

Forum CC



Limitations sous le TARMED

«Dans cette attente, je ne peux que vous conseiller d'établir vos factures selon le travail que vous avez accompli en tenant compte des limitations prévues.» Ce conseil, bien plus clair (le ton adopté a presque quelque chose de menaçant) que les déclarations antérieures, plutôt idéalisées, selon lesquelles «les limitations n'étaient plus un thème de discussion cinq ans après l'introduction du TARMED» n'est pas très motivant même que les représentants du corps médical attendent de moi que j'accomplisse mon service de garde sans me plaindre et que je ne facture qu'une partie du travail accompli dans ce contexte. (Je pratique dans une région périphérique d'un canton qui, d'ores et déjà, fête la règle «80 % de la population atteinte en 30 minutes» comme un acquis de sa loi sur le sauvetage et j'ai passablement d'expérience concernant les temps d'attente impayés qui sont imposés aux médecins de garde jusqu'à l'arrivée des services de secours.)

Tout à fait en dehors de cela, il me semble symptomatique que l'on mène, cinq ans après l'introduction du TARMED, des «entretiens» «de façon subsidiaire» pour régler l'échange électronique des données en «espérant parvenir rapidement au but».

A tous les niveaux, et nota bene aussi à celui de l'organisation professionnelle, l'importance de la médecine de famille, et spécialement du service médical de garde, est régulièrement soulignée. Mais dès qu'il s'agit de la réalité pratique, on nous dit que les limitations ne peuvent malheureusement pas être supprimées, qu'on ne peut que nous conseiller d'établir nos factures en tenant compte des limitations prévues et que le médecin concerné doit malheureusement se défendre lui-même.

C'est ce que j'ai fait, car je suis d'avis que l'application de limitations est inadmissible – tout au moins pour l'activité du médecin dans le cadre du service de garde – car, dans cette fonction, nous n'avons pas le choix de fournir ou non les prestations demandées.

Après avoir reçu mon avis à ce sujet, la Suva a consenti à reconnaître que l'application de limi-

tations représentait dans ces cas une mesure «coercitive» (liée en plus à l'exigence de veiller à une livraison électronique directe par un intermédiaire déterminé) et a réglé ma créance sans la réduire. Le département des tarifs médicaux à Lucerne m'a rendu attentif au fait qu'il ne pourra toujours pas, à l'avenir, me libérer, pour les factures que j'enverrai sur papier à la Suva, des limitations prévues pour les médecins ne facturant pas de manière électronique. En d'autres termes, il faut envoyer, avec la facture, une explication écrite du dépassement de la limite pour justifier le surcoût selon le principe IG-1 de l'interprétation générale du TARMED (toute prestation fournie doit être efficace, appropriée et économique). Tout compte fait, on nous fait entrevoir une certaine disponibilité à la concession et une solution applicable à court terme.

Mais à mes yeux, cela ne change rien au fait que les limitations peuvent être un problème et qu'il faut trouver sans plus tarder des solutions à long terme sans charges bureaucratiques inappropriées, du moins pour l'indemnisation du service de garde.

Dr Kaspar Lüthi, Brienz

Réponse

Monsieur et cher confrère,
Des entretiens et des négociations concernant l'échange électronique des données ont déjà eu lieu avant l'introduction du TARMED. Les délégations de santésuisse et de la CCM les ont menés à terme en choisissant une solution conforme à la protection des données. Par la suite, le conseil d'administration de santésuisse n'a pas approuvé l'accord convenu par les délégations à la négociation et la solution adoptée ne s'est pas concrétisée. Jusqu'à présent, l'organisation de nouveaux entretiens au niveau des fédérations a toujours échoué et été refusée par les assureurs.

Pour cette raison, les caisses maladie n'ont pas pu mettre en œuvre l'échange électronique des données – prévu aussi dans la convention du TARMED – deux ans après l'introduction de ce tarif.

Des solutions sont actuellement recherchées au niveau des assureurs et des centres fiduciaires; elles ont été partiellement trouvées. Entre-temps, l'échange électronique des données dans le domaine de la LAMal est devenu contractuellement

possible entre le corps médical et certains assureurs comme la VISANA, le Groupe mutuel et la CPT, par le biais des centres fiduciaires engagés comme intermédiaires. Mais malheureusement pas avec tous les assureurs. Les limitations disparaissent donc pour les médecins qui établissent des factures électroniques. Toutefois, pour le service de garde, ce sont les mêmes règles que pour les consultations régulières qui sont applicables. Nous pouvons bien comprendre que ce lent déroulement des négociations menées avec chaque assureur soit insatisfaisant pour le corps médical et qu'il ne soit pas acceptable à la longue. D'autre part, nous ne pouvons toutefois, dans le système du tiers garant, que tendre la main à un échange électronique des données conforme à la protection des données assumé par un intermédiaire (centre fiduciaire), ce qui n'est malheureusement pas encore accepté par tous les assureurs. Les principes de l'échange électronique des données sont réglés dans la convention signée en 2001 par la FMH et la SUVA (CTM) et visant la promotion de cet échange. La SUVA admet les justifications relatives à l'application de limitations. On ne trouve nulle part l'obligation de transmettre des données par voie électronique.

Le projet TARMED Suisse 2010 dont l'objectif est une révision partielle de la structure tarifaire du TARMED, prévoit aux chapitres 00 et 01, entre autres, un tarif au temps ne contenant plus de limitations.

Concernant le service de garde, les forfaits pour dérangement en cas d'urgence ont été remis pratiquement au niveau de l'*«ancienne rémunération»* avec effet au 1^{er} mars 2009 lors des négociations avec les organismes payeurs.

Je suis bien conscient que les problèmes relatifs à l'échange électronique des données et aux limitations ne sont malgré tout pas encore résolus de manière satisfaisante tant au niveau de santé-suisse que du secteur AA/AM/AI (CTM). Je vous assure néanmoins que nous nous accrochons et que nous recherchons à différents niveaux des solutions valables à long terme et satisfaisantes pour les deux parties, aussi bien concernant l'échange électronique des données que les limitations malheureuses.

*Dr Ernst Gähler,
membre du Comité central de la FMH,
vice-président, responsable du domaine
Tarifs et contrats*

Courrier au BMS



Road-Map für die elektronische Krankengeschichte für die Hausarztpraxis [1]

Ich verstehe die Befürchtungen des Kollegen Reinhardt und bedaure, dass er sich aufgrund eines Missverständnisses derart ärgern musste. Die Road-Map ist definitiv nicht als Vorschrift für die Ärzteschaft gedacht, sondern als Richtlinie und Gütesiegel für die Software-Hersteller. Das Codiersystem ICPC-2 sollte als Option vorhanden sein, um freiwilligen Teilnehmern Forschung zu ermöglichen.

Warum allerdings die SÄZ den Autoren nicht Gelegenheit zu einer Replik zur Aufklärung des Irrtums in der gleichen Nummer gegeben hat, ist mir unverständlich.

*Dr. U. Dürrenmatt,
Thun, Arbeitsgruppe SGAM.Informatics*

¹ Reinhardt U. Road-Map für die elektronische Krankengeschichte für die Hausarztpraxis. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(37):1575-6.

Road-Map für die elektronische Krankengeschichte für die Hausarztpraxis

Sehr geehrter Herr Dr. Reinhardt

Ich habe den Artikel [1] eigentlich nicht so verstanden, dass irgendwer zu einer elektronischen KG gezwungen werden soll. Vielmehr sollen diejenigen, die eine elektronische KG wollen, eine grösse Investitionssicherheit erhalten, indem versucht wird, die Daten transportabel zu machen. Heute ist die Situation nämlich so, dass man mit jedem elektronischen KG-System gewissermassen auf einer Insel sitzt, weil man die darin befindlichen KG-Daten nicht in ein anderes System transferieren kann. Die von Ihnen angesprochene Lösung, dass Arzt A einen Brief ausdrückt, per Post verschickt und Arzt B töggelt oder scannt die darin befindlichen Angaben dann wieder in sein KG-System ein, finde ich eigentlich unnötig kompliziert (wobei ich Ihre Ansicht teile, dass das unkritische Drücken des «Print»-Buttons zu unsinnigen Papierfluten führt und der manuellen Zusammenstellung des Relevanten unterlegen ist – diese manuelle Auswahl kann aber auch bei einem elektronischen Transfer gemacht werden). Noch schlimmer ist die Situation, wenn jemand eine Praxis mit elektronischer

KG übernimmt: Es ist heute praktisch aussichtslos, KG-Daten von einem Programm in ein anderes transferieren zu wollen. Man muss also wohl oder übel das Programm des Vorgängers übernehmen, wenn man nicht einige tausend KGs abtippen (lassen) möchte ... Angesichts des Fortschritts und der unterschiedlichen Entwicklung verschiedener Programme ist das eine unbefriedigende Herstellerbindung.

Ich finde es legitim, hier Standards setzen zu wollen.

*Gerry Weirich,
Facharzt für Innere Medizin FMH, Schaffhausen*

- 1 Reinhardt U. Road-Map für die elektronische Krankengeschichte für die Hausarztpraxis. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(37):1575-6.



Publicité

Je sais que les temps sont durs et qu'il faut se lever tôt pour décrocher une pleine page de publicité dans une revue ou un magazine. Mais est-ce une excuse pour tout accepter? Dans le No 35 du BMS du 27 août 2008, en regard de la page 1484 l'excès s'étale avec morgue et impudence: La Cayenne S Turbo. Combien de médecins suisses vont-ils s'équiper de ce monstre au muffle arrogant (550 chevaux pour faire sa visite hebdomadaire au home ...), polluant de manière indécente (358 g/km de CO₂)? Il ne s'agit en rien de verser dans un militantisme vert angélique mais tout de même, trop c'est trop. C'est un peu comme planter une affiche vantant un cabaret à strip-tease dans un monastère ...

Prof. A. de Torrenté, La Chaux-de-Fonds



Gedanken zur anstehenden Reduktion der Labortarife und der Vertriebsmarge

Sehr geehrte Bundesräte

Sehr geehrte Politiker

Das Wort «Kostenexplosion» im Gesundheitswesen ist in aller Leute Mund. Hiermit unterbreite ich Ihnen folgende fünf Massnahmen zur nachhaltigen Kosteneindämmung:

- 1 Der Labortaxpunktewert sollte weiter stufenweise bis auf etwa 40% des aktuellen Wertes gesenkt werden.
- 2 Der Röntgentarif sollte weiter gesenkt werden.
- 3 Die Vertriebsmarge von Medikamenten und Impfungen muss auf 0% gesenkt werden.
- 4 Der Taxpunktewert für ärztliche Leistungen sollte ebenfalls sukzessive auf ca. Fr. 0.50 gesenkt werden.
- 5 Alle Praxen müssen endlich ISO-zertifiziert werden. Ein ausgedehntes Qualitätsmanagement ist schweizweit einzuführen und durch das BAG regelmässig zu Lasten des Praxisinhabers zu überwachen.

Diskussion und Begründung dieser Massnahmen

Ad 1: Zum aktuell sehr lukrativen Labortaxpunktewert werden zu viele unnötige Blutuntersuchungen gemacht. Die Praxislaborwerken zu Lasten der Versicherungen einen hohen Gewinn ab. Die häufigen Quick und Zuckermessungen können nötigenfalls durch den Patienten selbst bestimmt werden. Eine kurze telefonische Besprechung reicht, um ärztliche Instruktionen entgegenzunehmen.

Alle anderen Messungen gehören ins Grosslabor; sei es direkt oder via Spital. Die dort durchgeföhrten Analysen können zu einem Bruchteil der bisher vergüteten Kosten durchgeführt werden. Im Zweifelsfall kann der Patient ja auch hospitalisiert werden.

Ad 2: In der Schweiz stehen zu viele Röntgengeräte herum. Wir haben weltweit die höchste Dichte dieser Apparate, die lediglich der Amortisation harren.

Ist ein Röntgenbild zwingend nötig, dann ist der Patient in das nächstgelegene Spital zu schicken. Dadurch kann die dortige Anlage mitsamt dem Personal besser ausgelastet werden. Durch diese Effizienzsteigerung kann bei gleichbleibendem Gewinn der Taxpunktewert etwa halbiert werden.

Ad 3: Es ist unethisch, wenn ein Arzt am Vertrieb eines Medikamentes etwas verdient. Mit dem «Kranksein» eines Menschen wird ja auch sonst noch genug Geld gemacht.

Ad 4: Ein Blick in die Einkommensstatistik der Ärzte genügt, um zu sehen, dass eine Taxpunktewertabsenkung noch längst verkraftet werden kann. Zudem würden die Praxen endlich zu einer Effizienzsteigerung gezwungen werden, was eine Taxpunktewertabsenkung zusätzlich rechtfertigen würde.

Ad 5: Bis heute existieren keine verbindlichen Behandlungsstandards nach definierten Qualitätskriterien und Garantieleistungen. Es ist immer noch so, dass jeder Arzt zu Lasten der Krankenversicherungen «wursteln» kann, wie er will. Hier besteht viel Nachholbedarf.

Zusammenfassung

Die vorgeschlagenen Sparmassnahmen sollten möglichst zügig umgesetzt werden. Wie die Vergangenheit zeigt, ist von der unter sich zerstrittenen Ärzteschaft kein ernstzunehmender Widerstand zu erwarten.

Durch die Massnahmen würde die Arbeitsmotivation der Ärzteschaft wieder vermehrt weg vom Finanziellen hin zu ideellen Zielen gelenkt.

Gleichzeitig würden auch umweltschützerische Ziele erreicht werden, würde doch der Besitz von Sportwagen, Motorbooten und Zweitwohnungen unter der Ärzteschaft deutlich zurückgehen. Da die Schweiz ja im Vergleich zum Ausland sowieso mit Ärzten überversorgt ist, wäre eine Absenkung der Ärztedichte klar erwünscht, was wiederum mit einer Kosteneindämmung einhergehen würde.

Zwar müssten etliche Patienten deutlich längere Wartezeiten in Kauf nehmen. Wie aber Untersuchungen zeigen, lösen sich viele Probleme in der Medizin innert einer Woche nach Auftreten der Erstsymptome von selbst. Dadurch könnten automatisch viele teure und unnötige Konsultationen gespart werden.

Dr. med. Samuel Gut, Konolfingen

Nicht weniger Grund zum Aufregen gibt mir aber auch die wissenschaftlich unsichere Datenlage bezüglich Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Gefahr von langfristig unliebsamen Auswirkungen einer breitgefächerten Impfung. So schreibt eine der renommiertesten Fachzeitschriften, das New England Journal of Medicine, in einem Editorial im August 2008 [1] über die HPV-Impfung: «... How can policymakers make rational choices about the introduction of medical interventions that might do good in the future, but for which evidence is insufficient, especially since we will not know for many years whether the intervention will work or – in the worst case – do harm? ...» Das Editorial schliesst mit den Worten: «... With so many essential questions still unanswered, there is good reason to be cautious about introducing large-scale vaccination programs. Instead, we should concentrate on finding more solid answers through research rather than base consequential and costly decisions on yet unproven assumptions ...»

Voreiliges Handeln ist in der Medizin nicht empfehlenswert. Überlegte Sorgsamkeit ist angebracht!

Dr. Gaston Dunkelmann, Spiez

- 1 Haug CJ. Human papilloma virus vaccination – reasons for caution. N Engl J Med. 2008;359(8):861-2.

**HPV-Impfung? – Voreilig?**

Die kürzlich eingeführte Gratis-HPV-Impfung für junge Mädchen scheint als Hausärzte-Provokations-Impfung in die Schweizer Medizinalgeschichte eingehen zu wollen. Die meisten Grundversorger regen sich mit Recht über die absurde Finanzregelung mit Verlustgarantie auf.