

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

La Commission d'évaluation lance un avertissement

J. Pellaton

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 5.12.2001». Ce concept établit notamment que la Commission d'évaluation (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 pédiatres, 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 dérapier 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 New-Index 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 deux tiers relèvent de la position 00.2510. Chez les pédiatres, 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 à aucun doute quant au caractère d'urgence de la situation.

Correspondance:
Dr J. Pellaton
Lebernstrasse 11
Case postale 179
CH-8309 Nürensdorf
Tél. 01 836 56 56
Fax 01 837 04 66

- 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 lombagos, 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 min, période de 5 min supplémentaire et dernière période de 5 min). 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'entendront 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 fair-play à toutes et à tous!