

Rahmenveranstaltung zur GV vom 21. Juni 2017



Wie viele Ärzte braucht
das Land?

Eine optimale ambulante Versorgungsstruktur für die Schweiz

Verena Nold
Direktorin santésuisse

Inhalt

1. Was heisst optimale Versorgung?
2. Aufbau der Versorgungsstudie von santésuisse/Polynomics
3. Analyse der Patientenströme
4. Bildung von ambulanten Versorgungsregionen
5. Feststellen einer Über- oder Unterversorgung
6. Forderungen von santésuisse

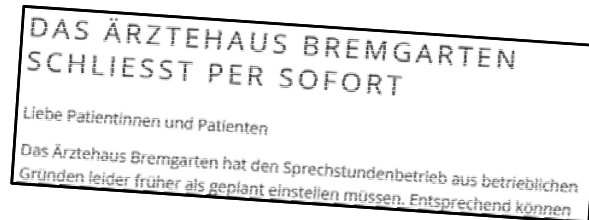


santésuisse

Was heisst optimale Versorgung?

Die lokale Optik: drohende Unterversorgung?

Schliessung einer Gruppenpraxis Anfang Juni 2017:



«Angesichts des akuten Ärztemangels in der Schweiz – insbesondere auch im Bereich der Hausärzte – ist es nicht gelungen, die Nachfolge in der ärztlichen Leitung sicherzustellen. Erschwerend wirkte auch der Ärztestopp im Kanton Aargau, welcher hohe Anforderungen für eine Nachfolgelösung in einer Hausarztpraxis stellt.»

Folie 3



santésuisse

Was heisst optimale Versorgung?


Die lokale Optik:
Spitäler und Ärzte in Konkurrenz: droht Überangebot?

«Den Ärzten platzt der Kragen»,
St. Galler Tagblatt, 23.05.2017

Die Ärzteschaft von Rapperswil-Jona fühlt sich vom Spital Linth übergangen: Dieses konkurrenzieren sie mit einem neuen Praxisangebot.



Folie 4




Was heisst optimale Versorgung?

Schaffen einer Datengrundlage


Positionspapier der SAMW (2016):

«Kern aller Steuerungsinterventionen ist eine Bedarfsanalyse und -prognose.»

«Zu einem nachhaltigen Gesundheitssystem in der Schweiz gehören auch eine adäquate Anzahl und eine bedarfsgerechte fachliche und geografische Verteilung von Ärzten und Pflegefachpersonen.»



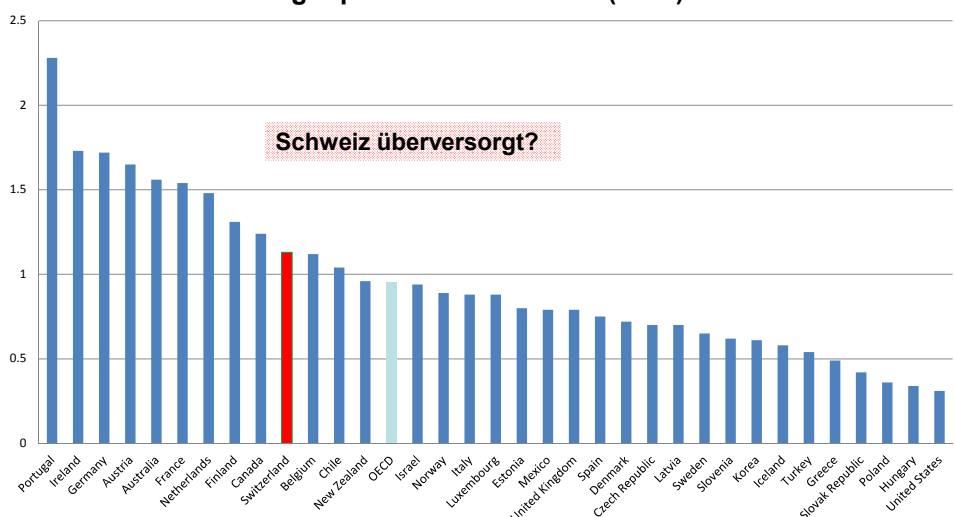
Folie 5



Was heisst optimale Versorgung?

Die globale Optik: Ärztedichte im OECD-Vergleich

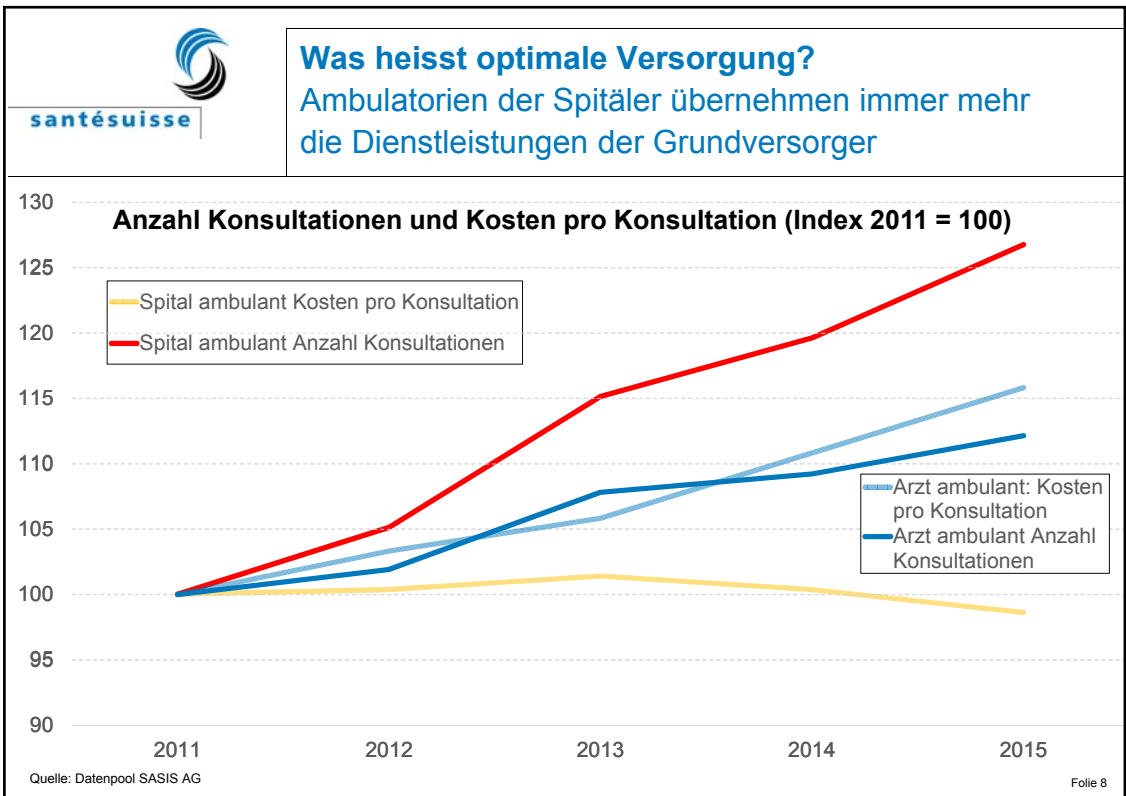
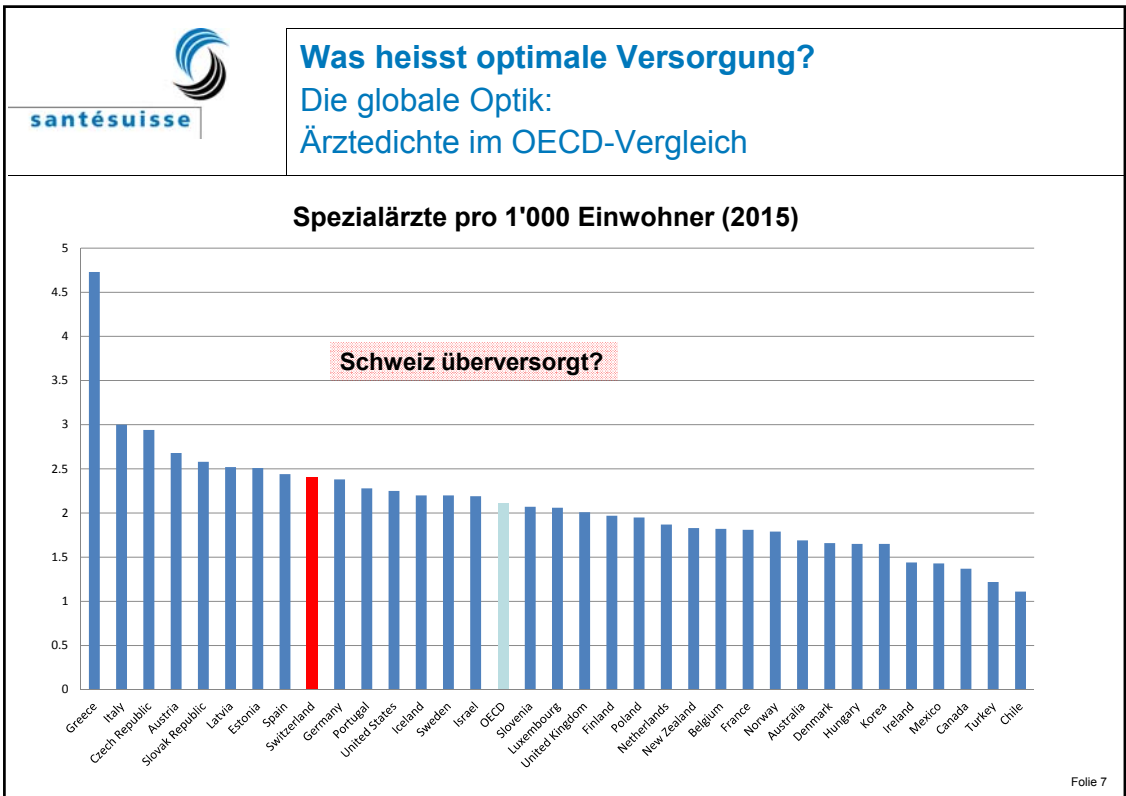
Grundversorger pro 1'000 Einwohner (2015)



Land	Ärztendichte (pro 1'000 Einwohner)
Portugal	2.3
Irland	1.7
Germany	1.7
Austria	1.6
Australia	1.5
France	1.5
Netherlands	1.4
Finland	1.3
Canada	1.2
Switzerland	1.1
Belgium	1.1
Chile	1.0
New Zealand	0.9
OECD	0.9
Israel	0.9
Norway	0.8
Italy	0.8
Luxembourg	0.8
Estonia	0.8
Mexico	0.8
United Kingdom	0.7
Spain	0.7
Denmark	0.7
Czech Republic	0.7
Latvia	0.6
Sweden	0.6
Slovenia	0.6
Korea	0.6
Iceland	0.6
Turkey	0.5
Greece	0.5
Slovak Republic	0.4
Poland	0.4
Hungary	0.4
United States	0.3

Quelle: OECD

Folie 6





santésuisse

Inhalt

1. Was heisst optimale Versorgung
- 2. Aufbau der Versorgungsstudie von santésuisse/Polynomics**
3. Analyse der Patientenströme
4. Bildung von ambulanten Versorgungsregionen
5. Feststellen einer Über- oder Unterversorgung
6. Forderungen von santésuisse

Folie 9



santésuisse

Versorgungsstudie santésuisse/Polynomics

Ziele:

- **Aufzeigen der Patientenströme** für Grund- und Spezialarztversorgung
- **Definieren von Versorgungsregionen** basierend auf den tatsächlichen Patientenströmen und unter Berücksichtigung der Nutzung von Spital ambulant und Arzt ambulant
- **Hinweise zur optimalen Versorgung** (Vergleich der effektiven Ärztedichte mit schweizerischem Mittelwert)



Folie 10



santésuisse

Versorgungsstudie santésuisse/Polynomics

Methode:

- Bilden von fünf Versorgungsklassen nach Häufigkeit der Konsultationen und Angebotsdichte (Klasse 1 Grundversorger, bis Klasse 5 sehr seltene Facharztgruppen)
- Abbilden der vorhandenen Ressourcen Arzt ambulant und Spital ambulant (Basis ZSR-Nummer und Taxpunktvolumen einer «Vollzeitpraxis»)
- Ärztedichte wird in Vollzeitäquivalenten gemessen
- Spital ambulant: Anteile der Fachsparten hergeleitet aus abgerechnetem Taxpunktvolumen Arzt ambulant im jeweiligen Kanton

Grenzen des Modellvorschlags:

- Keine Bereinigung der Ärztedichte um soziodemografische Einflussfaktoren
- Analyse aus Datenschutzgründen nur bis Ebene Bezirk

Folie 11



santésuisse

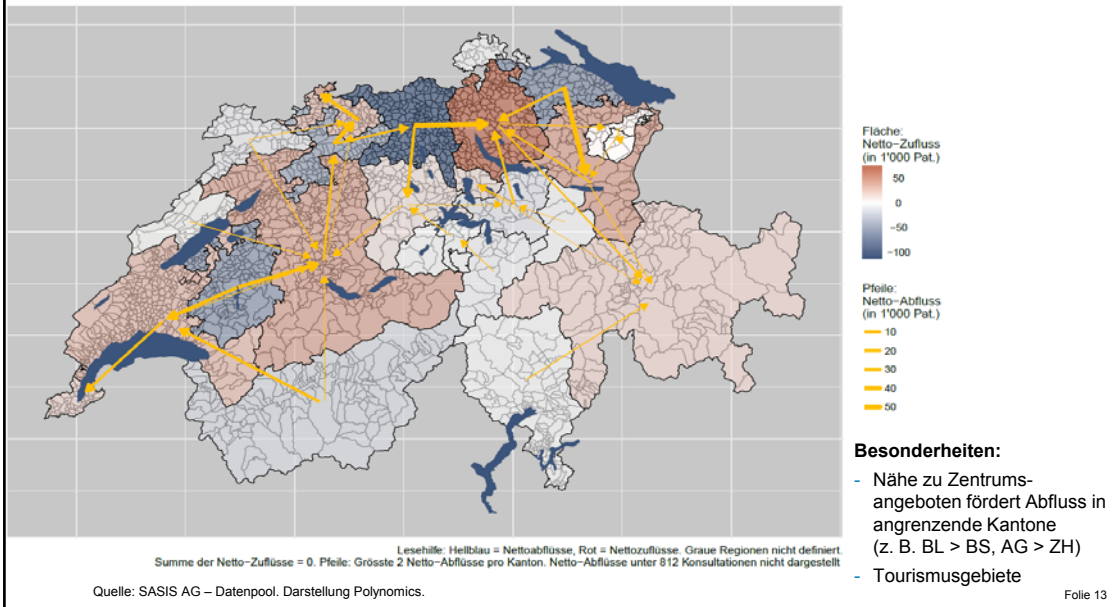
Inhalt

1. Was heisst optimale Versorgung
2. Aufbau der Versorgungsstudie von santésuisse/Polynomics
- 3. Analyse der Patientenströme**
4. Bildung von ambulanten Versorgungsregionen
5. Feststellen einer Über- oder Unterversorgung
6. Forderungen von santésuisse

Folie 12

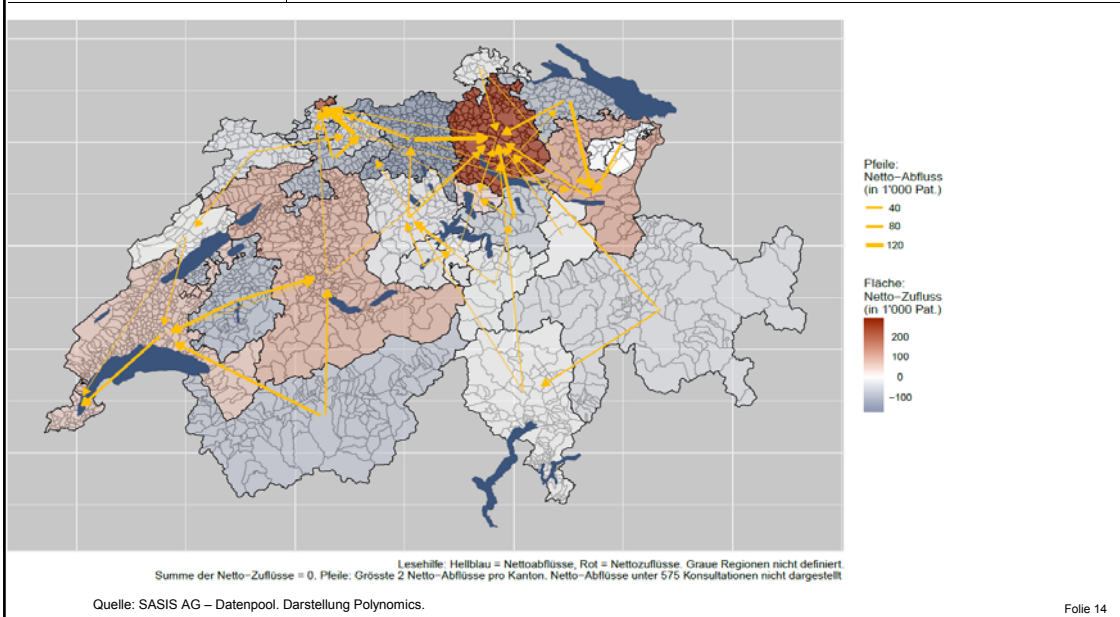
Analyse der Patientenströme – Grundversorgung

Behandlung erfolgt im Wohnkanton und entlang der Pendlerströme



Analyse der Patientenströme – Spezialärztliche Versorgung

Behandlung erfolgt vorwiegend in Zentren





santésuisse

Analyse der Patientenströme

Fazit

Ergebnisse:

- Grundversorger: engmaschiges Angebot, geringe Distanzen
- Spezialärzte:
 - Grössere Reisedistanzen, auch über Kantonsgrenzen hinaus.
 - Einige Facharztgruppen weisen sehr ähnliche Muster in den Patientenströmen auf

Schlussfolgerungen:

- Versorgungsregionen für die spezialärztliche Versorgung sind entlang den Einzugsgebieten zu bilden
- Für Facharztgruppen mit ähnlichen Patientenströmen und Mustern sind identische Versorgungsregionen zu bilden



**Die Patienten orientieren sich nicht an den Kantonsgrenzen
Die Patientenmigration findet überkantonal statt**

Folie 15



santésuisse

Inhalt

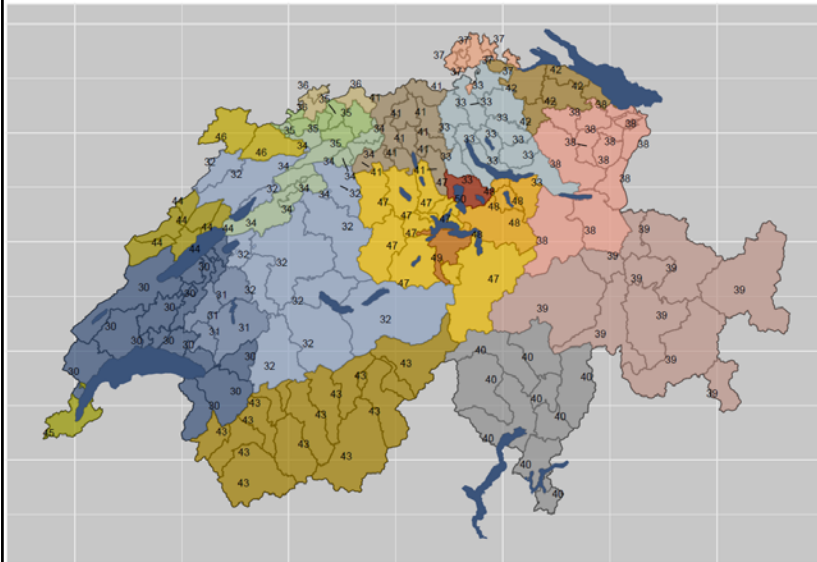
1. Was heisst optimale Versorgung
2. Aufbau der Versorgungsstudie von santésuisse/Polynomics
3. Analyse der Patientenströme
4. **Bildung von ambulanten Versorgungsregionen**
5. Feststellen einer Über- oder Unterversorgung
6. Forderungen von santésuisse

Folie 16

Bildung von ambulanten Versorgungsregionen

Versorgungsklasse 1: Grundversorgung

21 Versorgungsregionen



Grundversorgung:

- Allgemeine Innere Medizin
- Praktischer Arzt/Ärztin
- Kinder- und Jugendmedizin

Regionen:

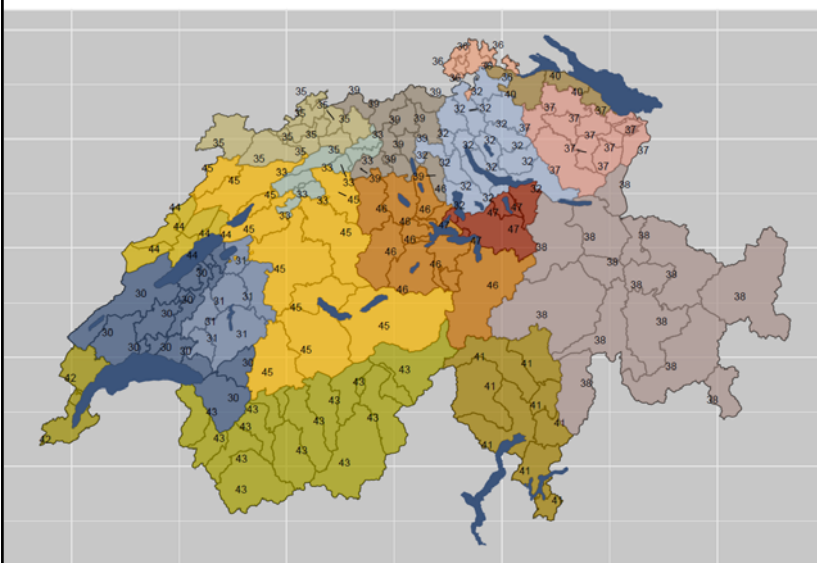
- entsprechen den Kantons Grenzen
- Ausnahmen: Ost- und Zentralschweiz

Quelle: SASIS AG – Datenpool. Darstellung Polynomics.

Folie 17

Bildung von ambulanten Versorgungsregionen

Versorgungsklasse 2: Spezialisten mit wohnortnaher Versorgung (17 Versorgungsregionen)



Definition:

- mehr als 2 Mio. Konsultationen pro Facharztgruppe
- Angebot in mind. 2/3 der Bezirke

Facharztgruppen:

- Psychiatrie und Psychotherapie
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Ophthalmologie

Überkantonale Versorgungsregionen:

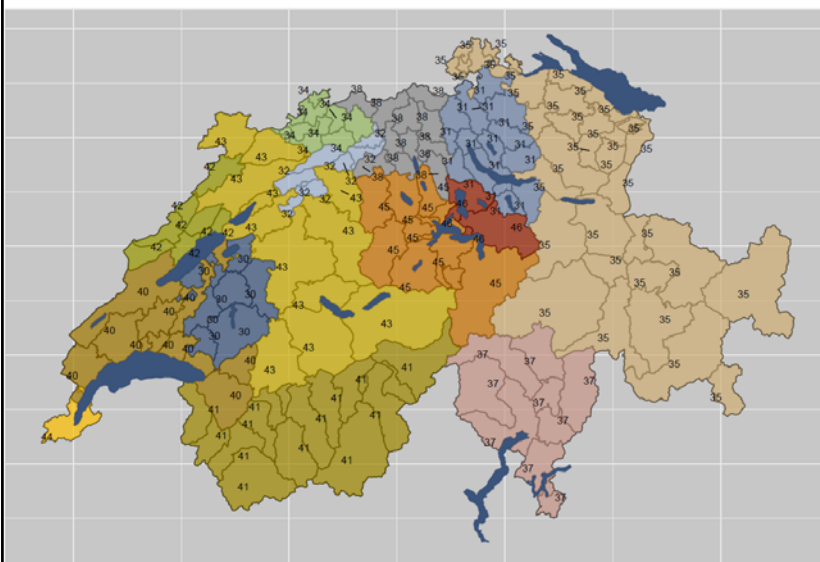
- Innerschweiz
- Ostschweiz (SG und AR/AI)

Quelle: SASIS AG – Datenpool. Darstellung Polynomics.

Folie 18

Bildung von ambulanten Versorgungsregionen

Versorgungsklasse 3: Facharztgruppen mit regionaler Versorgung (14 Versorgungsregionen)



Quelle: SASIS AG – Datenpool. Darstellung Polynomics.

Definition:

- mehr als 500'000 Konsultationen pro Facharztgruppe
- Angebot in mehr als 1/3 der Bezirke

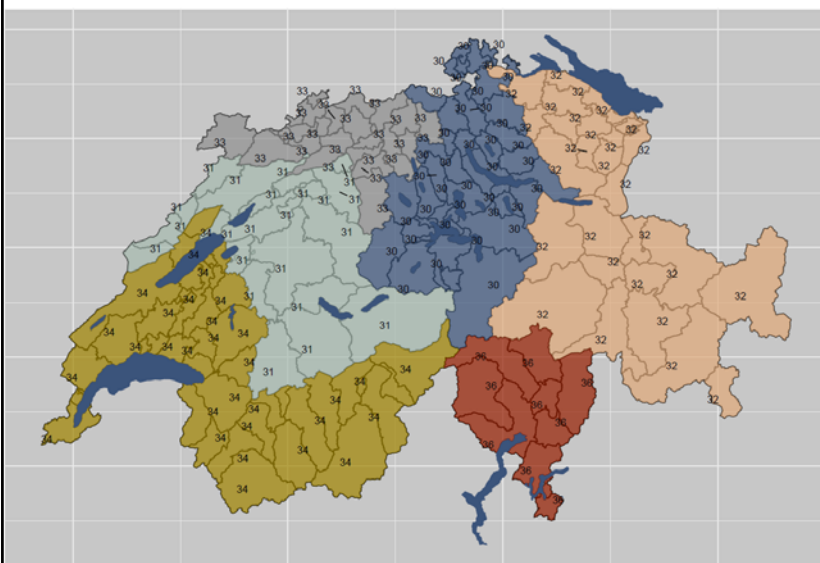
Facharztgruppen:

- Dermatologie und Venerologie
- Radiologie
- Oto-Rhino-Laryngologie
- Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates
- Rheumatologie
- Kardiologie
- Gastroenterologie
- Chirurgie
- Urologie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
- Neurologie
- Pneumologie
- Anästhesiologie

Folie 19

Bildung von ambulanten Versorgungsregionen

Versorgungsklasse 4: Facharztgruppen mit überregionaler Versorgung (6 Versorgungsregionen)



Quelle: SASIS AG – Datenpool. Darstellung Polynomics.

Definition:

- weniger als 500'000 Konsultationen pro Facharztgruppe
- Angebot in weniger als 1/3 der Bezirke

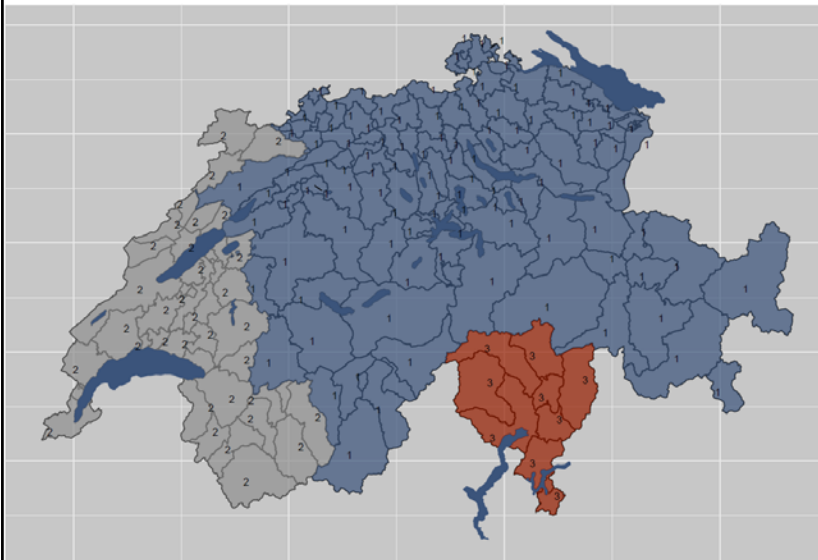
Facharztgruppen:

- Medizinische Onkologie
- Endokrinologie und Diabetologie
- Angiologie, Allergologie und klinische Immunologie
- Physikalische Medizin und Rehabilitation
- Hämatologie
- Nephrologie
- Neurochirurgie

Folie 20

Bildung von ambulanten Versorgungsregionen

Versorgungsklasse 5: sehr seltene Facharztgruppen mit Zentrumsversorgung (3 Versorgungsregionen)



Quelle: SASIS AG – Datenpool. Darstellung Polynomics.

Definition:

- sehr seltene Facharztgruppen
- 3 Sprachregionen als Versorgungsregionen
- aus Datenschutzgründen keine Analyse der Kennzahlen

Facharztgruppen:

- Handchirurgie
- Infektiologie
- Kinderchirurgie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Radio-Onkologie und Strahlentherapie

Folie 21

Bildung von ambulanten Versorgungsregionen

Überkantonaler Koordinationsbedarf

- **Grundversorger und Spezialisten mit wohnortnaher Versorgung (Versorgungsklassen 1 und 2):**
 - hohe Angebotsdichte, Versorgungsregionen überwiegend entlang der Kantons Grenzen
 - **Wenig überkantonale Koordination notwendig**
- **Facharztgruppen mit regionaler/überregionaler Versorgung und Zentrumsversorgung (Versorgungsklassen 3 und 4):**
 - deutlich geringere Angebotsdichte, Versorgungsregionen sind kantonsübergreifend
 - **überkantonale Koordination notwendig**



Geografisch kleinere Versorgungsregionen für Grundversorger und Spezialisten mit wohnortnaher Versorgung
Geografisch weiter ausgedehnte und kantonsübergreifende Versorgungsregionen für übrige Facharztgruppen.

Folie 22



santésuisse

Inhalt

1. Was heisst optimale Versorgung
2. Aufbau der Versorgungsstudie von santésuisse/Polynomics
3. Analyse der Patientenströme
4. Bildung von ambulanten Versorgungsregionen
- 5. Feststellen einer Über- oder Unterversorgung**
6. Forderungen von santésuisse

Folie 23

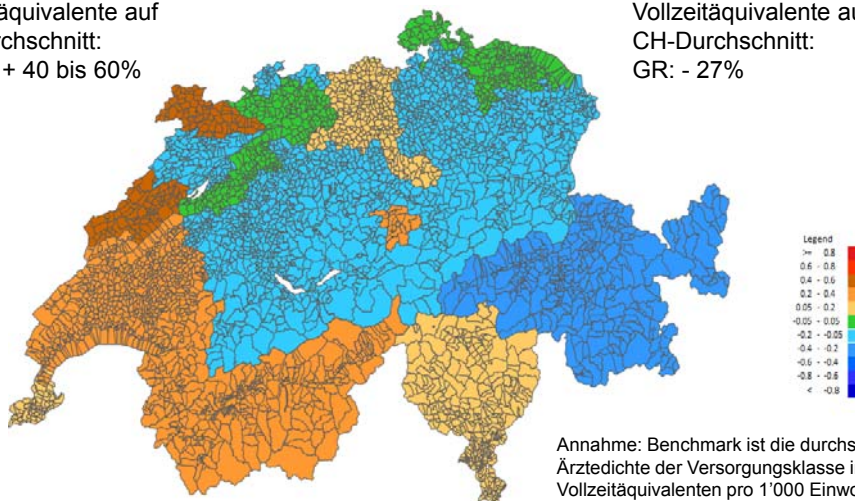


santésuisse

Beispiel 1: Feststellung einer Über- oder Unterversorgung in der Versorgungsregion Allgemeine Innere Medizin

Unterversorgung: JU, NE
erforderliche Erhöhung
Vollzeitäquivalente auf
CH-Durchschnitt:
JU/NE: + 40 bis 60%

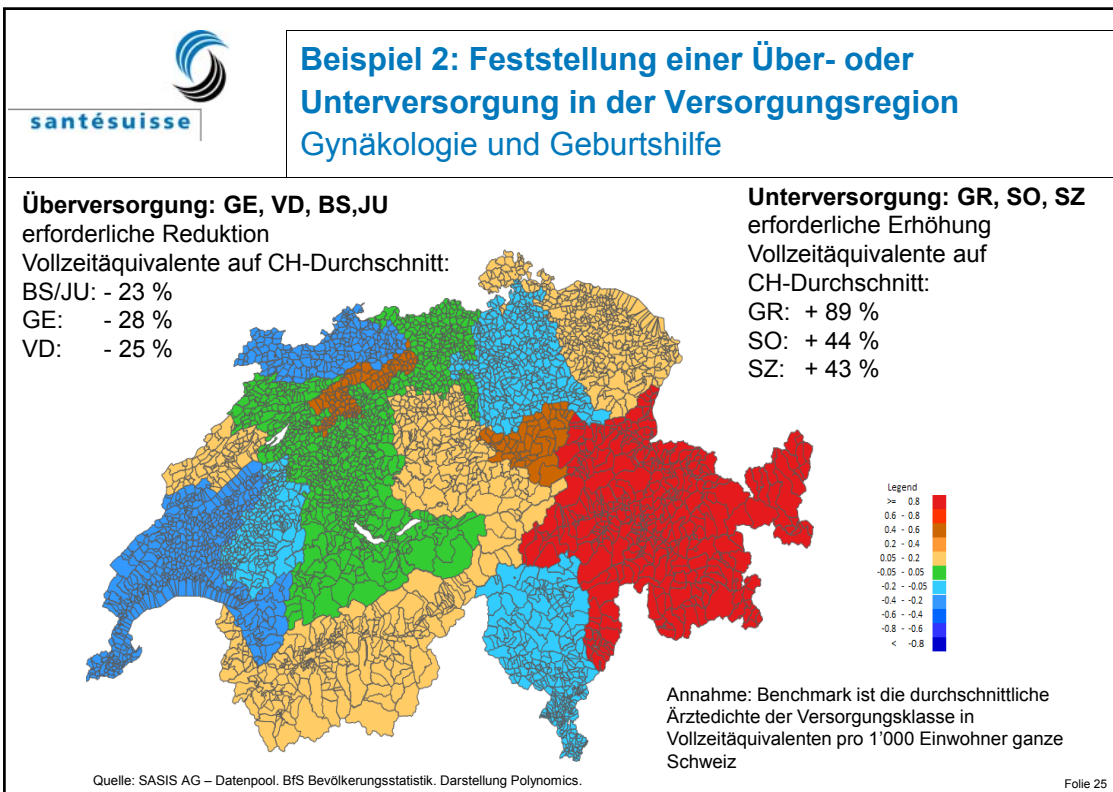
Übersversorgung: GR
erforderliche Reduktion
Vollzeitäquivalente auf
CH-Durchschnitt:
GR: - 27%



Annahme: Benchmark ist die durchschnittliche
Ärztendichte der Versorgungsklasse in
Vollzeitäquivalenten pro 1'000 Einwohner ganze
Schweiz

Quelle: SASIS AG – Datenpool. BFS Bevölkerungsstatistik. Darstellung Polynomics.

Folie 24



Feststellung einer Über- oder Unterversorgung in der Versorgungsregionen

Fazit

- Erhebliche Unterschiede in den Ärztedichten zwischen den ambulanten Versorgungsregionen
- Ärztedichte innerhalb einer Facharztgruppe schwankt von Versorgungsregion zu Versorgungsregion stark

➔ Ausgehend vom Schweizer Durchschnittswert sind in den überversorgten Gebieten Massnahmen, z. B. über die Tarifierung, zu ergreifen

Folie 26

1. Was heisst optimale Versorgung
2. Aufbau der Versorgungsstudie von santésuisse/Polynomics
3. Analyse der Patientenströme
4. Bildung von ambulanten Versorgungsregionen
5. Feststellen einer Über- oder Unterversorgung
6. **Forderungen von santésuisse**

- Schaffen von überkantonalen Versorgungsregionen (nach Facharztgruppen, bzw. Versorgungsklassen)
- Einbezug des spitalambulanten Angebots in die Versorgungsplanung/-steuerung
- Definition der optimalen Ärztedichte durch den Bund mit Richtwerten oder Bandbreiten pro Versorgungsregion und Facharztgruppe



- Lockerung des Vertragszwangs:
 - Vertragszwang bleibt in Kraft bis Erreichen der optimalen Ärztedichte
 - Lockerung Vertragszwang mit Erreichen der optimalen Ärztedichte



Herzlichen Dank!



santésuisse