Forum CC au sujet du forfait pour consultations pressantes[1, 2]

L'introduction du forfait pour consultations pressantes (version tarifaire 1.04) au 1er avril 2007 a suscité de nombreuses réactions au sein du corps médical. Depuis la publication de l'éditorial du Dr Marie-Christine Peter-Gattlen, membre du Comité central, et de l'article émanant du service tarifaire de la FMH dans le BMS n° 3, une vingtaine de courriers de lecteurs sont parvenus à la rédaction. Les messages et requêtes exprimés dans ces lettres peuvent être résumés comme suit:

- **Le corps médical ne se sent pas suffisamment défendu par la FMH en ce qui concerne les négociations tarifaires avec les partenaires contractuels.**
- **L'introduction du forfait pour consultations pressantes a entraîné une dévaluation des trois indemnités forfaitaires de dérangement en cas d'urgence A à C.**
- **La demande d'introduire un forfait pour consultations expresses pendant les heures de consultation régulières est restée vaine.**

Le nouveau forfait pour consultations pressantes F n'est facturable que si la consultation a lieu dans les deux heures qui suivent le premier contact avec la médecin.

Vous trouverez ci-après l'ensemble des lettres consacrées à ce sujet, lesquelles, soit dit en passant, proviennent toutes de Suisse allemande et italienne, ainsi qu'une réponse du Comité central. Veuillez noter aussi que l'éditorial du présent numéro est également consacré à cette question.

Dringlichkeitspauschale – so wollen wir Hausärzte diese neue TARMED-Position nicht!

Die neue TARMED-Position «Dringlichkeitspauschale» wird nur abends und am Wochenende anwendbar sein. Mit der Einführung dieser Position werden gleichzeitig die Taxpunkte für die Notfallkonsultation und den Notfallbesuch reduziert. Die Hausärztinnen und Hausärzte der Stadt Zürich lehnen diese Tarifänderung in der jetzigen Form entschieden ab.

Die Einführung einer Dringlichkeitspauschale während der Sprechstundenzeiten ist ein zentrales Anliegen der Hausärztinnen zur Abgeltung des Mehraufwandes der dringenden Konsultation und zur Verringerung der Schlechterstellung der Hausärzte durch TARMED. Die Einschränkung der Verrechenbarkeit nur abends und am Wochenende verkehrt den ursprünglich angestrebten Effekt nun ins Gegenteil: Die Hausärzte werden durch die Reduktion der Notfallpauschalen noch schlechter gestellt. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Probleme, den Notfalldienst personell zu gewährleisten, ist dies noch unverständlicher. Die Tendenz, dass Notfälle direkt in den Notfallstationen der Spitäler landen, wird weiter verstärkt. Zunehmend werden teure Notfallambulanzen, z.T. mit Notarzt, ausrücken. Gehört das auch zur Kostenneutralität?

Welche Kostenneutralität?

Warum soll ein Notfall jetzt für den Hausarzt weniger aufwendig sein und schlechter entschädigt werden, nur weil es auch Dringlichkeit gibt? Das Gebot der Kostenneutralität muss für vieles herhalten. Die TARMED-Einführung hatte kostenneutral zu erfolgen. Gemeint waren die Gesamtkosten. Anscheinend muss jetzt aber jede Tarifänderung in sich eine Kostenneutralität beinhalten. Mit anderen Worten: wenn die Grundversorger eine neue Tarifposition vorschlagen, die ihren Aufwand angemessen entschädigen soll, müssen sie «kostenneutral» anderswo gleich hohe Abstriche machen. Was soll denn das ganze?

TARMED – die Falle für die Grundversorger – die Spielregeln scheinen so ausgestaltet zu sein, dass eine Besserstellung der Hausärztinnen und Hausärzte mit TARMED schlicht nicht zu erreichen ist. TARMED wird damit endgültig zur Falle für die Grundversorger. Uns wird vor Augen geführt, dass nur mit Macht und Druck etwas zu erreichen ist. TARMED ist nicht sakrosankt.

Kaspar von Blarer,
Vizepräsident Verein Hausärzte Stadt Zürich

Leistungsabbau durch die Hintertüre

Die Einführung einer Dringlichkeitspauschale ist aus Grundversorgersicht grundsätzlich zu begrüssen. Die FMH ist in ihrem Editorial sehr zufrieden über ihre Verhandlungsleistung und bezeichnet die Grundversorger als Nutzniesser der neuen Regelung. Wir Hausärzte und Notfalldienstleistenden in unserer Region können diese Begeisterung nicht teilen. Wenn man das Ganze nämlich genau anschaut, kommt man schnell

1 Peter-Gattlen M.-C. Dringlichkeitspauschale: ein Schritt in die richtige Richtung. Schweiz Ärztezeitung. 2007:88(3):79

2 FMH. TARMED 1.04 wird auf den 1. April 2007 eingeführt. Schweiz. Ärztezeitung. 2007;88(3):96-7

zur Einsicht, dass hier einmal mehr quasi durch die Hintertür ein Leistungsabbau auf Kosten der Grundversorger erfolgt. Die Dringlichkeitspauschale darf nur ausserhalb der regulären Sprechstunde verrechnet werden. Für einen durchschnittlichen Grundversorger in unserer Gegend dauert die Sprechstunde von 07.30 bis 18.30 Uhr mit kurzer Mittagspause. Was ist mit allen Personen, die während dieser Zeit die Praxis aufsuchen oder nach einer dringlichen Konsultation verlangen und damit unsere eh schon massiv überfüllte Sprechstunde an den Rand ihrer Kapazität bringen? Dieser Sondereffort, der uns jeden Tag neu herausfordert, wird nicht angemessen entschädigt. Konsultationen nach 19.00 Uhr sind naturgemäss in der Mehrzahl Notfälle. Die Dringlichkeitspauschale wird deshalb nur sehr wenig zum Zug kommen und bleibt somit ein bürokratischer Papiertiger ohne grosse Relevanz für die Praxis (mal abgesehen vom Samstag, wo ein gewisser Mehrwert resultieren kann). Als Kompensation dieser halbherzigen Lösung erfolgt unter dem Deckmantel der heiligen Kuh «Kostenneutralität» gleichzeitig eine Reduktion der Notfallpauschalen. Dass weniger Taxpunkte für einen Tagesnotfall wochentags und auch samstags resultieren, kann man noch akzeptieren, die Rückstufung der Notfallpauschale B (am Abend und Sonntag) ist schon schwierig zu schlucken, aber absolut inakzeptabel ist die Reduktion der Notfallpauschale C, d. h. in der Nacht ab 22.00 Uhr. In dieser Zeit gibt es keine dringlichen Konsultationen, sondern nur Notfälle. Wenn man die Nachtpauschale also kürzt, ist das ganze nicht kostenneutral, denn es resultiert ein überproportionales Minus für die dienstleistenden Ärzte. Wir Grundversorger dürfen nun für eine Pauschale von gerade noch 145 Taxpunkten bei Nacht und Nebel unseren Dienst an der Allgemeinheit verrichten. Je nach Region beträgt der reelle Wert einer solchen Pauschale Fr. 120.– (z. B. bei uns in der Ostschweiz). Kein Handwerker würde um diese Zeit für dieses Geld auch nur seine kleine Zehe in Bewegung setzen. Vor allem in Regionen mit tiefem Taxpunktwert arbeiten wir nun also in der Nacht zu Dumpingpreisen, das ist doppelt ungerecht, da ja ursprünglich die Notfallpauschale als eine echte Pauschale, unabhängig vom Taxpunkt, gedacht war. Bei uns in der Ostschweiz ist es genau gleich mühsam wie in Genf, morgens um 3.00 Uhr aufzustehen.

Wir können uns des Eindrucks nicht erwehren, dass die Grundversorgerarbeit nicht genügend geschätzt und die Solidarität mit den Hausärzten in der Peripherie zu wünschen übriglässt. Die FMH-Verantwortlichen sollten zur Kenntnis nehmen, dass es bei uns an der Basis gärt und dass wenig fehlt, das Fass zum Überlaufen zu bringen. Wir denken hier an den letzten uns verbliebenen Vorteil, an die Selbstdispensation. Sollte diese unter Duldung der FMH fallen, müssten wir uns in der Region, im Thurgau und in der ganzen Ostschweiz ernsthaft Gedanken darüber machen, von wem wir uns noch vertreten lassen wollen.

Wir verlangen deshalb von unseren Verhandlungsdelegierten und Standesorganisationen, dass mit mehr Nachdruck darauf hingearbeitet wird, die Reduktion der Nachtpauschale rückgängig zu machen, die Dringlichkeitspauschale so zu gestalten, dass sie ihrem Namen gerecht wird und den Notfalldienst aus dem Kostenneutralitätsvolumen herauszunehmen, wie dies in Deutschland schon lange der Fall ist.

Im Namen der grundversorgenden und notfalldienstleistenden Ärzte der Region Frauenfeld und Umgebung:

Dr. med. Michael Siegenthaler, Frauenfeld, FMH Innere Medizin, Präsident Ärztenetzwerk MurgMed

Dr. med. Alex Steinacher, Müllheim, FMH Allgemeine Medizin, Präsident Thurgauer Grundversorger Verband (TGV)

Dr. med. Jose Orellano, Frauenfeld, FMH Allgemeine Medizin, Leiter Notfalldienstkommission und Vorstandsmitglied Thurgauer Ärztegesellschaft

Dr. med. Christine Luginbühl, Frauenfeld, FMH Allgemeine Medizin, Präsidentin Ärzteverein Frauenfeld, Mitglied Notfallkommission

Dr. med. Mathias Wenger, Frauenfeld, FMH Innere Medizin, Past-Präsident Thurgauer Ärztegesellschaft

Dr. med. Andreas Schneider, Frauenfeld, FMH Allgemeinmedizin, Ärztlicher Leiter Thurcare

Neue TARMED-Version 1.04 – Änderungen bei den Notfallpauschalen

Sehr geehrter Herr Präsident
Lieber Jacques

Als Präsident der OMCT habe ich von verschiedenen Seiten Reaktionen erhalten, welche sich auf die TARMED-Info Nr. 23 beziehen, die in der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 3 veröffentlicht worden ist. Sämtliche Reaktionen drücken hinsichtlich der neuen Regelung des Notfalldienstes Enttäuschung und Sorge aus.

Insbesondere wird die Taxpunktreduktion für die Notfälle A, B und C nicht verstanden. Damit wird die Anerkennung der Arbeit der Ärzte ver-

ringert, die diesen Dienst während der Nachtstunden leisten. Anders ausgedrückt ist es so, als wäre es plötzlich weniger wert, wenn man um 2 Uhr nachts wegen eines Notfalls aufsteht!
Wir möchten Sie deshalb höflich, aber bestimmt bitten, die Gründe dieser plötzlichen Änderung zu erläutern, die keineswegs durch den Erhalt der Dringlichkeitspauschale als Mindestanerkennung ausgeglichen zu werden scheint.
Wir verhehlen nicht, dass diese Änderung von vielen Notfallärzten bis heute nicht verstanden wird. Deshalb muss sie den Betroffenen gegenüber entsprechend gerechtfertigt und erklärt werden, um zu verhindern, dass viele von ihnen diesen Dienst nicht mehr anbieten werden.
In Erwartung Ihrer Erläuterungen grüsse ich Sie freundlichst.

Dr. med. F. Denti, Presidente Ordine dei Medici del Cantone Ticino, Rivera

Dringlichkeitspauschale: ein Schritt in die falsche Richtung

Eigentlich bin ich ja ein friedliebender Mensch, aber jetzt habe ich genug!
Wir Grundversorger werden wieder einmal an der Nase herumgeführt, und dann lese ich in der SÄZ im Editorial von einem Mitglied des Zentralvorstandes der FMH, dass die Einführung der Dringlichkeitspauschale ein Schritt in die richtige Richtung sei, dass die Grundversorger die grössten Nutzniesser sein werden, dass diese Pauschale den Notfalldienst wieder attraktiver mache. Ganz nebenbei wird noch erwähnt, dass im Gegenzug die Taxpunkte für die Notfallpauschalen A-C um 17–33% abgesenkt wurden.
Als Grundversorger in ländlicher Gegend darf ich nun also zu einem niedrigeren Tarif nachts aufstehen und die Notfälle versorgen; ich darf weiterhin alle dringlichen zusätzlichen Konsultationen in der bereits vollgestopften Sprechstundenzeit zum ganz normalen TARMED-Tarif abrechnen; die Umtriebe, die Wartezeiten für die Patienten und der zusätzliche Stress wird auf keine Art und Weise honoriert. Da unsere Praxis relativ lange Öffnungszeiten hat, wird die Dringlichkeitspauschale nie zum Zuge kommen. Dies ist für mich klar ein Schritt in die *falsche* Richtung!
Ich kenne keinen einzigen Grundversorger, der auch nur etwas Positives an dieser neuen Dringlichkeitspauschale erkennen kann. Alle sind empört! Bereits letzten Sommer sind wir inoffiziell vertröstet worden auf das Jahr 2007. Es gebe dann eine neue Abgeltung für die alte «Expresskonsultation», man soll jetzt nur abwarten …
Die Lösung kann ja nicht sein, dass die Grundversorger ab sofort nur noch Praxisöffnungszeiten haben von 08.00 – 09.00 Uhr und 14.00 – 15.00 Uhr und die restlichen Konsultationen dann als dringlich jeweils ganz kurzfristig abmachen. Dieser sarkastische Vorschlag wurde anlässlich einer bitteren Diskussionsrunde unter Kollegen diskutiert.
Nach der grossartigen Demo vor knapp einem Jahr hatte man das Gefühl, jetzt kommt Bewegung in die Grundversorgervereinigungen; z. Z. werden auch die neuen Aktivitäten für den 1. April 2007 geplant. Sind mediale Auftritte wichtiger als die Vertretung der Interessen von uns Grundversorgern? Aber wo bleibt denn die Reaktion der SGAM auf eine «Verschlimmbesserung» des TARMED? Wir haben eine Petition eingereicht gegen die Schwächung der Hausarztmedizin und den drohenden Hausärztemangel. Nun wird ein weiteres Mal die Attraktivität des Hausarztberufes gesenkt, denn wer will zu diesen Bedingungen noch Notfalldienst leisten. In der näheren und weiteren Umgebung geben immer mehr Notfallkreise den Notfalldienst ab an die Notfallstationen der Spitäler. Warum wohl?

Dr. med. Thomas Kissling, Mühleberg, Vorstandsmitglied DOXnet, Ärztenetzwerk Bern Nord/West

Der applaudierte Trugschluss – Stellungnahme des Forums für Praxispädiatrie zur Dringlichkeitspauschale

Als Berufsverband der praktizierenden Pädiaterinnen und Pädiater unterstützen wir alle Bemühungen, die zur Verbesserung der Situation in der Grundversorgung beitragen. Dazu gehören eine korrekte Entschädigung im Notfalldienst sowie für dringliche Konsultationen ausserhalb und während der regulären Sprechstundenzeit.
Das Forum für Praxispädiatrie anerkennt die Verhandlungsgeduld der FMH, wundert sich aber gleichzeitig über deren Schönfärbung des Resultats. Entgegen der Beurteilung unserer Standesorganisation bedeutet die Einführung der Dringlichkeitspauschale keineswegs einen «Schritt in die richtige Richtung», bestenfalls ist es ein Drehen im Kreis.
Bei diesem Nullsummenspiel gibt es für die Grundversorger nichts zu gewinnen. Wer bis jetzt keine Notfallpauschalen verrechnet hat, darf konsequenterweise auch keine Dringlichkeitspauschalen verrechnen. Wo soll denn das Geld herkommen? Der Kostenschub wird nicht auf sich warten lassen. Und weil die bisherigen Notfallpauschalen sehr zurückhaltend angewen-

det wurden, werden wir gleich nochmals abgestraft werden.
Während der Gültigkeit der kantonalen Tarife waren «Expresskonsultationen» eine Selbstverständlichkeit und gaben zu keinen Diskussionen Anlass. Die Notwendigkeit einer Inkonvenienzentschädigung für dringliche Konsultationen während der Sprechstundenzeit kann nur in Abrede stellen, wer mit dem Alltag einer Grundversorgerpraxis nicht vertraut ist. Insbesondere pädiatrische Praxen sind mit einer Vielzahl dringlicher, das heisst nicht planbarer Konsultationen konfrontiert, die sich glücklicherweise selten als Notfälle im Sinne der Intensivmedizin manifestieren. Dringlichkeitstermine können nicht nach Belieben freigehalten werden, also führen dringliche Konsultationen zwangsläufig zu ungewollt verlängerten Arbeitszeiten des Praxisteams, zum Auslassen der Mittagspausen oder Verpassen des Familienabends. Diese Dienstleistung für die Bevölkerung zeichnet die Grundversorgerpraxen aus.
Wer die Grundversorgung ernsthaft stützen will, muss mehr tun, als sich dazu zu bekennen und Geld von der einen in die andere Hosentasche zu schieben. Das Geld muss aus denjenigen Kassen geholt werden, die dank TARMED besser als geplant gefüllt wurden.
Für den Vorstand Forum für Praxispädiatrie:

Dr. R. Temperli, Liebefeld

Dr. Ph. Trefny, Luzern

Dringlichkeitspauschale:
Mehr Transparenz gefordert!

Sehr geehrte Frau Peter
In Ihrem Editorial bezeichnen Sie die ab 1. April 2007 einzuführende neue Dringlichkeitspauschale als Schritt in die richtige Richtung.
Braucht die FMH einen Grundversorgerkompass, damit sie in die richtige Richtung gewiesen wird, nämlich zur Aufwertung der Grundversorgerinnen und Grundversorger? Ich und alle meine Kolleginnen und Kollegen, mit denen ich über die neue Pauschale gesprochen habe, sind jedenfalls entsetzt über die Abwertung der bisherigen Notfallinkonvenienzpauschalen. Bestraft werden damit wieder einmal die (noch) notfalldienstleistenden Grundversorger/innen.
Viel mehr als die beschwichtigenden Aussagen des Editorials würde mich interessieren, wie die neuen Taxpunktzahlen berechnet worden sind. Mehr Transparenz ist dringend gefordert! Warum publiziert die FMH diese Grundlagen nicht?
Sie begründen die Nichteinführung einer «Expresskonsultation» während der Sprechstundenzeiten mit der Möglichkeit des Missbrauchs – ein Affront an alle ehrlich abrechnenden Grundversorger/innen.
Mir ist klar, dass die FMH nicht öffentlich zugeben würde, ein schlechtes Verhandlungsergebnis erreicht zu haben. Aber dass Sie uns den Rückschritt als Fortschritt verkaufen wollen, geht eindeutig zu weit.

Dr. med. Urs L. Dürrenmatt, Thun

Dringlichkeitspauschale:
ein Schritt in die richtige Richtung (?)

Die Notfalldienstleistung ist ein Eckpfeiler unseres ärztlichen Berufes und eine wichtige und schöne Aufgabe. Mit dem sich anbahnenden Hausarztmangel wird dieses Thema auf politisch-gesellschaftlicher Ebene immer brisanter werden und Wege für neue Lösungen sind gefragt. Ist die geplante Dringlichkeitspauschale auch wirklich ein Schritt in die richtige Richtung?
Bekanntlich wird der Notfall vom Patienten definiert. Entweder können wir nach fachärztlicher Einschätzung der Situation einen Notfall ausschliessen und den Patienten gleichentags oder am kommenden Tag ordentlich anschauen oder es handelt sich um einen Notfall und der Patient muss unverzüglich untersucht und behandelt werden.
Das Einführen einer Dringlichkeitsposition während der üblichen Praxisöffnungszeit ist unter der Kostenneutralität nicht möglich. Es ist uns allen klar, dass dies unweigerlich zu einem Absinken des Taxpunktwertes führen würde. Ersetzt man aber Notfall mit günstigerer Dringlichkeitskonsultation und senkt dann auch noch die Notfallpauschalen, wird dies wohl kaum motivierend wirken, neben der Notfalldienstpflicht noch erreichbar zu bleiben, um teure Notfallkonsultationen an den Notfallpforten der Spitäler zu verhindern.
Mit anderen Worten: Einerseits ist es aus Kostenneutralitätsgründen nicht möglich, tagsüber eine Dringlichkeitsposition einzuführen, andererseits wird der Notfall abgewertet. Deshalb ist unserer Meinung nach die so geplante Dringlichkeitsposition nicht ein Schritt in die richtige Richtung.
Soll der/die zukünftige Hausarzt/Hausärztin nur noch zuweisende Funktionen haben (Triagefunktion), soll er im Schichtbetrieb in einem Gesundheitszentrum arbeiten oder soll er dank einer weiterhin guten, qualitativ hochstehenden Ausbildung weiterhin Verantwortung sowohl in der Langzeitbetreuung seiner Patienten als auch

als wichtiger Grundpfeiler in der Notfallversorgung der Bevölkerung wahrnehmen (siehe auch Artikel von Dr. Werner Bauer, BAG-Bulletin 1/2/07)?
Von der Beantwortung dieser Frage und der Anerkennung und Honorierung der hausärztlichen Tätigkeit (auch im Notfall) hängt es wahrscheinlich ab, ob in Zukunft weitere Kollegen und Kolleginnen den Beruf «Hausarzt/Hausärztin» ergreifen werden.

Drs B. Frey-Revaz und J. Revaz Frey, Dotzigen

Dringlichkeitspauschale, der Weg in die falsche Richtung

Die Einführung einer Dringlichkeitspauschale ist wegen der Forderung nach Kostenneutralität erneut zum Trauerspiel verkommen, ein weiterer Schritt in die falsche Richtung, der die Attraktivität unseres Berufes als Grundversorger zusätzlich untergräbt. Die pauschalen Schönfärbereien von Frau Kollega Peter-Gattlen sind unerträglich. Seien Sie doch ehrlicher in Ihren Aussagen. Nur beim Notfalldienst Samstag 12–19 Uhr und Sonntag 07–19 Uhr werden wir zum «Nutzniesser», während jeder Patient zwischen 19–07 Uhr einen Minderverdienst von je 35-40 TP ergibt. Dabei stehen sich 7×12 Stunden (84) Minderverdienst 17 Stunden Mehrverdienst pro Dienstwoche gegenüber. Ärgern werden sich insbesondere alle Kollegen/Kolleginnen über dieses angeblich mathematische Nullsummenspiel, die nicht bloss am regionalen Notfalldienst teilnehmen, sondern nach bisherigem «Credo» der FMH ihr Telefon unter der Woche ausserhalb der Praxispräsenz nach Hause umschalten. Dadurch wird das Missverhältnis zwischen Wochenenddiensten und abendlicher bzw. nächtlicher Präsenz noch viel extremer. Auf diese Weise von der FMH-Delegation «vertreten» und abgestraft, muss man sich gut überlegen, ob man weiterhin seine Freizeit für die eigenen Patienten opfern will.
Ausserdem würde es mich interessieren, wieviele Kollegen/Kolleginnen zwischen 19 und 22 Uhr die neue Dringlichkeitspauschale anstelle der Notfallpauschale B «korrekt» anwenden möchten? Wie naiv sind eigentlich die Erfinder dieser Dringlichkeitspauschale, wenn sie glauben, wir würden durch die Patienten definierte Notfälle zu diesen Zeiten zur Dringlichkeit herabstufen, nur weil wir nicht unmittelbar alles stehen- und liegenlassen?
Mit solchen Verschlimmbesserungen des TARMED werden wir zunehmend gezwungen, die Ausfälle durch eigene Anpassungen und Auslegungen des Tarifs auszugleichen. Jeder Nachtbesuch nach dem 1. April 2007 (sic!) wird an den ärgerlichen Kompromiss erinnern, den die FMH zu unserem Schaden mit den KK abgeschlossen hat.
Selbst wenn viele Kollegen insgesamt von der Dringlichkeitspauschale profitieren sollten (weil sie ohnehin keine freiwillige Nachtpräsenz mehr leisten), finde ich es eine Zumutung, wie der Wert unserer Nachtarbeit herabgewürdigt wird. Die Geringschätzung unserer Arbeit, die hier erneut zum Vorschein kommt (notabene in erster Linie von «Schreibtischtätern», die nie einen einzigen Franken als selbständige Unternehmer verdienen mussten), wird sich weiter negativ auf die Berufswahl der kommenden Ärztegeneration auswirken.
Bei dieser ganzen Mogelpackung wird uns vom Zentralvorstand der FMH noch blauäugig bzw. verlogen übermittelt, dass wir Grundversorger die grössten Nutzniesser seien. Wozu brauchen wir eigentlich noch Feinde, wenn wir solche «Freunde» bei der FMH haben?

Dr. med. Felix Tapernoux, Rüti

Eine schallende Ohrfeige an die Adresse der Grundversorger

Pünktlich zum Jahrestag der Ärzte-Demo wird die Notfallpauschale abgewertet.

Im alten Tarif existierte eine Expresskonsultationspauschale für Patienten, die unangemeldet in die Praxis platzten, sofort behandelt werden wollten und deshalb zu erheblichen organisatorischen und administrativen Umtrieben führten. Nach den Bekenntnissen rund um die 1.-April-Demonstration in Bern wurde die Schaffung einer ähnlichen Position unter TARMED von vielen Grundversorgern erwartet; sozusagen als Zeichen der Wertschätzung ihrer täglichen Arbeit.
Mit Erstaunen stelle ich nun fest, dass anstelle einer Tarifverbesserung das Gegenteil beschlossen wurde. Ab dem 1. April werden Notfälle werktags zwischen 19.00 und 22.00 Uhr und an Wochenenden neu als dringliche Behandlungen bezeichnet und neu mit 45 TP deutlich schlechter vergütet. Notfallbehandlungen werden neuerdings nach der Zeit ihres Auftretens definiert. Vor 22.00 Uhr oder an Wochenenden handelt es sich lediglich um eine dringliche Behandlung, nach 22.00 Uhr um einen veritablen Notfall. Trotz der Namensänderung wird es sich in beiden Fällen auch in Zukunft um Notfallbehandlungen im Sinne der Definition handeln. Eine dringliche

Behandlung, welche nicht als Notfall qualifiziert wird, kann nämlich getrost auf den nächsten Tag verschoben werden und bedarf keiner Intervention ausserhalb der Praxisöffnungszeiten. Es war offenbar nicht genug, die Notfallpauschale durch eine weniger gut dotierte Dringlichkeitspauschale zu ersetzen, es mussten zusätzlich auch gleich alle Notfallpauschalen abgewertet werden, notabene mit falscher Begründung. Offensichtlich wird versucht, den steigenden Kosten im Gesundheitswesen mit einer Verminderung der finanziellen Entschädigung der ärztlichen Tätigkeit zu begegnen. Wer sich in dieser Situation scheut, öffentlich für ein gerechtes Einkommen einzustehen, verkennt den Wert seiner eigenen Arbeit. Wenn solchen Zauderern gar die Verantwortung für Tarifverhandlungen übergeben wird, muss dies zwangsläufig zu negativen Resultaten führen. Schlimmer noch, durch die fehlende Opposition werden die reduzierenden Kräfte in ihrer Strategie bestärkt, so dass sich die Abwärtsspirale munter weiterdreht. Ich erwarte von einer Verhandlungsdelegation mehr Kompetenz und Standfestigkeit in der Vertretung der Interessen von uns Ärzten.

Eine Tarifreduktion als «Schritt in die richtige Richtung» zu bezeichnen, kommt einer schallenden Ohrfeige gleich. Mittlerweile muss man sich gar fragen, auf welcher Seite die FMH steht. Der Tonfall im Editorial der SÄZ erinnert stark an einschlägige Communiqués von Santésuisse. Statt der Unterstellung, «die Einführung einer Expresspauschale hätte zwangsläufig zu einem Missbrauch geführt», hätte ich von unserem Interessenvertreter eher die Bemerkung erwartet: «die Einführung einer Expresspauschale würde zu einer Stärkung der Grundversorgung beitragen».

Falls auch in Zukunft im gleichen Stil weiterverhandelt wird, muss im Zuge der bereits beschlossenen Abschaffung der Tarifposition «letzte 5 Minuten» mit weiteren Tarifsenkungen gerechnet werden.

Dr. med. Daniel Woodtli, Schwyz

Hurra, die Dringlichkeitspauschale ist da! – ein Schuss in den Ofen!

Lieber Tarifdienst

Vielen Dank für die neue versteckte Lohnkürzung für uns Grundversorger. Ist das der Weg, um den Nachwuchs für unsere sich im Aussterben befindliche Spezies zu fördern? Ich denke nicht. Dem Bericht im Primary Care 3/2007 [1] sind die Realitäten zu entnehmen. Mich entsetzt, wie naiv wir einmal mehr zu einer Lohnreduktion gekommen sind. Mit Interesse habe ich eigentlich dem Bericht über die Dringlichkeitspauschale entgegengefiebert und wurde wieder einmal mehr bitter enttäuscht von der Tarifkommission der FMH. Uns Grundversorgern wurde schon damals bei Einführung des TARMED eine entsprechende Abgeltung für die Umtriebe, die bei Notfällen entstehen, versprochen. Der Tarif wurde eingeführt. Die Notfallpauschale 00.2510 (Notfall während der Arbeitszeit) durfte wegen des Inkonvenienzpassus praktisch nie angewendet werden. So kam es, dass sämtliche Notfälle während des Tages nicht mehr als Notfälle, sondern regulär abgerechnet werden mussten. Ob dabei die ganze Sprechstunde durcheinandergebracht wurde und man dafür während der Mittagspause (z.B. Notfallhausbesuch über die Mittagszeit) und nach dem Feierabend zum Normaltarif arbeiten musste, war egal und somit Selbstverständlichkeit. Wir haben, wie immer, alles stillschweigend akzeptiert.

Nun scheint sich diese Spirale zur Ausrottung des Grundversorgers weiterzudrehen. Die verlockende Einführung der Dringlichkeitspauschale ist einmal mehr eine versteckte Tarifreduktion für den Hausarzt. Gleichzeitig können andere Fachrichtungen diese Position zusätzlich verrechnen, auf Kosten der Notfalltarife der Grundversorger. Die einzige Leistung, die entsprechend unserer fundierten Ausbildung und unserer mit sehr viel Verantwortung belasteten Aufgabe ordentlich bezahlt wurde, wird uns nun auch gekürzt. Das stimmt mich unheimlich ärgerlich.

Die sogenannte Dringlichkeitskonsultation ausserhalb der Sprechstundenzeit braucht es eigentlich gar nicht. Vor allem nicht unter der Bedingung, dass der Notfalltarif gekürzt wird. Denn das meiste, was zwei Stunden warten kann, kann auch bis zum nächsten Morgen warten. Da im Notfalldienst Notfälle als Notfälle und nicht als Gelegenheitskonsultationen behandelt werden, sind wir auch berechtigt, den Notfalltarif anzuwenden, da wir uns sofort und unverzüglich um den Patienten kümmern müssen und auch können. Wir verursachen für die Patienten keine stundenlangen Wartezeiten mit vielen unnötigen Abklärungen. Wir sind auch bei regulärem Notfalltarif weitaus günstiger als die teuren Notfallstationen! Wir praktizieren problemorientierte, verantwortungsvolle, kosteneffiziente Notfallmedizin, nämlich günstige Spezialistenmedizin durch den Grundversorger!!!

De facto heisst es in Zukunft, dass wir für jeden Notfall 40 TP (Taxpunkte), nachts 35 TP (rund Fr. 30.– bis Fr. 40.–, je nach Kanton) weniger abgegolten bekommen und somit auf einen Notfalldienst mit ca. 10 Notfällen (z.B. an einem

Sonntag) eine Umsatzeinbusse von ca. Fr. 300.– bis Fr. 350.– entsteht (bei 12 Wochenenddiensten pro Jahr sind das ca. Fr. 4500.–), die mit vielleicht einem bis zwei Fällen mit Dringlichkeitspauschale à 45 TP nicht abgegolten werden wird. Wir sollen also in Zukunft für Fr. 30.– bis Fr. 40.– weniger pro Einsatz mitten in der Nacht aus dem Schlaf gerissen werden, sofortige hochkompetente Notfallmedizin leisten und damit die Dringlichkeitspauschale für alle anderen, nicht am allgemeinen Notfalldienst teilhabenden Kollegen, insbesondere Spezialisten (die sich meistens mit dem Argument der fehlenden Kompetenz dispensieren lassen), finanzieren. Ein Hohn! Wir Grundversorger lassen uns mit dem Argument der Kostenneutralität ausrotten. Es gibt andere Wege, die Kostenneutralität zu wahren, ohne den Hausarzt zu bestrafen! Reduktion der Taxpunkte im Spitalnotfallwesen wäre die effektivste Variante!

Was wirklich benötigt wird, ist eine Dringlichkeitspauschale tagsüber für die ganzen Walk-in-Patienten, notfallmässigen Hausbesuche und für solche, die am gleichen Tag kommen wollen, aber keine eigentlichen Notfälle sind. Das muss honoriert werden. Es handelt sich auch hierbei um Notfallmedizin, die durch den breitest ausgebildeten Hausarzt mit grösster Verantwortung, kostengünstig und effizient geleistet wird. Aber wie dem Bericht der SÄZ 3/2007 [2] zu entnehmen ist, ist mit einer finanziellen Aufwertung dieser Leistung nicht zu rechnen.

Ich bin nicht bereit, mich zukünftig weiter von den Gremien für dumm verkaufen zu lassen. Massnahmen, wie sie im Artikel im Primary Care [1] vorgeschlagen werden, sind notwendig zum Fortbestand der Grundversorger und nicht die Reduktion unseres Notfalltarifs.

Dr. med. Alexander Minzer, Rothrist

1 F. Marty et. al. Motivation junger Ärzte, Grundversorger zu werden. Primary Care. 2007;7(3):50-3.

2 FMH. TARMED-Info 1.04 wird auf den 1. April 2007 eingeführt. Schweiz Ärztezeitung. 2007; 88(3):96-7.

Editorial zur Dringlichkeitspauschale

Sehr geehrte Frau Dr. Peter-Gattlen

Ich bin nicht sicher, ob ich Ihrem Editorial, die Dringlichkeitspauschale sei «ein Schritt in die richtige Richtung», zustimmen kann. Soweit ich es sehe, passiert folgendes: Ein Konsultationstyp, den es nicht gibt, wird eingeführt und dafür wird ein Konsultationstyp, den es gibt, schlechter honoriert. Die dringliche Konsultation hingegen wird weiterhin nicht honoriert.

Lassen Sie mich das ausführen:

- Jemand, der ausserhalb der Sprechstunde kommen will, ist entweder (subjektiv und/oder objektiv) ein Notfall, oder er ist es nicht. Wenn er einer ist, qualifiziert er sich für den Notfallzuschlag, welcher jetzt niedriger wird, wenn er kein Notfall ist, kann und wird er in den allermeisten Fällen am nächsten Tag kommen können.
- Jemand, der anruft und unbedingt noch am selben Vormittag oder Nachmittag eine Konsultation braucht, der würde sich für die noch immer fehlende Position «dringliche Konsultation» bzw. «dringlicher Besuch» qualifizieren. Denn dieser Patient ist es, der die Sprechstunde durcheinanderbringt, der aus einem geplanten Ablauf ein «Durcheinander» mit vermehrtem Stress für alle Beteiligten macht.

Ich bin deswegen der Meinung, dass das, was hier ausgehandelt wurde, ein Schritt in die falsche Richtung ist: Man klopft sich auf die Schulter, hat die Anliegen der Grundversorger ja gehört, aber in Wirklichkeit wird die Honorierung der Notfallarbeit (die eben nur zum Teil TARMED-taugliche Notfälle und Dringlichkeiten umfasst) erneut netto sinken. Die einzig mögliche Notwehr dagegen wäre, die «regulären Öffnungszeiten» etwa auf das Niveau von Behördenschalteröffnungszeiten zu reduzieren, damit dringliche Konsultationen dadurch öfters in den Bereich der TARMED-tauglichen dringlichen Konsultationen fallen. Aber das kann ja nicht der Sinn der monatelangen Verhandlungen sein. Vielleicht wäre es sinnvoll, das nächste Mal die von einer TARMED-Änderung jeweils am meisten betroffene Ärztegruppe zu konsultieren, bevor man den ausgehandelten Kompromiss unterschreibt?

Gerry Weirich, Schaffhausen

Dringlichkeitspauschale: Krebsübel Kostenneutralität

Die wichtigste Änderung in der neuen TARMED-Version 1.04 ist die Einführung der Dringlichkeits-Inkonvenienz-Pauschale (Pos. 00.2505). Sie musste jedoch mit einer Reduktion der Notfall-Inkovenienz-Pauschalen A-C erkauft werden, als ob deswegen ein Notfall auf einmal weniger Aufwand erfordern würde! Das Krebsübel der «Kostenneutralität» schwelt weiter, weil alle TARMED-Änderungen einstimmig gefasst werden müssen. Das KVG kennt den Begriff der «Kostenneutralität» überhaupt nicht, jedoch die Bestimmung, dass bei Tarifen auf eine betriebs-

wirtschaftliche Bemessung zu achten ist (KVG Art. 43, Abs. 4). Mit der von seiten der Versicherer erzwungenen Kostenneutralität wird die Anwendung dieser eindeutigen KVG-Bestimmung weiterhin verhindert!
Das Änderungsprotokoll von TARMED Version 1.03 zu 1.04 umfasst 158 Seiten (www.tarmedsuisse.ch). Dennoch sind zahlreiche Änderungsanträge weiterhin pendent. Von der Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften (KKA) ist eine Aufteilung der Pos. 00.0010 (Konsultation, erste 5 Min.) verlangt worden, damit der Grund des Arztbesuches erfasst werden kann. Diese Änderung bringt keine zusätzlichen Kosten, ist jedoch gemäss KKA notwendig, um Leistungskriterien zu erfassen, welche zur Berechnung des Taxpunktwertes berücksichtigt werden (nat. Leikov Ziff. 2.4, Abs. 3). Obschon fast alle Kantone per 1.1.07 der Leikov beigetreten sind, fehlen nun diese Grundlagen, welche im einheitlichen Abrechnungsformular integriert werden müssen (Leikov Ziff. 2.4, Abs. 4). Die Leistungskriterien, welche eine TPW-Erhöhung ermöglichen könnten, und deren Daten von der Ärzteschaft zu erbringen sind (Leikov Ziff. 2.5, Abs. 2), werden somit unberücksichtigt bleiben müssen!

Dr. med. Martin Schilt, Luzern

Dringlichkeitspauschale: Notfalldienst einmal mehr abgewertet

Sehr geehrter Frau Dr. M.-Christine Peter Gattlen, Mitglied des Zentralvorstandes der FMH
Vielen Dank für die Informationen in der Ärztezeitung bezüglich neuer Dringlichkeitspauschale. Bekanntlich sind die Tarifverhandlungen sehr schwierig zu führen, sie kosten viel Zeit und Nerven. Das Ergebnis ist in diesem Fall sehr ernüchternd und bringt dem Grundversorger wieder einmal mehr keine Besserstellung. Ich befürchte sogar, dass das Gegenteil wahr sein wird: Der Notfalldienst wird einmal mehr abgewertet. Ursprünglich gingen wir von einem Taxpunktwert von Fr. 1.– aus. Die Notfallpauschalen wurden der Ärzteschaft damals als Frankenwerte und nicht als Taxpunktwerte «verkauft». Nun wird der notfalldienstleistende Arzt wiederum mit einem noch tieferen Wert der Pauschalen entschädigt. Belohnt sollen anscheinend die werden, die sich auch noch ausserhalb ihrer Praxisöffnungszeiten um ihre Patienten kümmern. Diesen lieben Kollegen kann ich nur raten, dies nicht allzuoft zu tun. Sie werden diese Aktivitäten nämlich mit einem um so früher einsetzenden «Burn-Out» zu bezahlen haben. Dieses «Burn-Out» werde ich natürlich solidarisch über meine Risikoversicherungen und über die nun tieferen Notfallpauschalen mitfinanzieren ...
Übrigens das Wort «Kostenneutralität» kann ich schon fast nicht mehr hören. Meine Praxisunkosten steigen stetig, so erhöhten sich meine persönlichen Risikoversicherungen innerhalb von zwei Jahren um 100% (!) Auch soll die Arbeitszeit der MPAs reduziert werden bei gleichzeitig höherer Entlöhnung.
Zusammengefasst: Diese Neuregelung bringt von vorneherein den Grundversorgern unter dem Strich rein gar nichts!

Dr. med. Samuel Gut, Konolfingen

Ein Schritt in die falsche Richtung

Der Meinung von Frau Dr. M.-C. Peter-Gattlen, die im Editorial vom 17.1.07 betreffend Dringlichkeitspauschale von einem Schritt in die richtige Richtung schreibt, kann ich mich nicht anschliessen. Mit dem TARMED wurde unsere Sonntags- und Nachtarbeit endlich gebührend entschädigt, und nun werden die Zuschläge wieder um bis ein Drittel gekürzt. Diese Dringlichkeitspauschale, nur ausserhalb der regulären Praxiszeiten anzuwenden, ist völlig untauglich. Sollen wir unsere Praxisöffnungszeiten in Bürozeiten umwandeln, damit wir sie anwenden können? Ich habe bisher keinen Hausarzt gefunden, der sich der Meinung von Frau Dr. Peter anschliessen kann. Unsere Entscheidungsgremien haben offenbar den Kontakt zur Basis verloren. Wenn sie sich in Verhandlungen nicht durchsetzen können, so sollte man den Vorschlag der Gegenseite zurückweisen und keine faulen Kompromisse mehr schliessen, die Zeit für solche ist vorbei. Unsere Vertreter sollten versuchen, den Puls der Hausärzte besser zu fühlen – eine kurze Vernehmlassung an der Basis, und damit meine ich wirklich direkt bei uns, hätte genügt. Ich bin der festen Überzeugung, dass eine grosse Mehrheit diese Dringlichkeitspauschale mit gleichzeitiger Kürzung der Notfallzuschläge abgelehnt hätte.

Dr. med. Manuel Simonett, Frick

Dringlichkeitspauschale: unüberhörbares Signal an den Nachwuchs

Unsere Standesorganisation bezeichnet die Einführung der neuen Dringlichkeitstaxe unter neuer Ausgestaltung der Notfallpauschalen als «Schritt in die richtige Richtung». Auch wenn nicht gerade zu erwarten war, dass die FMH das Verhandlungsergebnis selber als ungenügend qualifiziert, fehlt mir als Betroffenem doch jedes

Verständnis für den Versuch, dieses Resultat derart schönzureden. Es ist ja nicht zu übersehen, dass das Erkaufen der Dringlichkeitspauschale durch Absenken der Notfallpauschalen nicht alle niedergelassenen Ärzte gleich trifft. Die unter uns, die durch viele Notfalldienste belastet sind, dürfen nun noch die neue (seit Einführung des TARMED überfällige) Dringlichkeitspauschale für die gesamte Ärzteschaft gleichsam erarbeiten. Der Notfalldienst kann zudem unter dem heutigen Tarifwerk mit «betriebswirtschaftlicher» Berechnung jeder einzelnen ärztlichen Handlung kaum mehr einfach als «nobile officium» abgebucht werden, schon gar nicht, wenn er von einzelnen sehr oft zu leisten ist.
Die Dienstverdrossenheit kann so nur wachsen, die Folgen sind – soweit nicht schon eingetreten – abzusehen. Wer kann steigt nach Möglichkeit aus dem Notfalldienst aus oder nach Möglichkeit gar nicht erst ein. Das Signal an den Nachwuchs, ja keine Praxis mit erheblicher Dienstbelastung zu übernehmen oder zu eröffnen, kann kaum gewollt sein, ist aber unüberhörbar.
Der Hinweis auf das Prinzip «Abgeltung von Präsenzzeiten durch die öffentliche Hand als Auftraggeber» kann angesichts der notorischen finanziell klammen Verhältnisse, um nicht zu sagen Zahlungsunwilligkeit, der Kantone und der dementsprechend vagen Aussagen im Papier der SDK kaum wirklich ernst genommen werden. Auch die Verantwortlichen in der FMH dürften wissen, wie unwahrscheinlich eine Verwirklichung innert nützlicher Frist ist.
Alles in allem müssen sich die Stellen, die die Vereinbarungen ausgehandelt haben, und natürlich insbesondere die FMH, bewusst sein, welche Auswirkungen hier im Hinblick auf die ärztliche Versorgung – speziell auf dem Land – und insbesondere für den ärztlichen Notfalldienst einmal mehr offensichtlich billigend in Kauf genommen werden. Verschiedene Votanten vom vergangenen 1. April und danach offenbaren sich unschönerweise als Sonntagsredner.

Dr. med. Kaspar Lüthi, Brienz

Dringlichkeitspauschale: Schritt in die falsche Richtung

Sehr geehrte Frau Kollegin M.-Christine Peter-Gattlen
Leider muss ich Ihnen eine Rückmeldung geben zu Ihrem Editorial vom 17.1.2007: «Dringlichkeitspauschale: ein Schritt in die richtige Richtung».
Nachdem die präsentierte Lösung angeblich «auf dem Vorschlag der SGAM basiert», wollen Sie die Grundversorger nun auch noch glauben machen, dass sie die *«grössten Nutzniesser»* der neuen Position seien. Endlich wird eine von diesen erbrachte «ärztliche Sonderleistung» honoriert (die offenbar bisher nicht anerkannt wurde). Allerdings finanzieren Sie diese gleich selber mit der *Abwertung des Notfalldienstes*, «weil die Umsetzung kostenneutral erfolgen muss».
Zu den so erreichten «Einsparungen im Notfallbereich» kann ich Ihnen als Grundversorger und Notfalldienstleistender nicht gratulieren: die Abwertung unseres Notfalldienstes ist ein übler Schritt in die falsche Richtung. Es müssten doch umgekehrt finanzielle Anreize gesetzt werden für die von niedergelassenen Ärzten erbrachten Sonderleistungen!
Ebenfalls ist für mich nicht nachvollziehbar, warum die sogenannte «Expresskonsultation» während der Sprechstundenzeit nicht zur Diskussion stand. Sie hätte von den betreffenden FMH-Funktionärinnen in den Gremien zur Diskussion gestellt werden müssen! Auch hier sind Kosteneinsparungen im Notfallbereich und eine Aufwertung der Grundversorgung möglich. Ein schlechtes Omen ist allerdings, dass Sie (als Mitglied des Zentralvorstandes der FMH) den niedergelassenen Kollegen diesbezüglich pauschal «Missbrauch und Volumenerhöhung» unterstellen, anstatt die entsprechende Sonderleistung zu honorieren.

Caesar Gallmann, med. pract., Au

Tiefschlag Dringlichkeitspauschale

Die TARMED-Info Nr. 23 [1] brachte für die unterprivilegierten notfalldienstleistenden Grundversorger einen weiteren Tiefschlag. Wir erhalten eine Dringlichkeitspauschale, wie sie in dieser Form wohl kaum erwünscht ist und zahlen dafür einen ungebührlichen Preis. Die erhebliche Senkung der Notfallpauschale trifft am härtesten wieder diejenigen, welche quer durch alle Medien von Politikern und Ökonomen stets als besonders wertvoll gelobt werden. Es sind die Hausärzte und Kinderärztinnen, die bereit sind, mit langen Praxisöffnungszeiten und hoher Dienstbereitschaft ihren Patienten rund um die Uhr zur Verfügung zu stehen.
Man darf annehmen, dass Kollegin M.-C. Peter-Gattlen vom FMH-Zentralvorstand keinen Notfalldienst leisten muss. Dann kann ihr Editorial wenigstens als praxisfremd und naiv durchgehen. Für Ärzte in meiner Situation ist es nichts weniger als zynisch! Die medizinische ambulante Grundversorgung wird mit solchen «Schritten in die richtige Richtung» systematisch

zugrunde gerichtet! Eigentlich schade, unser Gesundheitswesen wird uns auf lange Sicht vermissen – uns Grundversorger, «die grössten Nutzniesser» der Dringlichkeitspauschale.

Dr. med. Raoul Schmid, Baar

1 FMH. TARMED 1.04 wird auf den 1. April 2007 eingeführt. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(3):96-7.

Dringlichkeitspauschale: ein Verlust

Sie publizieren in der neuesten Nummer der Ärztezeitung die Dringlichkeitspauschale und kommentieren sie als Erfolg. In der Erwartung einer Aufwertung dringlicher Fälle während der Sprechstunde hätte ich dem zugestimmt. Die ausgehandelte Pauschale erkenne ich einzig als Verlust: Konsultationen an Samstagnachmittagen und Sonntagen verstehe ich als Notfälle, die wenigen dringlichen Konsultationen am Abend nach der Sprechstunde wiegen die deutliche Abwertung der Notfallpauschalen wohl kaum auf.

Dr. med. Ruedi Näf, Lyss

Doppelt bestraft!

Mir platzt der Kragen! Die neue Dringlichkeitspauschale ist nun wirklich der absolute Hammer. Zusätzlich zur massiven Abwertung der bisherigen Notfalltarife erfolgt nun die Einführung einer Dringlichkeitspauschale für sogenannte «keine echten» Notfälle ausserhalb der Sprechstundenzeiten!? Wir werden also doppelt bestraft! Was ein Notfall ist, bestimmt nach wie vor nur der Patient. Aus medizinischer Sicht sind allerhöchstens ein Viertel der Konsultationen an Wochenenden sogenannt echte Notfälle. Ich bin überzeugt, dass bisher an Wochenenden und ausserhalb der Praxiszeiten zu 99% zu den aktuell geltenden Notfalltarifen abgerechnet worden ist. Jedenfalls kenne ich keinen Kollegen, der am Wochenende dazu bereit war, zum normalen Tarif abzurechnen. Selbstverständlich hat dies zu einer Verteuerung der Notfallkonsultationen geführt; und dies ist der einzige Grund für die Einführung des neuen Tarifs! Die Bemerkungen im Editorial von Frau Dr. M.-Ch. Peter-Gattlen kann ich nur als absoluten Zynismus bezeichnen. Bei Aussagen wie: «... Diese (Dringlichkeitspauschale) honoriert aber alle Ärztinnen und Ärzte, die bereit sind, in dringenden Fällen ausserhalb der Sprechstundenzeiten Patienten zu behandeln ...» kommt mir schlicht die Galle hoch. Ich frage mich, wieso ich eigentlich Mitglied einer Vereinigung bin, die in keiner Art und Weise die Interessen von uns Grundversorgern wahrnimmt. Es ist nun definitiv an der Zeit, dass sich die Grundversorger geschlossen derartigen TARMED-Auswüchsen widersetzen. In dieser Art und Weise geht es einfach nicht mehr weiter.

Dr. med. Marco Colombo, Lützelflüh

Réponse

Il ressort des nombreuses lettres reçues que les médecins s'occupant de cas d'urgence, avant tout en Suisse alémanique, sont nombreux à se sentir mal défendus par la délégation de la FMH dans les négociations tarifaires. J'aimerais toutefois rappeler la situation telle qu'elle se présentait en 2004. La définition très restrictive des suppléments pour cas d'urgence était la source d'un grand mécontentement au sein du corps médical. Le service de garde s'apparentait souvent à une simple consultation «du dimanche ou du soir». Le forfait de dérangement en cas d'urgence ne pouvait être facturé qu'à de rares occasions. Beaucoup de caisses téléphonaient à leurs assurés pour savoir combien de temps ils avaient dû attendre au cabinet médical avant d'être traités par le médecin et refusaient ensuite de payer le forfait d'urgence … A cette époque, de nombreux médecins de premier recours réclamaient une solution avant tout pour le service de garde; de leur côté, les assureurs avaient reconnu le problème et étaient prêts à collaborer.

Le 3 juin 2005, le groupe de travail de la CPT (Commission paritaire tarifaire, TARMED Suisse) s'est réuni pour une première séance à laquelle la SSMG était également représentée. Les discussions ont démarré sur une proposition soumise par le délégué de la SSMG et entièrement soutenue par la FMH. Cette proposition prévoyait l'introduction d'un forfait pour consultations pressantes en dehors des heures de consultation régulières, le soir et le week-end. Elle fut ensuite légèrement remaniée pour être finalement acceptée dans sa formulation actuelle: en dehors des heures régulières de consultation ainsi qu'en soirée et le week-end. Cette formulation permet aussi de facturer le forfait F les jours libres (ce qui est certainement une solution bienvenue en cas de travail à temps partiel), lorsque les consultations réduisent la pause de midi ou qu'elles concernent des patients examinés avant ou après les heures habituelles d'ouverture du cabinet. Je suppose qu'il n'arrive pas souvent que vous vous rendiez sur-le-champ au cabinet médical. C'est dans un tel cas seulement qu'il est correct de facturer le forfait d'urgence.

Un autre reproche formulé à l'encontre de la nouvelle position du TARMED concerne la «dévaluation du service de garde» par suite de la réduction des valeurs du point tarifaire des trois forfaits d'urgence A à C. La délégation de la FMH a dû l'accepter en grinçant des dents, d'entente avec le délégué de la SSMG. L'autre solution revenait à rejeter la proposition, c'est–à-dire à conserver la situation insatisfaisante régnant alors. Nous étions d'avis qu'«un tiens vaut mieux que deux tu l'auras». Globalement, il nous paraît que les consultations pressantes et d'urgence sont désormais mieux rémunérées que ce n'était le cas jusqu'ici lorsque l'on facturait correctement les forfaits d'urgence. Ceci nous est confirmé par de nombreux médecins de premier recours.

Plusieurs médecins, dans leur courrier, exigent un forfait pour consultation pressante qui puisse être facturé pendant la consultation. Or cette demande, comme mentionné ci-avant, n'était pas incluse dans la proposition. En effet, elle était notamment contestée par de nombreux représentants des médecins de premier recours engagés en politique professionnelle, bien que ce vœu soit compréhensible et défendable. Une telle position tarifaire entraînerait une multiplication des prestations, car elle pourrait être facturée par tous les médecins exerçant en cabinet et en particulier aussi par les permanences. Bien que la phase de neutralité des coûts proprement dite soit achevée, la convention prestations-prix prévoit un contrôle de la progression des coûts, de sorte que la valeur du point tarifaire risque de diminuer en cas de dépassement du paramètre de croissance convenu. L'introduction d'un tel forfait nécessite un large consensus à l'intérieur de la FMH et des discussions informelles avec les assureurs. Si ces derniers ne sont pas disposés à trouver une solution, une proposition présentée à TARMED Suisse n'aurait aucune chance d'aboutir. C'est là la réalité politique.

Comme je l'ai déjà indiqué dans mon éditorial, TARMED Suisse a reçu du Conseil fédéral le mandat d'examiner les répercussions de la nouvelle position pour consultations pressantes d'ici à fin 2007 quant au but atteint et à l'évolution des coûts, et de prévoir des modifications si nécessaire. Ces prochaines semaines, le service tarifaire de la FMH va mettre un tableau à votre disposition; vous pourrez, pour vous-même, pendant un à deux mois, chaque jour et de manière très simple, noter l'usage que vous faites des forfaits d'urgence A à C par rapport aux nouveaux forfaits A à C et F. Les chiffres de New-Index nous seront ensuite d'une grande utilité dans les négociations.

L'objectif du forfait pour consultations pressantes était et est la réévaluation de la prestation des médecins qui traitent des cas d'urgence. Si cet objectif ne devait pas être atteint avec le forfait actuel, nous engagerons les mesures nécessaires avec les délégués des sociétés médicales concernées pour améliorer la situation.

Dr Marie-Christine Peter-Gattlen,
membre du Comité central de la FMH