

Die am häufigsten gestellten Fragen zu TarMed

Wird TarMed für die Invalidenversicherung (IV) ab dem 1.7.2000 in Kraft sein, und wie steht es mit der elektronischen Abrechnung (Modalitäten, Fristen)?

V. F. in L.

Einführung der Tarife UV/MV/IV ist nun definitiv für den 1.1.2001 vorgesehen, positive Entscheide der Ärztekammer vorbehalten.

Als Allgemeinpraktiker mit einem FMH-Titel seit 1985 bin ich seit bald 15 Jahren pädiatrisch tätig. Können im neuen Tarif die Vorsorgeuntersuchungen im 1., 2., 4., 6. usw. Monat gemäss Empfehlungen der SGP aus dem Jahr 1993 nur noch durch Pädiater abgerechnet werden? Werde ich auf die Ausübung der Pädiatrie verzichten müssen, oder wird meine Erfahrung berücksichtigt? Was muss ich im einen wie im andern Fall vor der Inkraftsetzung des neuen Tarifs unternehmen?

J.-P. M. in C.

Gemäss Dignitätskonzept, Rubrik Bestandesgarantie, dürfen Sie mit Ihren Voraussetzungen diese Leistungen auch in Zukunft abrechnen.

Ich bin Fachärztin FMH für Allgemeinmedizin (alte Ordnung, 1996) und arbeitete seit dem Titelerwerb zeitweilig in verschiedenen Polikliniken (aktuell 40% in Geburtshilfe). Meine gynäkologisch/geburtshilfliche Ausbildung basiert einerseits auf stationäre Erfahrung als Dienstärztin auch für Gynäkologie/Geburtshilfe. Während der Ausbildungszeit in Bezirks-spitälern als med./chirurg. Assistenzärztin (insgesamt 3 Jahre) sowie ambulant als Praxisassistentin bei Allgemeinpraktiker, bei Gynäkologin ohne FMH und nun in Poliklinik (insgesamt weniger als ein Jahr). Meine Fragen:

- Was an gyn./geb. Leistungen darf verrechnet werden bei Praxiseröffnung im Jahr 2000?*
- Was bei Praxiseröffnung nach 2000?*
- Was müsste allenfalls noch an Ausbildung nachgeholt werden?*

B. H. in Z.

ad 1: Alles, was bis jetzt verrechnet wurde, regelmässige Durchführung und keine qualitative Beanstandung vorausgesetzt.

ad 2: Gemäss qualitativer Dignität in Tarifstruktur, ausgewiesen durch Facharzttitel und Fähigkeitsausweise.

ad 3: Massgeblich sind die Anforderungen der Weiterbildungsordnung.



Welche Rolle haben die Fachgesellschaften bei der Einführung der neuen Tarifstruktur TarMed zu spielen?

R. S. in C.

Einführung bezieht sich im wesentlichen auf die Verankerung der TarMed-Tarifstruktur in den kantonalen Tarifverträgen, die alle aktuell gekündigt sind. Für den KVG-Bereich kann gemäss Gesetz nur eine Tarifstruktur – wahrscheinlich eben TarMed – Gültigkeit haben, die mit Tarifverträgen, die hauptsächlich das Problem der Kostenneutralität regeln und den Taxpunktwert festsetzen, zum eigentlichen Tarif gemacht werden. Hauptverantwortliche für diese Verhandlungen sind, von der FMH unterstützt, die kantonalen Ärztegesellschaften; den Fachgesellschaften kommt in diesem Prozess keine Bedeutung zu. Die Fachgesellschaften waren für die Erarbeitung der Tarifstruktur massgeblich und werden dies für deren Fortentwicklung und Unterhalt bleiben.

Unter den generellen Interpretationen, Absatz 2) «Voraussetzung I», werden Leistungen mit bestimmter Zielsetzung als nur einmal abzurechnen definiert. Das macht Sinn, wenn es sich um eine Massnahme – z.B. Reposition oder Punktion usw. – während einer einzelnen Sitzung handelt.

Was geschieht jedoch, wenn die Luxation oder Fraktur sekundär relaxiert bzw. abrutscht und deshalb Re-Reponiert oder ein erneut nachgefüllter Ascites neuerdings punktiert werden muss? Ein weiteres Beispiel wären regelmässige Aderlässe bei Hämochromatose, welche bei wörtlicher Interpretation dieser allzu offenen Formulierung ebenfalls nur einmal verrechnet werden dürften. Ich möchte vorschlagen, diese Passage genauer zu formulieren, etwa «... im Laufe einer Sitzung nur einmal abgerechnet werden; ...» Vielen Dank für Ihre Sisypusarbeit.

S. I. in K.

Grundsätzlich kennt TarMed folgende Zeiträume für Beschränkungen:

1. Pro Zeitdauer in Monaten, meist nun auf 3 Monate = 1 Behandlungsdauer bezogen; dies scheint hier nicht zur Diskussion zu stehen.
2. Die erwähnten Beschränkungen 1x pro Sitzung, wobei eine Sitzung, etwas verkürzt vom Betreten der Praxis bis zu deren Verlassen dauert (selbstverständlich durch den Patienten). Dies macht sicher Sinn: es wäre ja wirklich etwas anrühlich, wollte man jeden Repositionsversuch, der scheitert, gleich noch honorieren. Selbstverständlich beziehen sich solche Limitierungen nicht auf eine Wiederholung der Interventionen im Rahmen einer späteren Sitzung, was nicht nur anrühlich sondern schlicht einfach stupid wäre ...

1. Wenn wir im Sommer mit TarMed im SUVA/EMV/IV-Bereich mit dem neuen Tarif abrechnen sollen, müssen wir, resp. unsere Softwarelieferanten die notwendigen Programme herstellen können. Wird dies möglich sein?
2. Was bedeutet genau: elektronische Abrechnung? Heisst das Abrechnung mit dem (eigenen) Computer, oder muss man sich da einem externen Büro anschliessen?

R. S. in B.

ad 1: Die technischen Voraussetzungen sind seit Mitte 99 grundsätzlich gegeben und werden ab 30.4.2000 auch voll operationell umsetzbar sein. Das Problem liegt nicht auf der technischen Ebene: Die Softwarehäuser werden erst dann investieren, wenn sie davon ausgehen können, dass die TarMed-Tarife kommen werden. Dies liegt nicht mehr so sehr in der Hand der FMH als in der der politischen Instanzen, denen man nur die besten Wünsche mit auf den Weg geben kann, dass sie sich endlich mit den realen Problemen auseinandersetzen und ihre Hausaufgaben machen. Seit dem 2.2.2000 gehört die einfache Tour, von der eigenen Inkompetenz durch regelmässige Fusstritte in die FMH-Türe abzulenken, endgültig der Vergangenheit an.

ad 2: Rechnung kommt auf elektronischem Datenträger zum Versicherer.

Bei der Durchsicht der Interpretation zur Tarifposition 00.0030 (Grundleistungen) bin ich auf folgenden Passus gestossen: «... eingeschlossen sind ... Medikamentenabgabe (in Notfallsituation u/o als Starterabgabe) ...»

Mit dieser Formulierung scheint mir die reguläre Selbstdispensation in Frage gestellt (was hoffentlich nicht einer Absicht entspricht!). Die Medikamentenabgabe sollte nicht nur auf Notfallsituationen und «Starterabgaben» beschränkt sein.

Ich stelle deshalb den Antrag auf Streichung des in Klammern notierten Passus.

A. S. in M.

Medikamente werden auch in Nicht-DMA-Kantonen abgegeben, eben z.B. im Notfalldienst. Dies soll, was den ärztlichen Teil betrifft, durch Grundleistungen abgegolten werden.

Die DMA, in welchem Modell auch immer (z.B. MUMA), wird dadurch überhaupt nicht in Frage gestellt. Nebenbei: Die vorgesehene tarifarische Abgeltung von MUMA sieht eine Abgeltung des Arztes für seine Aktivitäten im Rahmen der Medikamentenabgabe nach dem Ansatz Grundleistungen vor.

Questions les plus fréquentes sur le TarMed

Le TarMed pour l'AI sera-t-il en vigueur dès le 1^{er} juillet 2000, et quid de la facturation électronique (modalités, délais de réalisation?)

V. F. à L.

L'introduction des tarifs AA/AM/AI est prévue définitivement pour le 1^{er} janvier 2001, à la condition de passer le cap de la Chambre médicale.

En tant que généraliste avec un titre FMH depuis 1985, je pratique la pédiatrie depuis bientôt 15 ans. Dans le nouveau tarif, les contrôles à 1, 2, 4, 6, etc. mois, selon les recommandations de 1993, ne pourront être facturés que par des pédiatres?

Dois-je renoncer à la pratique de la pédiatrie ou va-t-on reconnaître mon expérience et m'honorer de la même chose?

Dans les deux cas, que dois-je prévoir avant l'introduction du nouveau tarif?

J.-P. M. à C.

Selon le principe de la valeur intrinsèque et des droits acquis, vous pourrez continuer à facturer ces prestations à l'avenir.

Je suis femme médecin, spécialiste FMH en médecine générale (selon l'ancienne réglementation, 1996) et depuis l'obtention de mon titre, j'exerce à temps partiel dans plusieurs policliniques (actuellement à 40% en obstétrique). Ma formation en gynécologie et obstétrique se fonde, en premier lieu, sur une expérience hospitalière en tant que médecin de garde en gynécologie et obstétrique. Par ailleurs, au cours de ma formation de district en tant que médecin assistante en médecine et en chirurgie (3 ans en tout), ainsi que dans le domaine ambulatoire en tant qu'assistante chez un médecin généraliste, chez une gynécologue sans titre FMH et dans une policlinique (moins d'un an en tout). Mes questions sont les suivantes:

- a) Que peut facturer un médecin dans mon cas, dans le domaine des prestations en gynécologie/obstétrique, s'il ouvre un cabinet en 2000?*
- b) Lors d'une ouverture de cabinet après 2000?*
- c) Quelle éventuelle formation supplémentaire devrait-il accomplir?*

B. H. à Z.

ad 1: Tout ce qu'il a facturé jusqu'ici, à la condition d'avoir régulièrement pratiqué et sans contestation les prestations en question.

ad 2: Les prestations selon la valeur intrinsèque qualitative dans la structure tarifaire, attestée par son titre de spécialiste et ses attestations de formation complémentaires.

ad 3: Les exigences de la Réglementation pour la formation postgraduée sont déterminantes.

Quel rôle les sociétés de discipline médicale jouent-elles dans l'introduction de la nouvelle structure TarMed?

R. S. à C.

L'introduction se fonde sur l'essentiel sur l'ancrage de la structure TarMed dans les conventions tarifaires cantonales, aujourd'hui toutes résiliées. Pour le domaine de la LAMal, une seule structure tarifaire (probablement le TarMed) pourra, selon la loi, être reprise, avec les conventions tarifaires qui règlent principalement le problème de la neutralité des coûts et fixent la valeur du point, pour former le tarif proprement dit. Les principaux protagonistes de ces négociations sont les sociétés cantonales de médecine, avec le soutien de la FMH. Les sociétés de discipline médicale n'ont pas voix au chapitre dans ce processus-là. Elles ont, en revanche, largement participé à l'élaboration de la structure tarifaire et le feront encore pour le développement et le maintien de celle-ci.

Aux interprétations générales, 2^e alinéa, «Condition I», les prestations fournies pour atteindre un objectif particulier ne peuvent être facturées qu'une seule fois, ce qui est pertinent, si la mesure (p. ex. une réduction ou une ponction) est prise au cours d'une seule séance. Mais que se passe-t-il si une luxation se répète ou si une fracture se déplace et qu'il faut procéder à une deuxième reposition ou, dans un autre cas, à une nouvelle ponction d'une poche d'ascite qui s'est à nouveau remplie? Un autre exemple serait les saignées régulières en cas d'hémochromatose qui, si l'on s'en tient à une interprétation littérale de cette vague formulation, ne pourraient, elles aussi, n'être comptées qu'une fois. Je suggère de clarifier ce passage, p. ex. «... ne peuvent être facturées qu'une seule fois au cours d'une séance ...» Grand merci pour votre travail de Sisyphe.

S.I. à K.

En principe, le TarMed connaît les limites temporelles suivantes:

1. La durée en mois, le plus souvent 3 mois, ce qui équivaut à la durée d'un traitement; mais la question ne porte pas sur ce point ici.
2. Les limites évoquées d'une fois par séance, une séance allant, pour résumer, de l'entrée du patient au cabinet à son départ. C'est logique: il serait de mauvais goût de vouloir facturer chaque tentative de réduction ayant échoué au cours d'une même séance. En revanche, il va de soi que ces limites ne concernent pas la répétition d'une intervention au cours d'une séance ultérieure; cela n'aurait en effet aucun sens.

1. Si l'on doit facturer cet été déjà selon le nouveau tarif dans le domaine de la CNA/AMF/AI, nous devons, ou plus précisément notre livreur de logiciel devra fabriquer les programmes informatiques nécessaires. Est-ce envisageable?
2. Que signifie exactement «facturation par voie électronique»? Pourra-t-on établir ses factures sur son propre ordinateur ou devra-t-on se connecter à un bureau extérieur?

R. S. à B.

- ad 1: Les conditions techniques sont arrêtées dans leurs principes depuis la mi-1999 et elles seront pleinement opérationnelles le 30 avril 2000. Le problème n'est pas d'ordre technique. Les entreprises de logiciels n'investiront que lorsqu'elles pourront tabler sur la sortie des tarifs TarMed. Ce sera moins du ressort de la FMH que des instances politiques à qui l'on souhaite le meilleur pour s'attaquer enfin aux vrais problèmes et s'atteler à la tâche. Depuis le 2 février 2000, les expédients dont elles ont usé pour s'en soustraire, allant de l'exercice de leur propre incompétence aux assauts répétés contre la FMH appartiennent définitivement au passé.
- ad 2: La facture est adressée à l'assureur sur support électronique.

En consultant l'interprétation médicale de la position 00.0030 (prestations de base), mon attention s'est portée sur le passage suivant: «sont comprises ... la remise de médicaments (situation d'urgence et/ou dispensation initiale)...»

Cette formulation me semble remettre en question la pharmacie régulière (ce qui ne répond pas, je l'espère, à une volonté délibérée!) La distribution de médicaments ne saurait se limiter aux situations d'urgence et à une «dispensation initiale».

Je demande que l'on supprime le passage entre parenthèses.

A. S. à M.

Les médicaments sont également délivrés dans les cantons qui ne pratiquent pas la pharmacie, notamment dans les unités de soins d'urgence, précisément. Cette prestation, pour ce qui concerne la partie médicale, doit être indemnisée par les prestations de base. La pharmacie, quelle qu'en soit la forme (p. ex. la distribution de médicaments indépendante de la marge) n'est aucunement remise en cause par cela. D'ailleurs, l'indemnisation tarifaire prévue dans ce cadre-là fixe une rémunération du médecin pour ses activités dans le cadre de la distribution des médicaments selon le principe des prestations de base.

Cours de formation à la pratique de l'expertise médicale dans le domaine de l'assurance accidents

Montreux, 25 et 26 mai 2000

Face à la demande croissante du nombre d'expertise médicales et de la complexité des situations rencontrées pour l'évaluation du dommage corporel et de ses conséquences suite à un accident, la FMH s'est engagée à soutenir l'organisation d'un cours de formation pour les médecins chargés d'établir des expertises médicales dans le domaine de l'assurance accidents. Ce cours, également placé sous le patronage de l'Union des sociétés chirurgicales suisses et de la Société suisse de traumatologie et de médecine des assurances, est réalisé en collaboration avec les services médicaux de la SUVA et de l'Association suisse d'assurances (ASA).

D'une durée de 2 jours, ce cours a pour but de permettre d'approfondir les divers aspects médicaux et juridiques de l'expertise médicale, grâce aux concours de divers spécialistes médecins, juristes et juges expérimentés dans le domaine des lésions traumatiques et de la LAA. A cet effet, l'enseignement sera dispensé sous forme d'exposés, de séminaires, d'ateliers interactifs ainsi que d'une table ronde finale. De plus, un support de cours sera remis à chaque participant.

Ce cours qui s'adresse aux médecins détenteurs d'un FMH dans les diverses disciplines médicales sera crédité comme formation continue (16 heures) par les diverses sociétés concernées et chaque participant recevra un certificat de cours. Pour des raisons didactiques et organisationnelles, le nombre de participants sera limité à 50 personnes.

Informations et inscription:

Mme M. Devaud

Secrétariat Centre de Médecine des Assurances

Policlinique médicale universitaire

19, rue César-Roux, 1005 Lausanne

tél. 021 345 23 04, fax 021 345 23 18

e-mail monique.devaud@hospvd.ch ou

roger.darioli@hospvd.ch