

Warnung der Assessment-Kommission

Bedrohlicher Anstieg der Fallkosten bei den Grundversorgern im UV/MV/IV-Bereich

Jürg Pellaton,
Leiter der Arbeitsgruppe
«Tarife» der SGAM

Mit dem Tarmed-Vertrag im UV/MV/IV-Bereich wurde auch das «Konzept Fallkosten-Stabilisierung Tarmed vom 05.12.2001» in der Urabstimmung angenommen. In diesem Konzept ist festgehalten, dass die Assessment-Kommission (AK), bestehend aus je 3 Vertretern der FMH und der UV/MV/IV, monatlich die Entwicklung der Fallkosten überwacht. Stellt sie Abweichungen der Fallkosten insgesamt oder bei einzelnen Fachgruppen über oder unter die Toleranzgrenze fest, so muss sie aktiv werden. Sie kann den Taxpunktewert oder die Tarifstruktur so anpassen, dass die mittleren Fallkosten insgesamt oder bei einzelnen Fachgruppen wieder erreicht werden.

Die AK hat festgestellt, dass bei den Grundversorgern im Oktober (und November) die obere Toleranzgrenze (rund 5% oberhalb der mittleren Fallkosten) deutlich überschritten wurde. Die Abweichung beträgt bei der SGIM +8%, bei der SGAM +12,5%, Tendenz bei beiden Fachgruppen steigend. Bei den Pädiatern streuen die Zahlen wegen der kleinen Fallzahl im UVG-Bereich sehr stark. Da die Grundversorger einen grossen Anteil an den Kosten für ambulante Behandlung in der Arztpraxis bewirken (rund 48%), drohen bei weiterem Anstieg ihrer Fallkosten die allgemeinen Fallkosten aus dem Ruder zu laufen, was zwingend eine Absenkung des Taxpunktewertes zu Folge hätte.

Die Analyse der Daten der SUVA wie der NewIndex lässt darauf schliessen, dass zumindest in einigen Kantonen der Tarif in folgenden Bereichen nicht korrekt angewendet wird: (1.) Bei den Notfällen und (2.) bei der Konsultationsdauer.

Notfälle

Rund 7,5% der Kosten der Allgemeinmediziner und Internisten werden durch die Verrechnung der Pos. 00.2510 und 00.2520 (In-

konvenienz-Pauschale tagsüber und abends) verursacht, wovon rund $\frac{2}{3}$ durch die Pos. 00.2510. Bei den Pädiatern macht die Pos. 00.2520 (Notfall abends) rund 15% der Kosten aus. Dies lässt darauf schliessen, dass die neue Notfalldefinition zu large interpretiert wird. Im Tarmed gibt es eben (leider) keinen Dringlichkeits-Zuschlag!

Notfallkriterien (tarifarisch):

- Medizinisch notwendig und/oder vom Patienten, Angehörigen oder Dritten als offensichtlich notwendig erachtet.
- Der Facharzt befasst sich sofort, verzugslos mit dem Patienten bzw. sucht ihn auf.
- Es wird ein direkter und unmittelbarer Arzt-Patienten-Kontakt vorausgesetzt. Ausnahme: vergebliche Fahrt zum Unfallort/Ereignisort.

Eine verzugslose Beschäftigung mit dem Notfallpatienten heisst tagsüber, dass in der Regel eine laufende Konsultation unterbrochen werden muss, um sich des Notfallpatienten anzunehmen. Abends heisst es, dass der Patient nach 19.00 Uhr angemeldet und raschmöglichst angeschaut wird.

Beispiele:

- Ein Patient kommt mit einer stark blutenden Wunde vom Bauplatz direkt in die Arztpraxis. Die MPA holt den Arzt aus dem Sprechzimmer, er befasst sich verzugslos mit dem Patienten. Hier handelt es sich um einen Notfall.
- Ein Patient wird mit einer blutenden Wunde, die bereits am Unfallort verbunden worden ist, direkt in die Arztpraxis gebracht. Die MPA schaut sich die Verletzung an. Der Arzt beendet seine laufende Konsultation und wendet sich dann dem Notfallpatienten zu. Hier handelt es sich tarifarisch nicht um einen Notfall. So verlaufen wohl die meisten «Notfälle» tagsüber. In der Regel erfüllen Kontusionen, Distorsionen, Schürfungen oder im KVG-Bereich akute Otitiden, Lumbalgien, Migräneanfälle usw. die Kriterien für einen tarifarischen Notfall nicht.

Konsultationen

Rund 53% der Kosten werden durch die Verrechnung der Pos. 00.0010, 00.0020 und 00.0030 (Konsultation erste, weitere und

letzte 5 Minuten) ausgelöst. Im UVG-Bereich machen 1,1% (SGAM, SGIM) bis 7,3% (SGP) der Kosten die Verrechnung der Pos. 00.0410 (kleine Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung) aus. Es ist zwar allgemein bekannt, dass uns die Patienten heute länger beanspruchen als noch vor wenigen Jahren. Die Zahlen lassen aber doch vermuten, dass die Pos. 00.0020 zu grosszügig verrechnet wird, wenn in der gleichen Konsultation Extraleistungen erbracht werden. Es sei daran erinnert, dass im Tarmed für die Verrechnung der Pos. 00.410 und 00.0420 (kleine und umfassende Untersuchung durch den Grundversorger) alle in den medizinischen Interpretationen zu diesen Leistungen aufgeführten Untersuchungen durchgeführt und dokumentiert werden müssen. Dies dürfte bei Unfallpatienten eine grosse Rarität sein. Wird nicht alles untersucht, so kann die aufgewendete Zeit nur mit den Pos. 00.0010 bis 00.0030 verrechnet werden.

Beispiele:

- Ein Patient wird mit einer Rissquetschwunde in der behaarten Kopfhaut in die Praxis gebracht. Dringliche, keine Notfallbehandlung. Der Arzt nimmt die Anamnese auf, untersucht den Patienten, macht eine Lokalanästhesie, näht die Wunde, macht einen Verband und trägt die Krankengeschichte nach. Die Konsultation dauert 35 Minuten.
Verrechnet wird: Pos. 00.1190, Lokalanästhesie übrige Regionen (2 Min.) + Pos. 04.1030, Wundversorgung übrige Regionen (19 Min.) + Pos. 00.0010, Kons. 1. 5 Min. + 1 × Pos. 00.0020, Kons. weitere 5 Min. + Pos. 00.0030, Kons. letzte 5 Min.
- Bei einer bekannten Herz-Patientin ist neu ein Husten aufgetaucht. Der Arzt

erhebt die Anamnese, macht eine kleine Untersuchung des Grundversorgers, verordnet die Medikamente neu und trägt die KG nach. Die Konsultation dauert 20 Minuten.

Verrechnet wird: Pos. 00.0410, kleine Untersuchung durch den Grundversorger (15 Min.) + Pos. 00.0010, Kons. erste 5 Min.

Zur korrekten Abrechnung muss der Arzt sich die Gesamtdauer der Konsultation merken. Zudem braucht er einen Leistungskatalog, auf dem die Minutage der Extraleistungen aufgeführt ist. Dann wird die Rechnung einfach:

Konsultationsdauer minus Zeitbedarf für die Extraleistungen ergibt die Restzeit, die mit den Pos. 00.0010 bis 00.0030 abgerechnet wird.

Die Assessment-Kommission hat den drei Grundversorger-Gesellschaften die Auflage gemacht, ihre Mitglieder über die bedrohliche Kostensteigerung in ihrem Fachgebiet zu warnen.

Wir hoffen, dass sich alle unsere Mitglieder strikt an die oben angeführten Regeln halten und dass dadurch die Fallkosten wieder etwas sinken.

Sollte diese Warnung ohne Effekt bleiben, so wird die AK entweder den Taxpunktewert für alle Ärzte der Schweiz senken oder gezielte Massnahmen wie Streichung der Notfall-Inkonvenienz-Pauschalen tagsüber, Senkung der Taxpunktzahl bei den Untersuchungen oder etwas Ähnliches treffen müssen.

Wir appellieren an die Vernunft und Fairness unserer Mitglieder.

La Commission d’Evaluation lance un avertissement

Augmentation inquiétante du coût par cas chez les Médecins de premier recours dans le domaine LAA/AM/AI

Jürg Pellaton,
Responsable du Groupe
de travail «Tarifes»
de la SSMG

En approuvant le contrat Tarmed dans le domaine de l'AA/AM/AI, le corps médical a également accepté le «Concept de stabilisation des coûts par cas Tarmed du 05.12.2001». Ce concept établit notamment que la Commission d’Evaluation (CE), constituée de 3 représentants de la FMH et de 3 représentants de l'AA/AM/AI, surveille mois après mois l'évolution du coût par cas, et qu'elle a à intervenir en cas de dérive – globale ou limitée à certains groupes de spécialistes – par rapport aux limites de tolérance prévues. La CE a également pour mission d'adapter la valeur du point tarifaire ou la structure tarifaire elle-même de façon à faire revenir les coûts par cas au niveau prévu, pour l'ensemble des spécialités ou pour certaines spécialités en particulier.

La CE a constaté que la limite de tolérance supérieure (en gros 5% au-dessus de la moyenne du coût par cas) a été largement dépassée chez les médecins de premier recours en octobre et novembre dernier. L'écart se situe à +8% pour la SSMI, et à +12,5% pour la SSMG, avec une tendance à l'aggravation dans les deux groupements. Pour les pédiatries, le nombre de cas d'accident est petit et les statistiques sont extrêmement instables. Comme les médecins de premier recours sont à l'origine d'une grande partie des dépenses occasionnées par la médecine ambulatoire (environ 48%), le coût par cas global risque fort de déraper dangereusement si l'augmentation se poursuit, ce qui aurait inévitablement pour conséquence une baisse de la valeur du point.

L'analyse des données de la CNA et de NewIndex suggère qu'en tout cas dans certains cantons, le tarif n'est pas appliqué correctement dans les deux domaines suivants: d'abord dans l'application de la notion d'urgence, et ensuite dans la facturation de la durée de la consultation.

Urgences

Près de 7,5% des dépenses occasionnées par les généralistes et les internistes proviennent de la facturation des positions 00.2510 et 00.2520 (indemnités forfaitaires de dérangement le jour et le soir), dont $\frac{2}{3}$ relèvent de la position 00.2510. Chez les pédiatries, la position 00.2520 (urgence du soir) compte pour environ 15% des dépenses. Cela signifie sans aucun doute que la notion d'urgence selon la nouvelle définition est interprétée de manière beaucoup trop large. Il se trouve que le Tarmed n'inclut (malheureusement) pas de supplément pour les consultations «prises en urgente»!

Critères d'urgence (du point de vue tarifaire):

- L'intervention du médecin est médicalement nécessaire et/ou jugée manifestement nécessaire par le patient, ses proches ou des tiers.
- Le spécialiste doit s'occuper immédiatement du patient ou lui rendre visite.
- Il y a contact direct entre médecin et patient. Exception: déplacement inutile jusqu'au lieu de l'accident ou de l'événement.

De jour, la prise en charge urgente et absolument impossible à différer, signifie d'une manière générale qu'il a fallu interrompre la consultation en cours pour s'occuper séance tenante de la personne concernée. Le soir, il faut que le patient ait appelé après 19h00 et soit vu dans les plus brefs délais.

Exemples:

- Un patient arrive au cabinet en provenance directe du chantier sur lequel il travaille, avec une plaie saignant abondamment. L'assistante médicale vient de suite alerter le médecin qui doit s'occuper du cas immédiatement. Il n'y a là aucun doute quant au caractère d'urgence de la situation.
- Un patient se présente au cabinet avec une plaie qui saigne, mais qui a déjà été pansée sur le lieu de travail. L'assistante médicale examine la plaie. Le médecin termine sa consultation en cours, puis vient s'enquérir de l'état du patient arrivé en urgence. Sur le plan tarifaire, cette situation n'est pas une urgence. Il est très vraisemblable que la grande majorité des

«urgences» que nous sommes appelés à voir durant la journée relève plutôt de ce type de situation. En règle générale, les contusions, les distorsions, les abrasions cutanées, dans le domaine des accidents, ou les otites, les lumbagos, les crises de migraine, etc., dans le domaine de la LAMal, ne remplissent pas les critères de l'urgence au sens tarifaire du terme.

Consultations

Près de 53% des dépenses proviennent de la facturation des positions 00.0010, 00.0020 et 00.0030 (consultation, première période de 5', période de 5' supplémentaire et dernière période de 5'). Par ailleurs, dans le domaine de la LAA, 1,1% (SSMG et SSMI) à 7,3% (SSP) des coûts se rapportent à la position 00.0410 (petit examen du spécialiste en médecine de premier recours). Chacun sait que les patients nous occupent aujourd'hui d'une manière générale plus longtemps que cela n'était le cas il y a encore quelques années. Ces chiffres laissent toutefois supposer que la position 00.0020 est utilisée trop fréquemment lorsque des prestations supplémentaires sont facturées durant la même consultation. N'oublions pas que lors de la facturation dans le cadre du Tarmed des positions 00.0410 et 00.0420 (petit examen et examen complet par le spécialiste de premier recours), toutes les prestations médicales attachées à ces positions doivent avoir été fournies et documentées. Cela devrait plutôt constituer une exception chez les patients vus en urgence pour un accident! Si tous les examens n'ont pas été effectués, le temps consenti ne peut être facturé que par les positions 00.0010 à 00.0030.

Exemples:

- Un patient se présente au cabinet avec une plaie contuse du cuir chevelu. Il requiert un traitement dans un délai pas trop long, mais certainement pas en urgence. Le médecin fait une anamnèse, examine le patient, fait une anesthésie locale, suture la plaie, fait un pansement, puis inscrit les notes indispensables dans son dossier. La consultation dure 35 minutes.

Seront facturés: position 00.1190, anesthésie locale, autres localisations (2 min)

+ position 04.1030, traitement de plaie, autres localisations (19 min) + position 00.0010, consultation, première période de 5 min + 1× position 00.0020, consultation, période supplémentaire de 5 min + position 00.0030, consultation, dernière période de 5 min.

- Une patiente habituellement suivie pour une affection cardiaque se plaint d'une toux d'apparition récente. Le médecin prend son anamnèse, procède à un petit examen du spécialiste de premier recours, fait une nouvelle prescription et complète son dossier médical. La consultation dure 20 minutes.

Seront facturées: position 00.0410, petit examen par le spécialiste de premier recours (15 min) + position 00.0010, consultation, première période de 5 min.

Pour sa facturation, le praticien doit donc prendre en considération la durée totale de la consultation. Il doit également disposer d'un catalogue des prestations mentionnant le minutage de chacune des prestations supplémentaires. Le calcul sera alors simple:

La durée de la consultation, moins le temps nécessaire aux prestations supplémentaires, correspond au temps facturable par les positions 00.0010 à 00.0030.

La Commission d'évaluation a demandé aux trois sociétés de médecine de premier recours d'avertir leurs membres de cette augmentation préoccupante du coût par cas dans leur spécialité respective.

Nous espérons que tous nos membres s'en tiendront scrupuleusement aux règles mentionnées ci-dessus et qu'ainsi le coût par cas diminuera à nouveau.

Si cet avertissement devait rester sans suite, la CE se verrait dans l'obligation d'abaisser la valeur du point pour l'ensemble du corps médical, ou de prendre des mesures plus ciblées, telles que la suppression des indemnités d'urgence de jour, une diminution de la valeur en points des examens cliniques, ou autre.

Nous en appelons à votre esprit de raison et à votre fairplay à toutes et à tous!