

# Erläuterungen zur Warnung der Assessment-Kommission an die Grundversorger

Jürg Pellaon

Viele Kollegen sind verunsichert worden durch die fast gleichzeitige Warnung der Assessment-Kommission an die Grundversorger wegen bedrohlichem Kostenanstieg einerseits und der Publikation der MTK in der Tagespresse, dass bis Ende 2003 die Kosten im UV/MV/IV-Bereich unter TARMED im erwarteten Bereich geblieben seien, andererseits.

Entsprechend gross ist die Zahl der Lesserbriefe und Briefe an die Autoren der erwähnten Warnung. Es wird argumentiert, dass es ein Ziel von TARMED sei, die Arbeit der Grundversorger (und Psychiater) zu Lasten der apparativen und instrumentellen Leistungen besser zu stellen. Es sei somit nicht angebracht, die Verwendung einzelner Leistungen zu kritisieren, solange die Gesamtkosten nicht aus dem Ruder laufen. Den Präsidenten der SGAM, SGIM und SGP sowie dem Schreibenden wird auch vorauselender Gehorsam vorgeworfen.

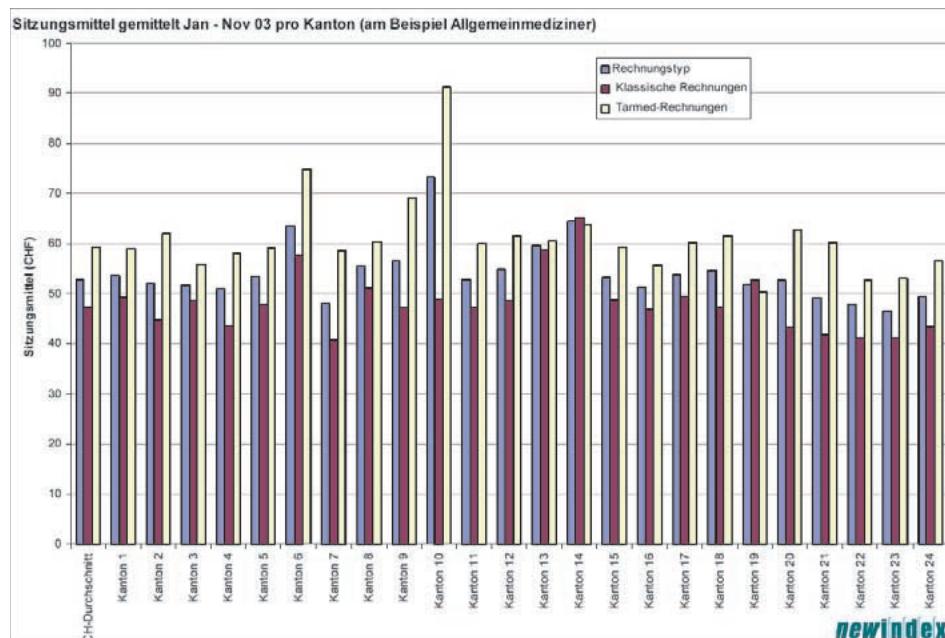
Um das Vorgehen der Assessment-Kommission zu verstehen, muss man das «Konzept Fallkosten-Stabilisierung TARMED vom 05.12.2001» (Anhang c zum Tarifvertrag TARMED im UV/MV/IV-Bereich) studieren. Gemäss diesem Konzept wacht im UV/MV/IV-Bereich die Assessment-Kommission (AK), bestehend aus je 3 Vertretern der FMH und der Versicherer, über die Fallkosten-Stabilität. Sie kontrolliert die durchschnittlichen Fallkosten pro Monat in den Arztpraxen einerseits, sowie im ambulanten Spitalbereich andererseits. Zudem werden die durchschnittlichen Fallkosten in jeder Fachgruppe (Spezialitäten) überwacht. Diese Überwachung dauert total 18 Monate lang, d.h. bis Oktober 2004. Weichen die Fallkosten insgesamt oder in einem Bereich mehr als 2 Standard-Abweichungen von den berechneten durchschnitt-

lichen Fallkosten ab, so muss die AK aktiv werden. Wenn die allgemeinen Fallkosten aller Ärzte in freier Praxis die Toleranzgrenze über- oder unterschreiten, ohne dass eine Verursachergruppe eruiert werden kann, so muss sie den Taxpunkt-wert anpassen. Wenn die Abweichung auf eine Gruppe von Leistungen oder Leistungserbringer zurückzuführen ist, so wird die Korrektur über ein Absenken bzw. Anheben der Taxpunktzahl der betroffenen Gruppe vorgenommen.

Die AK hat festgestellt, dass die Fallkosten bei den Grundversorgern (= Allgemeinmediziner, Allgemeininternisten und Pädiater) die Toleranzgrenze deutlich überschritten hat (bei den Allgemein-medizinern 12% im Oktober, 13,5% im November, 18% im Dezember 2003). Daher hat sie die Tarifverantwortlichen der drei Fachgruppen eingeladen, um gemeinsam die Ursachen des massiven Anstiegs der Fallkosten herauszufinden. Die Grundversorger haben die NewIndex be-

auftragt, die UV/MV/IV-Rechnungen der Ärztekasse statistisch auszuwerten. Diese Überprüfung ergab fast identische Abweichungen nach oben. Die NewIndex-Statistik zeigt, dass der Fallkosten-Anstieg in den Kantonen sehr unterschiedlich ist (siehe Abb. 1). Aus Datenschutzgründen ist die Grafik anonymisiert. Den kantonalen Ärztegesellschaften wurde aber mitgeteilt, welche Kolonne zu ihrem Kanton gehört.

Als Hauptursachen für den Kostenanstieg wurden die inkorrekte Tarifanwendung bei den Notfallzuschlägen tagsüber sowie die Doppelverrechnung der Zeit bei Erbringung von Extraleistungen eruiert. Diese Komponenten waren besonders bei den Kantonen ausgeprägt, die einen starken Kostenanstieg verzeichnen (siehe Abb. 2). So entfallen gesamtschweizerisch von den durch die Grundversorger verrechneten Kosten 50% auf die allgemeinen Grundleistungen (Pos. 00.0010 bis 00.0030), 5,5% auf die bildgebenden



**Abbildung 1.**

Sitzungsmittel gemittelt Jan.-Nov. 2003 pro Kanton (am Beispiel Allgemeinmediziner).

**Abbildung 2.**

Kantonale Unterschiede im Sitzungsmittel der Grundleistungen.

Verfahren (Röntgen), 5% auf die Notfallzuschläge tagsüber (Inkonvenienzpauschale A), 2,5% auf die übrigen Notfallzuschläge, 4% auf die formalisierten Berichte und 1,2% auf die kleine Untersuchung durch den Grundversorger. Die durchschnittlich verrechnete Konsultationsdauer beträgt deutlich über 15 Minuten, im Spitzenkanton rund 24 Minuten. Da der UV/MV/IV-Tarif eidgenössisch ist, können Tarifkorrekturen nur gesamhaft, nicht kantonal vorgenommen werden. Die AK traf eine vorerst milde Massnahme, indem sie die drei Fachgesellschaften verpflichtete, die Warnung breit zu publizieren und ihre Mitglieder durch Aufklärung und Schulung dazu zu bringen,

den TARMED korrekt anzuwenden. Sollte diese Massnahme innerhalb von 3 Monaten, also bis Ende März, nicht zu einem Absinken der Fallkosten führen, so wird die AK Korrekturen bei den Grundversorger-Positionen vornehmen.

Ein grosses Problem bleibt ungelöst: Die gewollte Besserstellung der Grundversorger steht der vom Bundesrat verordneten Kostenneutralität diametral gegenüber. So wird diese Besserstellung vorerst auf die vertraglich festgesetzten Toleranzgrenzen pro Fachgesellschaft beschränkt. Kommt noch dazu, dass diese Toleranzgrenzen ( $\pm 2$  Standardabweichungen vom Fallkostenmittel) umso enger sind, je grösser und homogener eine Fach-

gruppe ist (alle Fachrichtungen:  $\pm 9,7\%$ , SGAM:  $\pm 4,6\%$ , SGIM:  $\pm 9,3\%$ , SGP:  $\pm 14,9\%$ ). Man sollte bei den Erwartungen aber auch den Sinn für das Mögliche nicht verlieren. Die Grundversorger verrechnen knapp 50% der Kosten für die Leistungen in den Arztpraxen. Würde man den ganzen Verdienst (AL) der chirurgisch/interventionell tätigen Ärzte den Grundversorgern zuteilen, so würden diese etwa 3% mehr verdienen.

Auf der anderen Seite hat die MTK festgestellt, dass die Gesamtkosten der Leistungen in freier Praxis im UV/MV/IV-Bereich trotz einem Taxpunktewert von Fr. 1.00 bis Ende 2003 insgesamt nicht über die Toleranzgrenze angestiegen sind. Diese Feststellung ist darum enorm wichtig, weil der Preisüberwacher und Frau Alt-Bundesrätin Dreifuss den Taxpunktewert im UV/MV/IV-Bereich auf Fr. 0.80 festlegen wollten. Zudem war es ein Wink für die Krankenkassen, dass durch TARMED mit den ähnlich berechneten Start-Taxpunktewerten auch im KVG-Bereich keine Kostenexplosion zu befürchten ist.

#### Fazit:

1. Die beiden Pressemitteilungen widersprechen sich nicht.
2. Mit TARMED können – zumindest in der Anlaufphase – nicht alle bisherigen Tarif-Ungerechtigkeiten befriedigend korrigiert werden.
3. Wenn wir den TARIF korrekt und massvoll anwenden, so können wir einen hohen Taxpunktewert halten.
4. Es nützt nichts, die Überbringer einer unangenehmen Botschaft zu geisseln.

# Précisions au sujet de l'avertissement de la Commission d'Evaluation aux spécialistes de premier recours

Jürg Pellanot

De nombreux collègues ont été passablement décontenancés à la suite de la publication presque simultanée de l'avertissement adressé par la Commission d'Evaluation en raison de l'augmentation excessive des coûts, d'une part, et d'autre part des propos de la CPT (Commission paritaire tarifaire) parus dans la presse quotidienne et selon lesquels les dépenses sous le régime TARMED dans le domaine de la LAA/AM/AI seraient restés en 2003 en deçà des niveaux attendus. Voilà qui explique bien l'avalanche de lettres et de réactions de lecteurs qui est parvenue aux auteurs. Certains rappelaient par exemple que l'un des objectifs du TARMED était de revaloriser le travail intellectuel des prestataires de premier recours (et des psychiatres) au détriment des prestations techniques. Ils ont en particulier argué du fait que la remise en question de certaines prestations prises isolément n'est pas fondée tant que les dépenses globales ne sortent pas de leurs rails. Dans le même temps, d'autres ont reproché aux présidents des trois sociétés de médecine de premier recours, la SSMG, la SSMI et la SSP, de même qu'au soussigné, un certain manque de combativité et une obéissance quasi-aveugle aux injonctions de la CE.

Pour mieux comprendre la démarche de la Commission d'Evaluation, il faut cependant se reporter au «Concept de la stabilisation du coût par cas TARMED du 05.12.2001» (Annexe c au contrat tarifaire TARMED dans le domaine de la LAA/AM/AI). Ce concept prévoit que la Commission d'Evaluation (CE), composée de 3 délégués de la FMH et de 3 représentants des assureurs, surveille la stabilité des coûts dans le domaine de la

LAA/AM/AI. Elle contrôle le coût par cas moyen mois après mois dans les cabinets médicaux et les services ambulatoires des hôpitaux. Le coût par cas moyen est, de plus, contrôlé à l'intérieur de chacun des groupements de spécialistes (spécialités). Cette surveillance se poursuivra sur une période de 18 mois au total, c'est-à-dire jusqu'en octobre 2004. Si le coût par cas devait s'écarte globalement ou dans l'un des secteurs concernés de plus 2 déviations standard du coût par cas moyen prévu, la CE doit entrer en action. Si le coût par cas de l'ensemble des médecins en pratique privée sort des limites de tolérance, dans un sens ou dans l'autre, sans qu'il soit possible de déceler un groupe plus particulièrement responsable parmi eux, elle a l'obligation d'intervenir en adaptant la valeur du point. Si le dérapage concerne un certain groupe de prestations ou de prestataires, la correction

porterai sur une diminution ou un relèvement du nombre de points tarifaires attribué au groupe correspondant.

Dans le cas présent, la CE a constaté que le coût par cas des médecins de premier recours (= médecins généralistes, internistes et pédiatriques) a nettement dépassé la limite de tolérance (chez les généralistes de 12% en octobre, de 13,5% en novembre et de 18% en décembre 2003). C'est la raison pour laquelle elle a demandé aux responsables de ces trois groupements professionnels de rechercher les causes de cette augmentation massive. Nos groupements ont immédiatement demandé à NewIndex de faire une analyse statistique des factures accident adressées à la Caisse des Médecins. Cette évaluation a mis en évidence une dérive pratiquement identique. Les analyses statistiques de NewIndex montrent en particulier que l'augmentation du coût par cas varie beaucoup

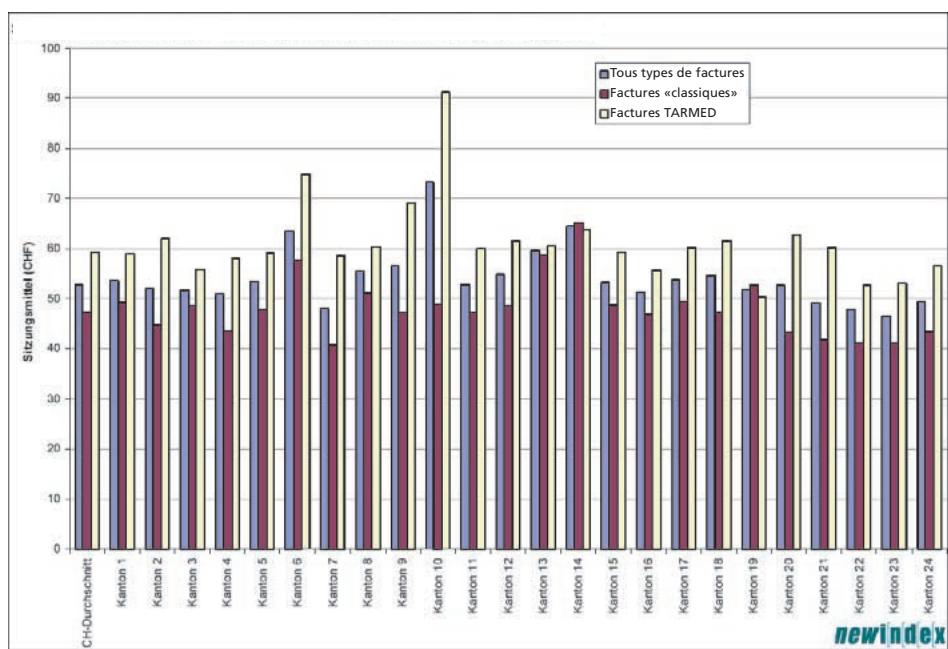
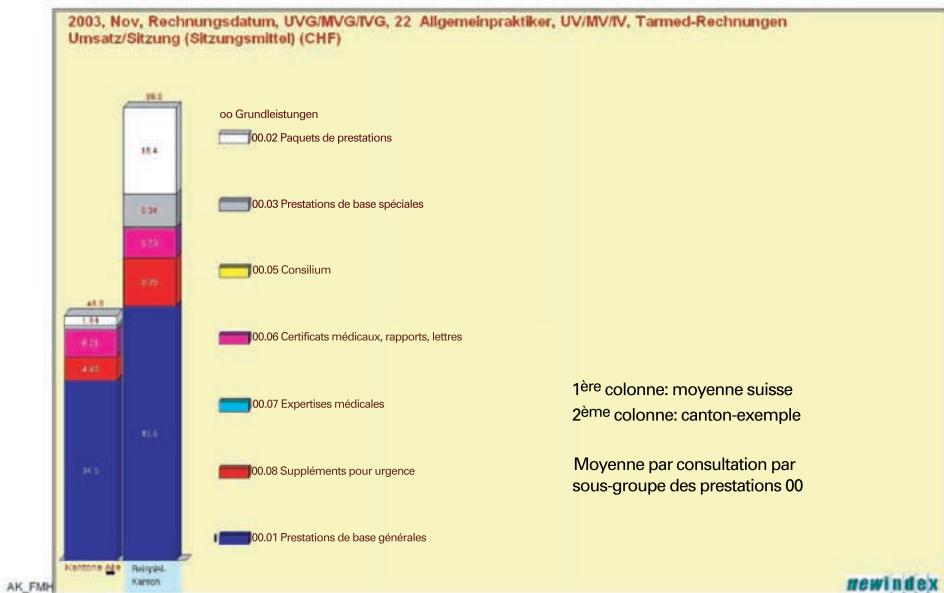


Figure 1

Moyenne par consultation janvier-novembre 2003 (exemple: généralistes).

**Figure 2**

Différences cantonales dans les coûts moyens par consultation pour les prestations de base.

d'un canton à l'autre (cf. figure 1). Pour des raisons de protection des données, les données des graphiques sont anonymes, mais toutes les Sociétés médicales cantonales ont été informées et savent quelle est la colonne qui les représente.

Les principales causes de cette augmentation des coûts ont pu être identifiées: il s'agit d'une part d'une utilisation incorrecte du tarif dans le domaine des suppléments d'urgence de jour et, d'autre part, d'une mauvaise interprétation du tarif conduisant à une facturation double du temps imparié en cas d'utilisation de prestations supplémentaires. Ces composantes sont particulièrement marquées dans les cantons à forte augmentation des coûts (cf. figure 2). Sur l'ensemble de la Suisse, les prestations de base (pos. 00.0010 à 00.0030) comptent ainsi pour 50% des positions facturées par les médecins de premier recours, contre 5,5% pour l'imagerie (radiologie), 5% pour les urgences de jour (forfait urgence – dérangement A), 2,5% pour les autres urgences, 4% pour les rapports sur formulaires et 1,2% pour le petit examen par le spécialiste de premier recours. La durée moyenne de la consultation facturée est nettement supérieure à 15 minutes. Dans le canton de pointe, elle se situe à 24 minutes. Comme le tarif LAA/AM/AI est fé-

déral, les corrections tarifaires ne peuvent être effectuées que globalement et non au niveau cantonal.

La CE a décidé de prendre d'abord une mesure légère, en demandant à nos trois groupements de donner un écho aussi large que possible à leur avertissement et d'inciter leurs membres à appliquer le TARMED de manière correcte en améliorant l'information et en apprenant aux gens la bonne façon d'utiliser le tarif. Si ces mesures ne devaient pas porter de fruits dans les 3 mois, c'est-à-dire si le coût par cas ne redescend pas jusqu'à fin mars, la CE procèdera à des corrections au niveau de certaines des positions attribuées aux prestataires de premier recours.

Un problème de taille subsiste toutefois: l'un des principaux objectifs à l'origine du TARMED, qui était d'améliorer la situation des médecins de premier recours, est en totale contradiction avec le principe de neutralité des coûts imposé par le Conseil fédéral. Cela signifie que les limites de tolérance contractuelles fixées pour chaque spécialité en vertu de ce principe font pour l'instant passer cette volonté d'amélioration au second plan. S'ajoute encore le fait que les limites de tolérance ( $\pm 2$  déviations standard du coût par cas moyen) sont d'autant plus

étroites que le groupement de spécialistes est grand et homogène (toutes spécialités confondues:  $\pm 9,7\%$ , SSMG:  $\pm 4,6\%$ , SSMI:  $\pm 9,3\%$ , SSP:  $\pm 14,9\%$ ). Cela dit, ne perdons pas le sens des réalités et ne nous faisons pas trop d'illusions. Les médecins de premier recours fournissent près de 50% des prestations facturées dans les cabinets médicaux, et si l'on distribuait la totalité des revenus (AL) des médecins chirurgiens / interventionnistes aux médecins de premier recours, l'augmentation des revenus de ces derniers dépasserait à peine les 3%!

Un point très important qu'il convient cependant de relever est le suivant: la CE a constaté que, malgré le passage du point à Frs. 1.–, le coût global des prestations fournies en pratique libérale dans le domaine de la LAA/AM/AI n'a pas dépassé les limites de tolérance en 2003. Cette observation revêt évidemment un intérêt considérable, puisque le surveillant des prix et l'ex-conseillère fédérale R. Dreifuss voulaient initialement fixer la valeur du point à Frs. 0.80. Cela constitue de plus un signe très clair à l'intention des caisses maladie: l'introduction du TARMED n'entraînera pas d'explosion des coûts dans le domaine de la LAMal, puisque les valeurs initiales du point tarifaire ont été calculées sur les mêmes bases.

En résumé:

1. Les deux communiqués de presse des Sociétés de médecine de premier recours et de la Commission Paritaire Tarifaire ne sont pas contradictoires.
2. Le TARMED ne gommera pas toutes les injustices tarifaires existantes, du moins dans sa phase d'introduction.
3. En appliquant le TARMED correctement et avec mesure, nous pourrons maintenir un niveau élevé du point tarifaire.
4. Il ne sert à rien de s'en prendre au messager de la mauvaise nouvelle.