

# Evolution du taux d'activité des médecins «généralistes»: eine OBSAN-Analyse<sup>1</sup>

## Die OBSAN-Analyse – eine Gleichung mit mehr Unbekannten als Bekannten

Es ist eine Rechnung mit wenigen, relativ harten Daten<sup>2</sup> und mit sehr vielen Unbekannten, Schätzwerten und Annahmen, auf welchen die OBSAN-Analyse zur Entwicklung des Aktivitätsgrads von Grundversorgerinnen und Grundversorgern zwischen 1998 und 2004 basiert. Die zentralen quantitativen Botschaften sind nicht unerwartet: Die Zahl der GrundversorgerInnen stieg im Beobachtungszeitraum insgesamt, jedoch zunehmend in den Zentren zulasten der Peripherie, wo immer weniger Hausärzte für die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung aufkommen mussten. Mit jedem weiteren fehlenden Hausarzt in der Peripherie stieg die Arbeitslast der verbliebenen Ärztinnen. Diese Entwicklung könnte sich bald auf die Qualität auswirken, sorgt sich die Autorin. Die Zahl der Konsultationen sank flächendeckend, in den Zentren mehr als auf dem Land. Das Angebot stieg jedoch nur gering. Offenbar kompensieren die GrundversorgerInnen die sinkenden Konsultationen nicht mit mehr Leistungen, sondern gestatteten sich mehr Frei- und Familienzeit oder widmeten sich den einzelnen Patienten länger.

Gegen die von der OBSAN analysierten Zahlen lässt sich nichts einwenden. Sie sind, wie sie sind. Die gesamte Komplexität der hausärztlichen Versorgung lässt sich daraus jedoch nur ansatzweise interpretieren. Die kritische Autorin ist sich dessen bewusst und weist darauf hin, dass für eine umfassende Beurteilung des Aktivitätsgrades der Grundversorger weitere Erhebungen nötig sind. Diese müssten sowohl die Konsultationsdauer als auch die Konsultationsinhalte berücksichtigen.

Der OBSAN stehen dafür keine eigenen Daten zur Verfügung, und sie darf gesetzlich keine eigenen Erhebungen durchführen. Alle ihre Analysen beruhen auf anderweitig erhobenen Daten, soweit ihr diese zur Verfügung gestellt werden; viele

werden ihr, aus welchen Gründen auch immer, vorenthalten.

### Die Konsultationszahlen der *santésuisse* unterschätzen die wirkliche Aktivität der Hausärzte

Viele Konsultationen werden beim Tiersgarant von der *santésuisse* nicht erfasst. Selten und kurz erkrankte Personen weisen oft kleinere Rechnungen, welche im Rahmen der Franchise keine Rückerstattung erlauben, nicht an die Krankenkassen weiter. Im Beobachtungsraum sind zudem die Mindest-Franchisen gestiegen, und viele Versicherte haben diese selber weiter hinaufgesetzt, um die Prämien günstiger zu halten. Chronisch Kranke mit oft hohen Rechnungen dürften ihre Arztrechnungen jedoch zu 100% an die Krankenkasse weiterleiten. Es resultiert eine Verzerrung in Richtung «höhere Kosten für weniger Menschen».

### Die nötigen Daten existieren

Der Praxisspiegel der Trustcenters könnte eine sehr tief reichende Einsicht in das hausärztliche Handeln gewähren. Diese Daten erfassen *alle* Konsultationen der angegliederten Ärzte im vollen Detail der Tarifstruktur des TARMED, abgesehen von den Diagnose- und Behandlungsdaten sowie den ausgelösten Kosten. Managed-care-Systeme könnten mit ihren Daten zusätzlich ein Bild über die veranlassten Untersuchungen und externen Behandlungen geben. Bleiben die fehlenden Diagnosedaten, welche von einer Gruppe daran interessierter und dafür geschulter Hausärzte anhand des ICPC 2<sup>3</sup> erhoben werden müssten.

### Genereller Anstieg der Konsultationszeit

Für die Beurteilung der heutigen Aktivität der Grundversorger und den künftigen Bedarf an Hausärzten ist eine Betrachtung

der Konsultationszeiten ein «sine qua non». Der Zeitbedarf für alle Konsultation ist in den letzten Jahren, wie wir Hausärzte täglich erfahren und auch von ausländischen Kollegen hören, generell gestiegen. Dies aus verschiedenen Gründen:

- Wegen der zunehmenden Komplexität der Betreuung und Therapie immer polymorbiderer Patienten, welche viele Krankheiten, die früher rasch zum Tod geführt haben, glücklicherweise länger überleben, jedoch eine lebenslängliche, häufig komplikationsträchtige Nachsorge benötigen;
- infolge der zunehmenden Interdisziplinarität der Behandlungen mit entsprechend nötigem Management;
- infolge ständig neuer Aufgaben wie Risikoerhebungs- und Präventionsarbeit, Motivation zu einem «healthier lifestyle» – vom Rauchen, über Bewegung und Alkoholkonsum bis zum Sexualverhalten usw.;
- infolge eines vermehrten, oft anxiolyzierenden Informationsbedarfs der TV- und Google-vor(des)informierten Patienten;
- infolge des «shared decision making» anstelle der patriarchalischen Medizin;

1 Hélène Jaccard Ruedin, Carine Bétrisey, Observatoire suisse de la santé, Espace de l'Europe 10, 2010 Neuchâtel. [helene.jaccardruedin@bfs.admin.ch](mailto:helene.jaccardruedin@bfs.admin.ch)

2 Konkordatsnummern und FMH-Statistik: Grundversorger bedeutet Fachärzte für Allgemeinmedizin und Innere Medizin, praktische Ärztinnen und Gruppenpraxen; Zahl der Konsultationen, welche zur Rückerstattung zu den Krankenkassen und damit zu *santésuisse* gelangt sind sowie die Bevölkerungszahlen des eidgenössischen statistischen Amtes.

3 International Classification of Primary Care: von der Wonca entwickeltes und von der WHO anerkanntes Kodierungssystem für die Hausarztmedizin; <http://docpatient.net/icpc/>; <http://www.globalfamilydoctor.com/wicc/pagers.html>

– infolge zunehmend komplexer Verlinkung von Krankheitszuständen mit sozioökonomischen Determinanten ... All dies sind sehr wertvolle und spannende Aufgaben, steigern jedoch den Zeitbedarf pro Konsultation.

### Mehr Zeitbedarf für die Konsultationen in der Stadt als auf dem Land

Die Zeiterhebung könnte aufzeigen, dass der Zeitbedarf pro Konsultation in den urbanen Zentren höher liegen dürfte, als in den ruralen Gebieten. Zu den möglichen Ursachen wage ich als städtischer Hausarzt eine Analyse. Die zunehmende Abwanderung junger, wirtschaftlich besser gestellter Familien aufs Land und eine Zuwanderung von eher problembehafteten Menschen in schwierigeren Lebenslagen in die anonymen Städte führt zu einer entsprechenden Verschiebung in der Demographie und Epidemiologie zwischen Stadt und Land. Daraus resultieren auf dem Land eine Verjüngung und damit eine durchschnittliche Gesundheitsverbesserung der Landbevölkerung mit eher akuten und weniger problematischen Krankheiten mit in der Regel gutem Heilungspotential. Umgekehrt steigt die Krankheitslast in den urbanen Zentren durch mehr ältere Leute, oft ohne Familie, durch viele sozial schlechter gestellte Menschen, oft Sozialempfänger, mehr Ausländer, mehr Randständige, Suchtpatienten. Dadurch leben in den Städten mehr polymorbide und langzeitkranke Menschen sowie solche mit generell erhöhtem Krankheitsrisiko.

Diese Umstände führen zu weniger, je-

doch längeren Konsultationen für die dichter angesiedelten Hausärzte in der Stadt und zu mehr und kürzeren Konsultationen für die weniger dicht angesiedelten Ärzte auf dem Land; bei möglicherweise gleicher Arbeitszeit.

Stadt und Land sind aufgrund dieser demographischen, epidemiologischen und sozioökonomischen Komponenten schlecht miteinander vergleichbar. Ohne eine Würdigung der qualitativen Unterschiede ergeben rein quantitative Zahlen notgedrungen ein falsches Bild. Ohne Angaben zur Konsultationszeit dürfte die OBSAN-Analyse die Arbeit der Landärzte aufgrund der höheren Konsultationszahlen über- und den Workload der Stadtärzte unterschätzen.

### Tourismusregionen

Völlig vage werden, ohne vertiefte Erhebungen, die Aussagen über die Aktivität der HausärztInnen in den Tourismusregionen. Deren Workload schwankt massiv zwischen der Saison und Zwischensaison. Sie arbeiten, vor allem in der Saison, zu einem sehr hohen Prozentsatz zuhanden der Unfallversicherer, was in der aktuellen OBSAN-Analyse, die einzig auf Angaben der santésuisse beruht, nicht erfasst werden kann. Zudem rechnet diese Ärzteguppe einen Grossteil ihrer Arbeit direkt mit den, oft aus dem Ausland stammenden, Patienten ab. Ihre Aktivität entzieht sich damit jeder herkömmlichen Erhebung. Da Tourismusgegenden ohne gute hausärztliche Betreuung unattraktiv sind, lohnte es sich, mehr über die dort arbeitenden Hausärzte zu wissen.

### Wie viele HausärztInnen braucht es in Zukunft?

Um einen seriösen Blick auf die künftig nötige Zahl an HausärztInnen zu werfen, muss all diesen gesellschaftlichen und medizinischen Gegebenheiten Rechnung getragen werden.

Die in diesem Bericht erwähnten Institutionen, santésuisse, Trustcenters, Managed Care Institutionen und die OBSAN, müssten dafür ihre Datenquellen partnerschaftlich zusammenlegen und gemeinsam auswerten.

Wir HausärztInnen müssen an solchen Studien konstruktiv mitarbeiten. Wenn wir um Teilnahme an einer Studie angefragt werden, sind wir alle aufgefordert, aktiv daran teilzunehmen und unsere Karten offen zu legen.

Denn wir HausärztInnen sind daran interessiert, unsere Arbeit realistisch abzubilden.



Bruno Kissling<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Hausarzt in der Stadt Bern seit 25 Jahren, der in den letzten Jahren auch eine rückläufige Konsultationszahl pro Jahr hat und trotzdem nicht weniger, eher mehr Stunden arbeitet.

# Commentaire sur l'analyse de l'OBSAN: Evolution du taux d'activité des médecins «généralistes»

## L'analyse de l'OBSAN – une équation avec plus d'inconnues que de connues

C'est sur un calcul relativement strict, avec peu de données<sup>1</sup> et avec beaucoup plus d'inconnues, d'estimations et d'hypothèses, que s'est basée l'analyse de l'OBSAN pour estimer l'évolution du taux d'activité des médecins de premier recours entre 1988 et 2004. Les résultats centraux quantitatifs ne sont pas inattendus: le nombre de médecins de premier recours a augmenté au total pendant la période étudiée, avec une croissance pour les régions urbaines aux dépens des régions périphériques où de moins en moins de médecins de premier recours se sont implantés. Avec chaque nouveau déficit de médecins de premier recours dans les régions périphériques, le taux d'activité des médecins restants a augmenté. Cette évolution pourrait vite avoir des conséquences sur la qualité des soins, ce qui préoccupe l'auteur. Dans les régions urbaines, plus qu'au niveau national, le nombre des consultations a diminué d'une façon générale. L'offre a augmenté toutefois de façon minime. Apparemment, les médecins de premier recours ne compensent pas la diminution du nombre de consultations par un allongement du temps de travail, mais par un allongement du temps libre ou du temps consacré à la famille, ou bien encore par un accroissement du temps individuel consacré à chaque patient.

On n'a rien à redire sur les données de l'OBSAN analysées. Elles sont telles qu'elles sont. La complexité totale des soins donnés par les médecins de famille ne nous permet toutefois qu'une ébauche d'interprétation. L'auteur est critique et consciente de la difficulté, et fait remarquer que pour une analyse exhaustive du taux d'activité des praticiens en médecine de base, d'autres études sont nécessaires.

Celles-ci devraient en plus prendre en considération la durée des consultations et leur contenu.

L'OBSAN n'a aucune donnée propre à sa disposition, et ne peut légalement mener ses propres sondages. Toutes ses analyses reposent sur des données qui ont été, jusqu'à une certaine limite, mises à sa disposition; beaucoup de données ne lui sont pas livrées, pour quelque raison que ce soit.

### Les nombres de consultations de santésuisse sous-estiment la véritable activité des médecins généralistes

Beaucoup de consultations ne sont pas recensées par le tiers garant de santésuisse. Les caisses maladie n'accordant aucun remboursement jusqu'à l'atteinte de la franchise, les personnes rarement ou peu malades ne transmettent, le plus souvent, aucune facture à leur caisse maladie. D'ailleurs, pendant le temps de cette étude, les montants minimum des franchises ont augmenté, et de nombreux assurés ont eux-mêmes augmenté cette franchise pour obtenir des primes meilleur marché. Cependant, les malades chroniques, avec des factures souvent élevées, pouvaient transmettre, à 100%, leurs honoraires de médecins aux caisses maladie. Il en résulte une distorsion du genre «des coûts plus élevés pour moins de personnes».

### Les données nécessaires existent

Le reflet de la pratique des trustcenters pourrait apporter une compréhension profonde et aboutie de l'activité des médecins généralistes. Les données des trustcenters prennent en compte *toutes* les consultations des médecins affiliés, dans la globalité des détails de la structure

du Tarmed, à l'exception des données concernant le diagnostic et le traitement, ainsi que les éventuelles dépenses consécutives. Les systèmes de type «Managed Care» pourraient accessoirement fournir, avec leurs données, une image des examens prescrits et des traitements externes. Il reste la question des données diagnostiques manquantes, qu'un groupe de généralistes intéressés et formés à cet effet devrait relever avec l'aide de l'ICPC 2<sup>2</sup>.

### L'augmentation générale du temps de consultation

La considération du temps passé en consultation est une condition «sine qua non» de l'appréciation de l'activité actuelle des généralistes et des besoins futurs en médecins de famille. D'une manière générale, ces dernières années, nous avons fait l'expérience que le temps passé pour chaque consultation n'a cessé d'augmenter, et nos confrères étrangers le confirment. Ceci pour différentes raisons:

- à cause de la croissante complexité des soins et des thérapies; les patients chroniques polymorbides, qui auparavant mouraient rapidement de maladies, survivent heureusement aujourd'hui plus longtemps; toutefois,

1 Codes créanciers et statistiques de la FMH: médecin de base signifie spécialiste en médecine générale et en médecine interne, médecins praticiens et cabinets de groupe; nombre des consultations: nombre arrivé aux caisses maladies pour être remboursé et ensuite envoyé à santésuisse, nombre d'habitants: selon l'Office fédéral de la statistique.

2 International Classification of Primary Care: système de codage conçu par la WONCA et homologué par la WHO pour la médecine générale; <http://docpatient.net/icpc/> ou <http://www.globalfamilydoctor.com/wicc/pagers.html>.

ils nécessitent des soins à vie, souvent sujets à complications;

- à la suite de l'interdisciplinarité croissante des traitements, avec le management nécessaire correspondant;
- à la suite de perpétuelles nouvelles tâches, comme les enquêtes sur le risque et le travail préventif, la motivation à un «healthier lifestyle» (sans tabac ni alcool, allant de l'activité physique aux performances sexuelles, etc.);
- à la suite du besoin croissant d'informations, souvent anxiolytique, de patients pré(dés)informés par la télévision ou Google;
- à la suite de «shared decisions makings» au lieu de médecine patriarcale;
- à la suite d'une corrélation complexe et croissante des états de maladie avec des déterminants socioéconomiques ...

Tous ces aspects sont très précieux et passionnants, mais ils augmentent le temps nécessaire par consultation.

### Pour les consultations, le besoin de temps est plus grand en ville qu'à la campagne

L'enquête sur le temps pourrait montrer que la durée par consultation en milieu urbain devrait être plus importante qu'en milieu rural. En tant que médecin de famille en milieu urbain, j'ose une analyse sur les raisons possibles. La migration croissante vers la campagne de jeunes familles économiquement favorisées, et une immigration vers les villes anonymes de personnes plutôt problématiques et aux conditions de vie difficiles, conduit à un décalage du même type dans la démographie et dans l'épidémiologie entre la ville et la campagne. Il en résulte un rajeunissement de la campagne et donc en moyenne une amélioration de la santé de sa population, avec, en règle générale, des maladies plus aiguës mais moins problé-

matiques et un bon potentiel de guérison. Inversement, le taux de maladie augmente en région urbaine, à cause des personnes plus vieilles, souvent sans famille, des nombreux défavorisés, souvent assistés, du plus grand nombre d'étrangers, de marginaux et de drogués. Pour ces raisons, il y a en ville plus de personnes polymorbides, atteintes de maladies de longue durée ou ayant un risque de maladie plus élevé.

Ces circonstances mènent les médecins de famille, dont la densité en ville est plus grande, à faire de moins nombreuses, mais de plus longues consultations, alors que les médecins de famille ruraux plus clairsemés feront de plus nombreuses mais plus courtes consultations; avec peut-être le même temps de travail.

En raison de ces composantes démographiques, épidémiologiques et socioéconomiques, il est difficile de comparer la ville et la campagne. Si l'on néglige ces différences qualitatives, les chiffres purement quantitatifs fournissent forcément une image biaisée. Sans données précises sur la durée des consultations, les analyses de l'OBSAN pourraient sous-estimer la charge de travail des médecins urbains, par rapport aux médecins ruraux qui ont un nombre plus élevé de consultations.

### Régions touristiques

En l'absence de sondage approfondi, les résultats à propos de l'activité des médecins généralistes dans les régions touristiques restent complètement vagues. Entre la pleine saison et la saison creuse, la charge de travail fluctue énormément. Les généralistes travaillent surtout pendant la haute saison, atteignant un pourcentage très élevé au regard de l'assurance-accidents, ce qui n'est pas pris en compte dans l'analyse actuelle de l'OBSAN, cette dernière reposant uniquement sur les données de santésuisse. En outre, cette catégorie de médecins facture en

grande partie directement avec les patients qui, souvent, sont des ressortissants de pays étrangers. Ainsi, leur activité n'entre pas en compte dans les enquêtes traditionnelles. Comme les régions touristiques sans un bon encadrement médical sont peu attrayantes, il vaudrait la peine d'en savoir plus sur les médecins généralistes de ces régions.

### De combien de médecins généralistes aura-t-on besoin dans le futur?

Pour un regard sérieux sur le nombre futur et nécessaire de médecins généralistes, il faut tenir compte de toutes ces circonstances sociales et médicales. Pour cela, toutes les institutions mentionnées dans cet article (santésuisse, les trustcenters, les institutions «Managed Care» et l'OBSAN) devraient mettre ensemble leurs sources de données et les exploiter en partenaires.

Nous, médecins généralistes, devons participer de façon constructive à de telles études. Cela signifie que nous devons, lorsque nous sommes sollicités, participer activement à une telle étude et jouer cartes sur table.

Car il est de notre intérêt de donner une image réaliste de notre travail.



Bruno Kissling<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Médecin généraliste à Berne depuis 25 ans, qui ces dernières années a également enregistré une baisse du nombre de ses consultations, sans pour autant travailler moins longtemps, car son nombre d'heures a même augmenté.