

Die am häufigsten gestellten Fragen zu TarMed

1. Unter den Grundleistungen gibt es verschiedene, die durch den Spezialarzt abgerechnet werden dürfen (00.0170, 00.180, 00.190), sich aber auch unter den psychiatrischen/psychotherapeutischen Leistungen finden; sie werden bei den Grundleistungen aber besser entschädigt. Welche Positionen darf/kann ich als Psychiater anwenden, diejenigen für die Psychiatrie oder diejenigen für die Grundleistungen?
2. Die Leistungen 00.1730 bis 00.1810 scheinen bizarr oder unkorrekt bezüglich Stunden und Tage. Hat es hier einen Fehler, oder habe ich es nicht verstanden?
3. Auf was bezieht sich – bei denselben Positionen – der Prozentsatz für Notfälle? Wann sollen sie angewendet werden?
4. Was versteht man unter nichtärztlichen Leistungen in der Psychiatrie (02.0150 bis 02.0170)?

C. R. in L.

Das gesamte Kapitel Psychiatrie wurde für die TarMed Alpha 3 Version überarbeitet. Die Bewertungen und auch die Nomenklatur haben wesentliche Änderungen erfahren. Die Version Alpha 3 wird ca. im Juli vorliegen.

Ich werde im September 2000 eine Grundversorgerpraxis übernehmen. Wird für mich die Besitzstandswahrung im Januar 2001 resp. zum Zeitpunkt der neuen Verordnungen auch noch bestehen?

A. M. in O.

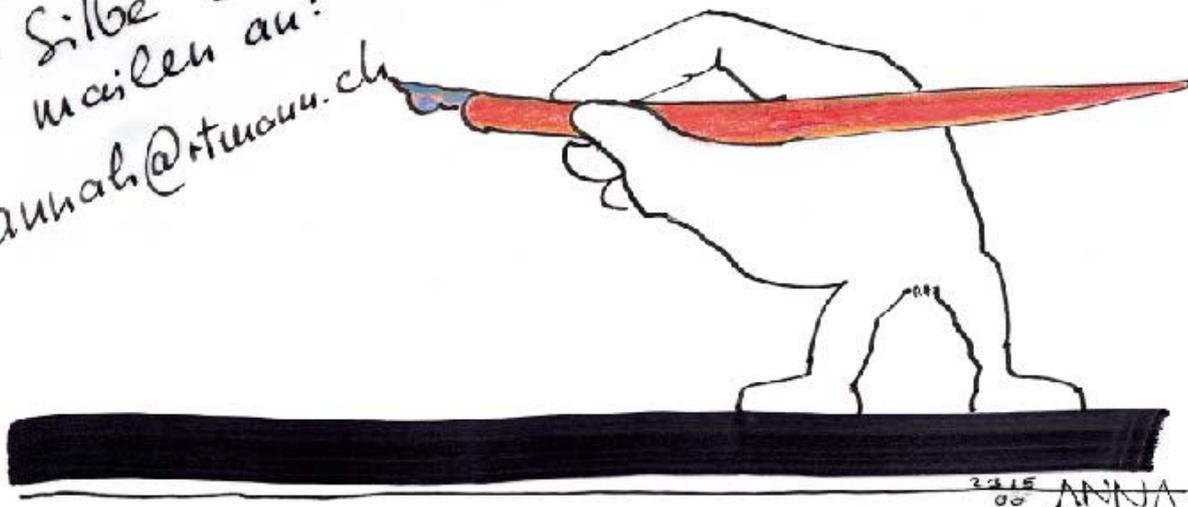
Die Frage ist aktuell noch offen; die Verhandlungen mit den Versicherern sind noch nicht abgeschlossen.

1. Bedeutet elektronische Abrechnung, dass alle Ärztinnen und Ärzte das gleiche Abrechnungsprogramm benützen müssen?
2. Anfänglich war davon die Rede, dass durch die neue Tarifierung die intellektuellen Leistungen besser entschädigt würden. Später hörte man, dass damit der Wert der technisch-operativen Leistungen erhöht werden könne. Wenn die neue Tarifierung als Ziel eine Kostenneutralität hat, wird dann dafür die Entschädigung der intellektuellen Leistungen sinken?

R. G. in V

Vorgegeben sind nur die elektronischen Standards und allenfalls Vorgaben hinsichtlich der Gestaltung des Rechnungsformulars.

Einladung zum
Mitspielen:
bitte Wörter mit
der Silbe **TAR**
mailen an:
annah@stunau.ch



Zu Punkt 2 ist eine Antwort nicht möglich, weil es nie und nimmer die Absicht von TarMed/GRAT war, apparativ-technische Leistungen aufzuwerten, ganz im Gegenteil. Die zum Teil geharnischten Reaktionen der betroffenen Gruppierungen sollten dies eigentlich mit hinlänglicher Deutlichkeit gezeigt haben.

1. Können nichtärztliche Leistungen in der Psychiatrie nur in (sozialpsychiatrischen) «Institutionen» oder auch in ambulanten (sozialpsychiatrischen) Praxen verrechnet werden, falls ja, warum?
2. Weshalb werden Leistungen im Rahmen der delegierten Psychotherapie (12,46 TP / 5 Min.) schlechter entschädigt als nichtärztliche Leistungen in der Psychiatrie (12,87 TP / 5 Min.)?

R. M. in G.

ad 1: Nur in entsprechenden Institutionen. Dies ist ein Verhandlungsergebnis.

ad 2: Hier liegen andere Infrastrukturkosten vor. Während die delegierte Psychotherapie mit der Sparte «Delegierte Psychotherapie» abgegolten wird, wurde bei den anderen Positionen die Sparte «Nicht ärztliche Leistungen der Psychiatrie» für die Bewertung berücksichtigt.

Ich bin Grundversorger und mit 63 Jahren im älteren Segment. Ist es möglich, unter dem Begriff «Besitzstandswahrung» den TarMed zu ignorieren und die restlichen Jahre tarifmässig so abzurechnen, wie ich es immer getan habe?

P. G. in W.

Ja, aber die Voraussetzung ist, dass die Angabe des Leistungsspektrums gemäss Dignitätskonzept erfolgt.

1. Blutentnahme durch medizinische Praxisassistentin am Krankenbett?
2. Blutentnahme durch medizinische Praxisassistentin in der Praxis ohne Arztkontakt?
3. Konsultation an einem Sonntag im Rahmen des regionalen Notfalldienstes, aus Konvenienzgründen für Patient und/oder Arzt jedoch nicht sofort, sondern 1–2 Stunden nach telefonischer Vereinbarung? Ist das trotzdem ein Notfall, oder müsste diese Konsultation ohne irgendwelchen Zuschlag abgerechnet werden?

U. K. in D.

ad 1 und 2: Die Blutentnahme ist im Rahmen der Grundleistung abgegolten; gilt als Bestandteil einer Allgemeinen Grundleistung. Diese Leistung wird in der Rechnung nicht ausgewiesen. Die Verrechnung erfolgt im Rahmen einer Konsultation (00.0010, 00.0020, 00.0030) oder eines Besuches (00.0050, 00.0060, 00.0070).

ad 3: Nein, hier handelt es sich nicht um einen Notfall. Diese Konsultation müsste «normal» ohne irgendwelchen Zuschlag verrechnet werden, da die Behandlung nicht unverzüglich beginnt, sondern erst nach 1 bis 2 Stunden.

Wie sollen wir uns verhalten (respektive abrechnen) angesichts von verpassten Konsultationen (KK-Bereich, UVG-Bereich)? Wie sollen wir uns verhalten, wenn eine länger dauernde Untersuchung oder eine Untersuchung/Behandlung mit technischen Leistungen vorgesehen war, aber der Patient nicht erschienen ist?

B. W. in T.

Diese Situation ist im Tarif nicht berücksichtigt. Die Rechnungsstellung erfolgt ja an den Patienten, und bis anhin wurden verpasste Konsultationen auch nicht von den Versicherern übernommen, sondern gingen zu Lasten des Patienten.

Questions les plus fréquentes sur le TarMed

1. Parmi les prestations de base, il en existe différentes qui peuvent être facturées par le spécialiste (00.0170, 00.180, 00.190) qui semblent faire double emploi avec les mêmes prestations fournies par un psychiatre/psychothérapeute FMH, mais qui sont mieux payées. Quelles positions doit/peut employer le psychiatre que je suis? Celles pour la psychiatrie ou les prestations de base?

2. Les prestations 00.1730 à 00.1810 paraissent bizarres ou incorrectes quant au découpage des heures et des jours. Y a-t-il erreur ou ai-je mal compris ?
3. A quoi correspondent, dans ces mêmes positions, le «pourcentage pour urgences»? Quand les employer?
4. Qu'entend-on par «prestations non médicales en psychiatrie» 02.0150 à 02.0170?

C. R. à L.

L'ensemble du chapitre concernant la psychiatrie a été remanié pour la version TarMed alpha 3. Les tarifications et la nomenclature ont subi de profondes modifications. La version alpha 3 sera disponible probablement au mois de juillet.

J'ai l'intention de reprendre un cabinet de médecine de premier recours en septembre 2000. Le principe des droits acquis sera-t-il encore en cours en janvier 2001 ou au moment des nouvelles ordonnances?

A.M. à O.

La question est actuellement ouverte; les négociations avec les assureurs ne sont pas terminées.

1. *Si l'on parle de mode de facturation électronique, cela veut-il dire que tous les médecins devront utiliser le même programme de facturation?*
2. *Il fut initialement question de mieux rémunérer, dans la nouvelle tarification, les prestations intellectuelles. Plus tard, on a appris que les prestations techniques et opératoires seraient revalorisées. Si la nouvelle tarification a pour but une neutralité des coûts, la rémunération des prestations intellectuelles baissera-t-elle?*

R. G. à V.

Des prescriptions n'existent que par rapport aux standards électroniques et, le cas échéant, à la conception des factures.

Je ne saurais répondre au point 2, parce qu'il n'a jamais été question, ni dans les travaux GRAT, ni dans ceux du TarMed, de revaloriser les prestations techniques et opératoires, bien au contraire. Les réactions parfois furibondes des groupements concernés le démontrent suffisamment, je pense.

1. *Les prestations non médicales en psychiatrie ne peuvent-elles être facturées qu'auprès d'«institutions» ou de cabinets médicaux ambulatoires (socio-psychiatriques)? Si oui, pourquoi?*
2. *Pourquoi les prestations apportées dans le cadre de la psychothérapie déléguée (12,46 Pt / 5 min) sont-elles plus mal rémunérées que les prestations non médicales en psychiatrie (12,87 Pt / 5 min)?*

R. M. à G.

ad 1: Seulement dans certaines institutions. C'est un résultat de négociations.

ad 2: Les frais d'infrastructure sont différents. Alors que la psychothérapie déléguée est rémunérée au travers du secteur «psychothérapie déléguée», c'est le secteur «prestations non médicales en psychiatrie» qui a été pris en compte pour les autres positions.

Je suis médecin de premier recours et, à 63 ans, dans mes dernières années de pratique. Est-il possible, pour ces années-là et en vertu des droits acquis, de facturer selon les tarifs habituels comme je l'ai toujours fait?

P. G. à W.

Oui, mais à la condition que l'indication des prestations se fasse selon le principe de la valeur intrinsèque.

1. *Qu'en est-il de la prise de sang effectuée par l'assistante médicale au chevet du patient?*
2. *Qu'en est-il de la prise de sang effectuée par l'assistante médicale au cabinet médical sans la présence du médecin?*
3. *Une consultation dominicale dans le cadre du service d'urgence régional a lieu, pour une question de convenance pour le patient comme pour le médecin, une à deux heures après le coup de téléphone. Est-ce tout de même un cas d'urgence ou la consultation doit être facturée sans supplément d'aucune sorte?*

U. K. à D.

ad 1 et 2: La prise de sang est rémunérée dans le cadre des prestations de base. Elle fait partie d'une prestation de base générale et n'est donc pas désignée séparément dans la facture. La facturation a lieu dans le cadre d'une consultation (00.0010, 00.0020, 00.0010) ou d'une visite (00.0050, 00.0060, 00.0070). ad 3: Non, il ne s'agit pas d'un cas d'urgence. Cette consultation doit être facturée comme étant «normale», sans supplément d'aucune sorte, le traitement n'intervenant pas dans l'immédiat, mais 1 à 2 heures après.

Comment nous comporter (ou facturer) à l'égard des consultations manquées (domaine des caisses-maladie, domaine LAA)? Comment faire lorsqu'un examen de longue durée est prévu, ou un examen avec traitement comportant des prestations techniques et que le patient ne vient pas?

B. W. à T.

Cette situation n'est pas prévue dans le tarif. La facture est dressée au patient et elle est à la charge de ce dernier; les consultations manquées n'ont en effet jamais été prises en charge par l'assureur jusqu'ici.