weder um einen tiers payant noch um einen tiers garant, sondern um einen tiers soldant) ein klares Datenschutzproblem. Dieses Datenschutzproblem wurde mehrfach vom eidgenössischen Datenschützer in seinen Berichten moniert und er empfiehlt die Abwicklung der Arztrechnungen über ein TrustCenter.

Die Ärzteschaft stellt die Rechnungsdaten seit 2004 datenschutzkonform und elektronisch im Sinne des elektronischen Datenaustausches (eDA) in den Trustcentern zur Verfügung.

Seit 2004 stellt die Ärzteschaft ihre Rechnungen datenschutzkonform und in elektronischer Form zum Abholen in den selbstfinanzierten Trustcentern bereit. Diese Form des elektronischen Datenaustausches wurde auch ausdrücklich vom Datenschützer in seinem Bericht vom Juni 2004 gutgeheissen und sogar empfohlen.

Mehrere Versicherer nutzen diesen Weg des eDA seit Jahren rege mit gutem Erfolg und zu ihrer vollsten Zufriedenheit.

Im Mai 2010 ist die 100 Millionste Rechnung in den TrustCentern eingetroffen. Es lagern damit über eine Milliarde Datensätze in den ärzteigenen TrustCentern. Damit ist und bleibt nach wie vor das grösste Sparpotential im eDA die Nutzung der in den TrustCentern datenschutzkonform bereit gestellten Rechnungen durch die Versicherungen.