

## **Informationen zur Diskussion über die Verallgemeinerung des “Tiers payant” im luxemburgischen Gesundheitswesen**

Die Einführung des “Tiers payant” im Gesundheitswesen bedeutet, dass der Leistungserbringer von seinem Patienten nur noch die gesetzlich festgelegte Beteiligung verlangen kann. Das Honorar wird ihm direkt von der Krankenversicherung rückerstattet. In verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesen besteht dieses Prinzip schon länger. Jetzt geht es um die Verallgemeinerung dieses Prinzips.

### **Warum die Forderung nach einer Verallgemeinerung des „Tiers payant“?**

Durch die obligatorische Konventionierung aller Gesundheitsberufe, haben unsere Patienten die freie Wahl ihres Leistungserbringers garantiert. Die Verallgemeinerung des tiers payant erlaubt es ihnen auch, unabhängig von ihrer finanziellen Situation dieses Recht wahrzunehmen.

Diese System erlaubt eine transparente und detaillierte Information des Patienten. Wenn wir die heutige Situation in der Gesundheitskasse betrachten, müssen wir feststellen, dass immer mehr Patienten Probleme haben die Rechnungen von verschiedenen Leistungserbringern vorzustrecken.

Über die Sozialämter der Gemeinden wurden 2017 insgesamt 4022 Personen unterstützt, indem die Honorare direkt von denselben übernommen wurden ( tiers payant social). Das betraf 141155 Honorare und eine Bruttosumme von 3.011.775 €. Drei Sozialämter beteiligen sich nicht an diesem System.

Wenn der Patient eine oder mehrere Rechnungen von mindestens 100€ innerhalb von 14 Tagen bezahlt hat, kann er in einer Agentur der CNS einen Scheck ausgestellt bekommen, den er bei einer Bank einlösen kann. Die Bankkosten werden von der CNS getragen.

2015 wurden rund 226.756 Schecks ausgestellt. Dies betraf eine Summe von 53.826.405 €. Im Jahr 2011 waren es 191.827 und 47.191.544 €.

Von den 226.756 Schecks wurden 203.024 noch am selben Tag bei der Bank eingelöst was ein Anzeichen ist dass die Patienten ihr Geld sofort benötigten.

Im Jahre 2017 wurden über die verschiedenen Agenturen der CNS die enorme Summe von 851000 Rechnungen verarbeitet. Durch diese manuelle Arbeit können immer wieder Fehler geschehen.

## **Wo haben wir heute schon den tiers payant?**

Dieses System besteht heute schon in verschiedenen Bereichen unseres Gesundheitssystems.

Jeder welche in die Apotheke geht, bekommt eine Abrechnung aus der klar hervorgeht, was der Gesamtpreis des Medikamentes ist und was seine Eigenbeteiligung ausmacht. Er braucht auch nur diesen Betrag zu bezahlen. Zwischen den Apotheken und der Gesundheitskasse wird alles über den elektronischen Weg abgerechnet und dies ohne Probleme. Die Apotheken erhalten von der Gesundheitskasse einen Vorschuss und innerhalb eines Monats die gesamte Abrechnung.

In der Kinesiotherapie wird der tiers payant angewendet ohne Probleme für die Kinesiotherapeuten und zu Gunsten der Patienten.

Dasselbe gilt in unserem Thermalwesen. Auch in den Laboratorien wird er angewendet. Die Krankenhäuser wenden den tiers payant schon sehr lange an. Auch bei ihnen gibt es dadurch keine Probleme und sicherlich gab es dadurch auch keinen Ansturm der Patienten in die Krankenhäuser. Nur die freischaffenden Ärzte in den Krankenhäuser wenden ihn nur selten an. Wenden die Ärzte ihn an, haben sie die Garantie der Gesundheitskasse innerhalb eines Monats ihr Geld auf dem Konto zu haben.

Ein großer Bereich wo der tiers payant ab Beginn dieser Versicherung angewendet wird ist die Pflegeversicherung.

Ein anderer Bereich ist die Unfallversicherung wo direkt von der Versicherung bezahlt wird.

Bei der Einführung des Referenzarztsystem wurde von der Ärztevertretung der tiers payant gefragt. Hier war die Intransparenz von Seiten der Ärztevereinigung das nicht zugegebene Motiv. Der Referenzarzt bekommt nämlich halbjährlich ein Honorar (Tarif MR03 = 100,30€) ohne, dass er den Patienten gesehen haben muss. Müsste er vom Patienten diesen Betrag verlangen, wäre dessen berechnete Frage warum ?

## **Vertragliche Regelung - heute.**

In der Konvention, verhandelt zwischen der Ärztevereinigung und der Gesundheitskasse, regeln die Artikel -20 - 21 - 60 - 61 - 66 und 67, die Prozeduren bei der Anwendung des Tiers payant.

Artikel 67 (Action directe) garantiert jedem Arzt welcher von einem Patient kein Geld bekommen hat, die Übernahme des Honorars durch die Kasse (tiers payant), wenn der Arzt vorher erfolglos versucht hat, das Geld einzutreiben. Mit der Einführung des tiers payant wäre dieses Problem gelöst.

Die Gesundheitskasse ist bis heute den Bestimmungen von Artikel 24 der Sozialgesetzgebung nicht nachgekommen. Dieser Artikel besagt, dass die CNS periodisch (Zeitabschnitt kann monatlich, vierteljährlich oder halbjährlich sein) den Patienten eine Aufstellung zukommen lassen muss, aus der hervorgeht, was über den tiers payant von der Kasse übernommen wurde. Dies soll den Patienten erlauben den Preis der Behandlung kennen zu lernen und zu überprüfen ob keine falsche Behandlung verrechnet wurde.

## **Die Haltung der Ärztevereinigung**

**Nee zum „tiers payant généralisé“  
„Et geet em iech an em Aer Gesondheet“**

Mit dieser reißerischen Überschrift wenden sich die Ärzte heute in einer Mitteilung an die Patienten und versuchen diese auf ihre Seite zu ziehen.

Hier einige Aussagen:

***iwwer den « tiers payant généralisé » wäert probéiert ginn ze spueren.***

Falsch! Gesetzlich hat der Arzt die Garantie der „liberté thérapeutique“. Der Patient hat die gesetzlich verankerte freie Wahl den Leistungserbringer zu wählen der ihm zusagt. Diese zwei Grundrechte werden wir als Patientenvertreter immer verteidigen.

***Bis haut ka keen eis erklären, wéi déi staatlech Kontroll vum Gesondheetssystem an den Dokteren duerch de Gesondheitsministère an d'Gesondheitskeess eng besser Qualitéit vun der Medezin bewierke soll.***

Seit Jahren verweigern die Ärzte ihre Befunde nach internationalen Standards (ICD10) festzulegen. Auch Statistiken über die Resultate der Behandlungen liegen nicht vor, weil sie nicht von ihnen geliefert werden. Veröffentlichungen über Behandlungsergebnisse wie man sie im Ausland findet sind nicht erwünscht. Die Weiterbildung der Ärzte ist immer noch nicht geregelt. Wir wollen Qualität aber wir brauchen auch Informationen.

***Bei der Gesondheitskeess schaffe vill Leit awer kaum Medeziner. Eng richtig medezinesch Kompetenz gött et do ganz einfach net.***

Die Gesundheitskasse kann jeden Moment auf die Kompetenz von Fachärzten zurückgreifen und hat auch die Kompetenz des kontrollärztlichen Dienstes zur Verfügung.

***Wie bezilt, deen decidéiert!***

Die Versicherten zahlen hohe Beiträge und über ihre Steuern beteiligt der Staat sich auch an den Kosten. Die Leistungserbringer kassieren.

***Genau dowéinst ass et besonnesch wichtig, datt Ären Dokter fräi ass déi fir Iech beschte Behandlung kennen ze proposéieren.***

Er hat diese Freiheit gesetzlich verankert, die beste Behandlung erfolgt wenn er sich permanent weiterbildet um seinen Patienten die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Fragen Sie ihren Arzt beim nächsten Treffen wann er welche Weiterbildung gemacht hat.

***D'Dokterschaft huet elo schon eescht Problemer mat deem Katalog vu Leeschtungen,***

*iwwer deen d'Verwaltung, d'Politik an de Minister entscheeden, eens ze ginn a probéiert oft un der Grenz vun der Legalitéit, Iech nach dat unzëbidde wat Dir braucht. Sou as et dass Dir net méi kritt wat Dir braucht an dat ass fir eis elo schon net méi akzeptabel.*

Es liegt nur an der Ärztevertretung, dass der Leistungskatalog (Nomenklatur) regelmässig an die technische und wissenschaftliche Entwicklung angepasst wird, zu Gunsten der betroffenen Patienten. Warum tun sie es nicht oder lehnen sie sogar ab?! (Zahnärzte)

*Iwwert den « tiers payant généralisé »:*

***Matt deem Instrument hätt d'Kees d'Doktere komplett an der Hand. D'Kees bezilt den Dokter a bestëmmt sou, nach méi staark wéi bis elo, wat hie maachen däerf a wat net.***

Falsch! Dies ist gesetzlich nicht möglich und ist auch nicht vorgesehen.

*Nëmmen zesumme kenne mer d'Politik iwwerzeegen, datt d'medezinesch Interesse vum Patient iwwert deene wirtschaftleche vun der Gesondheetskeess stinn.*

Das stimmt! Die Verallgemeinerung des tiers payant hat darauf nur einen positiven Einfluss. Wenn von Seiten der Ärzteschaft nun auch im positivem Sinn gearbeitet wird, für Transparenz, Information, Weiterbildung und Dialogbereitschaft, dann sind wir auf dem richtigen Weg!

Diese Punkte soll die AMMD jeden Tag ihren Mitgliedern ans Herz legen, dann tun sie etwas konkretes im Interessen der Patienten.

### **Die wahren Gründe.**

Seit Jahren fordert die Patientenvertretung die Abschaffung der CP (convenance personnelle) Diese sind bis heute in der Konvention verankert und von Seiten der Ärzte vereinigung werden sie bis aus Skalpell verteidigt. Ausführliche Informationen findet man unter:

[https://www.patiентevertriebung.lu/resources/pdf/base\\_4/1465818161296-de.pdf](https://www.patiентevertriebung.lu/resources/pdf/base_4/1465818161296-de.pdf)

Drei „cp“ werden am meisten von den Ärzten benutzt.

Die cp1 die dem Arzt einen Aufschlag gewährt wenn er seinem Patient auf dessen Anfrage hin einen festen Termin anbietet und ihn auch wirklich einhält (erlaubte Wartezeit rund 15 Minuten) Dieser Termin ist nicht zu verwechseln mit dem Termin den das Sekretariat anbietet.

Schauen wir die Statistiken der CNS dann sehen wir dass 2015 die gesetzliche Eigenbeteiligung der Patienten beim Arzt 8,2% betrug, in Wirklichkeit aber durch die „cp“ 11,3% ausmachte. Nicht erfasst sind die Zuschläge im Krankenhaus für erste Klasse (66%)

Bei den Zahnärzten ist es noch schlimmer, gesetzliche Eigenbeteiligung 6,6%, reelle Beteiligung 45,9%!

Diese sehr starke Eigenbeteiligung ist auf die „cp8“ zurück zu führen, wo die Zahnärzte alles verrechnen können was nicht über die Nomenklatur geregelt ist. Seit Jahren weigern sich ihre Vertreter zu Gunsten der Patienten ihre Nomenklatur zu modernisieren.

Den fettesten Aufschlag bekommen die Krankenhausärzte wenn der Patient in einem 1 Bettzimmer liegt (66%). Dies obwohl die Behandlung immer die gleiche ist, was auch nicht anders zu vertreten ist.

Diese Aufschläge stellen für die Ärzte die sie anwenden ein sehr Großes Mehreinkommen dar, zu Lasten der Patienten. Diese „CP“ gesondert vom Patienten zu fordern wenn die legalen Honorare direkt von der Kasse überwiesen werden wird sicherlich vielen schwer fallen, ein guter Grund gegen die Verallgemeinerung des tiers payant zu sein.

Im Jahre 2014 fand ein Vermittlungsverfahren statt, um die Artikeln 48 bis 50 der Konvention (convenance personnelle) neu zu regeln. Ohne reelle Resultate.

### **Administrative Probleme**

Die Verallgemeinerung des tiers payant verlangt verschiedene Voraussetzungen um in der Praxis umgesetzt werden zu können. Das Informatiksystem der Krankenversicherung muss dementsprechend ausgebaut werden was aber kein Hindernis darstellt. Dasselbe muss in jeder Arztpraxis geschehen. Die Mehrheit der Ärzte ist heute schon informatisiert es braucht also hier nur die nötige Software installiert zu werden. Bei den Apothekern läuft das System schon lange und ohne Probleme. Man kann also nicht von unüberwindbaren Problemen sprechen.

### **Welche Lösung?**

#### **Über bilaterale Verhandlungen.**

Über Verhandlungen mit den Ärzten wird es keine Regelung geben. Das zeigen die Verhandlungsergebnisse der vergangenen Jahre wo die Ärzteschaft sich gegen jede Verbesserung für die Patienten versperren. Meister der Blockierung sind die Vertreter der Zahnärzte.

Sogar nachdem jetzt schon die zweite Regierung sich für die Abschaffung der CP für erste Klasse (+ 66%) aussprach, wurde sie bis heute nicht realisiert.

#### **Politische Lösung.**

Unsere Regierung und andere Interessenvertreter haben sich zum Ziel gesetzt, die **Rifkin – Studie** politisch umzusetzen. Rifkin schlägt vor, die Informatik in jedem Bereich wo nur möglich einzusetzen und verspricht dadurch einen wirtschaftlichen Aufschwung und höhere Effizienz in der Anwendung unserer Mittel.

Nun, die gesetzliche Einführung des tiers payant ist die Lösung.

Nehmen wir nur den Aufwand in den Sozialämtern (141155 Rechnungen) in den Krankenkassenagenturen (226756) Schecks die in eine Bank getragen werden müssen und dort wieder bearbeitet werden. Man muss sich vorstellen, welchen Aufwand heute betrieben werden muss, um die Verrechnung der Honorare durch die CNS zu bewältigen. Für die Patienten welche nach dem Arztbesuch sich zur Krankenkassenagentur begeben um einen Scheck zu bekommen und dann zur Bank gehen um den Scheck einzulösen.

Für die Krankenkassenverwaltung stellt nicht nur die Ausstellung der Schecks einen hohen Aufwand dar, sondern auch die mit den handverarbeiteten Überweisungen (2/3 aller Honorare)

Dieser Aufwand ohne dass die Patienten oder die Leistungserbringer auch nur ein Cent mehr bekommen. Mit der Verallgemeinerung des tiers payant kann dieser ganze Aufwand gespart werden.

Die Politik muss sich entscheiden ob sie den über 500.000 Versicherten gesetzlich eine Verbesserung die nichts kostet vorenthalten will zum Vorteil eines Teils der Ärzte. Als Vorbild kann unsere Regierung eine vorherige Regierung unter den Herren P.Dupong und dem Gewerkschaftler P.Krier nehmen. Die hatte nämlich durch ein großherzogliches Reglement vom 3.2.1940 in Artikel 2 die direkte Begleichung der Honorare beschlossen.

**René Pizzaferrì**  
**Präsident der Patienten Vertriebung asbl**