



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse

Hélène Jaccard Ruedin, Maik Roth,
Carine Bétrisey, Nicola Marzo,
André Busato

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une unité organisationnelle de l'Office fédéral de la statistique, née dans le cadre du projet de politique nationale suisse de la santé et mandatée par la Confédération et les cantons. L'Observatoire suisse de la santé analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, consultez www.obsan.ch et www.nationalegesundheit.ch.

L'Obsan confie à des experts externes ou à ses collaborateurs le soin d'élaborer les rapports spécialisés, qui constituent ses documents de travail. Ces rapports doivent servir de base de travail aux spécialistes du domaine de la santé. Les auteurs sont responsables de la rédaction et du contenu de leurs rapports.

Hélène Jaccard Ruedin, Maik Roth, Carine Bétrisey, Nicola Marzo, André Busato
Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse

Document de travail 22
Avril 2007

Commandes:
Office fédéral de la statistique
CH-2010 Neuchâtel
Tél. 032 713 60 60 / Fax 032 713 60 61
E-Mail: order@bfs.admin.ch
CHF 20.– (TVA excl.)
ISBN-13: 978-3-907872-36-9

© Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.obsan.ch

Direction du projet à l'Obsan :
Hélène Jaccard Ruedin: tél. 032 713 68 02

Adresse des auteurs:
Hélène Jaccard Ruedin, Maik Roth, Carine Bétrisey
Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel

Nicola Marzo
Direction générale de la santé
Avenue de Beau-Séjour 24
Case postale 76
1211 Genève 4

PD Dr. André Busato
Institut für evaluative Forschung in orthopädischer Chirurgie
der Universität Bern (IEFO)
Stauffacherstrasse 78
3014 Bern



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory



u^b

^b
**UNIVERSITÄT
BERN**

Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse

Document de travail 22

Hélène Jaccard Ruedin¹, Maik Roth¹, Carine Bétrisey¹

Nicola Marzo²

André Busato³

1: Observatoire suisse de la santé

2: DES-Département de l'économie et de la santé, Genève

3: Institut für Evaluative Forschung in Orthopädie, Universität Bern

Observatoire suisse de la santé
Neuchâtel, avril 2007

Table des matières

| | | | |
|--|----|---|-----|
| Résumé | 5 | 4 Comparaison de l'approche utilisée par l'Obsan avec l'enquête réalisée dans le canton de Genève | 79 |
| Zusammenfassung | 19 | 4.1 Contexte | 79 |
| 1 Introduction | 33 | 4.2 Définition et méthodologie | 79 |
| 2 Méthodologie | 37 | 4.3 Résultats pour le canton de Genève | 80 |
| 2.1 Sources de données | 37 | 4.4 Comparaison avec les résultats de l'Obsan | 81 |
| 2.2 Unités d'étude | 38 | 4.5 Conclusion | 83 |
| 2.3 Approche choisie pour définir une activité à plein temps en cabinet | 41 | 5 Modèle d'analyse des déterminants de l'activité médicale ambulatoire en médecine de base | 85 |
| 2.4 Indicateurs utilisés | 42 | 5.1 Introduction | 85 |
| 2.5 Validation de l'approche par les APT | 43 | 5.2 Méthodologie | 85 |
| 2.6 Modèle d'analyse des déterminants de l'activité médicale ambulatoire en médecine de base | 43 | 5.3 Description des variables | 86 |
| 2.7 Protection des données et présentation des résultats | 43 | 5.4 Analyse bivariée | 87 |
| Analyse de l'offre | 45 | 5.5 Analyse multivariée | 88 |
| 3 Offre en soins médicaux ambulatoires au sein de l'Assurance obligatoire de soins | 47 | 5.6 Synthèse | 89 |
| 3.1 Introduction | 47 | 6 Offre en médecine ambulatoire, discussion | 91 |
| 3.2 Médecine de base Plus | 49 | Analyse du recours | 97 |
| 3.3 Offre en médecine de base | 55 | 7 Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in der Schweiz zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) | 99 |
| 3.4 Offre en gynécologie | 56 | 7.1 Einleitung | 99 |
| 3.5 Offre en pédiatrie | 58 | 7.2 Methoden | 99 |
| 3.6 Synthèse pour la médecine de base Plus | 59 | 7.3 Inanspruchnahme an ambulanten Leistungen auf nationaler Ebene im 2004 | 102 |
| 3.7 Médecine spécialisée sans activité chirurgicale | 60 | 7.4 Inanspruchnahme von Leistungen der Allgemeinmedizin im 2004 | 105 |
| 3.8 Synthèse pour la médecine spécialisée sans activité chirurgicale | 66 | 7.5 Inanspruchnahme von Gynäkologie Leistungen im 2004 | 109 |
| 3.9 Médecine spécialisée avec activité chirurgicale | 67 | 7.6 Inanspruchnahme von Pädiatrie Leistungen im 2004 | 112 |
| 3.10 Synthèse pour la médecine spécialisée avec activité chirurgicale | 71 | | |
| 3.11 Psychiatrie | 72 | | |
| 3.12 Synthèse pour la psychiatrie | 77 | | |

| | | | | | |
|----------|--|-----|--------------------|--|-----|
| 7.7 | Inanspruchnahme von Leistungen der Fachmedizin ohne und mit chirurgischer Tätigkeit im 2004 | 115 | 9 | Recours aux soins dans l'Enquête suisse sur la santé 2002 | 145 |
| 7.8 | Inanspruchnahme an Leistungen der Psychiatrie, Kinderpsychiatrie | 122 | 9.1 | Introduction | 145 |
| 7.9 | Inanspruchnahme an ambulanten Spitalleistungen | 125 | 9.2 | Méthodologie | 145 |
| 7.10 | Recours aux consultations médicales ambulatoires dans l'Assurance Obligatoire de soins: Résumé | 128 | 9.3 | Description du recours aux soins dans l'Enquête suisse sur la santé 2002 | 147 |
| 8 | Soziodemographische und strukturelle Determinanten der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Allgemeinmediziner*innen in der Schweiz | 131 | 9.4 | Influence des déterminants sociodémographiques sur le recours aux soins médicaux ambulatoires et son intensité | 153 |
| 8.1 | Einleitung | 131 | 9.5 | Synthèse | 156 |
| 8.2 | Methoden | 131 | 9.6 | Discussion | 156 |
| 8.3 | Resultate | 135 | 10 | Recours aux soins médicaux ambulatoires: Discussion | 159 |
| 8.4 | Diskussion | 140 | Conclusions | | 161 |
| 8.5 | Zusammenfassung | 143 | 11 | Conclusions | 163 |
| | | | 12 | Bibliographie | 165 |
| | | | Annexes | | 167 |

Résumé

Contexte

La médecine ambulatoire est actuellement soumise à des changements structurels d'origines diverses. Des pressions d'ordre politique tentent de limiter l'offre en soins ambulatoires qualifiée parfois de pléthorique, en limitant l'ouverture de nouveaux cabinets ou en proposant d'introduire la liberté de contracter entre assureurs-maladie et médecins ou autres prestataires de soins. Mais le corps médical est aussi confronté à des pressions démographiques – vieillissement et féminisation des effectifs – et structurelles – concentration de la profession en milieu urbain, prédominance de la médecine spécialisée, diminution du temps de travail et désintérêt croissant pour la profession, notamment pour la médecine de premier recours.

Le vieillissement de la population impliquera à court terme une augmentation potentielle de la demande en soins et il devient difficile de savoir si l'on se trouve dans une situation de pléthore ou de pénurie et comment évoluera l'équilibre entre l'offre et la demande à l'avenir. Dans un tel contexte les discussions devraient pouvoir s'appuyer sur des connaissances détaillées de l'interface offre/recours aux soins.

L'objectif de ce travail est de décrire de manière systématique l'offre et le recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse en 2004 à l'échelon régional, en tenant compte du taux d'activité des médecins. Il s'agit aussi de fournir des éléments permettant de comprendre les différences régionales constatées autant pour l'offre que pour le recours, en analysant les liens existant entre taux d'activité et caractéristiques démographiques des praticiens ou entre offre et recours à ces services.

Méthode

Pour la première fois, l'offre médicale ambulatoire en cabinet est décrite en tenant compte du taux d'activité réalisée par les médecins et de leur structure démographique. Le taux d'activité est estimé à partir du nombre de consultations facturées à l'Assurance Obligatoire de Soins (AOS) et du nombre de patients traités durant l'année 2004 pour chaque praticien ayant exercé dans le cadre de cette assurance.

Un seuil correspondant à une activité de 100% est défini à partir des percentiles 75 de la distribution nationale du nombre de consultations facturées et du nombre de patients traités dans une spécialité donnée, durant une année. La méthode exacte pour estimer ce seuil a été mise sur pied dans le cadre d'un groupe de travail réunissant des experts de différents milieux (OFSP, CDS, FMH, santésuisse, Obsan). Sachant quel nombre de consultations facturées ou de patients traités correspond à un taux d'activité de 100% dans une spécialité donnée, un taux d'activité est attribué à chaque praticien de cette spécialité selon l'activité qu'il aura fournie. La somme des taux d'activité attribués aux médecins d'une région représente le nombre d'Activité Plein temps (APT)¹ de cette région. Rapporté à sa population, on obtient une densité d'APT, qui correspond à une quantité de soins médicaux disponibles pour cette population durant l'année. La même méthode étant appliquée à tous les praticiens d'une spécialité, elle permet de faire des comparaisons régionales de l'offre existante par spécialité.

Pour réaliser ces estimations, les sources de données utilisées sont les informations géographiques et démographiques de l'OFS et le pool de données santésuisse[®]. L'offre décrite de cette manière représente donc uniquement l'activité réalisée au sein de l'AOS. Les consultations facturées à d'autres assurances (complémentaires, accident, invalidité, militaire) ou les consultations payées par les ménages et non transmises à l'assureur ne sont pas prises en compte ici. Il s'agit donc d'une estimation minimale. En outre, les informations utilisées dans cette étude ne renseignent pas sur le contenu, la durée ou les coûts de ces

¹ L'Activité Plein Temps fait référence à un nombre de consultations réalisées ou un nombre de patients traités, mais ne se rapporte pas à un nombre d'heures travaillées. Le terme d'Equivalent Plein Temps qui décrit plutôt un nombre d'heures travaillées ne s'applique pas à cet indicateur-ci et doit être évité.

consultations. Malgré cette limitation, cette approche permet une description plus précise de l'offre que le seul calcul de densités de médecins.

Ces informations sont complétées par des données du registre des médecins de la FMH afin de décrire la structure démographique des médecins (âge et sexe) et d'identifier les régions où la féminisation de la profession prend le plus d'ampleur ou celles dans lesquelles les praticiens sont particulièrement âgés. De telles données permettent aussi d'étudier le lien existant entre l'âge et le sexe des médecins et leur taux d'activité.

Ce rapport se concentre sur les spécialités médicales exerçant leur activité en cabinet. Les spécialités n'ayant a priori pas de patients ambulatoires, comme par exemple la médecine légale ou la médecine du travail ont été exclues, tout comme les praticiens n'ayant facturé aucune consultation à l'AOS en 2004. Pour des raisons de protection des données, les résultats présentés dans ce rapport doivent toujours concerner au moins 6 praticiens. C'est pourquoi les titres fédéraux de spécialistes retenus ont été regroupés dans les catégories suivantes:

| | |
|---|--|
| Médecine de base: | Médecins praticiens sans titre reconnu, généralistes, internistes sans sous-spécialité, cabinets de groupes. Cette catégorie représente plus ou moins les «Généralistes» |
| Médecine de base Plus: | Médecine de base + gynécologues ² et pédiatres |
| Médecine spécialisée sans activité chirurgicale: | Sous-spécialités en médecine interne: allergologie, angiologie, cardiologie, rhumatologie, endocrinologie-diabétologie, pneumologie, hématologie, gastro-entérologie, néphrologie, neurologie, médecine physique et réadaptation, oncologie, infectiologie. Autres spécialités: médecine tropicale, dermatologie-vénérologie. |
| Médecine spécialisée avec activité chirurgicale: | Chirurgie, chirurgie pédiatrique, orthopédie, ophtalmologie, ORL, neurochirurgie, chirurgie cardiaque, urologie, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie esthétique. |
| Psychiatrie: | Psychiatres et psychiatres pour enfants |

La pédiatrie et la gynécologie étant des spécialités aux effectifs relativement restreints, les résultats les concernant sont regroupés avec la catégorie «Médecine de base» pour former la catégorie «Médecine de base Plus». Cette catégorie représente la catégorie des «médecins de premier recours».

Une fois l'offre décrite, il s'agit de savoir qui parmi la population y fait appel: à quel âge recourt-on à quel type de consultations? Quelles différences observe-t-on entre les types de régions?

Le **recours aux soins médicaux ambulatoires** est abordé à travers les mêmes banques de données (pool de données santésuisse[®] et données géographiques et démographiques de l'OFS) et ne fait donc référence qu'au recours réalisé au sein de l'AOS. Il est estimé par le nombre de consultations facturées par classe d'âge, par sexe et par spécialité médicale, pour une population donnée. Ces consultations sont rapportées au lieu de domicile du patient et sont indépendantes du lieu où se déroule la consultation. Elles ne permettent pas d'identifier les patients et ne fournissent aucunes informations sur leur état de santé. L'indicateur calculé est le taux d'incidence des consultations, soit le nombre moyen de consultations/habitant sur une année.

Pour la médecine de base, l'influence de différents déterminants socioéconomiques sur le recours aux soins est également analysée dans un modèle de régression linéaire hiérarchique. Le modèle utilisé se base sur une nouvelle définition de régions de soins qui permet une analyse plus précise de l'influence de ces facteurs sur le recours aux soins. Il s'agit notamment d'étudier dans quelle mesure la densité médicale influence le recours aux soins.

² Pour des raisons de simplification, le terme de gynécologie est utilisé ici pour la gynécologi-obstétrique.

Ces résultats sont complétés par une analyse du recours aux soins dans l'Enquête suisse sur la santé 2002 (ESS). Le recours y est rapporté indépendamment du type d'assurance auquel il se réfère. Outre l'âge et le sexe des personnes recourant aux soins ambulatoires, l'ESS renseigne sur le niveau socioéconomique des patients, sur l'intensité des consultations ou les différents types de médecins consultés par une même personne.

L'offre et le recours aux soins sont décrits pour les 106 régions de Mobilité Spatiale proposées par l'OFS. Ces régions sont regroupées en six types de régions selon leurs caractéristiques socioéconomiques. On distingue:

| | |
|--|---|
| Trois régions plutôt urbaines: | Centres avec Hôpital Universitaire (par exemple Genève, Berne) Régions métropolitaines (par exemple Winterthur, Gros-de-Vaud) Agglomérations tertiaires (par exemple Neuchâtel, Lucerne, Bellinzona) |
| Trois régions plus périphériques: | Régions industrielles (par exemple Soleure, Jura) Régions touristiques (par exemple Martigny, Davos) Régions rurales (par exemple Jura bernois, Toggenburg) |

Limites de cette analyse

Les analyses reposent essentiellement sur le pool de données santésuisse® et leurs limites sont celles de cette source d'information. Tout d'abord, elles ne se réfèrent qu'aux consultations facturées à l'Assurance Obligatoire de Soins (AOS) et l'analyse ne porte pas sur le contenu, la durée ou le coût des consultations. D'autre part, le taux de couverture des consultations payées par les ménages dans le cadre de leur franchise est inconnu. Il est possible que ce taux varie selon d'une région à l'autre selon le principe de remboursement en vigueur (tiers payant ou tiers garant).

Les travaux concernent un groupe de fournisseurs très hétérogène, par rapport à la quantité et le type de soins prodigués. Il a néanmoins été tenu compte de la variation inter-spécialité en attribuant à chaque spécialité son propre seuil d'Activité Plein Temps (APT) de 100%.

Principaux résultats concernant la Médecine de base et la Médecine de base Plus

Ces deux catégories représentent respectivement 44% et 56% des praticiens et ceux-ci réalisent 49% et 59% des consultations facturées à l'AOS. La Médecine de base est aussi la catégorie la plus homogène par rapport à sa distribution géographique et son activité. Certaines questions n'ont pu être abordées que pour cette catégorie.

Distribution des praticiens en Médecine de base sur l'ensemble du territoire suisse

Pour la médecine de base, l'effectif des médecins diminue de 33% lorsqu'on l'exprime en terme d'Activité Plein Temps (APT). Ceci correspond à une densité nationale de 6,3 APT/10 000 habitants (Tableau R1).

Plusieurs situations expliquent un **rapport APT/Médecins bas**, sans qu'il soit possible de faire la part de chacune. Certains médecins travaillent à temps partiel ou ont une activité plus importante dans le cadre d'autres assurances que l'AOS. Il est aussi possible qu'ils facturent peu de consultations mais que celles-ci soient plus longues que la moyenne des consultations réalisées par cette catégorie de médecins. A l'inverse un **rapport APT/Médecins élevé**, c'est-à-dire proche ou supérieur à 1, indique que ces médecins sont en moyenne plus actifs que leurs confrères ou que plusieurs praticiens facturent sous le même numéro de code créancier, par exemple dans le cadre d'un cabinet de groupe.

- C'est dans les **Centres avec Hôpital Universitaire**, où la densité de praticiens est la plus élevée, que l'approche par les APT a le plus grand impact puisque le nombre d'APT ne représente que 50% du nombre de médecins pratiquant en médecine de base. Alors que la densité des médecins dépasse de 35% la moyenne suisse, la densité exprimée en terme d'APT devient égale à celle-ci.
- Dans les **Régions métropolitaines**, où la densité des médecins installés est inférieure à la moyenne nationale, le nombre d'APT correspond à environ 2/3 du nombre de médecins praticiens, valeur comparable à la moyenne nationale. Par conséquent la densité en terme d'APT devient inférieure à la moyenne suisse.
- Dans les **Agglomérations tertiaires**, l'offre en APT représente 74% du nombre de médecins, soit un rapport supérieur à la moyenne suisse. Comme les médecins installés y sont relativement nombreux, l'offre en terme d'APT/10 000 habitant dépasse la moyenne nationale.
- Dans les **Régions industrielles et rurales**, les APT représentent plus de 80% de l'effectif des praticiens, indiquant une activité facturée par médecin supérieure à la moyenne. De ce fait, bien que la densité des médecins y soit inférieure à la moyenne, les densités en APT dépassent légèrement la moyenne nationale.
- Dans les **Régions touristiques**, où le nombre de médecins est relativement élevé, l'activité facturée est aussi supérieure à la moyenne nationale. Ainsi, l'offre en terme d'APT/10 000 habitants dépasse la moyenne nationale.

Tableau R1 Offre en médecine de base en 2004, selon les types de régions MS

| Médecine de base | Médecins/ 10 000 habitants | APT/ 10 000 habitants | APT/ Médecins (%) | % Femmes | % Médecins âgés de <41 ans | % Médecins âgés >60 ans |
|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------|-----------|-------------------------------|----------------------------|
| Suisse | 9,4 | 6,3 | 67 | 20 | 10 | 19 |
| Centres avec Hôpital Universitaire | 12,7 | 6,3 | 50 | 25 | 11 | 20 |
| Régions métropolitaines | 8,5 | 5,8 | 68 | 20 | 11 | 18 |
| Agglomérations tertiaires | 9,1 | 6,7 | 74 | 18 | 10 | 18 |
| Régions industrielles | 7,9 | 6,6 | 83 | 14 | 9 | 17 |
| Régions touristiques | 9,6 | 6,9 | 72 | 14 | 8 | 20 |
| Régions rurales | 7,8 | 6,6 | 84 | 12 | 7 | 18 |

Sources: OFS, santésuisse, FMH; Analyses: Obsan

Médecins gynécologues et pédiatres peu représentés dans les régions périphériques

Outre les médecins «généralistes», la médecine de base Plus est aussi composée des gynécologues et des pédiatres. L'effectif des **médecins gynécologues** diminue de 32% lorsque l'on considère les APT. Ces praticiens se concentrent aussi dans les régions urbaines. Au niveau national, le rapport entre nombre d'APT et de médecins est comparable à celui observé pour la catégorie médecine de base, mais la répartition par type de région varie: en gynécologie, les rapports les plus bas concernent les Centres avec Hôpital Universitaire (60%) puis les régions rurales (66%), tandis que le rapport le plus élevé, indiquant une activité facturée relativement importante s'observe dans les régions touristiques (91%) et les agglomérations tertiaires (82%) (Tableau R2).

Parmi les **pédiatres**, on retrouve un schéma analogue à celui observé en médecine de base. A l'échelon national, l'effectif des pédiatres diminue de 37% lorsqu'on l'exprime en terme d'APT. Le rapport APT/Médecins, minimal dans les Centres avec Hôpital Universitaires, augmentent en allant vers la périphérie: dans les régions rurales. Dans ces dernières, l'effectif en APT représente 90% de l'effectif des pédiatres, indiquant une activité facturée à l'AOS très importante (Tableau R2).

Tableau R2 Offre en gynécologie et pédiatrie en 2004, selon les types de régions MS

| Gynécologie | Médecins/ 10 000 habitantes | APT/10 000 habitantes de plus de 15 ans | APT/ Médecins (%) | % Femmes | % Médecins âgés de <41 ans | % Médecins âgés >60 ans |
|---------------------------------------|--------------------------------|--|-------------------|-----------|-------------------------------|----------------------------|
| Suisse | 3,3 | 2,3 | 68 | 31 | 7 | 21 |
| Centres avec Hôpital Universitaire | 5,5 | 3,3 | 60 | 32 | 7 | 23 |
| Régions métropoliaines | 2,8 | 1,9 | 68 | 34 | 9 | 16 |
| Agglomérations tertiaires | 3,1 | 2,6 | 82 | 29 | 6 | 22 |
| Régions industrielles | 2,7 | 1,9 | 72 | 24 | 9 | 23 |
| Régions touristiques | 2,0 | 1,8 | 91 | 28 | 0 | ND |
| Régions rurales | 1,9 | 1,3 | 66 | 25 | ND | 17 |

| Pédiatrie | Médecins/ 10 000 enfants | APT/10 000 enfants < 16 ans | APT/ Médecins (%) | % Femmes | % Médecins âgés de <41 ans | % Médecins âgés >60 ans |
|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-------------------|-----------|-------------------------------|----------------------------|
| Suisse | 5,9 | 3,7 | 63 | 38 | 14 | 24 |
| Centres avec Hôpital Universitaire | 11,5 | 5,5 | 48 | 42 | 11 | 28 |
| Régions métropoliaines | 5,2 | 3,6 | 69 | 38 | 21 | 23 |
| Agglomérations tertiaires | 6,0 | 4,2 | 70 | 34 | 9 | 24 |
| Régions industrielles | 4,4 | 3,0 | 68 | 33 | 15 | 18 |
| Régions touristiques | 2,7 | 2,0 | 74 | 22 | ND | ND |
| Régions rurales | 2,5 | 2,2 | 90 | 34 | 17 | 15 |

Sources: OFS, santésuisse, FMH; Analyses: Obsan

ND: non disponible

Malgré l'activité relativement importante des pédiatres et gynécologues installés en périphérie, l'offre y reste basse. Une partie de ces consultations est probablement reprise par les médecins de base de ces régions, ce qui explique l'activité relativement élevée de ces derniers dans les régions rurales.

Offre élevée de la Médecine de premier recours dans les Centres avec hôpital universitaire et les agglomérations tertiaires

Lorsque l'on examine l'offre en **médecine de base Plus**, catégorie qui regroupe les trois catégories précédentes et qui représente donc la **médecine de premier recours**, l'offre la plus élevée se situe dans les Centres avec Hôpital universitaire et les agglomérations tertiaires, où les trois catégories médicales sont bien représentées. Dans les régions métropolitaines et surtout dans les régions périphériques, l'offre basse est liée à la présence moins importante de pédiatres et gynécologues. L'activité relativement élevée des praticiens installés ne compense que partiellement leur présence plus limitée (Tableau R3).

Tableau R3 Offre en Médecine de base Plus en 2004, selon les types de régions MS

| Type de région MS | Médecine de base | Gynécologie | Pédiatrie | Médecine de base Plus |
|------------------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | APT / 10 000 Habitants | APT / 10 000 habitantes | APT / 10 000 enfants | APT / 10 000 habitantes |
| Suisse | 6,3 | 2,3 | 3,7 | 12,3 |
| Centres avec Hôpital Universitaire | 6,3 | 3,3 | 5,5 | 15,1 |
| Régions métropoliaines | 5,8 | 1,9 | 3,6 | 11,2 |
| Agglomérations tertiaires | 6,7 | 2,6 | 4,2 | 13,5 |
| Régions industrielles | 6,6 | 1,9 | 3,0 | 11,5 |
| Régions touristiques | 6,9 | 1,8 | 2,0 | 10,7 |
| Régions rurales | 6,6 | 1,3 | 2,2 | 10,2 |

Sources: OFS, santésuisse, FMH; Analyses: Obsan

Si l'on examine l'offre dans les régions MS, 36 des 106 régions ont des densités inférieures à 10,0 APT/10 000 habitants en médecine de base Plus et 12 régions une offre inférieure à 8,0 APT/10 000 habitants (moyenne nationale: 12,3 APT/10 000 habitants). Il s'agit pour la plupart de régions immédiatement voisines de régions dotées d'une offre élevée (par exemple l'Aaretal et Bern, le Jura bernois et la région de Bienne) mais il s'agit aussi de régions décentrées et plus isolées, comme la Basse Engadine ou le Glarner Hinterland.

Pas de pénurie mais les possibilités de réponse à une augmentation des besoins pourraient être compromises dans les régions périphériques

L'écart entre nombre de médecins et nombre d'APT diminue progressivement des régions urbaines vers les régions périphériques, indiquant que plus on s'éloigne des centres, plus l'activité facturée à l'AOS par les praticiens est importante. Or, plus l'écart entre le nombre d'APT et le nombre de praticiens est grand, plus ces praticiens sont théoriquement susceptibles d'augmenter leur temps de travail, si cela devenait nécessaire. Ce rapport entre le nombre d'APT et de praticiens nous renseigne indirectement sur **l'élasticité de l'offre**, face à une augmentation des besoins. Une telle situation peut survenir de manière brusque lors de la fermeture d'un cabinet ou de manière progressive avec le vieillissement de la population locale. C'est donc en périphérie que cette offre est la moins élastique.

La signification de l'élasticité de l'offre dépend aussi de la densité de cette offre: une élasticité faible dans une région où la densité est basse entraînera plus rapidement des conséquences néfastes que dans une zone ayant a priori une offre surabondante. En médecine de base, 23 régions MS principalement des régions périphériques mais aussi d'autres régions plus centrées (par exemple Martigny, Monthey, La Broye, Bellinzona, etc) ont une offre en médecine de base faible, fournie par des praticiens facturant plus de consultations que la moyenne. En cas d'augmentation du recours (ou de baisse de l'offre suite à la fermeture d'un cabinet), leur capacité à étendre leur activité est plus limitée qu'ailleurs.

On trouve aussi 43 régions où l'offre est supérieure à la moyenne nationale mais où le rapport APT/Médecins est élevé. Il s'agit essentiellement de régions périphériques (15 régions rurales, 7 régions touristiques et 12 régions industrielles) mais aussi de 8 régions plus urbaines. L'élasticité y est également moindre, car les praticiens y facturent déjà plus de consultations que la moyenne (par exemple Brig, Visp, Mendrisio etc). Seules douze régions, essentiellement des régions urbaines, se caractérisent par une forte élasticité, avec une densité d'APT élevée et un faible rapport APT/Médecins. En d'autres termes, bien qu'il n'y ait pas d'évidence de pénurie en 2004, une telle situation pourrait se développer rapidement, en présence d'une augmentation du recours ou de fermeture de cabinets.

Effectif plus âgé des praticiens en Médecine de base et Médecine de base Plus que dans les autres catégories

Un cinquième des praticiens de médecine de base Plus sont des femmes. Ces praticiennes semblent s'installer essentiellement dans les régions urbaines Ceci peut s'expliquer par la plus grande offre en structures d'accueil extra-familiales ou par des services de garde plus légers. Leur proportion chute dans les régions périphériques. Les différences régionales sont moins marquées pour la gynécologie et la pédiatrie.

La moitié des praticiens de médecine de base Plus a plus de 50 ans et un cinquième plus de 60 ans, âge qui dispense souvent des services de garde. On ne note pas de gradient entre les centres urbains et la périphérie pour les médecins âgés. Seul un praticien sur dix a moins de 40 ans. Ces médecins, représentant les médecins qui viennent d'ouvrir un cabinet, sont un peu plus nombreux dans les Centres avec Hôpital Universitaire ou les régions métropolitaines.

La moyenne d'âge des médecins de ces catégories s'élève à 53 ans. Si cette valeur est comparable à celle des médecins spécialisés, elle n'a pas la même signification car l'âge moyen auquel un médecin s'installe

est plus bas pour les médecins généralistes (37 ans) que pour certaines catégories de médecins spécialisés (jusqu'à 45 ans). Une moyenne d'âge de 53 ans représente donc un effectif globalement plus âgé en médecine de base que pour une autre catégorie.

Lorsque l'on examine le lien entre le taux d'activité et les caractéristiques démographiques de ces praticiens – analyse qui n'a pu être faite que pour la médecine de base –, on constate qu'il existe un lien positif et significatif entre le rapport femmes/hommes des praticiens et un taux d'activité réduit: si ce rapport s'élève de 0,2 à 0,4, on constate une diminution de 14% du taux d'activité exprimé par le rapport APT/Médecins. On n'observe pas de lien entre un taux d'activité réduit et une forte proportion de médecins âgés.

Deux types de Médecine de premier recours: la médecine urbaine et la médecine périphérique

L'offre en médecine de base Plus se caractérise donc par des différences régionales concernant à la densité des praticiens, leur taux d'activité (du moins dans l'AOS) et leur taux de féminisation. Selon les régions, la présence ou non de gynécologues et de pédiatres implique un spectre plus ou moins large d'activité pour les praticiens de médecine de base. On peut dès lors distinguer deux formes de «médecine premier recours»:

Une «médecine plutôt urbaine» avec des effectifs plus féminins et un taux d'activité facturée plus bas. Cet effectif est composé de médecins «généralistes», pédiatres et gynécologues, secondé par les autres catégories de médecins spécialistes. Par conséquent, on peut supposer que le spectre d'activité des praticiens de médecine de base y est plus limité.

Une «médecine plutôt périphérique» moins féminisée, représentée d'abord par des médecins «généralistes» (médecine de base), couvrant un spectre d'activité potentiellement plus large. Le taux d'activité facturée par ces praticiens peut être très élevé, ce qui implique une capacité limitée pour faire face à une augmentation des besoins ou une diminution de l'offre locale (départ à la retraite d'un confrère ou d'une consoeur).

Recours à la Médecine de base plus intensif dans les régions périphériques

Le recours aux consultations de médecine de base augmente de 1 consultation/habitant avant 19 ans à 10 consultations/habitant après 80 ans. Avant 66 ans, ce taux d'incidence est légèrement plus élevé chez les femmes que chez les hommes, mais les différences s'effacent au-delà de cet âge. Au niveau du type régional, ce mode de consultation est plus important dans les régions périphériques et est le plus faible dans les Centres avec Hôpital Universitaire.

Tableau R4 Consultations/habitant dans l'AOS en 2004 selon les spécialités et par type de régions MS

| Recours (Consultation/habitant/année) | Médecine de base | Gynécologie (habitantes) | Pédiatrie (habitants <19 ans) | Médecine spécialisée sans activité chirurgicale | Médecine spécialisée avec activité chirurgicale | Psychiatrie |
|--|------------------|-----------------------------|-------------------------------------|---|---|-------------|
| Suisse | 2,95 | 0,59 | 1,36 | 0,63 | 0,59 | 0,36 |
| Centres avec Hôpital Universitaire | 2,60 | 0,61 | 1,81 | 0,80 | 0,64 | 0,62 |
| Régions métropolitaines | 2,87 | 0,64 | 1,42 | 0,65 | 0,63 | 0,36 |
| Agglomérations tertiaires | 3,31 | 0,61 | 1,33 | 0,57 | 0,58 | 0,27 |
| Régions industrielles | 3,01 | 0,55 | 1,22 | 0,55 | 0,55 | 0,27 |
| Régions touristiques | 3,02 | 0,53 | 0,80 | 0,54 | 0,51 | 0,15 |
| Régions rurales | 3,24 | 0,49 | 0,91 | 0,40 | 0,50 | 0,18 |

Sources: OFS, santésuisse; Analyses: IEFO

Lorsque l'on analyse ce recours dans les régions MS, il existe un gradient Est-Ouest, le taux d'incidence variant entre plus de 4 consultations/habitant dans certaines régions de Suisse orientale et 0,7 consultation/habitant dans certaines régions de Suisse occidentale. Cette différence pourrait en partie refléter des modes de fonctionnement différents en rapport avec la pro-pharmacie, plus répandue en Suisse orientale, ou en rapport avec le mode de prise en charge des factures par les assureurs (tiers payant ou tiers garant).

En ce qui concerne les autres spécialités de la médecine de base Plus, le recours le plus important en gynécologie est rencontré parmi les femmes de 19-40 ans puis diminue chez les femmes plus âgées. Dans cette catégorie d'âge, le recours le plus faible s'observe parmi les femmes vivant dans les Centres avec Hôpital Universitaire. Il est possible que ces Centres regroupent plus de femmes dont le contrôle gynécologique annuel constitue l'unique contact avec un médecin. Si leur facture n'est pas transmise à leur assurance-maladie, ce contact ne figure pas dans le pool de données santésuisse® et le taux de recours au gynécologue reste sous-estimé. En pédiatrie, le taux de recours des garçons est légèrement plus important que celui des filles. Il est maximal dans les Centres avec Hôpital Universitaire et diminue dans les régions périphériques.

Autant en gynécologie qu'en pédiatrie, les habitants des régions rurales compensent peu l'absence d'offre locale par des consultations de pédiatrie ou de gynécologie chez des praticiens d'autres régions. Ces consultations sont probablement assurées par les médecins généralistes, ce qui confirme l'hypothèse de différentes formes de médecine de base, selon que l'on pratique dans un centre urbain ou en périphérie.

Si l'on assimile le terme de «médecin de famille» utilisé dans l'Enquête Suisse sur la santé 2002 (ESS 2002) aux praticiens de la catégorie «médecine de base», les données de l'ESS complètent les analyses du pool de données santésuisse®. Après avoir contrôlé l'influence de l'état de santé auto-évalué, on trouve également un lien significatif et positif dans l'ESS, entre le recours au médecin de famille et l'âge et le genre (avant 65 ans, les femmes recourent plus au médecin de famille, au-delà, les différences s'effacent). On constate en outre un lien positif et statistiquement significatif pour le recours au médecin de famille par les personnes ayant un bas niveau d'éducation ou de nationalité étrangère.

L'ESS fournit également des informations sur l'intensité de la prise en charge: l'âge élevé, être une femme ou avoir un niveau d'éducation bas augmentent l'intensité de la prise en charge par le médecin de famille. Cette influence ne se retrouve pas pour la nationalité. De même, on n'observe pas de lien significatif entre le recours au médecin de famille ou l'intensité de cette prise en charge et la langue ou le fait de vivre dans un environnement urbain ou rural.

Relation entre l'offre et le recours: Différences plus marquées dans les régions urbaines

Lorsque l'on aborde l'interface offre/recours aux soins, les différences sont surtout marquées entre les trois types de régions urbaines:

Les **Centres avec Hôpital Universitaire** sont dotés d'une offre importante en médecine de premier recours. Le taux d'activité facturée à l'AOS y est relativement bas. Malgré cela, l'offre reste élevée. Elle exerce un pouvoir d'attraction sur les habitants des autres régions, plus marquée dans les cantons villes (BS, GE) que dans les autres villes.

Dans les **Régions métropolitaines** la médecine de base et la pédiatrie prédominent. La gynécologie y est moins présente et les habitants de ces régions font appel à celle-ci à l'extérieur de leur région.

Après les 5 Centres avec Hôpital universitaire, c'est dans les **Agglomérations tertiaires** que se concentre une bonne part de la médecine de premier recours. On y constate une forte activité en pédiatrie et en gynécologie. L'offre locale élevée semble être majoritairement consommée par les habitants de ces régions.

Finalement, dans les trois **Régions périphériques** (industrielle, touristique et rurale) la médecine de base prédomine sur la pédiatrie et la gynécologie. Les habitants ne semblent pas compenser l'absence locale d'offre par des visites médicales dans d'autres régions.

Existence possible d'une faible demande induite par l'offre en Suisse alémanique

L'analyse des déterminants du recours aux soins révèle l'existence d'un lien positif entre le recours aux soins de médecine de base et la densité des médecins installés. Ce lien est faible et n'est significatif qu'en Suisse alémanique. Pour un praticien de médecine de base supplémentaire pour 10 000 habitants, le taux d'incidence des consultations s'élève de 0,06 consultation par habitant. En d'autres termes, si dans une région de 10 000 habitants, la densité de praticiens passe de 9 à 10 médecins/10 000 habitants, on observe une augmentation du recours total de 600 consultations. Néanmoins, ce lien n'explique que 10% des variations régionales du recours aux soins ambulatoires en Suisse alémanique et 3% au niveau suisse. Ces résultats laissent suspecter la présence d'une induction minimale du recours à la médecine de base par l'offre, mais uniquement en Suisse alémanique, où le recours à ce genre de médecine est plus important.

La densité des médecins spécialistes a pour sa part un effet «protecteur» sur le recours au médecin de base, compatible avec un effet de substitution de la médecine de base par la médecine spécialisée. Néanmoins, cet effet est extrêmement petit et n'est de nouveau significatif qu'en Suisse alémanique (pour un médecin spécialiste /10 000 habitant de plus, on aura une réduction de 100 consultations de médecine de base). Ces résultats, qui reposent sur les données d'une seule année, sont encore insuffisants pour tirer des conclusions définitives par rapport à une demande induite par l'offre, mais ils permettent de formuler des hypothèses qu'il s'agira de vérifier et de compléter par des analyses supplémentaires.

Principaux résultats concernant la Médecine spécialisée

Ces médecins représentent 30% de l'effectif retenu pour cette analyse et réalisent 20% des consultations facturées à l'AOS. Ces deux catégories (médecine spécialisée avec ou sans activité chirurgicale) sont plus hétérogènes que les précédentes, autant par rapport au type de consultations réalisées que par rapport au taux d'activité réalisée pour le compte d'autres assurances. De plus leur distribution régionale est plus irrégulière.

Concentration des médecins spécialistes dans les Centres avec Hôpital Universitaire et les Agglomérations tertiaires

L'offre en médecine spécialisée se concentre dans les Centres avec Hôpital Universitaire puis les agglomérations tertiaires. Elle est moins présente dans les régions métropolitaines et les trois types de régions périphériques. Pour les deux catégories, l'effectif exprimé en APT représente 65-67% de l'effectif des praticiens. Comme pour la médecine de base Plus, cette différence s'explique par une activité à temps partiel, une activité facturée pour le compte d'autres assurances ou reflète des différences dans la durée des consultations, par rapport aux autres praticiens de la même spécialité.

- L'impact de notre approche est de nouveau maximal pour les praticiens installés dans les **Centres avec Hôpital Universitaire**. L'effectif exprimé en APT représente 56%-58% de celui des praticiens. Malgré cette activité relativement réduite, c'est dans ces centres que la densité est la plus élevée.
- Dans les **Agglomérations tertiaires**, où la densité de médecins dépasse la moyenne nationale, le rapport APT/Médecins est plus bas en médecine spécialisée sans activité chirurgicale (67%) qu'en médecine spécialisée avec activité chirurgicale (75%), indiquant que l'activité facturée à l'AOS par médecin est plus élevée pour cette dernière catégorie. Les densités exprimées en APT restent supérieures aux moyennes nationales.

- Dans les **Régions métropolitaines, industrielles, touristiques et rurales**, l'effectif des APT représente en général 70-75% de l'effectif des médecins indiquant des taux d'activité importants, mais ces praticiens sont généralement peu nombreux. Par conséquent, malgré une activité facturée à l'AOS par médecin plus élevée que la moyenne, les densités en APT restent basses (Tableau R5).

Tableau R5 Offre en Médecine spécialisée en 2004, selon les types de régions MS

| Médecine spécialisée sans activité chirurgicale | Médecins/ 10 000 habitants | APT/ 10 000 habitants | APT/ Médecins (%) | % Femmes | % Médecins âgés de <41 ans | % Médecins âgés >60 ans |
|---|----------------------------|-----------------------|-------------------|-----------|----------------------------|-------------------------|
| Suisse | 3,0 | 2,0 | 65 | 18 | 7 | 20 |
| Centres avec Hôpital Universitaire | 5,8 | 3,3 | 58 | 21 | 8 | 24 |
| Régions métropolitaines | 2,1 | 1,6 | 75 | 17 | 8 | 14 |
| Agglomérations tertiaires | 3,6 | 2,5 | 67 | 16 | 8 | 20 |
| Régions industrielles | 1,8 | 1,3 | 70 | 14 | 4 | 18 |
| Régions touristiques | 2,2 | 1,6 | 72 | 14 | ND | 12 |
| Régions rurales | 1,0 | 0,8 | 75 | 9 | ND | 23 |
| Médecine spécialisée avec activité chirurgicale | Médecins/ 10 000 habitants | APT/ 10 000 habitants | APT/ Médecins (%) | % Femmes | % Médecins âgés de <41 ans | % Médecins âgés >60 ans |
| Suisse | 3,4 | 2,3 | 67 | 13 | 8 | 23 |
| Centres avec Hôpital Universitaire | 6,0 | 3,4 | 56 | 16 | 7 | 26 |
| Régions métropolitaines | 2,4 | 1,9 | 78 | 15 | 7 | 21 |
| Agglomérations tertiaires | 4,0 | 3,0 | 75 | 10 | 11 | 21 |
| Régions industrielles | 2,3 | 1,7 | 72 | 10 | 6 | 20 |
| Régions touristiques | 2,3 | 1,5 | 65 | 8 | ND | 18 |
| Régions rurales | 1,5 | 1,1 | 75 | 8 | 6 | 25 |

Sources: OFS, santésuisse, FMH; Analyses: Obsan

ND: non disponible

Peu de femmes en Médecine spécialisée, en particulier dans les spécialités avec activité chirurgicale

Avec moins de 18% de praticiennes, les femmes sont moins présentes en médecine spécialisée sans activité chirurgicale, qu'en médecine de base Plus. Elles sont encore moins nombreuses dans la catégorie avec activité chirurgicale. Comme en médecine de base Plus, elles se concentrent dans les régions urbaines, tandis qu'elles représentent moins de 10% des praticiens dans les régions rurales.

L'âge moyen de ces médecins est de 53 ans. La proportion de médecins installés âgés de moins de 40 ans est plus faible qu'en médecine de base Plus ce qui s'explique aussi par la plus longue formation post-graduée. C'est dans les Centres avec Hôpital Universitaires et dans les régions rurales que la proportion de praticiens âgés de plus de 60 ans est la plus élevée, tandis que les proportions les plus faibles se rencontrent dans les régions touristiques.

A partir de 80 ans, les hommes font plus appel que les femmes au médecin spécialiste

Comme pour la médecine de base, le recours à ce genre de soins augmente avec l'âge, passant de moins de 0,3 consultation/habitant avant 19 ans à 1,5 au-delà de 80 ans. Le recours se stabilise au-delà de 65 ans, de manière plus marquée pour la médecine spécialisée sans activité chirurgicale. Les femmes de moins de 65 ans font plus appel à ces soins que les hommes. A l'inverse, à partir de 80 ans, les hommes recourent plus à ce genre de médecins que les femmes (respectivement 1,6 et 1,4 en médecine spécialisée sans activité chirurgicale et 1,9 et 1,6 en médecine spécialisée avec activité chirurgicale).

En ce qui concerne le recours par type de régions, il existe un gradient entre les Centres avec Hôpital Universitaires et les régions périphériques, nettement plus marqué pour la médecine spécialisée sans activité chirurgicale que pour la médecine spécialisée avec activité chirurgicale (Tableau R4).

La majorité des patients font appel à la Médecine de base et la Médecine spécialisée

En Suisse occidentale, les habitants consomment moins de soins que ceux de Suisse orientale, autant en médecine de base qu'en médecine spécialisée mais ils font relativement plus appel aux soins «spécialisés». Le pool de données santésuisse® ne fournit pas d'indication sur le recours simultané à différents médecins. Cette question peut être par contre abordée au travers de l'Enquête suisse sur la santé.

Dans l'ESS 2002, moins de 7% de la population ne fait appel qu'au médecin spécialiste. Il semble donc que le médecin spécialiste soit rarement la «porte d'entrée» dans la filière des soins ambulatoires. Le recours conjoint au médecin de famille et au médecin spécialiste est par contre plus courant et la moitié des personnes de plus de 65 ans rapportent ce mode de consultation. On peut donc supposer que le recours au médecin spécialiste est plutôt lié à des consultations de référence.

Lorsque l'offre local est basse, la question se pose de savoir s'il y a substitution ou non. L'analyse présentée plus haut concernant le taux d'incidence de la médecine de base laisse supposer un effet minime de substitution de la médecine de base par la médecine spécialisée. Cependant, il n'est pas possible de tirer des conclusions sans connaître le contenu des consultations réalisées, information qui n'était pas disponible pour cette analyse.

Principaux résultats concernant la Psychiatrie

Les psychiatres représentent 15% de l'effectif des médecins retenus pour cette analyse et réalisent 6% des consultations facturées à l'AOS. A l'échelon national, l'offre exprimée en APT représente 78% du nombre de médecins. Ceci s'explique en partie par le fait que la proportion d'activité facturée à d'autres assurances que l'AOS est probablement plus faible en psychiatrie. En outre, l'élasticité concernant la durée des consultations est plus réduite. On obtient une densité nationale de 4 APT/10 000 habitants, mais la distribution de cette offre est très hétérogène. Dix-sept régions n'ont pas d'offre en psychiatrie.

Concentration de la psychiatrie dans les Centres avec Hôpital Universitaire et les Agglomérations tertiaires

- Concernant les types de régions, la majorité des psychiatres se localise dans les **Centres avec Hôpital Universitaires** où l'effectif exprimé en APT représente 69% de l'effectif des médecins. Rapportée à la population cible la densité des APT y est la plus élevée.
- Les psychiatres sont également relativement nombreux dans les **Agglomérations tertiaires**, où leur taux d'activité facturée est important puisque les APT représentent 99% des médecins.
- Dans les **Régions métropolitaines, industrielles, touristiques et rurales** on note une diminution progressive de la densité d'APT (Tableau R6).

Tableau R6 Offre en Psychiatrie en 2004, selon les types de régions MS

| Psychiatrie | Médecins/ 10 000 habitants | APT/ 10 000 habitants | APT/ Médecins (%) | % Femmes | % Médecins âgés de <41 ans | % Médecins âgés >60 ans |
|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------|-----------|-------------------------------|----------------------------|
| Suisse | 5,4 | 4,2 | 78 | 40 | 6 | 19 |
| Centres avec Hôpital Universitaire | 7,8 | 8,7 | 69 | 42 | 6 | 22 |
| Régions métropoliaines | 2,4 | 3,5 | 82 | 41 | 7 | 14 |
| Agglomérations tertiaires | 2,7 | 4,6 | 99 | 33 | 6 | 16 |
| Régions industrielles | 1,8 | 2,8 | 94 | 34 | 6 | 22 |
| Régions touristiques | 0,9 | 0,8 | 73 | 29 | 0 | ND |
| Régions rurales | 0,8 | 0,9 | 80 | 43 | ND | 16 |

Sources: OFS, santésuisse, FMH; Analyses: Obsan

ND: non disponible

Proportion élevée de praticiennes parmi les psychiatres

Avec 40% de femmes, les psychiatres sont la catégorie la plus «féminisée». Par rapport aux autres catégories, on n'observe pas un gradient marqué entre les centres urbains et la périphérie.

Avec une moyenne d'âge de 53 ans, seuls 6% ont moins de 40 ans. La proportion de ces psychiatres jeunes est à peine plus élevée en régions métropolitaines. Un cinquième de ces praticiens ont plus de 60 ans. Les proportions les plus basses se rencontrent dans les régions métropolitaines.

Démences et dépressions des personnes âgées ne sont souvent pas traitées par les psychiatres

Avec un taux de recours moyen de 0,4 consultation/habitant, ce sont surtout les adultes entre 20-65 ans qui recourent à ce genre de service, le recours étant plus élevé chez les femmes que chez les hommes (différence de 0,3 consultation/habitant). Ces taux chutent à 0,1 chez les personnes retraitées. Le recours est trois fois plus élevé dans les Centres avec Hôpital Universitaire que dans les régions rurales et touristiques. On peut dès lors supposer que dans la plupart des régions, surtout en périphérie, la majorité des démences et des dépressions des personnes âgées sont prises en charge par les médecins de premier recours ou alors en institution (Tableau R4).

Conclusions et perspectives

Ce travail dresse un premier état des lieux de l'offre en médecine ambulatoire pour l'ensemble de la Suisse, de manière exhaustive et standardisée et permet de procéder à des comparaisons régionales dans un domaine jusque-là méconnu. Il met en évidence un clivage entre médecine urbaine et médecine rurale d'une part, et entre médecine de base et médecine spécialisée d'autre part.

Dans les régions urbaines les praticiens ont généralement des taux d'activités plus restreints, du moins au sein de l'AOS, et les femmes sont plus nombreuses que dans les régions périphériques. La médecine périphérique est assurée pour sa part par un effectif moins féminisé et dont les taux d'activité peuvent être importants.

Alors que la médecine spécialisée se concentre dans les villes, la médecine de base est répartie sur l'ensemble du territoire et joue un rôle prépondérant pour les soins aux personnes âgées. En périphérie elle joue aussi un rôle de substitution des autres disciplines comme la gynécologie, la pédiatrie ou la psychiatrie.

En 2004, seules quelques régions avaient des densités d'offre permettant de suspecter une pénurie. Cependant, l'élasticité de l'offre existante est limitée dans une majorité des régions périphériques. Dans ces régions, l'équilibre actuel pourrait être rapidement compromis en cas d'une élévation importante des besoins ou d'une baisse rapide de l'offre. Cette dernière situation peut survenir lors de la fermeture de cabinets, une éventualité d'autant plus probable que les effectifs sont relativement âgés dans toutes les spécialités et dans la majorité des régions.

Ces travaux fournissent des premières pistes pour comprendre les interactions existant dans le domaine des soins médicaux ambulatoires. Il est prévu de les compléter en se concentrant sur d'autres dimensions (évolution du taux de travail des praticiens entre 1998 et 2004, relation existant entre l'intensité de la prise en charge et la densité médicale). Cependant, les données disponibles sont encore incomplètes et ces résultats restent une estimation de la réalité. Par cette analyse, ce sont aussi les lacunes actuelles en matière de données statistiques précises du domaine des soins médicaux ambulatoires qui sont mises en évidence.

Zusammenfassung

Kontext

Die ambulante Medizin steht derzeit von mehreren Seiten her unter Druck: Auf der politischen Ebene wird versucht, die ambulante Versorgung einzuschränken, indem man die Eröffnung neuer Arztpraxen limitiert oder die Vertragsfreiheit zwischen Krankenversicherern und Ärzten³ oder anderen Leistungserbringern einführen möchte. Die Ärzteschaft selbst steht unter einem demografischen Druck durch Alterung und Feminisierung der Ärzteschaft. Ein struktureller Druck baut sich ferner auf, durch Konzentration des Berufs auf städtische Gebiete, zunehmende Spezialisierung, Arbeitszeitverkürzung und steigendes Desinteresse für den Berufsstand, insbesondere für die Hausarztmedizin.

Parallel dazu ist jedoch wegen der Alterung der Bevölkerung mit einer zumindest kurzzeitig steigenden Nachfrage nach medizinischen Leistungen zu rechnen. Es ist deshalb schwierig abzuschätzen, ob es zur Zeit ein Überangebot oder eine Unterversorgung gibt und wie sich in Zukunft das Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage entwickeln wird. Die in diesem Zusammenhang geführten Diskussionen sollten auf detaillierten Kenntnissen der Schnittstelle «Angebot/Inanspruchnahme medizinischer Versorgung» beruhen können.

Mit dieser Studie sollen das Angebot und die Inanspruchnahme der ambulanten Leistungen in der Schweiz im Jahr 2004 auf regionaler Stufe unter Berücksichtigung des Aktivitätsgrades der Ärzte systematisch beschrieben werden. Zusätzlich sollen Grundlagen geliefert werden, welche die regionalen Unterschiede im Angebot und in der Inanspruchnahme erklären. Diesbezüglich werden der Zusammenhang zwischen Aktivitätsgrad und demografischen Merkmalen der Leistungserbringer oder zwischen Angebot und Inanspruchnahme der Leistungen analysiert.

Methoden

Zum ersten Mal wird das **ambulante medizinische Angebot in der Praxis** unter Berücksichtigung des Aktivitätsgrades der Ärzte und ihrer demografischen Struktur beschrieben. Der Aktivitätsgrad wird aufgrund von zwei Indikatoren eingeschätzt: der Anzahl Konsultationen, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) verrechnet werden, und der Anzahl Patienten, die von jedem in der OKP tätigen Arzt im Jahr 2004 behandelt wurden.

Der Schwellenwert für eine 100%-Tätigkeit entspricht der 75. Perzentil der nationalen Verteilung der Anzahl verrechneter Konsultationen und der behandelten Patienten jeder ärztlichen Fachrichtung während eines Jahres. Die exakte Methode zur Bestimmung dieses Schwellenwertes wurde im Rahmen einer Arbeitsgruppe mit Vertretern aus verschiedenen Kreisen (BAG, GDK, FMH, santésuisse, Obsan) entwickelt. Ist die Anzahl verrechneter Konsultationen oder behandelte Patienten einer Fachrichtung, welche einem Aktivitätsgrad von 100% entspricht, gegeben, kann jedem Arzt der Fachrichtung ein Aktivitätsgrad entsprechend seiner Leistungen zugeordnet werden. Die Summe der ermittelten Aktivitätsgrade der Ärzte einer Region widerspiegelt die Anzahl Vollzeitaktivitäten (VZA)⁴ dieser Region. Übertragen auf deren Bevölkerung erhält man eine VZA-Dichte, die einem bestimmten Mass an verfügbarer ärztlicher Versorgung für die betrachtete Bevölkerung während des Jahres entspricht. Da die gleiche Methode auf alle Ärzte eines Fachgebietes angewendet wird, können regionale Vergleiche der ärztlichen Versorgung nach Fachgebieten vorgenommen werden.

³ Zur besseren Lesbarkeit des Textes wird jeweils die männliche Form verwendet auch wenn beide Geschlechter gemeint sind.

⁴ Die Vollzeitaktivität nimmt Bezug auf eine Anzahl Konsultationen oder eine Anzahl behandelte Patienten, nicht aber auf die geleisteten Arbeitsstunden. Der Begriff Vollzeitäquivalent, der eine Anzahl geleisteter Stunden beschreibt, ist für diesen Indikator nicht anwendbar.

Als Datenquellen für die Erhebungen dienen die geografischen und demografischen Informationen des BFS sowie der Datenpool von santésuisse®. Das in dieser Weise beschriebene Angebot bezieht sich einzig auf die Tätigkeit im Rahmen der OKP. Konsultationen zu Lasten anderer Versicherungen (Zusatzversicherungen, Unfall, Invalidität, Militär) oder Konsultationen, welche die Haushalte selber bezahlen und nicht an den Versicherer weiterleiten, sind hier nicht berücksichtigt. Es handelt sich also um eine Mindestschätzung. Ausserdem geben die Informationen, die in dieser Studie verwendet werden, keinen Aufschluss über Inhalt, Dauer oder Kosten der Konsultationen. Trotz dieser Einschränkung ermöglicht diese Vorgehensweise eine genauere Beschreibung des Angebots als die einzige Berechnung der Ärztedichte.

Die Informationen werden mit den Daten des FMH-Ärztereisters ergänzt, um die demografische Struktur der Ärzteschaft (Alter und Geschlecht) zu beschreiben und die Regionen zu identifizieren, wo die Feminisierung des Berufsstandes am weitesten verbreitet ist oder die Leistungserbringer besonders alt sind. Anhand dieser Daten ist es auch möglich, den Zusammenhang zwischen Alter und Geschlecht und dem Tätigkeitsgrad der Leistungserbringer festzustellen.

Der vorliegende Bericht konzentriert sich auf die ärztlichen Fachgebiete, deren Vertreter in Praxen tätig sind. Ausgeschlossen wurden Fachgebiete, die von vorneherein keine ambulanten Patienten haben, wie zum Beispiel die Rechtsmedizin oder die Arbeitsmedizin. Das gleiche gilt für Ärztinnen und Ärzte, die im Jahr 2004 keine Konsultationen zulasten der OKP abgerechnet haben. Aus Datenschutzgründen stammen die vorgestellten Ergebnisse immer von mindestens sechs Leistungserbringern. Die untersuchten eidgenössisch anerkannten Fachtitel mussten deshalb in den folgenden Kategorien zusammengefasst werden:

| | |
|---|---|
| Allgemeinmedizin: | Praktizierende Ärzte ohne anerkannten Titel, Allgemeinärzte, Allgemeininternisten ohne Subspezialisierung, Gruppenpraxen. Diese Kategorie entspricht mehr oder weniger den «Allgemeinärzten». |
| Allgemeinmedizin Plus: | Allgemeinmedizin + Gynäkologie ⁵ und Pädiatrie |
| Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit: | Subspezialisierungen der inneren Medizin: Allergologie, Angiologie, Kardiologie, Rheumatologie, Endokrinologie-Diabetologie, Pneumologie, Hämatologie, Gastroenterologie, Nephrologie, Neurologie, physikalische Medizin und Rehabilitation, Onkologie, Infektiologie. Weitere Spezialisierungen: Tropenmedizin, Dermatologie-Venerologie. |
| Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit: | Chirurgie, Kinderchirurgie, Orthopädie, Ophthalmologie, ORL, Neurochirurgie, Herzchirurgie, Urologie, Kiefer- und Gesichtschirurgie, ästhetische Chirurgie. |
| Psychiatrie: | Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie |

Die Pädiatrie und die Gynäkologie sind Fachgebiete mit einem relativ kleinen Ärzteanteil. Aus diesem Grunde werden deren Ergebnisse der Kategorie «Allgemeinmedizin» zugeordnet, um die Kategorie «Allgemeinmedizin Plus» zu bilden. Diese Gruppe stellt die Kategorie der «Grundversorger» dar.

Ist das Angebot einmal beschrieben, geht es darum zu wissen, welche Bevölkerungsteile dieses in Anspruch nehmen: In welchem Alter wird welche Art von Behandlung beansprucht? Welche Unterschiede werden zwischen den einzelnen Regionstypen beobachtet?

Die **Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen** wird anhand der gleichen Datenbanken untersucht und bezieht sich erneut nur auf die Inanspruchnahme im Rahmen der OKP, die anhand der verrechneten Konsultationen nach Altersklasse, Geschlecht und Fachrichtung für eine gegebene Bevölkerung ermittelt wird. Die Konsultationen werden den Wohnorten der Patienten zugeordnet, ungeachtet des Ortes, wo die Konsultationen stattfinden. Sie liefern keinerlei Hinweis auf den Gesundheitszustand der Patienten. Der berechnete Indikator ergibt die Inzidenzrate der Konsultationen, d.h. die durchschnittliche Anzahl Konsultationen pro Einwohner in einem Jahr.

⁵ Der Einfachheit halber wird hier der Begriff Gynäkologie für die Gynäkologie und Geburtshilfe verwendet

In einem hierarchisch-linearen Regressionsmodell wird darauf für die Allgemeinmedizin untersucht, wie die verschiedenen sozioökonomischen Faktoren die Inanspruchnahme beeinflussen. Das verwendete Modell basiert auf einer neuen Definition der Versorgungsregionen und erlaubt eine genauere Analyse des Einflusses dieser Faktoren auf die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen. Es geht insbesondere darum zu erfahren, inwiefern die Ärztedichte die Inanspruchnahme beeinflusst.

Die Ergebnisse werden ergänzt mit einer Analyse der schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 (SGB). Darin wird die ärztliche Inanspruchnahme unabhängig von der Versicherungsart, auf die sie sich bezieht, dargestellt. Neben dem Alter und dem Geschlecht der Personen, welche ambulante Behandlungen in Anspruch nehmen, liefert die SGB auch sozioökonomische Informationen. Sie erlaubt auch zu untersuchen, wie intensiv eine einzelne Person Konsultationen beansprucht und welche Ärztekategorien sie konsultiert hat.

Angebot und Inanspruchnahme werden für die 106 Regionen räumlicher Mobilität [MS-Regionen] nach BFS-Typisierung beschrieben. Die Regionen werden in sechs Regionentypen entsprechend den sozioökonomischen Merkmalen gegliedert. Man unterscheidet:

| | |
|--------------------------------------|--|
| Drei eher urbane Regionen: | Zentren mit Universitätsspital (z. B. Zürich, Genf) Metropolräume (z. B. Winterthur, Gros-de-Vaud) Tertiäre Agglomerationen (z. B. Neuenburg, Luzern, Bellinzona) |
| Drei eher periphere Regionen: | Industrielle Regionen (z. B. Soleure, Jura) Touristische Regionen (z. B. Martigny, Davos) Rurale Regionen (z. B. Toggenburg, Jura bernois) |

Grenzen der vorliegenden Analyse

Die Analysen beruhen hauptsächlich auf dem Datenpool santésuisse®. Ihre Grenzen sind durch diese Informationsquelle gegeben: Erstens beziehen sich die Analysen nur auf Konsultationen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und enthalten keine Angaben über den Inhalt, die Dauer oder die Kosten der Konsultationen. Ferner ist der Deckungsgrad der Konsultationen, die von den Haushalten im Rahmen der Franchise bezahlt werden, nicht bekannt. Es ist möglich, dass er je nach Region und geltendem Rückerstattungsprinzip variiert (Tiers payant oder Tiers garant).

Die Erhebung bezieht sich auf eine sehr unterschiedliche Gruppe von Leistungserbringern, was Quantität und Art der erbrachten Leistungen anbelangt. Trotzdem wurden die Variationen innerhalb der Spezialisierungen berücksichtigt, indem jeder einzelnen Fachrichtungen ein eigener Vollzeitschwelenwert (VZA) von 100% zugeordnet wurde.

Wichtigste Ergebnisse für die Allgemeinmedizin und Allgemeinmedizin Plus

Diese beiden Kategorien umfassen 44% respektive 56% der Leistungserbringer, die wiederum 49% und 59% der Konsultationen zu Lasten der OKP abrechnen. Die Allgemeinmedizin ist auch hinsichtlich ihrer räumlichen Verteilung und ihrer Tätigkeit die homogenste Kategorie und gewisse Fragen konnten nur für diese Kategorie untersucht werden.

Verteilung der praktizierenden Allgemeinmediziner in der ganzen Schweiz

In der Allgemeinmedizin sinkt die Anzahl Ärzte um 33%, wenn man als Bezugsgrösse die Vollzeitaktivität (VZA) nimmt, was einer nationalen Dichte von 6,3 VZA/10 000 Einwohner (Tabelle Z1) entspricht.

Ein **geringes Verhältnis von VZA zu Ärzten** lässt sich aufgrund von verschiedenen Situationen erklären, ohne die Wichtigkeit der einzelnen Ursachen bestimmen zu können. Einzelne Ärzte arbeiten Teilzeit oder sind eher im Rahmen von andern Versicherungen als der OKP tätig. Es kann auch sein, dass sie nur wenige Konsultationen verrechnen, diese aber länger dauern als der Durchschnitt der Konsultationen in dieser Ärztekategorie. Umgekehrt zeigt ein **hohes Verhältnis von VZA zu Ärzten**, dass diese Ärzte im Durchschnitt aktiver sind als ihre Berufskollegen, oder dass mehrere Ärzte unter der gleichen ZSR-Kodenummer Rechnung stellen, beispielsweise in einer Gruppenpraxis.

- In den **Zentren mit Universitätsspital**, wo die Ärztedichte am höchsten ist, wirkt sich die Erhebung anhand der VZA am stärksten aus. Die Anzahl VZA entspricht nur 50% der Anzahl Ärzte, die in der Allgemeinmedizin praktizieren. Während die Ärztedichte 35% über dem Landesdurchschnitt liegt, entspricht sie gemessen an den VZA dem schweizerischen Mittel.
- In den **Metropolräumen**, wo die Dichte der niedergelassenen Ärzte geringer ist als im Landesdurchschnitt, entspricht die Anzahl VZA etwa zwei Dritteln der praktizierenden Ärzte – ein Wert, der mit dem nationalen Durchschnitt vergleichbar ist. Die VZA-Dichte ist somit geringer als im nationalen Durchschnitt.
- In den **tertiären Agglomerationen** entspricht das Angebot in VZA einem Anteil von 74% der Ärzte; das Verhältnis liegt damit über dem Landesdurchschnitt. Da es dort relativ viele niedergelassene Ärzte gibt, ist das Angebot in VZA/10 000 Einwohner höher als im nationalen Mittelwert.
- In den **industriellen und ruralen Regionen** umfasst der VZA-Wert mehr als 80% der Ärzte und weist darauf hin, dass die verrechnete Tätigkeit pro Arzt über dem Landesdurchschnitt liegt. Obschon die Ärztedichte in diesen Regionen geringer ist als der Landesdurchschnitt, liegen die VZA-Dichten leicht über dem nationalen Mittelwert.
- In den **touristischen Regionen**, wo die Zahl der Ärzte relativ hoch ist, liegt auch die verrechnete Tätigkeit über dem nationalen Durchschnitt. Das Angebot in VZA/10 000 Einwohner ist also höher als der nationale Durchschnitt.

Tabelle Z1 Angebot an Allgemeinmedizin im Jahr 2004, nach MS-Regionentypen

| Allgemeinmedizin | Ärzte/ 10 000 Einwohner | VZA / 10 000 Einwohner | VZA / Ärzte (%) | % Frauen | % Ärzte < 41 Jahre | % Ärzte > 60 Jahre |
|--------------------------------|----------------------------|---------------------------|-----------------|-----------|--------------------|--------------------|
| Schweiz | 9,4 | 6,3 | 67 | 20 | 10 | 19 |
| Zentren mit Universitätsspital | 12,7 | 6,3 | 50 | 25 | 11 | 20 |
| Metropolräume | 8,5 | 5,8 | 68 | 20 | 11 | 18 |
| Tertiäre Agglomerationen | 9,1 | 6,7 | 74 | 18 | 10 | 18 |
| Industrielle Regionen | 7,9 | 6,6 | 83 | 14 | 9 | 17 |
| Touristische Regionen | 9,6 | 6,9 | 72 | 14 | 8 | 20 |
| Rurale Regionen | 7,8 | 6,6 | 84 | 12 | 7 | 18 |

Quellen: BFS, santésuisse, FMH; Analyse: Obsan

Gynäkologen und Pädiater in Randregionen schwach vertreten

Neben den Allgemeinpraktikern umfasst die Allgemeinmedizin Plus auch die Gynäkologen und die Pädiater. Der Anteil an **Gynäkologen** nimmt um 32% ab, wenn man als Wert die VZA nimmt. Diese Leistungserbringer konzentrieren sich ebenfalls in den städtischen Regionen. Auf nationaler Ebene ist das Verhältnis zwischen Anzahl VZA und Anzahl Leistungserbringer vergleichbar mit der Kategorie der Allgemeinmediziner (68%), die Verteilung nach Regionentyp variiert jedoch: in der Gynäkologie verzeichnet man das geringste Verhältnis in den Zentren mit Universitätsspital (60%), dann in den ruralen Regionen (66%), während das grösste Verhältnis, das auf eine relativ grosse fakturierte Tätigkeit schliessen lässt, in den touristischen Regionen (91%) und den tertiären Agglomerationen (82%) zu beobachten ist (Tabelle Z2).

Bei den **Pädiatern** zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei den Allgemeinärzten: Auf nationaler Stufe reduziert sich der Anteil an Pädiatern um 37%, nimmt man als Indikator die VZA. Das Verhältnis VZA/Ärzte, die in den Zentren mit Universitätsspital am geringsten ist, nimmt in den Randregionen zu: In den ruralen Regionen erreicht der VZA-Anteil 90% der Pädiater und deutet auf eine sehr hohe Tätigkeit im Rahmen der OKP hin (Tabelle Z2).

Tabelle Z2 Angebot an Gynäkologie und Pädiatrie im Jahr 2004, nach MS-Regionentypen

| Gynäkologie | Ärzte / 10 000 Einwohnerinnen | VZA / 10 000 Einwohnerinnen >15 Jahre | VZA / Ärzte (%) | % Frauen | % Ärzte < 41 Jahre | % Ärzte > 60 Jahre |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|-----------------|-----------|--------------------|--------------------|
| Schweiz | 3,3 | 2,3 | 68 | 31 | 7 | 21 |
| Zentren mit Universitätsspital | 5,5 | 3,3 | 60 | 32 | 7 | 23 |
| Metropolräume | 2,8 | 1,9 | 68 | 34 | 9 | 16 |
| Tertiäre Agglomerationen | 3,1 | 2,6 | 82 | 29 | 6 | 22 |
| Industrielle Regionen | 2,7 | 1,9 | 72 | 24 | 9 | 23 |
| Touristische Regionen | 2,0 | 1,8 | 91 | 28 | 0 | NV |
| Rurale Regionen | 1,9 | 1,3 | 66 | 25 | NV | 17 |
| Pädiatrie | Ärzte / 10 000 Kinder | VZA / 10 000 Kinder <16 Jahre | VZA / Ärzte (%) | % Frauen | % Ärzte < 41 Jahre | % Ärzte > 60 Jahre |
| Schweiz | 5,9 | 3,7 | 63 | 38 | 14 | 24 |
| Zentren mit Universitätsspital | 11,5 | 5,5 | 48 | 42 | 11 | 28 |
| Metropolräume | 5,2 | 3,6 | 69 | 38 | 21 | 23 |
| Tertiäre Agglomerationen | 6,0 | 4,2 | 70 | 34 | 9 | 24 |
| Industrielle Regionen | 4,4 | 3,0 | 68 | 33 | 15 | 18 |
| Touristische Regionen | 2,7 | 2,0 | 74 | 22 | NV | NV |
| Rurale Regionen | 2,5 | 2,2 | 90 | 34 | 17 | 15 |

Quellen: BFS, santésuisse, FMH; Analysen: Obsan

NV: nicht verfügbar

Trotz der relativ grossen Tätigkeit der Pädiater und Gynäkologen in den Randregionen bleibt das Angebot klein: Ein Teil der Konsultationen wird in diesen Regionen vermutlich von den Allgemeinärzten übernommen, was deren relativ hohen Aktivitätsgrad in den ruralen Regionen erklärt.

Grundversorgung: Hohes Angebot in Zentren mit Universitätsspital und in tertiären Agglomerationen

Untersucht man das Angebot in der **Allgemeinmedizin Plus**, die alle drei vorgängig erwähnten Kategorien umfasst und also der **Grundversorgung** entspricht, weisen die Zentren mit Universitätsspital gefolgt von den tertiären Agglomerationen das höchste Angebot auf; alle drei medizinischen Kategorien sind dort gut vertreten. In den Metropolraumregionen und vor allem in den Randregionen ist das begrenzte Angebot zum Teil darauf zurückzuführen, dass die Pädiater und Gynäkologen weniger stark vertreten sind. Der relativ hohe Aktivitätsgrad der dort niedergelassenen Allgemeinmediziner kompensiert nur teilweise ihre geringere Präsenz (Tabelle Z3).

Tabelle Z3 Angebot an Allgemeinmedizin Plus im Jahr 2004 nach MS-Regionentypen

| Regionstyp | Allgemeinmedizin | Gynäkologie | Pädiatrie | Allgemeinmedizin Plus |
|--------------------------------|---------------------------|--------------------------------|------------------------|---------------------------|
| | VZA / 10 000 Einwohner | VZA / 10 000 Einwohnerinnen | VZA / 10 000 Kinder | VZA / 10 000 Einwohner |
| Schweiz | 6,3 | 2,3 | 3,7 | 12,3 |
| Zentren mit Universitätsspital | 6,3 | 3,3 | 5,5 | 15,1 |
| Metropolräume | 5,8 | 1,9 | 3,6 | 11,2 |
| Tertiäre Agglomerationen | 6,7 | 2,6 | 4,2 | 13,5 |
| Industrielle Regionen | 6,6 | 1,9 | 3,0 | 11,5 |
| Touristische Regionen | 6,9 | 1,8 | 2,0 | 10,7 |
| Rurale Regionen | 6,6 | 1,3 | 2,2 | 10,2 |

Quellen: BFS, santésuisse, FMH; Analysen: Obsan

Untersucht man das Angebot in den MS-Regionen, zeigt sich, dass 36 der 106 Regionen in der Allgemeinmedizin Plus eine Dichte von weniger als 10,0 VZA/10 000 Einwohner aufweisen, und 12 ein Angebot unter 8,0 VZA/10 000 Einwohner (Landesdurchschnitt: 12,3 VZA/10 000 Einwohner). Es handelt sich dabei mehrheitlich um Regionen, die unmittelbar neben Regionen mit einem hohen Angebot liegen (z.B. das Aaretal und Bern oder der Berner Jura als Nachbar der Region Biel), betroffen sind aber auch dezentrale und stärker isolierte Regionen, wie das Unterengadin oder das Glarner Hinterland.

Keine Unterversorgung, aber Randregionen könnten am wenigsten auf eine künftige Bedürfniserhöhung reagieren

Die Abweichung zwischen der Anzahl Ärzte und der Anzahl VZA verringert sich schrittweise von den urbanen Regionen in Richtung Randregionen: Je mehr man sich von den Zentren entfernt, umso stärker sind die Leistungserbringer für die OKP tätig. Je grösser die Abweichung zwischen der Anzahl VZA und der Anzahl Ärzte ist, desto eher sind die Ärzte theoretisch geneigt, bei Bedarf ihre Arbeitszeit zu erhöhen. Das Verhältnis zwischen der Anzahl VZA und der Anzahl praktizierender Ärzte verweist indirekt auf die **Elastizität des Angebots** im Fall einer Bedürfniserhöhung. Das Bedürfnis kann sich beispielsweise mit der Schliessung einer Arztpraxis erhöhen, oder schrittweise mit der Alterung der lokalen Bevölkerung. Die Analyse zeigt denn auch, dass das Angebot in den Randregionen am wenigsten elastisch ist.

Die Bedeutung der Elastizität eines Angebots hängt auch von der Angebotsdichte ab: Eine geringe Elastizität in einer Region mit geringer Dichte hat schneller verhängnisvolle Folgen als in einem Gebiet, wo das Angebot von vorneherein reichhaltig ist. In der Allgemeinmedizin weisen 23 MS-Regionen, hauptsächlich in den Randregionen, aber auch in zentraleren Regionen (beispielsweise Martigny, Monthey, La Broye, Bellinzona usw.), ein tiefes allgemeinmedizinisches Angebot auf, das von Praktikern abgedeckt wird, die durchschnittlich mehr Konsultationen verrechnen. Bei einer Erhöhung der Nachfrage oder einer Verringerung des Angebots infolge einer Praxisschliessung können sie ihre Kapazität weniger erhöhen als die Praktiker in anderen Regionen.

In 43 Regionen ist das Angebot höher als im Landesdurchschnitt, wobei gleichzeitig das Verhältnis von VZA zu Ärzten hoch ist. Dabei handelt es sich vorwiegend um Randregionen (15 rurale Regionen, 7 touristische Regionen und 12 industrielle Regionen). Auch in diesen Regionen ist die Elastizität geringer, da die dort praktizierenden Ärzte ohnehin schon mehr Konsultationen verrechnen als im Durchschnitt (z.B. Brig, Visp, Mendrisio usw.). Nur zwölf, meist städtische Regionen weisen eine hohe Elastizität mit einer hohen VZA-Dichte und einem niedrigen Verhältnis VZA/Ärzte auf. Mit andern Worten: Obschon im Jahr 2004 keine offensichtliche Unterversorgung vorliegt, könnte sich eine solche Situation angesichts einer erhöhten Nachfrage oder bei Praxisschliessungen rasch einstellen.

Allgemeinmediziner und Grundversorger im Schnitt älter als Ärzte anderer Kategorien

Ein Fünftel der Leistungserbringer in der Kategorie Allgemeinmedizin Plus sind Frauen. Die Ärztinnen scheinen sich hauptsächlich in den urbanen Regionen niederzulassen. Eine Erklärung dafür könnte das grössere Angebot an ausserhäuslichen Kinderbetreuungsplätzen oder die einfacheren Bereitschaftsdienste sein. In den Randregionen ist der Frauenanteil deutlich geringer. Weniger markant sind die regionalen Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts in der Gynäkologie und der Pädiatrie.

Die Hälfte der Leistungserbringer in der Kategorie Allgemeinmedizin Plus ist älter als 50 und ein Fünftel älter als 60, und somit häufig von Notfalldiensten entlastet. Bei den älteren Ärzten ist kein Gefälle zwischen den städtischen Zentren und der Peripherie feststellbar. Nur jeder zehnte Leistungserbringer ist jünger als 40. Diese «jungen Ärzte» – also Ärzte, die neu eine Praxis eröffnet haben – sind in den Zentren mit Universitätsspital oder in den Metropolraumregionen etwas häufiger vertreten.

Das Durchschnittsalter in diesen Ärztekategorien beträgt 53 Jahre. Auch wenn dieser Wert mit jenem der Fachärzte vergleichbar ist, so hat er nicht dieselbe Bedeutung, da das Durchschnittsalter, mit dem ein Arzt eine Praxis eröffnet, bei den Allgemeinärzten tiefer liegt (37 Jahre) als bei gewissen Kategorien von Fachärzten (bis zu 45 Jahre). Ein Durchschnittsalter von 53 Jahren weist damit auf eine gesamthaft ältere Ärzteschaft in der Allgemeinmedizin hin als in anderen Kategorien.

Untersucht man bei diesen Leistungserbringern den Zusammenhang zwischen Aktivitätsgrad und demografischen Merkmalen – eine Analyse, die nur für die Ärzte der Allgemeinmedizin durchgeführt werden konnte – stellt man fest, dass bei den praktizierenden Ärzten ein positiver und signifikanter Zusammenhang zwischen dem Verhältnis von weiblichen zu männlichen Ärzten und einem reduzierten Aktivitätsgrad besteht: Wenn dieses Verhältnis von 0,2 auf 0,4 steigt, ist eine Abnahme des Verhältnis von VZA zu Ärzten von 14% festzustellen. Mit anderen Worten: Je grösser der Anteil der Ärztinnen desto häufiger sind Teilzeitaktivitäten festzustellen. Es besteht dagegen kein Zusammenhang zwischen einem reduzierten Aktivitätsgrad und einem hohen Anteil an älteren Ärzten.

Zwei Arten von Grundversorgung: Die urbane und die periphere Medizin

Das Angebot an Allgemeinmedizin Plus ist also geprägt von starken regionalen Unterschieden in Bezug auf die Dichte der Leistungserbringer, ihren Aktivitätsgrad (zumindest in der OKP) und den Feminisierungsgrad. Je nachdem, ob und wie stark die Gynäkologen und Pädiater in den Regionen vertreten sind, führt dies zu einem mehr oder weniger breiten Tätigkeitsspektrum der Allgemeinmediziner. Man kann infolgedessen zwischen zwei Arten von Grundversorgung unterscheiden:

- Die «urbane Medizin» zeichnet sich aus durch einen höheren Frauenanteil und einen tieferen Aktivitätsgrad. Der Ärztebestand setzt sich zusammen aus Allgemeinärzten, Pädiatern und Gynäkologen und wird ergänzt von den übrigen Kategorien an Fachärzten. Man kann also davon ausgehen, dass das Tätigkeitsspektrum der Allgemeinärzte begrenzt ist.
- Die «periphere Medizin» verfügt dagegen über einen geringeren Frauenanteil und besteht hauptsächlich aus Allgemeinmediziner, die ein potenziell breiteres Tätigkeitsspektrum abdecken. Der von diesen Leistungserbringern verrechnete Aktivitätsgrad kann sehr hoch sein, was die Kapazität begrenzt, auf erhöhte Bedürfnislage oder eine Abnahme des lokalen Angebots (Pensionierung eines Berufskollegen) flexibel zu reagieren.

Angebot der Allgemeinmedizin wird vor allem in Randregionen intensiv genutzt

Die Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer Konsultationen steigt von jährlich einer Konsultation pro Einwohner vor dem 19. Altersjahr auf zehn Konsultationen pro Einwohner und Jahr für Personen über 80 Jahren. Vor dem 66. Altersjahr ist die Inzidenzrate bei Frauen leicht höher als bei Männern, nach diesem Alter verwischen sich jedoch die Unterschiede. In Bezug auf die Regionentypen haben allgemeinmedizinische Konsultationen in den Randregionen eine grössere Bedeutung, während sie in den Zentren mit Universitätsspital am geringsten ist.

Tabelle Z4 Anzahl Konsultationen/Einwohner in der OKP im Jahr 2004 nach Fachrichtungen und MS-Regionstypen.

| Inanspruchnahme/Konsultation/ Einwohner/Jahr | Allgemein- medizin | Gynäkologie (Einwohnerinnen > 18 Jahre) | Pädiatrie (Einwohner < 19 Jahre) | Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit | Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit | Psychiatrie |
|---|-----------------------|---|--|---|---|-------------|
| Schweiz | 2,95 | 0,59 | 1,36 | 0,63 | 0,59 | 0,36 |
| Zentren mit Universitätsspital | 2,60 | 0,61 | 1,81 | 0,80 | 0,64 | 0,62 |
| Metropolräume | 2,87 | 0,64 | 1,42 | 0,65 | 0,63 | 0,36 |
| Tertiäre Agglomerationen | 3,31 | 0,61 | 1,33 | 0,57 | 0,58 | 0,27 |
| Industrielle Regionen | 3,01 | 0,55 | 1,22 | 0,55 | 0,55 | 0,27 |
| Touristische Regionen | 3,02 | 0,53 | 0,80 | 0,54 | 0,51 | 0,15 |
| Rurale Regionen | 3,24 | 0,49 | 0,91 | 0,40 | 0,50 | 0,18 |

Quellen: BFS, santésuisse, FMH; Analysen: Obsan

Untersucht man die Inanspruchnahme in den MS-Regionen, zeigt sich bei der Inzidenzrate ein Ost-West-Gefälle. Diese variiert von mehr als 4 Konsultationen pro Einwohner in gewissen Regionen der Ostschweiz bis 0,7 Konsultationen pro Einwohner in gewissen Regionen der Westschweiz. Dieser Unterschied könnte teilweise in der unterschiedlichen Handhabung der Selbstdispensation liegen, die in der Ostschweiz stärker verbreitet ist. Der Grund könnte aber auch indirekt in Zusammenhang mit der Art der Rechnungsabwicklung durch die Versicherer (Tiers payant oder Tiers garant) stehen.

Was die anderen Fachrichtungen der Allgemeinmedizin Plus anbelangt, verzeichnet man die stärkste Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen bei Frauen zwischen 19 und 40 Jahren; bei älteren Frauen nimmt sie regelmässig ab. In der Alterskategorie zwischen 19 und 40 Jahren ist die Inanspruchnahme bei Frauen, die in Zentren mit Universitätsspital leben, am geringsten. Es ist möglich, dass in diesen Zentren mehr Frauen leben, deren einziger Arztkontakt in der jährlichen gynäkologischen Kontrolle besteht. Wird die Rechnung nicht an die Krankenversicherung weitergeleitet, erscheint der Kontakt auch nicht im Datenpool von santésuisse®. Folglich ist die Rate der Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen unterschätzt. In der Pädiatrie ist die Inanspruchnahme bei den Knaben etwas höher. Sie ist in den Zentren mit Universitätsspital am höchsten und geht in den Randregionen zurück.

Sowohl in der Gynäkologie wie auch in der Pädiatrie wird das fehlende lokale Angebot von den Einwohnern der ruralen Regionen kaum durch pädiatrische oder gynäkologische Konsultationen bei Ärzten in anderen Regionen kompensiert. Diese Konsultationen finden vermutlich bei Allgemeinärzten statt, was die Hypothese der unterschiedlichen Formen von Allgemeinmedizin bestätigt, je nach dem, ob man in einer urbanen oder peripheren Region praktiziert.

Wenn man den Begriff «Hausarzt», wie er in der schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 (SGB 2002) verwendet wurde, mit den Ärzten der Kategorie «Allgemeinmedizin» gleichsetzt, so ergänzen die Daten der SGB die Analysen des Datenpools von santésuisse®. Nach Kontrolle des Einflusses des selbst wahrgenommenen Gesundheitszustandes findet man in der SGB auch einen signifikanten und positiven Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme des Hausarztes und dem Alter und Geschlecht: vor 65 Alterjahren konsultieren die Frauen vermehrt den Hausarzt. Ausserdem lässt sich ein positiver und statistisch signifikanter Zusammenhang bei der Inanspruchnahme des Hausarztes durch Personen mit einem geringen Bildungsniveau oder ausländischer Nationalität feststellen.

Die SGB liefert auch Informationen über die Intensität der Inanspruchnahme: Ein fortgeschrittenes Alter, Frau sein oder ein tiefes Bildungsniveau sind Faktoren, welche die Intensität der Inanspruchnahme des Hausarztes erhöhen. Keinen Einfluss hat die Nationalität der Patienten. Zudem zeigt sich bei der SGB kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme des Hausarztes oder deren Intensität und der Sprache oder dem Umstand, in einem urbanen oder ruralen Gebiet zu wohnen.

Unterschiede im Verhältnis zwischen Angebot und Inanspruchnahme bestehen vor allem in den städtischen Regionen

Wird die Schnittstelle zwischen Angebot und Inanspruchnahme betrachtet, fallen vor allem Unterschiede zwischen den drei städtischen Regionstypen auf:

- Die **Zentren mit Universitätsspital** verfügen über ein grosses Angebot an Grundversorgung. Der Aktivitätsgrad, welcher der OKP verrechnet wird, ist relativ tief. Trotzdem gibt es ein hohes Angebot, das auch auf die Einwohner anderer Regionen anziehend wirkt. Dieser Effekt ist in Stadtkantonen (BS, GE) ausgeprägter als in anderen Städten.
- In den **Metropolraumregionen** sind die Allgemeinmedizin und die Pädiatrie vorherrschend. Die Gynäkologie ist weniger stark vertreten. Die Einwohner dieser Regionen nehmen diese Konsultationen jedoch ausserhalb ihrer Region in Anspruch.
- Neben den fünf Zentren mit Universitätsspital konzentriert sich ein guter Teil der Grundversorgung auf die **tertiären Agglomerationen**. Dort ist auch eine rege pädiatrische und gynäkologische Tätigkeit festzustellen. Das hohe lokale Angebot scheint mehrheitlich von Einwohnern dieser Regionen genutzt zu werden.

In den drei **Randregionen** (industrielle, touristische und rurale Region) dominiert schliesslich die Allgemeinmedizin über Pädiatrie und Gynäkologie. Die Einwohner kompensieren das fehlende lokale Angebot nur wenig mit Arztbesuchen in andern Regionen.

Mögliche geringfügige Angebotsinduzierte Nachfrage in der Deutschschweiz

Die Analyse der Determinanten der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen zeigt, dass ein positiver Zusammenhang besteht zwischen der Inanspruchnahme der Allgemeinmedizin und der Dichte der niedergelassenen Ärzte. Dieser ist jedoch gering und hat nur in der deutschen Schweiz eine Bedeutung. Für einen zusätzlichen Allgemeinmediziner pro 10 000 Einwohner erhöht sich die Inzidenzrate der Konsultationen um 0,06 Konsultationen pro Einwohner. Mit andern Worten: wenn sich in einer Region mit 10 000 Einwohnern die Ärztedichte von 9 auf 10 Ärzte erhöht, verzeichnet man zusätzliche 600 Konsultationen. Dieser Umstand erklärt aber nur 10% der regionalen Unterschiede in der ambulanten Versorgung in der deutschen Schweiz und 3% auf Landesebene. Die Ergebnisse lassen also vermuten, dass eine minimale Angebotsinduzierte Nachfrage in die Allgemeinmedizin besteht. Dieser Zusammenhang besteht einzig in der deutschen Schweiz, wo diese Art von Medizin vermehrt beansprucht wird.

Die Fachärztedichte «schützt» vor einer vermehrten Inanspruchnahme allgemeinärztlicher Leistungen, passend zu einer Substitution der Allgemeinmedizin durch die Facharztmedizin. Diese Wirkung ist indessen extrem gering und hat wiederum nur in der Deutschschweiz eine Bedeutung – ein zusätzlicher Facharzt pro 10 000 Einwohner führt zu einer Reduktion von 100 allgemeinmedizinischen Konsultationen. Diese Ergebnisse beruhen auf Daten eines einzigen Jahres und lassen deshalb keine definitiven Schlussfolgerungen im Bezug auf die angebotsinduzierte Nachfrage zu. Sie erlauben hingegen, Hypothesen zu formulieren, die es mit zusätzlichen Analysen zu prüfen und ergänzen gilt.

Wichtigste Ergebnisse für die Fachmedizin

Die Fachärzte machen 30% der in dieser Analyse berücksichtigten Ärzte aus und verrechnen 20% der Konsultationen zulasten der OKP. Die beiden Kategorien (Fachmedizin mit oder ohne chirurgische Tätigkeit) sind heterogener als die vorher besprochenen Kategorien, sowohl in Bezug auf die Art der durchgeführten Konsultationen wie auf den Grad der ausgeübten Tätigkeit zulasten der anderen Versicherungen. Ausserdem ist ihre regionale Verteilung ungleichmässiger (Tabelle Z5).

Hohe Dichte von Fachärzten in Zentren mit Universitätsspitalern und tertiären Agglomerationen

Das fachmedizinische Angebot konzentriert sich auf die Zentren mit Universitätsspital und die tertiären Agglomerationen. In den Metropolraumregionen und den drei Randregionen ist das Angebot weniger dicht. In beiden Kategorien entspricht der Bestand in VZA einem Anteil von 65% bis 67% der praktizierenden Ärzte. Wie bei der Allgemeinmedizin Plus liegt die Erklärung für diesen Unterschied in der Teilzeittätigkeit, der Tätigkeit für andere Versicherungssparten oder der unterschiedlichen Dauer von Konsultationen im Vergleich mit andern Ärzten aus der gleichen Fachrichtung.

- Die grösste Auswirkung zeigt unsere Methode wiederum bei den Fachärzten in den **Zentren mit Universitätsspital**. Ihr Anteil in VZA entspricht dort 56%-58 der praktizierenden Ärzte. Trotz dieser relativ reduzierten Tätigkeit ist die Dichte in diesen Zentren am höchsten.
- In den **tertiären Agglomerationen**, wo die Ärztedichte über dem Landesdurchschnitt liegt, ist das Verhältnis VZA/Ärzte in der Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit geringer (67%) als in der Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit (75%). Folglich ist die Tätigkeit pro Arzt, die der OKP in Rechnung gestellt wird, bei der letztgenannten Ärztekategorie höher. Die VZA-Dichten liegen über dem Landesdurchschnitt.
- In den **Metropolraumregionen und den industriellen, touristischen und ruralen Regionen** entspricht der VZA-Wert im Allgemeinen einem Anteil von 70% bis 75% der Ärzte und weist auf einen erheblichen Aktivitätsgrad hin. Die Zahl dieser Leistungserbringer ist jedoch generell nicht hoch, so dass die VZA-Dichten gering sind, trotz einer überdurchschnittlich hohen Tätigkeit pro Arzt zu Lasten der OKP.

Tabelle Z5 Angebot an Fachmedizin im Jahr 2004, nach MS-Regionentypen

| Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit | Ärzte / 10 000 Einwohner | VZA / 10 000 Einwohner | VZA /Ärzte (%) | % Frauen | % Ärzte < 41 Jahre | % Ärzte > 60 Jahre |
|---|-----------------------------|---------------------------|----------------|-----------|-----------------------|-----------------------|
| Schweiz | 3,0 | 2,0 | 65 | 18 | 7 | 20 |
| Zentren mit Universitätsspital | 5,8 | 3,3 | 58 | 21 | 8 | 24 |
| Metropolräume | 2,1 | 1,6 | 75 | 17 | 8 | 14 |
| Tertiäre Agglomerationen | 3,6 | 2,5 | 67 | 16 | 8 | 20 |
| Industrielle Regionen | 1,8 | 1,3 | 70 | 14 | 4 | 18 |
| Touristische Regionen | 2,2 | 1,6 | 72 | 14 | NV | 12 |
| Rurale Regionen | 1,0 | 0,8 | 75 | 9 | NV | 23 |
| Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit | Ärzte / 10 000 Einwohner | VZA / 10 000 Einwohner | VZA /Ärzte (%) | % Frauen | % Ärzte < 41 Jahre | % Ärzte > 60 Jahre |
| Schweiz | 3,4 | 2,3 | 67 | 13 | 8 | 23 |
| Zentren mit Universitätsspital | 6,0 | 3,4 | 56 | 16 | 7 | 26 |
| Metropolräume | 2,4 | 1,9 | 78 | 15 | 7 | 21 |
| Tertiäre Agglomerationen | 4,0 | 3,0 | 75 | 10 | 11 | 21 |
| Industrielle Regionen | 2,3 | 1,7 | 72 | 10 | 6 | 20 |
| Touristische Regionen | 2,3 | 1,5 | 65 | 8 | NV | 18 |
| Rurale Regionen | 1,5 | 1,1 | 75 | 8 | 6 | 25 |

Quellen: BFS, santésuisse, FMH; Analysen: Obsan

NV: Nicht verfügbar

Schwacher Frauenanteil in der Fachmedizin, insbesondere in der chirurgisch tätigen

Mit einem Anteil von weniger als 18% sind die Frauen unter den praktizierenden Ärzten in der Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit schwächer vertreten als in der Allgemeinmedizin Plus. Noch geringer ist ihr Anteil in der Kategorie mit chirurgischer Tätigkeit. Wie in der Allgemeinmedizin Plus konzentriert sich ihre Präsenz auf städtische Regionen, während sie in den ruralen Regionen weniger als 10% der praktizierenden Ärzte stellen.

Das Durchschnittsalter der Fachärzte liegt bei 53 Jahren. Der Anteil der niedergelassenen Ärzte mit weniger als 40 Jahren ist kleiner als in der Allgemeinmedizin Plus, was sich auch mit der längeren Fachausbildung erklären lässt. In den Zentren mit Universitätsspital und in den ruralen Regionen ist der Anteil der über 60-jährigen Ärzte am höchsten, während er in den touristischen Regionen am kleinsten ist.

Im Alter über 80 Jahren konsultieren Männer den Facharzt häufiger als Frauen

Wie in der Allgemeinmedizin werden auch die fachärztlichen Leistungen mit zunehmendem Alter der Patienten vermehrt in Anspruch genommen und steigen von weniger als jährlich 0,3 Konsultationen pro Einwohner vor dem 19. Altersjahr auf 1,5 Konsultationen nach 80 Jahren. Die Inanspruchnahme stabilisiert sich aber ab 65, etwas ausgeprägter bei der Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit. Frauen unter 65 nehmen diese Leistungen stärker in Anspruch als Männer. Nach 80 Jahren sind es hingegen mehr Männer als Frauen, die den Facharzt konsultieren (1,6 respektive 1,4 in der Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit und 1,9 respektive 1,6 in der Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit).

Was die Inanspruchnahme nach Regionentyp anbelangt, besteht ein Gefälle zwischen den Zentren mit Universitätsspital und den Randregionen, das deutlich ausgeprägter ist für die Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit als mit chirurgischer Tätigkeit (Tabelle Z4).

Meist werden der Facharzt und der Allgemeinmediziner gleichzeitig in Anspruch genommen

Im Vergleich zu den Ostschweizern konsultieren Westschweizern sowohl die Allgemeinmediziner wie auch die Fachmedizinmediziner weniger häufig; sie nehmen dagegen anteilmässig mehr fachärztliche Leistungen in Anspruch. Der Datenpool santésuisse® liefert keine Angaben über die simultane Inanspruchnahme verschiedener Ärzte. Diese Frage kann jedoch über die schweizerische Gesundheitsbefragung angegangen werden.

Gemäss SGB 2002 nehmen weniger als 7% der Bevölkerung nur den Facharzt in Anspruch. Es scheint also, dass der Facharzt selten der «Türöffner» in der Kette der ambulanten ärztlichen Leistungen ist. Gebräuchlicher ist dagegen die gleichzeitige Inanspruchnahme des Hausarztes und des Facharztes, und die Hälfte der Personen über 65 Jahre geben diese Form von ärztlicher Konsultation an. Man kann also annehmen, dass der Facharzt eher auf Überweisung hin beansprucht wird.

Bei einem geringen regionalen Angebot stellt sich die Frage, ob unter den Fachrichtungen eine Substitution stattfindet oder nicht. Die weiter oben vorgestellte Analyse zur Inzidenzrate der Allgemeinmedizin lässt vermuten, dass kaum eine Substitution der Allgemeinmedizin durch die Fachmedizin stattfindet. Es können jedoch keine Schlüsse gezogen werden, ohne den Inhalt der durchgeführten Konsultationen zu kennen, eine Information, die für diese Analyse nicht zur Verfügung stand.

Wichtigste Ergebnisse für die Psychiatrie

Die Psychiater stellen einen Anteil von 15% der in dieser Analyse berücksichtigten Ärzte. Sie verrechnen einen Anteil von 6% der Konsultationen zu Lasten der OKP. Auf nationaler Ebene entspricht das Angebot gemessen in VZA einem Anteil von 78% der Ärzte. Unsere Erhebungsmethode zeigt für diese Kategorie somit am wenigsten Wirkung. Das ist zum Teil darauf zurückzuführen, dass der Tätigkeitsanteil zu Lasten von anderen Versicherungen als der OKP in der Psychiatrie vermutlich geringer ist. Ausserdem ist die Elastizität bezüglich der Dauer der Konsultationen geringer. Es besteht eine nationale Dichte von 4 VZA pro 10 000 Einwohner; die Verteilung des Angebots ist jedoch sehr unterschiedlich. Siebzehn Regionen haben gar kein Psychiatrieangebot.

Konzentration der Psychiatrie auf Zentren mit Universitätsspital und tertiäre Agglomerationen

- Die meisten Psychiater sind in den **Zentren mit Universitätsspital** angesiedelt, wo der VZA-Wert einem Anteil von 69% der Ärzte entspricht. Bezogen auf die Bevölkerung ist die VZA-Dichte dort am höchsten.
- Prozentual gut vertreten sind die Psychiater auch in den **tertiären Agglomerationen**. Hier ist die fakturierte Tätigkeitsrate sehr hoch, weil der VZA-Wert 99% der Ärzte entspricht.
- In den **Metropolraumregionen und den industriellen, touristischen und ruralen Regionen** nimmt die Zahl der VZA mit der Entfernung von den Universitätszentern stufenweise ab (Tabelle Z6).

Tabelle Z6 Angebot an Psychiatrie im Jahr 2004, nach MS-Regionstypen

| Psychiatrie | Ärzte/ 10 000 Einwohner | VZA/ 10 000 Einwohner | VZA /Ärzte (%) | % Frauen | % Ärzte < 41 Jahre | % Ärzte > 60 Jahre |
|--------------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------|-----------|--------------------|--------------------|
| Schweiz | 5,4 | 4,2 | 78 | 40 | 6 | 19 |
| Zentren mit Universitätsspital | 7,8 | 8,7 | 69 | 42 | 6 | 22 |
| Metropolräume | 2,4 | 3,5 | 82 | 41 | 7 | 14 |
| Tertiäre Agglomerationen | 2,7 | 4,6 | 99 | 33 | 6 | 16 |
| Industrielle Regionen | 1,8 | 2,8 | 94 | 34 | 6 | 22 |
| Touristische Regionen | 0,9 | 0,8 | 73 | 29 | 0 | NV |
| Rurale Regionen | 0,8 | 0,9 | 80 | 43 | NV | 16 |

Quellen: BFS, santésuisse, FMH; Analysen: Obsan

NV: nicht verfügbar

Hoher Frauenanteil in der Psychiatrie

Mit einem Frauenanteil von 40% ist die Psychiatrie die am stärksten «feminisierte» Kategorie. Verglichen mit den andern Kategorien lässt sich in Bezug auf die Feminisierung kein starkes Gefälle zwischen den städtischen Zentren und den Randregionen feststellen.

Bei einem Durchschnittsalter von 53 Jahren sind nur 6% der Psychiater jünger als 40. Der Anteil an jungen Psychiatern ist in den Metropolraumregionen unwesentlich höher. Ein Fünftel der praktizierenden Ärzte ist älter als 60 Jahre. Die niedrigsten Anteile finden sich in den ruralen und Metropolraumregionen.

Demenzerkrankungen und Depressionen im Alter meist nicht durch Psychiater behandelt

Mit durchschnittlich 0,5 Konsultationen/Einwohner nehmen vor allem Erwachsene zwischen 20 und 65 Jahren psychiatrische Leistungen in Anspruch, wobei die Inanspruchnahme bei den Frauen höher liegt als bei den Männern (Differenz von 0,3 Konsultationen pro Einwohner). Die Rate fällt bei den pensionierten Personen auf 0,1. In den Zentren mit Universitätsspital ist die Inanspruchnahme dreimal höher als in den ruralen oder touristischen Regionen. Infolgedessen kann man annehmen, dass in den meisten Regionen, vor allem aber in der Peripherie, die Mehrzahl der Demenzerkrankungen und Depressionen bei älteren Leuten durch Allgemeinärzte oder in Heimen behandelt wird (Tabelle Z4).

Schlussfolgerungen und Perspektiven

Dieser Bericht liefert eine erste ausführliche und standardisierte Zusammenstellung über das gesamtschweizerische Angebot in der ambulanten ärztlichen Versorgung und erlaubt es, die Regionen zu vergleichen. Er zeigt die Unterschiede zwischen urbaner und ruraler Medizin einerseits und Allgemeinmedizin und Fachmedizin andererseits auf.

In den städtischen Regionen ist der Aktivitätsgrad der praktizierenden Ärzte in der Regel geringer, zumindest in der OKP, und die Frauen sind stärker vertreten als in den Randregionen. Die Versorgung in den Randregionen wird durch einen Ärztebestand mit einem geringeren Frauenanteil garantiert, dessen Aktivitätsgrade hoch sein können.

Während sich die Fachmedizin auf die Städte konzentriert, verteilt sich die Allgemeinmedizin über das ganze Land und spielt eine vorherrschende Rolle in der Versorgung der älteren Leute. In den Randregionen spielt sie auch eine Rolle als Ersatz für andere Fachrichtungen wie die Gynäkologie, Pädiatrie oder Psychiatrie.

Im Jahr 2004 liess die Angebotsdichte nur in einigen wenigen Regionen eine Unterversorgung vermuten. Die Elastizität des bestehenden Angebots ist indessen in den meisten Randregionen begrenzt. Hier könnte das heutige Gleichgewicht schnell gefährdet sein durch einer erhebliche Nachfragesteigerung oder einen raschen Rückgang des Angebots, zum Beispiel aufgrund der Schliessung von Arztpraxen. Letzteres ist umso wahrscheinlicher, als die Ärzte aller Fachrichtungen und in den meisten Regionen relativ alt sind.

Diese Erhebung liefert erste Anhaltspunkte zum Verständnis der Wechselwirkungen innerhalb der ambulanten medizinischen Versorgung. Sie soll durch weitere, künftige Arbeiten ergänzt werden. So wird die Entwicklung des Aktivitätsgrades der Ärzte zwischen 1998 und 2004 untersucht und das Verhältnis zwischen der Intensität der Inanspruchnahme und der Ärztedichte.

Die gegenwärtig zu Verfügung stehenden Daten sind noch unvollständig. Die vorliegende Analyse liefert denn auch eine grobe Annäherung an die Realität. Sie verweist aber auch auf Lücken in den vorhandenen statistischen Daten zur ambulanten medizinischen Versorgung in der Schweiz.

1 Introduction

Hélène Jaccard Ruedin

Contexte

La médecine ambulatoire est actuellement soumise à des contraintes de nature très différente, entraînant de profondes modifications de ce secteur. Tout d'abord, le corps médical est soumis à des facteurs de pression exogènes, relevant de la politique de santé, comme le gel de l'admission de nouveaux praticiens autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance de base (instauré en juin 2002 pour 3 ans et reconduit jusqu'en 2008) ou le projet de loi concernant la liberté pour les assurances maladie de contracter les médecins et autres prestataires de soins en pratique privée. Ces mesures visent à régler la médecine ambulatoire en limitant l'offre, qualifiée parfois de pléthorique. En parallèle, les médecins praticiens subissent des pressions endogènes d'ordre démographique – vieillissement et féminisation des effectifs – et structurel: concentration de la profession en milieu urbain, prédominance de la médecine spécialisée, diminution du temps de travail et désintérêt croissant pour la profession, notamment pour la médecine de premier recours⁶. Ces changements s'accompagnent pour leur part d'une diminution de l'offre, du moins dans certaines parties du pays, phénomène qui risque de s'accroître à l'avenir [1]. Une situation analogue est décrite dans d'autres pays industrialisés⁷.

Simultanément à ces changements concernant les fournisseurs de soins, le vieillissement de la population en général implique une augmentation de la demande en soins qui pourrait encore s'accroître dans le futur, si l'on favorisait les soins ambulatoires par rapport aux soins en institution. La demande en soins évolue en outre en fonction de la mobilité des patients, de leur préférence pour une médecine plus spécialisée ou non, ou encore selon leur comportement face aux médecines alternatives.

Ces différentes tendances montrent combien il est difficile de savoir si l'on se trouve dans une situation de pléthore ou de pénurie et comment évoluera l'équilibre entre offre et demande à l'avenir. Dans un tel contexte les discussions politiques devraient pouvoir s'orienter sur les connaissances, les plus détaillées possible, de l'interface offre/recours aux soins.

En Suisse, la médecine ambulatoire relève principalement du secteur privé et n'a pas fait l'objet de relevés statistiques systématiques. Les données disponibles permettent mal de distinguer les médecins actifs des médecins retraités ou de distinguer les personnes exerçant en médecine «curative» ou dans un autre secteur de la santé (prévention, administration). Seules existent des données concernant le nombre de praticiens installés, sans qu'elles renseignent sur la quantité de soins fournis à une population donnée ou sur le degré d'activité des personnes comptées. Une enquête réalisée récemment auprès de médecins vaudois souligne le risque de surestimer l'offre disponible, si l'on se limite au comptage des personnes [2]. La plupart des pays industrialisés cherchent maintenant à développer des outils d'analyse de l'offre médicale, qui permettent également d'estimer le volume de services fournis [3, 4].

⁶ Le Temps, 27 mars 2006, Neue Zürcher Zeitung, 14 mars & 25 mars 2006.

⁷ Neue Zürcher Zeitung 15 mars & 7 avril 2006.

Objectif

L'objectif des travaux mis sur pied par l'Observatoire suisse de la santé est de décrire de manière détaillée l'interface entre l'offre et le recours aux soins médicaux ambulatoires pour l'année 2004, afin de mieux comprendre les interactions existantes entre:

- Médecins et patients
- Médecine de premier recours et médecine spécialisée
- Les différentes régions

Cette étude d'envergure nationale répond aussi à un besoin politique, exprimé au travers d'un postulat de la Commission pour la sécurité sociale et la santé publique du Conseil national déposé en 2003⁸. Pour être complète, la définition des besoins médicaux mentionnée dans ce postulat doit tenir compte du taux d'activité et de la structure démographique des fournisseurs de soins mais aussi aborder la relation entre le recours aux soins et la structure démographique, les habitudes et les flux migratoires des patients. Le présent travail tente d'intégrer ces différents éléments. Bien que les mesures législatives en discussion concernent plusieurs groupes de prestataires, il a été décidé de se limiter dans un premier temps aux médecins, qui représentent le groupe le plus important de prestataires concernés par celles-ci.

En l'absence d'une banque de données spécifique, l'étude repose sur des analyses secondaires du pool de données santésuisse[®], banque de données regroupant les prestations facturées à l'assurance obligatoire de soins (AOS). Il s'agit d'établir les profils régionaux.

- De l'offre en soins médicaux en cabinets, en tenant compte du taux d'activité des praticiens et de leur structure démographique
- Du recours à ces soins médicaux, en tenant compte de l'âge des patients et de leur mouvement d'une région à l'autre.

Dans les enquêtes suisses sur la santé (ESS) 1992 et 1997, le recours aux soins variait avec la provenance culturelle [5]. C'est pourquoi une analyse du recours aux soins médicaux ambulatoires dans l'ESS 2002 complète ces travaux.

Délimitations

Les besoins en soins évoluent avec les possibilités offertes pour faire face à la maladie et au vieillissement. Ils peuvent théoriquement s'accroître sans limite. Si l'on veut juger de l'état pléthorique ou de pénurie de l'offre en soins, il est nécessaire de disposer de valeurs représentant le niveau minimal de soins jugé raisonnable par la société. Il s'agit là d'un choix politique qui dépasse le cadre de la présente étude, dont l'objectif est de mieux comprendre les interactions existantes entre l'offre en médecine ambulatoire et son recours.

⁸ 03.3236 - Postulat.

Etude prospective de démographie médicale

Texte déposé

La levée de l'obligation de contracter et la définition des besoins médicaux par les cantons posent le problème de la maîtrise scientifique de la démographie médicale. Or, d'un point de vue méthodologique, il s'avère parfaitement aberrant d'envisager une définition des besoins de manière cloisonnée, canton par canton. L'élaboration d'une étude prospective de démographie médicale pertinente n'a de sens qu'à l'échelle nationale. Il est donc demandé qu'une telle étude soit entreprise sous l'égide du Conseil fédéral, par le DFI, en collaboration avec les cantons, l'Office fédéral de la statistique et l'Observatoire de la santé.

Les membres du corps médical se caractérisent par une grande hétérogénéité, concernant leur activité, tant du point de vue qualitatif que quantitatif. Ceci rend la description de leur activité relativement complexe. Pour cette raison, cette première analyse se limite à une description transversale, pour l'année 2004. Une analyse longitudinale, décrivant l'évolution de l'offre sur plusieurs années pourra être réalisée ultérieurement.

Structure du rapport

Ce rapport présente les premiers travaux réalisés dans le cadre du projet «Démonstrateur». Il s'articule en deux parties.

La première partie est dédiée à l'offre en soins médicaux: Combien, respectivement quel type de soins sont disponibles, dans le cadre de l'AOS? Quelles sont les caractéristiques de ces praticiens? Pour valider l'approche proposée ici, les résultats sont comparés aux résultats obtenus au travers d'une enquête spécifique, réalisée dans le canton de Genève en 2005. Cette partie est complétée par une analyse de l'influence des déterminants démographiques sur le taux d'activité des praticiens.

La deuxième partie aborde l'utilisation de ces services par la population au travers de deux perspectives:

1. Le recours au sein de l'assurance obligatoire de soins: A quel âge consomme-t-on quel type de consultations? Quels en sont les déterminants socioéconomiques?
2. Le recours dans l'Enquête suisse sur la santé de 2002, qui renseigne sur le recours général, indépendamment de la cause et du type d'assurance sous-jacents à ce recours: quels sont le mode et l'intensité de ce recours? quels en sont les déterminants socioéconomiques?

Remerciements

Nous souhaitons remercier les experts qui ont soutenu le projet en temps que membres du comité de pilotage ou qui ont participé à la révision du présent rapport:

Mmes S. Ayoubi (CDS), A. Buffe (SSP-VD), M. Ferster (OFS), M. Furrer (OFSP), M. Hersperger (FMH), M. Hodel (OFSP), F. Jaque (SSP-VD), S. Schneider (OFSP),

MM G. von Below (FMH), H. Briant (SSP-VD), P. Camenzind (Obsan), A. Duss (GD-LU), L. Heuss (FMH), S. Spycher (Obsan) W. Weiss (OFS).

Nous remercions aussi Mme S. Kuster (Themakart, OFS) pour la préparation des cartes.

2 Méthodologie

Hélène Jaccard Ruedin, Maik Roth, Carine Bétrisey

Ce chapitre décrit les indicateurs retenus et l'approche proposée pour l'analyse du taux d'activité des fournisseurs de soins médicaux en cabinet. L'analyse porte sur l'année 2004. Il s'agit donc d'une étude transversale de type écologique (correlational study) qui permet d'émettre des hypothèses mais pas de tirer des conclusions quant à des liens de causalité entre deux variables. L'ensemble des indicateurs utilisés est présenté au tableau 1.

2.1 Sources de données

2.1.1 Registre des codes créanciers (RCC) de santésuisse

Cette base de données administrative est utilisée par les fournisseurs de prestations et les assureurs maladies pour le décompte des prestations. Les médecins admis à l'assurance obligatoire de soins y sont identifiés selon un numéro de code créancier (RCC) personnel, leur titre postgrade fédéral le plus récent et l'adresse de leur lieu d'activité. Le RCC, commun au registre FMH des médecins et au pool de données santésuisse®, permet de relier ces deux banques de données.

Les médecins n'exerçant plus d'activité gardent leur numéro RCC et figurent toujours dans le registre. Cependant, ces personnes sont exclues de nos analyses. Le RCC ne fournit pas d'indications sur le nombre de praticiens facturant des prestations sous le même code (cabinet de groupes, médecins employés dans un cabinet). Certains prestataires peuvent en outre facturer des prestations sous plusieurs codes différents, s'ils ont plusieurs activités distinctes, par exemple en cabinet et dans des cliniques. Les variables suivantes ont été extraites du RCC:

- Numéro RCC
- Spécialisation (dernier titre postgrade fédéral obtenu)⁹
- Numéro postal du cabinet (recodé ensuite en numéro de commune BFS)

2.1.2 Registre des médecins de la FMH

Cette base de données contient des informations administratives et démographiques de l'ensemble des médecins suisses. S'agissant des médecins praticiens, son degré de couverture est estimé à 95-99%. Pour le projet Démo-médicale, seuls le genre et la classe d'âge (classes d'âge de 5 ans) des médecins ont été fournis (à l'exclusion de toute information susceptible de rompre la protection des données). La préparation des fichiers et leur transmission à l'Obsan constituent la contribution de la FMH au projet.

- Genre
- Classe d'âge

2.1.3 Pool de données santésuisse®

Le pool de données santésuisse® regroupe des indications sur les prestations fournies par l'assurance obligatoire de soins (AOS), recouvrant 97% des assurés (voir Annexe 1 pour une description détaillée). Les données sont disponibles depuis 1997. Cette banque de données se base sur les factures envoyées aux assurances-maladie et ne contient aucune indication concernant l'assurance-accident ou les assurances

⁹ En 2005 les données concernant la spécialisation des médecins ont été adaptées à la classification de la FMH et cela de manière rétrospective jusqu'en 1997.

privées, ni sur les factures payées par les ménages et non transmises à l'assurance-maladie. Parmi les informations récoltées, se référant spécifiquement aux praticiens, les variables suivantes ont été retenues pour décrire l'activité des médecins en cabinet¹⁰:

- Numéro RCC.
- Nombre de patients traités en 2004 (pour le compte de l'AOS).
- Nombre de consultations au cabinet ou au domicile réalisées en 2004 (pour le compte de l'AOS).

A noter qu'aucune information sur l'état de santé des patients, sur le contenu ou la durée des consultations n'est disponible. Les montants facturés n'ont pas non plus été intégrés à cette étude.

2.1.4 Données géographiques et démographiques de l'OFS

Sur la base du recensement fédéral de la population de 2000 (RFP 2000), l'OFS a défini 106 régions MS (mobilité spatiale)¹¹. Il s'agit d'une unité géographique plus fine que 26 cantons ou les 46 régions de primes définies par l'OFSP. Une carte présentant la répartition de ces régions pour la Suisse figure dans l'annexe 2. La répartition de la population par classe d'âge dans les régions MS est obtenue en attribuant à la population totale de 2004 (ESPOP), la structure par âge et par sexe obtenue durant le RFP 2000.

2.2 Unités d'étude

2.2.1 Unité géographique

Selon leurs spécificités géographiques et socio-économiques, l'OFS propose différentes classifications des régions MS. Pour la présente étude, 6 types de régions ont été retenus.

1. Centre avec Hôpital Universitaire
2. Région métropolitaine
3. Agglomération tertiaire
4. Région industrielle
5. Région touristique
6. Région rurale

La liste des régions MS et leur répartition dans ces 6 types de régions est présentée dans l'annexe 2.

Les 3 premiers types de régions peuvent être considérés comme des régions urbaines et les 3 dernières catégories plutôt comme des régions périphériques. Les indicateurs sont calculés pour chaque région. Ils peuvent être comparés aux moyennes nationale, cantonale et régionale. Cette dernière moyenne, spécifique à chaque type de région est calculée en prenant en compte toutes les régions MS suisses de ce type. Ces trois moyennes permettent des comparaisons sans représenter pour autant des valeurs optimales.

2.2.2 Médecins praticiens

Il ne s'agit ici que des médecins praticiens autorisés à exercer dans le cadre de l'assurance obligatoire de soins (AOS) et **ayant facturé au moins une consultation en 2004**¹². Les 3 233 médecins possédant un RCC mais n'ayant rien facturé à l'AOS en 2004 ont été exclus de l'analyse.

¹⁰ Le chiffre d'affaire des cabinets a été volontairement exclu des analyses, car il dépend trop du contenu des consultations, information qui n'est pas accessible au travers du pool de données santéuisse.

¹¹ Schuler P, Dessemontet P et Joye D: Les niveaux géographiques de la Suisse (OFS juillet 2005)

¹² Les médecins spécialisés dans les domaines suivants, n'exerçant en principe pas d'activité en cabinet ont été exclus des analyses: anesthésiologie, médecine du travail, médecins sans RCC, médecins sans cabinets, médecine intensive, pharmacologie et toxicologie clinique, génétique médicale, médecine nucléaire, pathologie, médecine pharmaceutique, médecine sociale et préventive, radiologie, radio-oncologie, médecine légale.

Afin de garantir une certaine vision d'ensemble dans la présentation des résultats, les spécialités médicales ont été regroupées en tenant compte de leur type d'activité, de la population concernée et selon le raisonnement suivant:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1. <i>Qui initie la consultation?</i> | Médecine de base: consultation initiée par le patient, Médecine spécialisée: consultation sur référence |
| 2. <i>Quel groupe cible?</i> | Population générale, femmes ou enfants |
| 3. <i>Quel type d'activité?</i> | Non chirurgicale en cabinet En partie activité chirurgicale en hôpital Entretiens psychiatriques |

Ces questions permettent de répartir les médecins dans les catégories suivantes:

1. **Médecine de base:** Médecins praticiens, généralistes, internistes sans sous-spécialité, cabinets de groupes, médecins sans titres reconnus.
2. **Médecine de base Plus:** Médecine de base + gynécologues et pédiatres¹³.
3. **Médecine spécialisée sans activité chirurgicale:** Sous-spécialités en médecine interne: allergologie, angiologie, cardiologie, rhumatologie, endocrinologie-diabétologie, pneumologie, hématologie, gastro-entérologie, néphrologie, neurologie, médecine physique et réhabilitation, oncologie, infectiologie.
Autres spécialisations: médecine tropicale, dermatologie-vénérologie.
4. **Médecine spécialisée avec activité chirurgicale:** Chirurgie, chirurgie pédiatrique, orthopédie, ophtalmologie, ORL, neurochirurgie, chirurgie cardiaque, urologie, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie esthétique.
5. **Psychiatrie:** psychiatres et psychiatres pour enfants.

Deux cas particuliers

- **Cabinets de groupe:** lorsque les médecins d'un cabinet de groupe sont inscrits sous le même numéro RCC, celui-ci est alors identifié comme cabinet de groupe dans les registres et il n'est pas possible de connaître quelles spécialités sont effectivement représentées dans ce cabinet. Ces cabinets ont été arbitrairement inclus dans le groupe de «Médecine de base». Sur l'ensemble des médecins praticiens seuls 75 cabinets de groupe étaient enregistrés en 2004. Il existe un risque de surestimer l'offre en médecine de base ou de sous-estimer l'offre en médecine spécialisée en classant de façon erronée un cabinet de groupe de spécialistes dans cette catégorie, mais ce risque est limité: en 2004, les factures facturées à l'AOS par des cabinets de groupes représentaient un montant de moins de 3% du montant facturé pour l'ensemble de toutes les consultations. La méthode proposée dans cette étude permet par contre de représenter l'activité de ces cabinets avec précision, car elle tient compte du nombre de consultations facturées ou du nombre de patients traités, dans le cadre de l'AOS (voir 2.3).
- **Médecins ayant un cabinet en hôpital:** seuls les personnes facturant leur consultation sous leur propre RCC sont identifiées dans le fichier disponible. Les consultations facturées sous le RCC de l'hôpital, réalisées soit par des policliniques soit par des médecins agréés, ne figurent pas dans nos résultats¹⁴.

¹³ Compte tenu des conditions fixées par santésuisse, de présenter 6 fournisseurs ensemble, les pédiatres et gynécologues ne peuvent être considérés séparément.

¹⁴ Des données concernant l'offre dans les services ambulatoires des hôpitaux ne sont pas disponibles. Ce domaine pourra cependant être étudié dans le cadre du recours aux soins, dans la deuxième partie de l'étude.

Exemple: La Doctoresse AB a son cabinet à l'hôpital X. Ses consultations sont facturées sous son propre RCC. Dans nos données elle sera identifiée comme un autre médecin, ayant son cabinet en dehors d'un hôpital. A l'inverse, le Docteur FG a aussi son cabinet dans l'hôpital Y, mais cette fois, les consultations sont facturées sous le RCC de l'hôpital. Cette activité ne figurera par conséquent pas dans nos données.

Tableau 1 Liste des variables et indicateurs utilisés

| Variables | | Année | Source utilisée |
|---|--|--------------|--|
| 1. Unité géographique | | | |
| Régions MS | 6 types de régions 1. Centre avec Hôpital universitaire 2. Région métropolitaine 3. Agglomération tertiaire 4. Région Industrielle 5. Région Touristique 6. Région Rurale | 2000 | RFP OFS |
| 2. Prestataires de soins | | | |
| Praticiens avec RCC | Regroupés en 6 catégories de spécialisation: | 2004 | RCC santésuisse® |
| 1 Médecine de base | Médecine générale, médecine interne sans sous-spécialisation, praticiens, cabinets de groupe, médecins sans titre reconnu | | |
| 2 Médecine de base Plus | Médecine de base + gynécologues et pédiatres | | |
| 3 Médecine spécialisée sans activité chirurgicale | Allergologie, angiologie, cardiologie, rhumatologie, endocrinologie-diabétologie, pneumologie, hématologie, gastro-entérologie, néphrologie, neurologie, médecine physique et réadaptation, oncologie, infectiologie, médecine tropicale, dermatologie vénéréologie. | | |
| 4 Médecine spécialisée avec activité chirurgicale | Chirurgie, chirurgie pédiatrique, orthopédie, ophtalmologie, ORL, neurochirurgie, chirurgie cardiaque, urologie, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie esthétique. | | |
| 5 Psychiatrie | Psychiatrie adulte et pédopsychiatrie | | |
| 6 Service ambulatoire des hôpitaux | Analyse possible uniquement pour le recours aux soins | | |
| 3. Offre: Indicateurs d'activité | | | |
| APT / 10 000 habitants | Activité Plein Temps /10 000 habitants | 2004 | Pool de données santésuisse® |
| Rapport APT/médecin | Taux d'activité facturée à l'AOS | | |
| Poids local de l'activité | Rapport entre les consultations d'une catégorie de spécialisation à l'ensemble des consultations d'une région MS | | |
| 4. Offre: Indicateurs démographiques | | | |
| % Femmes | Proportion de femmes parmi l'ensemble des praticiens | 2004 | RCC santésuisse® Registre des médecins FMH |
| % praticiens <= 40 ans % praticiens > 60 ans | Proportion de praticiens de 40 ans ou moins, ou de plus de 60 ans parmi les praticiens | | |
| Moyenne d'âge | Moyenne d'âge de l'ensemble des praticiens | | |
| 5. Recours: Indicateurs démographiques | | | |
| Consultations / habitant | 5 catégories d'âge 0-18; 19-40; 41-65; 66-80; 80+ ans | 2000 2004 | RFP OFS ESPOP OFS Pool de données santésuisse® |
| 6. Recours: Indicateurs des flux des assurés | | | |
| Market share Index | Proportion de patients traités en provenance d'autres régions MS | 2004 | Pool de données santésuisse® |
| Index de localisation | Proportion des consultations réalisées dans la région MS de domicile des patients | | |

2.3 Approche choisie pour définir une activité à plein temps en cabinet

Les données disponibles en Suisse renseignent sur les activités réalisées et facturées au sein de l'AOS, sans que l'on connaisse le taux d'activité des prestataires. Jusqu'à présent l'évaluation de la couverture en soins médicaux d'une région se limitait à des calculs de densité, notamment de médecins/10 000 habitants. Cette approche comporte deux risques:

- celui de surestimer la couverture réelle, lorsqu'un médecin travaille à temps partiel;
- celui de sous-estimer la couverture si un cabinet de groupe comporte plusieurs médecins facturant sous le même code RCC.

Un groupe de travail, réunissant des personnes d'horizons divers a été mis sur pied dans le but d'élaborer une approche qui tienne compte du taux d'activité et puisse être utilisée par tous¹⁵. Le rapport détaillé de sa démarche a fait l'objet d'une publication début 2006 et est accessible en allemand à l'adresse web www.obsan.ch/ [6]. La démarche est résumée dans l'annexe 3.

En bref, il s'agit de définir, pour chaque spécialité, un seuil d'Activité Plein Temps (APT), basé sur la distribution nationale du nombre de consultations facturées à l'AOS et le nombre de patients traités dans l'année par l'effectif de chaque spécialité. Pour chacune de celles-ci, le seuil correspondant à 1 APT a été fixé au percentile 75 de ces distributions.

Sur la base de l'activité qu'il aura facturée durant l'année à l'AOS, chaque praticien est alors comparé à ce seuil et se voit attribuer un pourcentage d'activité (% APT). Le terme d'Activité Plein Temps est préférable au terme d'Equivalent Plein Temps utilisé dans d'autres domaines et se référant à un certain nombre d'heures travaillées. L'APT exprime donc une quantité de prestations disponibles (consultations fournies ou patients traités) pour chaque spécialité. Cette méthode a l'avantage de permettre des comparaisons inter-régionales par spécialité, puisqu'elle est appliquée à tous les praticiens de cette spécialité.

L'interprétation des résultats devra tenir compte du fait que, étant basée sur les consultations facturées à l'AOS, cette méthode ne reflète que l'activité à la charge de celle-ci. Elle ne fournit pas d'indications sur les heures de travail administratif ou le travail réalisé à charge d'autres assurances (complémentaire, invalidité, accident) ou encore l'activité réalisée en milieu hospitalier¹⁶. Elle ne reflète donc qu'une partie de l'ensemble de l'activité médicale en cabinet, à savoir la partie à l'origine d'environ 8% des coûts totaux de la santé¹⁷. Les résultats obtenus représenteront donc le seuil d'activité minimal d'une spécialité donnée.

Afin de confronter la méthode choisie dans cette étude à d'autres approches, les résultats seront comparés à l'enquête genevoise réalisée au printemps 2005. Une comparaison avec les résultats de l'enquête de l'association vaudoise des médecins omnipraticiens était prévue mais n'a pu être réalisée, les variables mesurées dans celle-ci n'étant pas comparables à nos indicateurs.

¹⁵ Ce groupe de travail était constitué des personnes suivantes: T. Bandi (OFSP), G. von Below (FMH), M. Bertschi (santésuisse), A. Brotschi (santésuisse), T. Haniotis (santésuisse), H. Jaccard Ruedin (Obsan), J. Jau (FMH), H. Känzig (OFSP), N. Marzo (DES-GE et représentant la CDS), S. Spycher (Büro BASS).

¹⁶ Les consultations ambulatoires facturées par les hôpitaux ne sont pas disponibles sous la forme d'APT. Elles seront par contre utilisées dans l'analyse du recours.

¹⁷ Les soins médicaux ambulatoires représentent 14% des coûts totaux. L'AOS couvre 50% de ces coûts ambulatoires, soit environ 7% des coûts totaux. Le pool de données regroupe les factures de l'AOS mais aussi une partie des factures payées par les ménages dans le cadre de leur franchise. Pour les soins médicaux ambulatoires, on estime qu'il regroupe les données correspondant à environ 8% des coûts totaux de santé.

2.4 Indicateurs utilisés

Les indicateurs suivants sont calculés pour chacune des catégories de médecins définies au point 1.2. Les analyses concernant les Indicateurs de l'offre sont présentées au chapitre 3. Ceux concernant le recours au chapitre 7.

Offre: indicateurs d'activité

- APT/10 000 habitants: cet indicateur représente le nombre de praticiens réalisant une activité plein temps, définie par rapport à un étalon national spécifique à chaque catégorie. Il représente aussi le volume des consultations disponibles dans une région pour sa population ou le nombre de patients pouvant être traités dans l'année.
- Rapport APT/nombre de médecins: cet indicateur renseigne sur le taux d'activité réalisée et facturée au sein de l'AOS. Pour une catégorie donnée de médecins, plus ce rapport est bas et moins le médecin est actif dans l'AOS par rapport à la moyenne des praticiens de cette catégorie.
- Poids local de l'activité: $APT_{spéc_{région}} / APT_{total_{région}} / APT_{spéc_{CH}} / APT_{total_{CH}}$

Pour une région donnée, cet indicateur compare le poids de l'activité d'une catégorie de médecins dans une région, à son poids à l'échelon national. Plus le Poids local de l'activité s'écarte de 1, plus il indique un déséquilibre pour cette spécialité par rapport à la moyenne suisse.

Offre: indicateurs démographiques

L'âge des praticiens est disponible par classes d'âge de 5 ans. Pour le calcul des indicateurs d'âge, chaque praticien se voit attribuer l'âge moyen de sa classe d'âge (par exemple 58 ans, s'il a entre 56 et 60 ans).

- Proportion de praticiennes/ ensemble des praticiens d'une catégorie.
- Proportion des praticiens >60 ans/ ensemble des praticiens d'une catégorie.
- Proportion des praticiens ≤40 ans/ ensemble des praticiens d'une catégorie.
- Moyenne d'âge de l'ensemble des praticiens d'une catégorie.

Pour les trois premiers indicateurs, les proportions sont calculées en incluant les valeurs manquantes concernant l'âge et le genre au total des praticiens; les résultats représentent donc une estimation minimale. La moyenne d'âge est estimée pour l'ensemble des praticiens dont l'âge est connu d'une région, à partir des classes d'âge fournies par la statistique de la FMH.

Indicateur de recours

- Nombre moyen de consultation/habitant, par année.

Calculé par catégorie de médecin, par sexe et pour 5 classes d'âge (0-18 ans, 19-40 ans, 41-65 ans, 66-80 ans et 80 ans et plus).

Indicateurs de mouvements de patients entre les régions

- Index de localisation (Lokalisationsindex, LI):
– consultations faites sur place par les résidents / total des consultations consommées par les résidents.
- Market Share Index (MSI):
– consultations faites sur place pour les résidents / consultations totales réalisées par les praticiens d'une région.

Ces indicateurs renseignent sur la part de patients traités localement (Lokalisationsindex) et sur la part de patients externes qu'un praticien traite (Market share index). Un LI élevé indique peu d'émigration des patients. Un MSI élevé indique une faible attirance pour des non-résidents.

2.5 Validation de l'approche par les APT

L'approche par les APT est validée en comparant les résultats aux données récoltées au travers d'un questionnaire spécifique adressé en 2005 aux praticiens genevois par la Direction Générale de la Santé. Les résultats de cette comparaison sont décrits au chapitre 4.

2.6 Modèle d'analyse des déterminants de l'activité médicale ambulatoire en médecine de base

Sur la base des données disponibles, l'influence de différents déterminants démographiques ou géographiques sur le taux d'activité est déterminée par régression linéaire multiple. Ce modèle est établi pour la médecine de base. Les résultats sont présentés au chapitre 5.

2.7 Protection des données et présentation des résultats

Les données issues du pool de données santésuisse® sont fournies à l'Obsan sous forme agrégée par commune. Le contrat régissant l'achat des données à santésuisse par l'Obsan précise les conditions de protection de données à respecter pour la publication des résultats. Parmi celles-ci, les praticiens doivent toujours être rassemblés par six personnes au minimum. Cette contrainte limite les possibilités de présentation des résultats, essentiellement pour les régions périphériques desservies par peu de praticiens.

Les médecins gynécologues et les pédiatres représentent un petit groupe de prestataires et les résultats les concernant ne peuvent être montrés isolément. C'est pourquoi leurs données sont incluses à la catégorie de «Médecine de Base», pour constituer la catégorie de «Médecine de base Plus» qui représente la Médecine de premier recours. Le fait d'intégrer la gynécologie à la médecine de base plutôt qu'à la catégorie des médecins spécialistes avec activité chirurgicale se justifie par le fait qu'une bonne part de l'activité gynécologique peut en théorie être prise en charge par un médecin généraliste (suivi de grossesse, dépistage, etc).

Remarque

Les chiffres par régions MS utilisés pour la préparation des cartes de la première partie ainsi que les chiffres par canton utilisés pour décrire le recours, sont rassemblés dans une annexe séparée (Annexe II). Celle-ci est disponible pour les cantons ayant participé au projet Démo-médicale. Ils bénéficient en outre d'un rapport cantonal spécifique dans lequel figurent leurs propres données.

Analyse de l'offre

3 Offre en soins médicaux ambulatoires au sein de l'Assurance obligatoire de soins

Maik Roth, Carine Bétrisey, Hélène Jaccard Ruedin

3.1 Introduction

L'objectif de ce chapitre est de décrire l'offre en soins médicaux ambulatoires en Suisse, au niveau géographique le plus fin possible et d'une manière standardisée qui permette des comparaisons. Ces résultats doivent fournir une meilleure connaissance de l'effectif des médecins exerçant en cabinet et de leur disponibilité réelle pour les soins ambulatoires à prodiguer dans l'Assurance Obligatoire de Soins (AOS). L'approche utilisée dans cette analyse, décrite au point 2.3, permet d'intégrer le degré d'activité à l'étude de l'offre en général. Les effectifs des médecins sont quant à eux décrits selon leur âge et la proportion de femmes qui les constituent.

Les indicateurs utilisés sont construits de manière uniforme pour l'ensemble de la Suisse, afin de permettre la comparabilité des résultats entre régions et d'en faciliter l'interprétation. Les résultats sont présentés sous forme de cartes présentant un découpage en 106 régions MS, pour chaque catégorie de spécialisation, à savoir la médecine de base Plus, la médecine spécialisée avec et sans activité chirurgicale, ainsi que la psychiatrie.

Selon leurs composantes socio-économiques, les régions MS peuvent être regroupées en 6 catégories distinctes. Les indicateurs décrits au chapitre 2 sont calculés par région MS (Tableau 2). Il est possible de comparer les résultats d'une région MS à la moyenne nationale ou cantonale, mais aussi à la moyenne régionale (représente la valeur moyenne calculée à partir des valeurs de toutes les régions MS du même type).

Tableau 2 Indicateurs décrivant l'offre

| | |
|---|---|
| Médecin / 10 000 habitant | |
| APT / 10 000 habitants | Activité Plein Temps / 10 000 habitants |
| Rapport APT / Médecins | Taux d'activité facturée à l'AOS |
| Poids local de l'activité | Rapport entre un type de médecine et l'ensemble de la médecine facturée dans une région |
| % femmes / nombre total de praticiens | |
| % médecins de > 60 ans / total des praticiens | |
| % médecins de ≤ 40 ans / total des praticiens | |
| Moyenne d'âge des praticiens | |

Effectif des médecins praticiens en Suisse

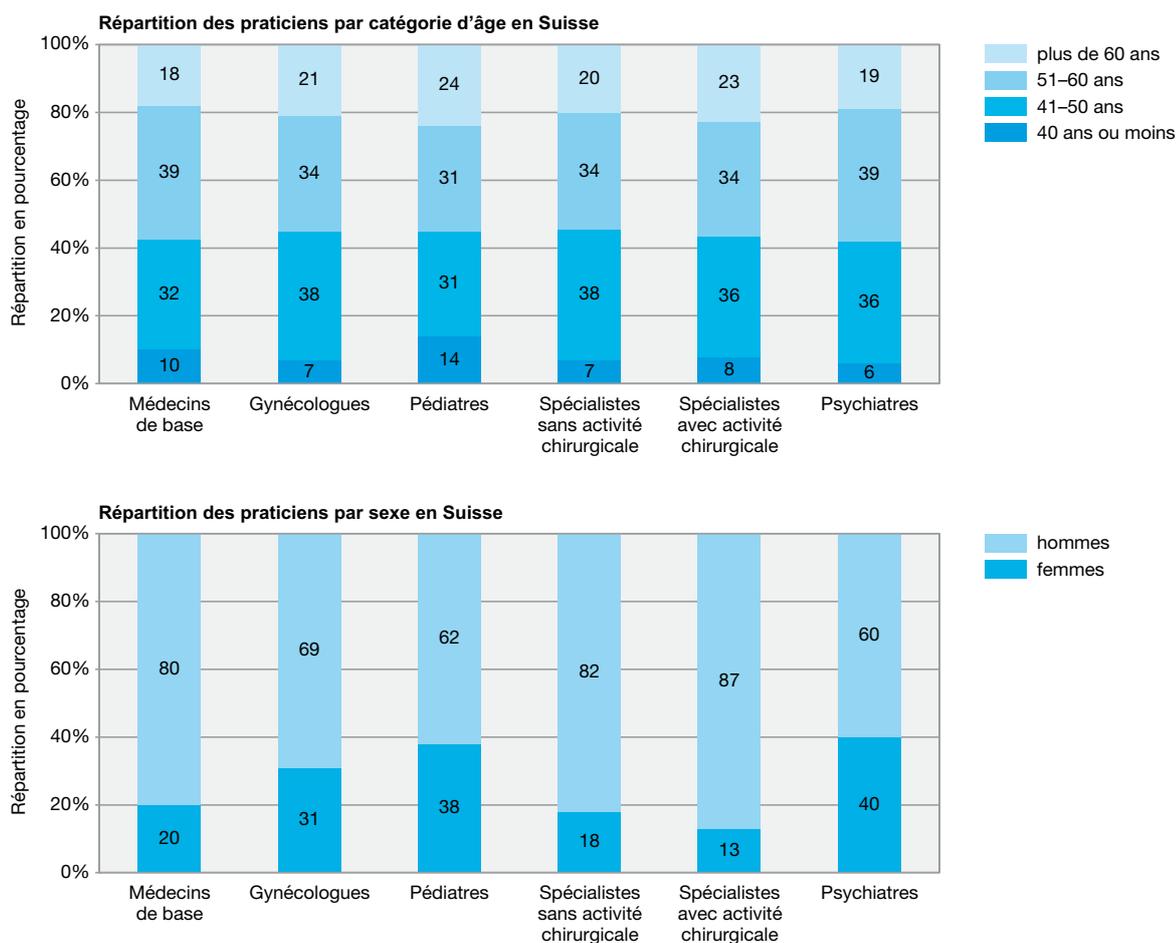
Au total l'analyse porte sur 15 942 médecins ayant facturé au moins une consultation durant l'année 2004 à l'AOS. Si l'on ne tient compte que de l'activité réalisée pour le compte de l'AOS, l'effectif diminue de 32% à 10 896 APT (Tableau 3). Pour rappel l'activité réalisée pour le compte d'autres assurances (invalidité, accident ou assurance complémentaire) n'est pas prise en compte dans ces analyses.

Tableau 3 Effectifs des différentes catégories de médecins en Suisse en 2004

| | Nombre de médecins (% du total) | Nombre d'APT recensés (% du total) |
|--|---------------------------------|------------------------------------|
| Médecine de base | 6962 (44%) | 4664 (43%) |
| Gynécologie | 1 037 (7%) | 703 (6%) |
| Pédiatrie | 798 (5%) | 499 (5%) |
| Médecine spécialisée sans activité chirurgicale | 2223 (14%) | 1454 (13%) |
| Médecine spécialisée avec activité chirurgicale | 2475 (16%) | 1662 (15%) |
| Psychiatrie | 2447 (15%) | 1915 (18%) |
| Total | 15 942 (100%) | 10 896 (100%) |

Source: santésuisse: Registre des codes créanciers, 2004. Analyses: Obsan

Plus de la moitié des praticiens ont plus de 50 ans et 20% plus de 60 ans. La structure d'âge entre les différentes catégories de praticiens diffère peu. Les femmes représentent environ un cinquième de l'ensemble de l'effectif. Elles sont moins nombreuses en médecine spécialisée qu'en médecine de base Plus et psychiatrie (Figure 1).

Caractéristiques démographiques des praticiens retenus pour l'analyse
Fig. 1


© Office fédéral de la statistique (OFS)

3.2 Médecine de base Plus

Définition

En principe, les médecins de premier recours sont les praticiens qui ont un contact régulier avec leurs patients et leur offrent les soins de base. Dans le présent travail, la médecine de premier recours est constituée:

- des **médecins «généralistes»** (médecins généralistes, internistes sans sous-spécialisation, médecins praticiens, médecins sans titre reconnu et cabinets de groupe) qui forment la catégorie **«Médecine de base»**;
- des **gynécologues** (par souci de simplicité, le terme de gynécologue est utilisé ici à la place du terme médecins gynécologues-obstétriciens);
- **des pédiatres.**

L'effectif des gynécologues et des pédiatres est trop restreint pour que les résultats puissent être montrés séparément tout en respectant les conditions fixées par santésuisse dans le cadre de la protection des données (ne présenter que des données regroupant au moins 6 praticiens). Ces deux spécialités sont donc regroupées avec la médecine de base pour former la catégorie **«Médecine de base Plus»**. L'indicateur de densité d'APT de cette catégorie tient compte des populations cibles respectives des pédiatres et des gynécologues (voir Annexe 4 pour la méthode de calcul).

Les résultats sont présentés sous forme de tableaux lorsqu'il s'agit de présenter les valeurs spécifiques aux types de régions MS et sous forme de cartes pour les valeurs propres à chaque région MS. L'échelle des cartes représente en général les percentiles de la distribution de l'indicateur, divisés en 7 catégories:

- pas de praticien: cette région ne compte aucun praticien;
- 1 à 5 praticiens: cette région compte de 1 à 5 praticiens, l'indicateur n'est pas présenté;
- Indicateur inférieur au percentile 10 de la distribution;
- Indicateur compris entre le percentile 10 et le 1er quartile de la distribution (percentile 25);
- Indicateur compris entre le 1^{er} et le 3^{ème} quartile de la distribution;
- Indicateur compris entre le 3^{ème} quartile (percentile 75) et le percentile 90 de la distribution;
- Indicateur supérieur au percentile 90 de la distribution;

Par définition, la moitié des régions présentera ainsi une densité moyenne, entre les percentiles 25 et 75.

La médecine de base Plus est d'abord décrite dans son ensemble. Les particularités des trois composantes de cette catégorie sont discutées dans les parties 3.3, 3.4 et 3.5.

Offre en Médecine de base Plus

La catégorie de Médecine de base Plus représente le groupe le plus important, avec 8 797 médecins, soit 56% de l'effectif en 2004 (Tableau 3). Les médecins généralistes de la catégorie de médecine de base constituent 79% de cet effectif, tandis que les pédiatres et les gynécologues représentent respectivement 9% et 12% des praticiens de la médecine de base Plus. En 2004, pour l'ensemble de la Suisse, la densité s'élevait à 18,7 praticiens pour 10 000 habitants¹⁸.

Activité plein-temps

A l'échelon suisse, la somme des APT pour la catégorie médecine de base Plus est de 5 866, soit 54% du total des Activités Plein Temps. Le rapport entre le nombre d'APT recensés et le nombre de médecins retenus est de 67%. Par rapport à la densité de médecins, la densité d'APT s'abaisse ainsi à 12,3 APT/10 000 habitants. Les gynécologues et les pédiatres ayant une population de référence restreinte, la somme des trois indicateurs (médecine de base, gynécologie, pédiatrie) est néanmoins plus élevée que si ces deux catégories étaient également rapportées à la population totale.

La densité d'APT varie fortement en fonction du type de région MS (Tableau 4). Les Centres avec Hôpital Universitaire ont une densité d'APT presque une fois et demi plus élevée que les régions rurales (15,1/10 000 habitants). Avec 13,5 APT/10 000 habitants la densité dans les agglomérations tertiaires est plus importante que dans les régions métropolitaines, dont la densité est inférieure à celle des régions industrielle (11,2 vs 11,5). Les régions touristiques et rurales présentent les densités d'APT les plus faibles (respectivement 10,7 et 10,2).

Tableau 4 Médecine de base Plus: Moyennes régionales des densités de médecins et d'APT et Poids local de l'activité

| Type de région MS | Médecins / 10 000 habitants | APT / 10 000 habitants | APT / Médecins (%) | Poids local de l'activité |
|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------|--------------------|---------------------------|
| Centre avec Hôpital Universitaire | 29,6 | 15,1 | 51,0 | 0,77 |
| Région métropolitaine | 16,5 | 11,2 | 67,7 | 1,06 |
| Agglomération tertiaire | 18,2 | 13,5 | 74,2 | 0,96 |
| Région industrielle | 15,0 | 11,5 | 80,8 | 1,17 |
| Région touristique | 14,4 | 10,7 | 72,7 | 1,27 |
| Région rurale | 12,3 | 10,2 | 82,7 | 1,40 |
| Suisse | 18,7 | 12,3 | 66,7 | 1,00 |

Sources: santésuisse: pool de données® 2004; OFS: ESPOP, RFP 2000; Analyses: Obsan

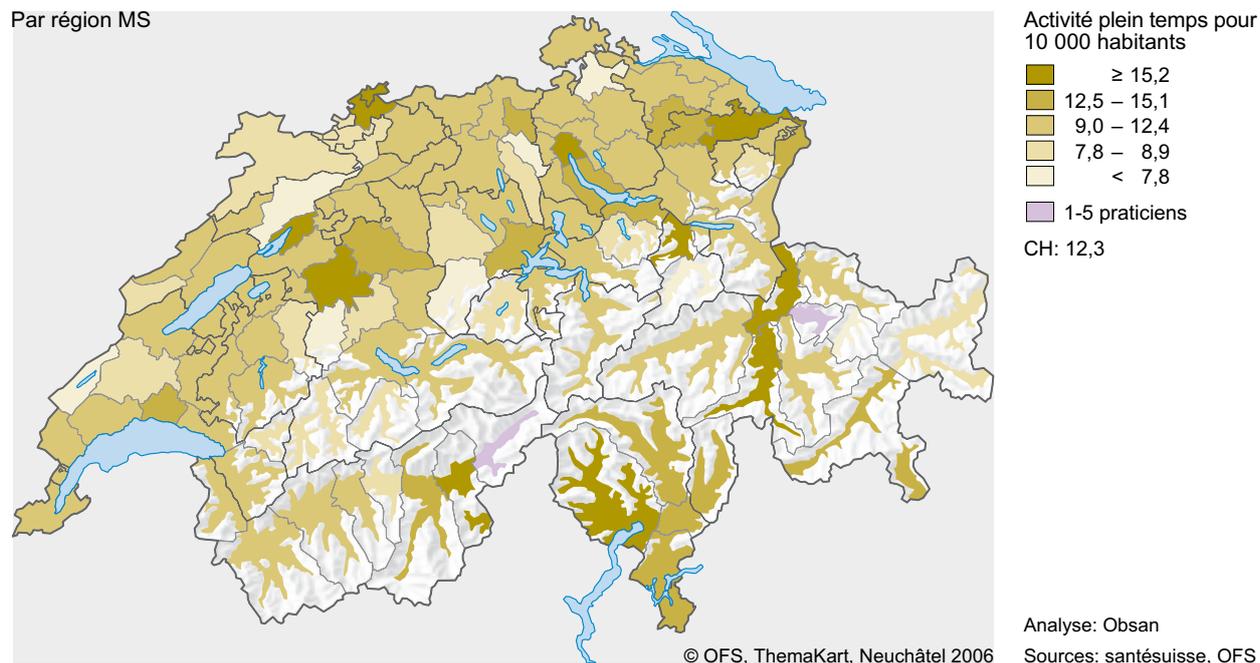
La distribution de la densité d'APT/10 000 habitants dans les 106 régions MS est illustrée par la carte 1. La moitié des régions MS (52 sur 106) est caractérisée par une densité moyenne comprise entre 9,0 et 12,5 APT/10 000 habitants représentant les percentiles 25 et 75 de la distribution. La moyenne de 12,3 APT/10 000 habitants est proche de la médiane (10,9 APT/10 000) ce qui signale une distribution normale des densités parmi les régions MS.

Les régions de Schanfigg et Goms ne sont pas présentées car elles comportent moins de six praticiens. Les régions MS présentant les densités les plus faibles se trouvent souvent proches d'une région avec une densité plus forte, comme: le Gros-de-Vaud (8,1) et Lausanne (14,4), le Jura bernois (6,6) et Biel/Bienne (15,6), Schwarzwasser (7,2) et Bern (17,6), Mutschellen (6,4) et Zürich (19,2), etc.

¹⁸ Densité calculée en tenant compte des populations cibles particulières des pédiatres et gynécologues.

Médecine de base Plus: Densité d'activité plein temps, en 2004

C 1



D'autres régions MS à faible densité sont en revanche plus éloignées des régions à forte densité. C'est le cas par exemple de La Vallée (6,2), le Weinland (6,5), l'Entlebuch (6,7), le Glarner Hinterland (7,5), Davos (7,6) ou l'Engiadina bassa (7,8).

Les régions MS avec des densité d'APT très élevées sont d'abord les villes de Zürich (19,2), Bern (17,6), Basel-Stadt (17,2) et sa région MS limitrophe de l'Unteres Baselbiet (15,4), Biel/Bienne (15,6) et St.Gallen (15,5). Viennent ensuite des régions MS plutôt de type touristique, situées en périphérie, telles que Viamala (19,8), Chur (17,5), Glarner Unterland (17,2), Brig (16,1) et Locarno (15,8).

Rapport entre APT et nombre de médecins

Le rapport entre le nombre d'APT et le nombre de médecins démontre l'impact de la méthode de calcul de l'activité plein-temps. Le calcul de l'APT tient compte de l'activité facturée par chaque praticien (nombre de consultations et nombre de patients) et pondère chaque praticien par rapport à un étalon national, spécifique à sa spécialité.

Pour chaque catégorie, ce rapport donne une idée du taux d'activité réalisée pour le compte de l'Assurance Obligatoire de Soins (AOS). Un rapport faible indique que l'effectif de cette catégorie est constitué de personnes peu actives dans l'AOS. Trois situations peuvent en être la cause, sans qu'il soit possible de déterminer l'impact de chacune:

1. Ces praticiens exercent plutôt dans le cadre d'autres assurances (Assurance-accident, -invalidité ou assurances complémentaires)
2. Ils facturent moins de consultations mais celles-ci durent plus longtemps
3. Ils exercent à temps partiel

Dans le tableau 3, le rapport entre nombre d'APT et de médecins est d'environ 66% pour la médecine de base Plus. Il varie fortement d'un type de région à l'autre. Les Centres avec Hôpital Universitaire présentent le rapport le plus faible. Les autres types de régions se situent au-delà de la moyenne nationale à l'exception des régions métropolitaines plus proches de la moyenne suisse. Ainsi, dans les Centres avec Hôpital Universitaire

et dans une moindre mesure les régions métropolitaines, l'offre élevée est liée à une forte densité de praticiens. Mais ceux-ci exerçant relativement peu dans l'AOS, lorsque l'on tient compte de l'activité réalisée, l'offre se réduit de manière plus importante que dans le reste de la Suisse. Celle-ci reste tout de même importante dans ces deux types de régions car elles concentrent 58 % de l'activité de médecine de base Plus.

Poids local de l'activité

Pour une région donnée, cet indicateur compare le poids de l'activité d'une catégorie de médecins à son poids à l'échelon national. En d'autres termes, cet indicateur renseigne sur l'importance relative d'un type d'activité médicale dans une région par rapport au niveau suisse¹⁹. C'est un indicateur indépendant de la population concernée. Plus le Poids local de l'activité d'une spécialité s'écarte de 1,0, plus la distribution de celle-ci est déséquilibrée par rapport à la moyenne suisse. Un coefficient plus grand que 1,0 signifie qu'une part plus importante de l'activité médicale étudiée est réalisée dans cette région qu'au niveau suisse. A l'inverse, un coefficient inférieur à 1,0 implique que l'importance relative de l'activité étudiée est plus faible dans cette région qu'au niveau national.

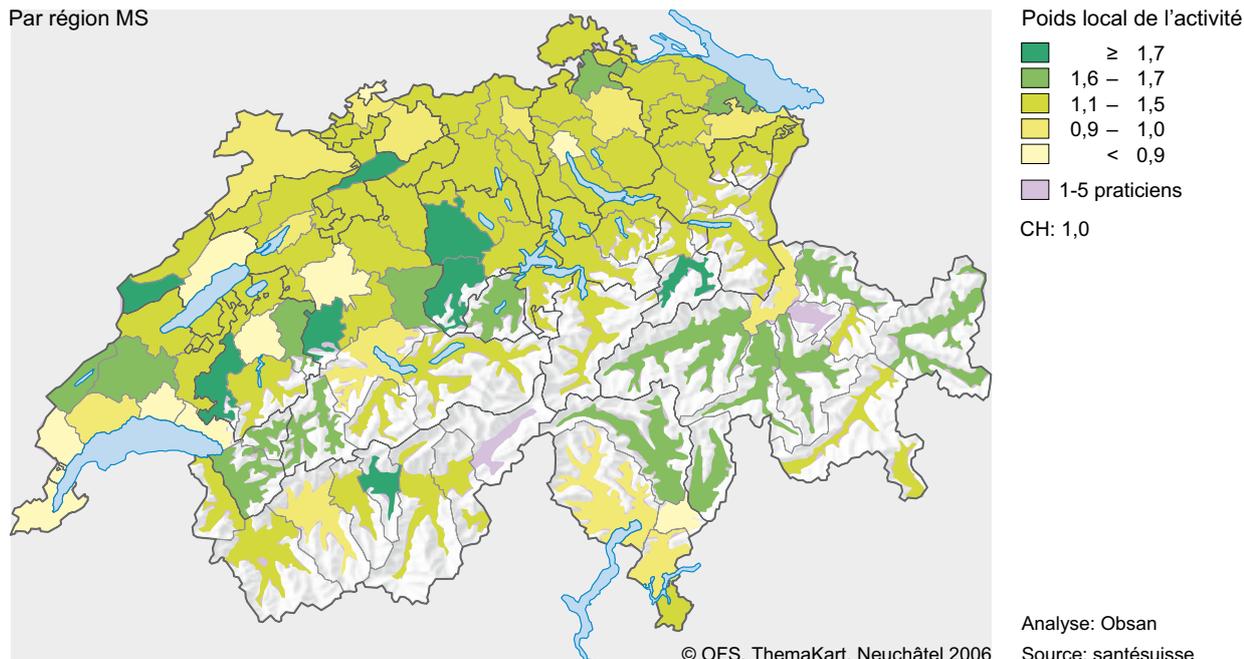
Pour la Médecine de base Plus, le Poids local de l'activité est inférieur à un dans les Centres avec Hôpital Universitaire et les agglomérations tertiaires. Dans ces régions, la médecine de base Plus a relativement moins d'importance que ce que l'on observerait au niveau national. A l'inverse, dans les régions touristiques et rurales, la médecine de base Plus a relativement plus d'importance qu'au niveau national: La médecine de premier recours y est prépondérante. Finalement, dans les régions métropolitaines, l'importance de la médecine de premier recours est comparable à ce que l'on observe pour la Suisse (Carte 2).

La carte 2 illustre le clivage entre les centres urbains et la périphérie. Les Centres avec Hôpital Universitaire (Basel-Stadt: 0,7, Zürich: 0,7, Lausanne: 0,7, Genève: 0,8, Bern: 0,8) et les régions MS de La Sarine (0,7), Nyon (0,8), Vevey (0,8), Bellinzona (0,8), présentent un Poids local de l'activité plus faible. Dans ces dernières, l'activité médicale est diversifiée, les autres catégories de médecins étant également actives au sein de l'AOS.

Médecine de base Plus: Poids local de l'activité, en 2004

C 2

Par région MS



¹⁹ cf. chapitre 2.4: Poids local de l'activité: $\text{APT}_{\text{spéc}}_{\text{région}} / \text{APT}_{\text{total}}_{\text{région}} / \text{APT}_{\text{spéc}}_{\text{CH}} / \text{APT}_{\text{total}}_{\text{CH}}$

A l'inverse, les régions dotées principalement d'une activité en médecine de premier recours sont pour la plupart localisées en Suisse alémanique: Leuk (1,9), Glarner Hinterland (1,9), Entlebuch (1,9), Thal (1,8), Schwarzwasser (1,7), Willisau (1,7) mais aussi dans les régions de Glâne/Veveyse (1,7), du Val-de-Travers (1,7) et La Vallée (1,7).

Part des femmes en médecine de base Plus

Les femmes représentent moins d'un quart de l'effectif des médecins de premier recours. Plus on s'éloigne des centres urbains, plus leur proportion sur l'ensemble des médecins de base Plus baisse. Elles sont 28% dans les Centres avec Hôpital Universitaire, 23% dans les régions métropolitaines et 21% dans les agglomérations tertiaires, alors qu'elles ne sont plus que 15% dans les régions rurales ou touristiques et 17% dans les régions industrielles (Tableau 5)

Tableau 5 Pourcentages de femmes parmi les praticiens en médecine de base Plus et dans ses trois sous-catégories, au niveau national et selon les types de régions MS

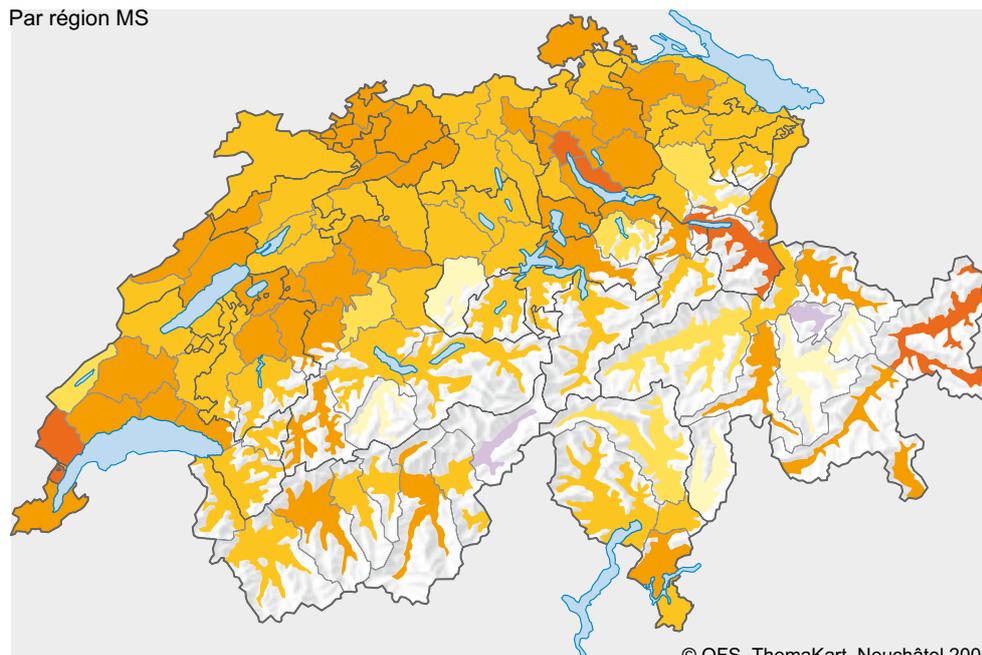
| Type de région MS | % femmes / total des médecins | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|------------------|-------------|-----------|
| | Médecine de base Plus | Médecine de base | Gynécologie | Pédiatrie |
| Centre avec Hôpital Universitaire | 28 | 25 | 32 | 42 |
| Région métropolitaine | 23 | 20 | 34 | 38 |
| Agglomération tertiaire | 21 | 18 | 29 | 34 |
| Région industrielle | 17 | 14 | 24 | 33 |
| Région touristique | 15 | 14 | 28 | 22 |
| Région rurale | 15 | 12 | 25 | 34 |
| Suisse | 22 | 20 | 31 | 38 |

Sources: santésuisse : Registre des Codes Créanciers 2004 ; FMH : Statistique des médecins 2004;
Analyses: Obsan

Médecine de base Plus: Proportion de femmes parmi les praticiens, en 2004

C 3

Par région MS



Proportion de femmes (en %)

- ≥ 40
- 30 – 39
- 20 – 29
- 10 – 19
- 1 – 9
- < 1

■ 1-5 praticiens

CH: 22 %

Analyse: Obsan

Sources: santésuisse, FMH

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2006

Dans cinq régions MS (Kandertal, Entlebuch, Davos, Mittelbünden, et Mesolcina), aucune praticienne en médecine de base Plus n'est enregistrée²⁰ (Carte 3). Il s'agit de régions touristiques ou rurales. Par ailleurs, six régions MS affichent moins de 10% de femmes exerçant en médecine de base Plus. A une exception près, il s'agit à nouveau de régions rurales ou touristiques.

A l'opposé, les régions MS pour lesquelles la proportion de praticiennes est la plus élevée sont plutôt des Centres avec Hôpital Universitaire (Zürich, 34%) ou des régions métropolitaines (Nyon, 32%, et Pfannenstiel, 31%), bien qu'une région touristique (Engiadina bassa, 36%) et une région rurale (Sarganserland, 32%) soient également concernées. On notera tout de même que pour la région d'Engiadina bassa, le taux de féminisation se base sur onze médecins.

Age des praticiens en médecine de base Plus

Au niveau suisse, la moyenne d'âge des médecins de base Plus est de 52,6 ans²¹. Seuls 10% de ces praticiens sont âgés de 40 ans ou moins, alors que près du double sont âgés de plus de 60 ans (Tableau 6).

En observant les différents types de régions MS, on remarque que les régions touristiques et rurales sont les moins dotées en jeunes médecins (8% de praticiens âgés de ≤ 40 ans). Par contre, ces régions se trouvent plus ou moins dans la moyenne suisse concernant les proportions de médecins âgés (respectivement 20% et 18% > 60 ans). Pour un même pourcentage de praticiens âgés (18% > 60 ans), les régions métropolitaines affichent le taux le plus élevé de jeunes médecins de base Plus (11% de praticiens âgés de ≤ 40 ans). Quant aux effectifs des Centres avec un Hôpital Universitaire, ils se caractérisent par des proportions élevées de jeunes médecins (10% ≤ 40 ans) et de médecins âgés (21% > 60 ans). Les moyennes d'âge des médecins de base Plus selon le type de régions MS sont comparables et vont de 52,2 ans pour les régions métropolitaines à 52,9 ans pour les agglomérations tertiaires ou régions rurales.

Tableau 6 Pourcentages des jeunes praticiens (≤ 40 ans) et des praticiens âgés (> 60 ans) en médecine de base Plus et dans ses trois sous-catégories, au niveau national et selon les types de régions MS

| Type de région MS | Médecine de base Plus | | Médecine de base | | Gynécologie ²² | | Pédiatrie ²³ | |
|-----------------------------------|-----------------------|------------|------------------|------------|---------------------------|------------|-------------------------|------------|
| | ≤ 40 ans | > 60 ans | ≤ 40 ans | > 60 ans | ≤ 40 ans | > 60 ans | ≤ 40 ans | > 60 ans |
| Centre avec Hôpital Universitaire | 10,4 | 21,3 | 11,0 | 19,9 | 6,7 | 23,1 | 11,2 | 28,0 |
| Région métropolitaine | 11,3 | 18,3 | 10,5 | 18,1 | 9,0 | 16,0 | 20,9 | 22,9 |
| Agglomération tertiaire | 9,2 | 19,2 | 9,6 | 18,2 | 6,1 | 22,4 | 9,3 | 23,7 |
| Région industrielle | 9,9 | 17,5 | 9,3 | 16,7 | 9,2 | 23,1 | 15,2 | 18,1 |
| Région touristique | 7,5 | 19,6 | 8,2 | 20,1 | 0,0 | ND | ND | ND |
| Région rurale | 7,6 | 18,2 | 7,2 | 17,5 | ND | 27,1 | 17,1 | 14,6 |
| Suisse | 10,0 | 19,3 | 10,0 | 18,5 | 7,2 | 21,1 | 14,3 | 23,8 |

ND: <6 praticiens

Sources: santésuisse: Registre des Codes Créanciers 2004; FMH: Statistique des médecins 2004;

Analyses: Obsan

²⁰ Il est possible cependant qu'une femme fasse partie des personnes dont l'information sur l'appartenance sexuelle est manquante. Il s'agit donc du taux minimum de féminisation dans cette catégorie.

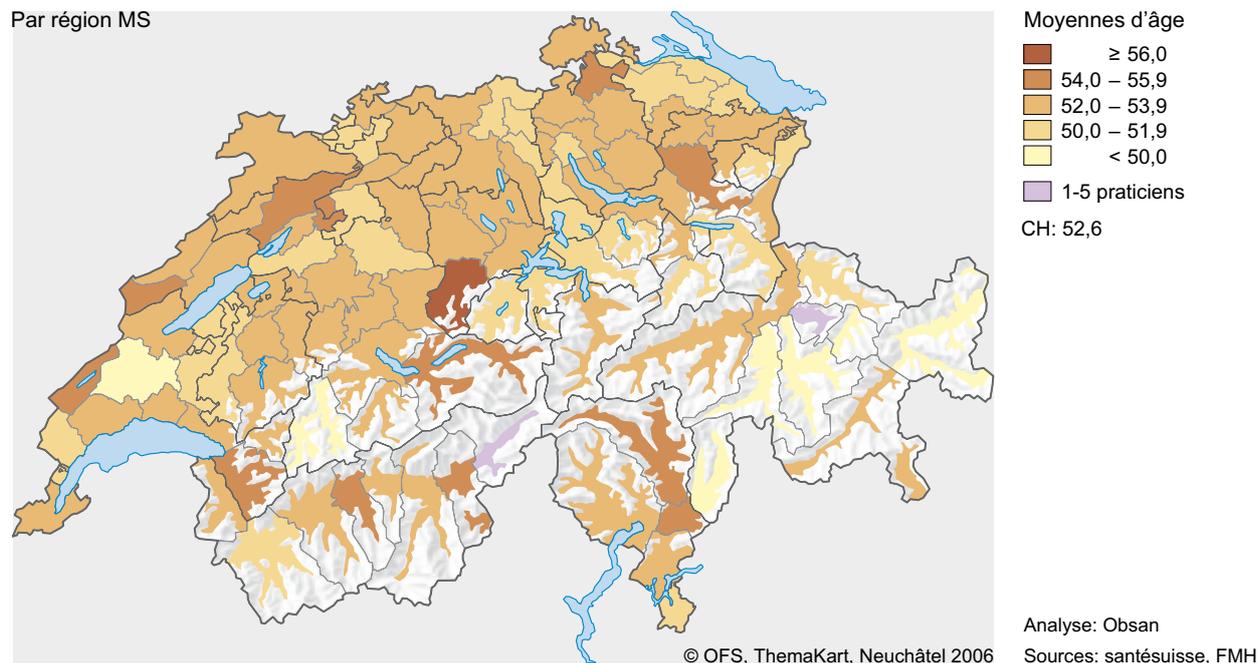
²¹ L'âge de 347 médecins est manquant (4% des praticiens en médecine de base Plus).

²² Les régions touristiques ne comptent que 28 médecins gynécologues dont l'âge est connu.

²³ Les régions touristiques ne comptent que 17 médecins pédiatres dont l'âge est connu.

Médecine de base Plus: Moyennes d'âge des praticiens, en 2004

C 4



La région Entlebuch, zone rurale, présente la moyenne d'âge la plus élevée de Suisse avec 56,8 ans²⁴ (Carte 4). Viennent ensuite quelques régions éparses dont les moyennes se situent entre 54 ans et 55,9 ans. Il s'agit principalement de zones périphériques.

A l'opposé, certaines régions affichent des moyennes d'âge jusqu'à 10 ans inférieures à celles observées précédemment. Les moyennes les plus basses du pays apparaissent principalement aux Grisons (Davos, Mittelbünden, Viamala, Engiadina bassa, Mesolcina) où se trouvent cinq des sept régions MS qui affichent <50 ans de moyenne d'âge pour leurs médecins de base Plus (minimum à Engiadina bassa, 47,1). Ce sont à nouveau des zones périphériques.

3.3 Offre en médecine de base

L'étude de la distribution de l'offre selon les régions MS varie selon que l'on considère l'ensemble des médecins de premier recours (pédiatres et gynécologues inclus) ou seulement la médecine de base, catégorie composée des médecins internistes sans sous-spécialité, des médecins généralistes, des médecins praticiens et des cabinets de groupe. La population cible de ces catégories est l'ensemble de la population résidante moyenne au milieu de l'année 2004.

En 2004, la Suisse dénombrait 6 962 praticiens de cette catégorie, correspondant à une densité de 9,4 praticiens pour 10 000 habitants. Exprimée en Activités Plein Temps, la densité s'abaisse à 6,3 APT/10 000 habitants, variant entre 5,8 et 6,9 APT/10 000 habitants selon le type de région MS. Notons que les Centres avec Hôpital Universitaire et les régions métropolitaines concentrent environ 50% de l'activité en médecine de base. Le rapport entre l'APT et le nombre de médecins est de 67% pour l'ensemble de la Suisse (Tableau 7), les différences sont les mêmes que pour la médecine de base Plus, à savoir un impact plus important de la mesure des APT pour les Centres avec Hôpital Universitaire.

²⁴ Cette moyenne a été calculée sur la base de 8 médecins.

Tableau 7 Médecine de base: Moyennes régionales des densités de médecins et d'APT et Poids local de l'activité

| Type de région MS | Médecins / 10 000 habitants | APT / 10 000 habitants | APT / Médecins (%) | Poids local de l'activité |
|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------|--------------------|---------------------------|
| Centre avec Hôpital Universitaire | 12,7 | 6,3 | 49,8 | 0,71 |
| Région métropolitaine | 8,5 | 5,8 | 67,5 | 1,06 |
| Agglomération tertiaire | 9,1 | 6,7 | 73,5 | 0,94 |
| Région industrielle | 7,9 | 6,6 | 83,4 | 1,22 |
| Région touristique | 9,6 | 6,9 | 71,7 | 1,37 |
| Région rurale | 7,8 | 6,6 | 83,8 | 1,53 |
| Suisse | 9,4 | 6,3 | 67,0 | 1,00 |

Sources: santésuisse: pool de données® 2004; OFS: ESPOP, RFP 2000; Analyses: Obsan

La médiane (6,4) et la moyenne (6,3) des densités d'APT sont proches, la distribution des densités ressemble de près à celle de la médecine de base plus. Cinquante régions MS sont comprises entre 5,5 et 7,3 APT/10 000 habitants qui représentent respectivement les percentiles 25 et 75 de la distribution.

Les régions MS pour lesquelles la densité de praticiens en médecine de base (APT/10 000 habitants) est très faible se situent pour la plupart en Suisse romande: Nyon (3,7), Morges (4,3), Monthey (4,6), Neuchâtel (4,6), Gros-de-Vaud (4,7), Jura (4,7), Genève (4,7), à l'exception des régions de Einsiedeln (3,7), Laufenfental (4,2) et Mutschellen (4,5) situées en Suisse alémanique. Les régions pour lesquelles la densité d'APT est élevée se localisent principalement dans le Sud-Est de la Suisse: Mesolcina (13,3), Viamala (11,1), Prätigau, Oberengadin (8,6), Glarner Unterland (8,6), Sarganserland (8,3), Surselva (8,2), Toggenburg (8,1), à l'exception des régions de Leuk (8,0) et du Pays d'Enhaut (8,4), situées dans le Sud-Ouest.

Comme pour la médecine de base Plus, le Poids local de l'activité pour la médecine de base est élevé dans les régions touristiques, industrielles et rurales et proche de la moyenne nationale dans les régions métropolitaines. Il est bas dans les Centres avec Hôpital Universitaire et les agglomérations tertiaires.

Les régions MS de Basel-Stadt (0,6), Zürich (0,6), Nyon (0,7), Genève (0,7) Lausanne (0,7), La Sarine (0,7), Bellinzona (0,8), Vevey (0,8) Bern (0,8) et Neuchâtel (0,8) ont les coefficients d'activité les plus bas. Tandis que les régions de Glarner Hinterland (2,3), Entlebuch (2,3), Leuk (2,3), Thal (2,2), Mittelbünden (2,1), Val-de-Travers (2,1), La Vallée (2,1) Mesolcina (2,0), Willisau (2,0) et Weinland (2,0) ont tous des coefficients de deux ou plus, ce qui signifie que ces régions sont caractérisées par une activité de médecine de base deux fois plus importante que la moyenne suisse. Par ailleurs ces régions présentent des coefficients d'activité faibles pour la pédiatrie et la gynécologie, ce qui laisse supposer que, dans ces régions, la médecine de base se substitue à ces deux spécialités.

La médecine de base représente une part importante de l'effectif de médecine de base Plus. Pour cette raison, ses caractéristiques démographiques reflètent les caractéristiques décrites ci-dessus pour la médecine de base Plus et ne sont pas détaillées ici.

3.4 Offre en gynécologie

La catégorie «gynécologie» s'adresse à une population de référence spécifique. Dans notre analyse, nous avons retenu la population féminine âgée de 16 ans et plus pour les calculs de densité. La Suisse comptait 1 037 gynécologues en 2004, soit une densité de 3,3 praticiens pour 10 000 femmes âgées de 16 ans et plus. Cette densité s'abaisse à 2,3 lorsque l'activité du praticien est prise en compte (Tableau 8).

Tableau 8 Gynécologie: Moyennes régionales des densités de médecins et d'APT et Poids local de l'activité

| Type de région MS | Médecins / 10 000 habitantes | APT / 10 000 habitantes | APT / Médecins (%) | Poids local de l'activité |
|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------|--------------------|---------------------------|
| Centre avec Hôpital Universitaire | 5,5 | 3,3 | 59,5 | 1,09 |
| Région métropolitaine | 2,8 | 1,9 | 68,0 | 0,95 |
| Agglomération tertiaire | 3,1 | 2,6 | 81,9 | 1,03 |
| Région industrielle | 2,7 | 1,9 | 71,5 | 0,97 |
| Région touristique | 2,0 | 1,8 | 90,5 | 1,00 |
| Région rurale | 1,9 | 1,3 | 66,4 | 0,79 |
| Suisse | 3,3 | 2,3 | 67,8 | 1,00 |

Sources: santésuisse: pool de données[®] 2004; OFS: ESPOP, RFP 2000; Analyses: Obsan

La densité d'APT/10 000 femmes est supérieure à la moyenne nationale pour les Centres avec Hôpital Universitaire et les agglomérations tertiaires. Les différences de densité sont ici plus marquées que pour la médecine de base, ce qui signifie que quelques régions MS (principalement les régions rurales et touristiques) n'ont pas de gynécologues. La densité médiane (1,8) s'écarte quelque peu de la densité moyenne (2,3). La distribution des densités est par conséquent asymétrique et ceci en raison des régions qui possèdent moins de 6 praticiens (61 régions MS). Vingt-trois régions MS se situent entre 1,1- 2,3 APT/10 000 habitantes, représentant respectivement les percentiles 25 et 75 de la distribution des densités.

Les régions où la densité d'APT en gynécologie est élevée sont pour la plupart des centres urbains importants: Zürich (4,7), Basel-Stadt (3,9), Bellinzona (3,8), Bern (3,5), La Sarine (3,4), St.Gallen (3,4), Rheintal (3,3), Biel/Bienne (3,3), Lausanne (3,1), Pfannenstiel (2,9), Baden (2,9), Zug (2,8). A l'autre extrémité de la distribution, la Suisse compte 11 régions sans gynécologue, localisées principalement dans les régions rurales et touristiques.

L'examen du Poids local de l'activité montre qu'il existe un lien de corrélation négatif (-0,65) entre le Poids local de l'activité de la médecine de base et celui de la gynécologie. Il est par conséquent probable que dans les régions rurales, c'est la médecine de base qui se charge des prestations produites ailleurs par les gynécologues.

Part des femmes en gynécologie

Les gynécologues représentent 12% de l'effectif de médecine de base Plus, dont 31% de praticiennes (Tableau 5). Contrairement à ce qui se passe en médecine de base Plus, la proportion de femmes exerçant en gynécologie est moins influencée par le type de région, urbaine ou périphérique. Les Centres avec Hôpital Universitaire et les régions métropolitaines présentent les taux de féminisation les plus élevés (respectivement 32% et 34%). La tendance est moins nette parmi les autres types de régions.

L'effectif des médecins gynécologues est compris entre un et six dans cinquante des 106 régions MS et leurs résultats ne peuvent pas être présentés. Onze régions MS ne comptent pas de médecin gynécologue (Weinland, Entlebuch, Glarner Hinterland, Thal, Schanfigg, Mittelbünden, Engiadina bassa, Mesolcina, Pays d'Enhaut, Goms, Leuk).

Age des praticiens en gynécologie

La moyenne d'âge suisse des médecins gynécologues est de 52,8 ans. On recense trois fois plus de praticiens âgés de >60 ans que de praticiens âgés de ≤40 ans dans ce domaine (21% vs 7%), d'où un déséquilibre encore plus grand entre les proportions de médecins jeunes et âgés qu'en médecine de base Plus (19% vs 10%) (Tableau 6).

On ne constate pas vraiment de clivage entre zones urbaines et périphériques, comme c'était le cas pour la médecine de base Plus. Cependant, les effectifs des régions touristiques et rurales sont très restreints (respectivement 28 et 59 praticiens). Ces deux types de régions ont les pourcentages les plus bas de jeunes médecins (respectivement aucun et moins de 6 praticiens). Par contre, on n'observe pas de différences entre les types de régions concernant la proportion des médecins gynécologues âgés de ≤ 40 ans. Quant aux proportions de praticiens âgés de > 60 ans, elles sont souvent deux à trois fois supérieures à celles des jeunes médecins, sauf dans les régions métropolitaines où le pourcentage de médecins âgés est plus faible (16%).

Au niveau des moyennes d'âge des gynécologues, on constate que si la moyenne nationale est de 52,8 ans, des différences apparaissent selon les types de régions MS. Ainsi, dans les régions métropolitaines et touristiques les moyennes d'âge sont plus basses (respectivement 51,6 ans et 51,0 ans). Pour les autres types de régions, les moyennes se situent au-delà de 53 ans, la plus haute se rencontrant dans les agglomérations tertiaires (53,5 ans).

3.5 Offre en pédiatrie

La pédiatrie, comme la gynécologie s'adresse à une population de référence spécifique. Dans cette étude, la population résidente permanente âgée de moins de 16 ans a été retenue pour les calculs de densité. La densité de pédiatres était de 5,9 pour 10 000 habitants de moins de 16 ans, en Suisse, en 2004, soit 798 pédiatres pour l'ensemble de la Suisse. Cette densité se réduit d'environ un tiers lorsque l'activité des pédiatres est prise en considération, soit 3,7 APT/10 000 habitants de moins de 16 ans, correspondant à 499 APT (Tableau 9).

Tableau 9 Pédiatrie: Moyennes régionales des densités de médecins et d'APT et Poids local de l'activité

| Type de région MS | Médecins / 10 000 enfants | APT / 10 000 enfants | APT / Médecins (%) | Poids local de l'activité |
|-----------------------------------|------------------------------|-------------------------|--------------------|---------------------------|
| Centre avec Hôpital Universitaire | 11,5 | 5,5 | 48,1 | 0,90 |
| Région métropolitaine | 5,2 | 3,6 | 68,7 | 1,16 |
| Agglomération tertiaire | 6,0 | 4,2 | 70,0 | 0,98 |
| Région industrielle | 4,4 | 3,0 | 68,4 | 1,02 |
| Région touristique | 2,7 | 2,0 | 74,1 | 0,71 |
| Région rurale | 2,5 | 2,2 | 89,9 | 1,02 |
| Suisse | 5,9 | 3,7 | 62,5 | 1,00 |

Sources: santésuisse: pool de données[®] 2004; OFS: ESPOP, RFP 2000; Analyses: Obsan

A l'exception des Centres avec Hôpital Universitaire, tous les types de régions présentent un rapport APT et nombre de praticiens (en %) plus important que la moyenne nationale. Dans le tableau 9, le rapport entre APT et praticiens est inversement corrélé à la densité d'APT/10 000 enfants dans chaque type de région: plus la densité de pédiatres est basse, plus le volume d'activité devient important et plus le rapport nombre d'APT/nombre de médecins s'élève.

Cette affirmation n'est pas valable dans toutes les régions MS: certaines régions caractérisées par de fortes densités d'APT ont aussi des rapports (en %) entre APT et nombre de médecins élevés: Locarno (93,5), Unteres Baselbiet (73,4), Rheintal (108,8), Mendrisio (82,7), Biel/Bienne (73,7). Les Centres avec Hôpital Universitaire ont en revanche des densité d'APT élevées et un rapport APT et nombre de médecins très faible, indiquant une activité réduite pour le compte de l'AOS: Basel-Stadt (53,6), Zürich (49,1), Bern (60,2), Lausanne (46,9), Genève (36,5). La médiane des densités observées dans les régions MS, de 3,0 APT/10 000 enfants, est inférieure à la moyenne nationale de 3,7 APT/10 000 enfants. Notons que 65 régions MS possèdent moins de 6 pédiatres et que 22 régions MS se situent entre le premier et le troisième quartile de la distribution, à savoir entre 1,7 et 4,0 APT/10 000 enfants.

Le Poids local de l'activité de pédiatrie est relativement plus important dans les régions métropolitaines, industrielles et rurales. Dans ces trois types de régions, l'activité en médecine de base et en pédiatrie prédominent, tandis que l'activité de la gynécologie a moins d'importance. Les régions touristiques sont caractérisées par un Poids local de l'activité faible, car la plupart de ces régions n'ont pas de pédiatres.

Part des femmes en pédiatrie

L'effectif des pédiatres représente 9% des médecins de médecine de base Plus et est constitué de 38% de femmes (Tableau 5). Un peu plus élevé dans les Centres avec Hôpital Universitaire et équivalent dans les régions métropolitaines (respectivement 42% et 38%), le taux de féminisation se stabilise dans les autres types de régions MS, avec environ un tiers de femmes parmi les pédiatres. Un clivage entre zones urbaines et rurales n'apparaît donc pas comme pour la médecine de base Plus. Toutefois, le type de régions touristiques est basé sur un effectif de pédiatres très restreint, donc difficilement interprétable.

Age des praticiens en pédiatrie

La moyenne d'âge des pédiatres en Suisse est de 52,3 ans. Alors que 14% des pédiatres sont âgés de ≤ 40 ans, près de 24% sont âgés de > 60 ans (Tableau 6.). Selon les types de régions MS, on constate que le pourcentage de pédiatres de ≤ 40 ans est comparable dans les régions urbaines et périphériques (21% dans les régions métropolitaines, 17% dans les régions rurales). Par contre, du côté des pédiatres âgés de > 60 ans, on observe une diminution progressive de leur proportion en allant des zones urbaines vers les campagnes. Ainsi, on passe de 28% de pédiatres âgés dans les Centres avec Hôpital Universitaire, à 15% de ces mêmes praticiens dans les régions rurales. On notera enfin que les régions de type touristique ne peuvent être prises en considération, compte tenu des trop faibles effectifs de pédiatres dans ces deux classes d'âge (< 6 praticiens).

Lorsque l'on s'intéresse à la moyenne d'âge des pédiatres par type de régions MS, il semble que deux groupes se forment: d'un côté, les Centres avec Hôpital Universitaire (53,7), les régions touristiques (53,6) et les agglomérations tertiaires (53,0), et de l'autre côté, les régions rurales (50,6), les régions industrielles (50,7) et les régions métropolitaines (51,0).

3.6 Synthèse pour la médecine de base Plus

Tableau 10 Offre selon les catégories de médecins et les types de régions MS, tableau récapitulatif

| Type de région MS | Médecine de base | Gynécologie | Pédiatrie | Médecine spécialisée sans activité chirurgicale | Médecine spécialisée avec activité chirurgicale | Psychiatrie |
|-----------------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------|---|---|------------------------|
| | APT / 10 000 habitants | APT / 10 000 habitantes | APT / 10 000 enfants | APT / 10 000 habitants | APT / 10 000 habitants | APT / 10 000 habitants |
| Centre avec Hôpital Universitaire | 6,3 | 3,3 | 5,5 | 3,3 | 3,4 | 8,7 |
| Région métropolitaine | 5,8 | 1,9 | 3,6 | 1,6 | 1,9 | 3,5 |
| Agglomération tertiaire | 6,7 | 2,6 | 4,2 | 2,5 | 3,0 | 4,6 |
| Région industrielle | 6,6 | 1,9 | 3,0 | 1,3 | 1,7 | 2,8 |
| Région touristique | 6,9 | 1,8 | 2,0 | 1,6 | 1,5 | 0,8 |
| Région rurale | 6,6 | 1,3 | 2,2 | 0,8 | 1,1 | 0,9 |
| Suisse | 6,3 | 2,3 | 3,7 | 2,0 | 2,3 | 4,2 |

Sources: santésuisse: pool de données[®] 2004; OFS: ESPOP, RFP 2000; Analyses: Obsan

L'offre de médecine de base Plus varie selon le type de régions et les spécialités qui composent cette catégorie (Tableau 10). Les trois régions de types urbains se distinguent par les caractéristiques suivantes:

- Les Centres avec Hôpital Universitaire ont des densités de médecins élevées, mais leur activité au sein de l'AOS est faible. Si la densité d'activité reste supérieure au reste du pays, l'écart par rapport à la moyenne nationale s'amenuise. Cette activité est caractérisée par une importante composante de pédiatrie et de gynécologie. La médecine générale n'a pour sa part pas plus d'importance qu'au niveau national.
- Les régions métropolitaines ont des densités de médecins élevées avec une activité réduite par praticien. La densité d'activité est comparable à la moyenne nationale. L'activité de la médecine générale et des pédiatres y est plus importante qu'au niveau national, alors que l'activité de gynécologie est moins présente.
- Les agglomérations tertiaires ont des densités de médecins plus basses, comparables à la moyenne nationale. Comme leur activité facturée à l'AOS est relativement importante, la densité d'activité dépasse la moyenne suisse. Par rapport aux régions métropolitaines, c'est la gynécologie qui a plus d'importance alors que l'activité de pédiatrie en a un peu moins.
- Dans les régions rurales, industrielles et touristiques, la densité de médecins est plus basse et leur activité facturée à l'AOS y est plus importante que dans les régions urbaines. Il en résulte une densité d'activité comparable à la moyenne nationale, ou légèrement plus faible pour les régions rurales. Dans les trois régions, c'est la médecine générale qui prédomine l'ensemble de l'activité réalisée. L'activité de la gynécologie est un peu plus importante dans les régions touristiques tandis que celle de la pédiatrie est un peu plus présente dans les régions industrielles et rurales.

L'examen des indicateurs par région MS révèle aussi un clivage entre régions linguistiques: les régions latines ont une activité de premier recours plus basse que la moyenne nationale, alors que les régions alémaniques ont des valeurs comparables ou supérieures à la moyenne suisse.

Les données démographiques reposent parfois sur un nombre restreint d'individus et leur interprétation doit rester prudente. Néanmoins, les constatations suivantes peuvent être faites:

- Les femmes sont encore peu présentes et se concentrent essentiellement dans les zones urbaines.
- L'effectif des médecins de premier recours est âgé et l'on n'observe pas de clivage net entre les différents types de régions ou entre les régions linguistiques. Les médecins de ≤ 40 ans, qui représentent les praticiens installés récemment, semblent se concentrer dans les régions urbaines.

3.7 Médecine spécialisée sans activité chirurgicale

Définition

Ce document distingue deux types de médecine spécialisée, la médecine spécialisée avec activité chirurgicale et la médecine spécialisée sans activité chirurgicale. Cette dernière est composée de toutes les sous-spécialités en médecine interne (allergologie et immunologie clinique, angiologie, endocrinologie et diabétologie, gastro-entérologie, hématologie, infectiologie, cardiologie, oncologie médicale, néphrologie, neurologie, pneumologie, rhumatologie, médecine physique et de réadaptation) et d'autres spécialisations (médecine tropicale, dermatologie et vénérologie). Les médecins qui n'exercent que dans une clinique privée ne sont pas pris en compte dans ces résultats. Seule la partie de l'AOS réalisée en cabinet est prise en compte pour déterminer l'activité des praticiens.

Offre en médecine spécialisée sans activité chirurgicale

Activité plein-temps

La Suisse comptait 2 223 praticiens de la catégorie médecine spécialisée sans activité chirurgicale en 2004, soit environ 14% de tous les praticiens retenus pour cette étude (Tableau 2). Mesuré en APT, cette catégorie compte 1454 APT, soit une densité de 2,0 APT/10 000 habitants, moins du cinquième de la densité de la médecine de base Plus. Le découpage en 6 types de régions MS met en évidence des variations importantes de la densité d'APT/10 000 habitants (Tableau 11).

Tableau 11 Médecine spécialisée sans activité chirurgicale: Moyennes régionales des densités de médecins et d'APT et Poids local de l'activité

| Type de région MS | Médecins / 10 000 habitants | APT / 10 000 habitants | APT / Médecins (%) | Poids local de l'activité |
|-----------------------------------|-----------------------------|------------------------|--------------------|---------------------------|
| Centre avec Hôpital Universitaire | 5,8 | 3,3 | 57,5 | 1,21 |
| Région métropolitaine | 2,1 | 1,6 | 74,9 | 0,94 |
| Agglomération tertiaire | 3,6 | 2,5 | 67,4 | 1,11 |
| Région industrielle | 1,8 | 1,3 | 69,9 | 0,74 |
| Région touristique | 2,2 | 1,6 | 71,7 | 1,00 |
| Région rurale | 1,0 | 0,8 | 74,9 | 0,58 |
| Suisse | 3,0 | 2,0 | 65,4 | 1,00 |

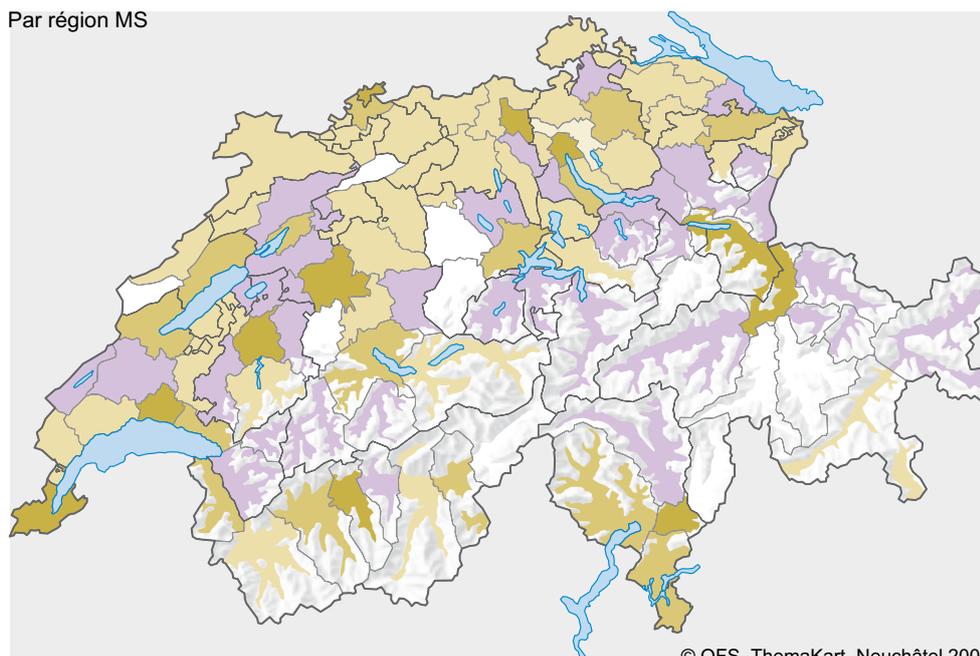
Sources: santésuisse: pool de données® 2004; OFS: ESPOP, RFP 2000; Analyses: Obsan

Les agglomérations tertiaires et les Centres avec Hôpital Universitaire présentent des densités plus élevées que la moyenne nationale. Dans ces dernières, la densité y est 4,3 fois plus importante que dans les régions rurales. Notons également que les régions métropolitaines ont une densité moins importante que la moyenne nationale. Il est possible que dans ces régions, l'offre des Centres avec Hôpital Universitaire se substitue à l'offre locale.

Médecine spécialisée sans activité chirurgicale: Densité d'activité plein temps, en 2004

C 5

Par région MS



Activité plein temps pour 10 000 habitants

- $\geq 2,8$
- 2,0 – 2,8
- 0,5 – 2,0
- $< 0,5$

- 1-5 praticiens
- pas de praticien

CH: 2,0

Analyse: Obsan

Sources: santésuisse, OFS

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2006

L'analyse des régions MS prises séparément est entravée par la faiblesse des effectifs de ces dernières en médecins spécialistes sans activité chirurgicale (Carte 5). Alors que 35 régions MS ont des effectifs de moins de six praticiens, dix n'en recensent aucun (Schwarzwasser, Willisau, Entlebuch, Glarner Hinterland, Thal, Mittelbünden, Viamala, Mesolcina, Goms, Val-de-Travers). Les résultats pour ces 45 régions MS ne seront pas présentés. Il s'agit principalement de régions rurales (23) et touristiques (10), mais aussi de régions industrielles (6) et métropolitaines (6).

Les régions MS comprises entre les percentiles 25 et 75 sont au nombre de 33 avec des densités qui varient entre 0,5 et 2,0 APT/10 000 habitants. Notons que la distribution des régions MS est asymétrique puisque la moyenne suisse de 2,0 APT/10 000 habitants est plus grande que la médiane (1,2 APT/10 000 habitants). Ceci en raison d'un nombre important de régions MS comptant moins de 6 praticiens.

Les régions pour lesquelles la densité se trouve au-dessous du percentile 25 de la distribution et qui possèdent plus de 5 praticiens sont rares. La région de Glattal/Furtal présente une densité faible de 0,5 APT/10 000 habitants et est limitrophe à la région de Zürich qui a la densité d'APT la plus élevée avec 4,9 APT/10 000 habitants. Il s'agit ici de deux régions présentant une offre complémentaire entre le centre-ville et l'agglomération zurichoise. Les régions pour lesquelles la densité est très élevée sont, d'une part, les cinq Centres avec Hôpital Universitaire (Zürich: 4,9, Basel-Stadt: 4,6, Lausanne: 3,3, Bern: 3,1 et Genève: 2,8) et, d'autre part, les régions MS de Chur (3,6), La Sarine (3,6), Sarganserland (3,5), Baden (3,4), Sierre (3,0) et Bellinzona (2,9).

Rapport entre APT et nombre de médecins

Il s'agit à présent d'examiner si une densité plus faible, comme celle observée dans les régions rurales ou périphériques est compensée par une activité plus importante de la part des praticiens spécialisés. Le rapport entre l'APT et le nombre de médecins donne une indication du volume de consultations et de patients dans chacun des types de régions MS (Tableau 11).

Ce rapport se situe effectivement au-dessus de la moyenne nationale dans tous les types de régions à l'exception des régions dotées d'un hôpital universitaire. Plus la densité de médecins est faible, plus l'activité par fournisseur est importante et plus le rapport APT/médecins s'élève. Les régions métropolitaines et les régions rurales présentent un niveau d'activité correspondant à environ 75% de l'effectif des professions médicales spécialisées sans activité chirurgicale, soit les rapports les plus importants observés pour cette catégorie. Cette catégorie de médecins regroupe de nombreuses spécialités, aux spectres d'activité très hétérogènes. Il est probable que ces indicateurs évoluent de manière différente pour chacune de celles-ci. Les conditions fixées par SantéSuisse pour présenter les résultats ne permettent cependant pas de réaliser une telle analyse.

Poids local de l'activité

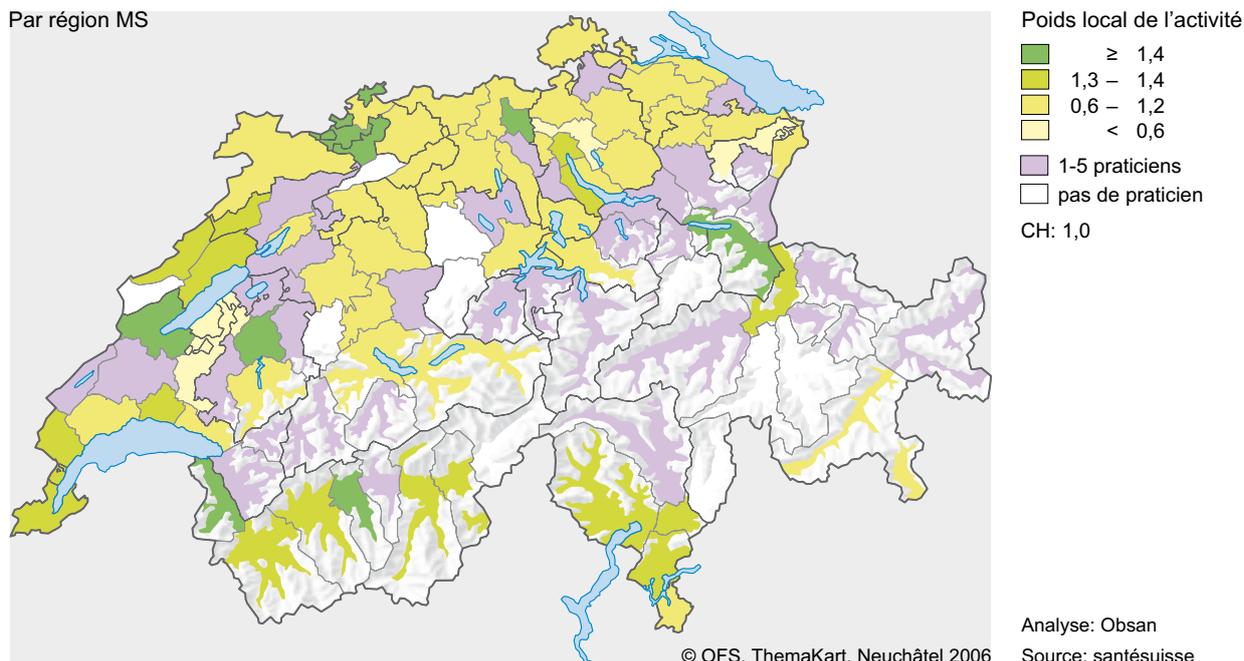
Il est intéressant d'examiner comment se distribue l'activité médicale spécialisée non chirurgicale et quelle est son importance relative dans les régions. En effet cette catégorie, comme celle des médecins généralistes ne nécessite pas systématiquement un recours aux infrastructures hospitalières et peuvent théoriquement se localiser en dehors des agglomérations. Le tableau 11 présente le Poids local de l'activité pour les six types de régions MS retenues.

Les professions médicales spécialisées se localisent clairement dans les Centres avec Hôpital Universitaire et les agglomérations tertiaires. Les régions rurales et industrielles attirent peu de spécialistes de cette catégorie, tandis que les régions touristiques et métropolitaines présentent des coefficients pour le Poids local de l'activité proche de 1 et se situent ainsi autour de la moyenne nationale. La carte du Poids local de l'activité permet de visualiser ces disparités régionales (Carte 6).

**Médecine spécialisée sans activité chirurgicale:
Poids local de l'activité, en 2004**

C 6

Par région MS



Les régions situées au dessous du percentile 10 sont celles ayant le moins de praticiens, soit moins de 6. Cinq régions présentent toutefois un poids local de l'activité relativement bas soit 0,5 ou moins, à savoir les régions de Glattal/Furtal (0,4), Appenzell A.Rh. (0,5), La Broye (0,5), Oberengadin (0,5), Brugg/Zurzach (0,5). A l'autre extrême de la distribution, 9 régions présentent des Poids locaux de l'activité très élevés: Siere (1,8), Monthey (1,7), Sarganserland (1,7), Baden (1,6), Laufental (1,5), Yverdon (1,5), Basel-Stadt (1,4), La Sarine (1,4) et Martigny (1,3).

Part des femmes en médecine spécialisée sans activité chirurgicale

Les femmes représentent 18% de ces médecins spécialistes, une proportion un peu plus faible que les 22% observés en médecine de base Plus, mais un peu plus élevée que les 13% de la médecine spécialisée avec activité chirurgicale (Tableau 12).

Tableau 12 Proportion de femmes parmi les praticiens en médecine spécialisée sans ou avec activité chirurgicale et en médecine de base Plus, au niveau national et selon les types de régions MS

| Type de région MS | % femmes / total des médecins | | |
|-----------------------------------|---|---|-----------------------|
| | Médecine spécialisée sans activité chirurgicale | Médecine spécialisée avec activité chirurgicale | Médecine de base Plus |
| Centre avec Hôpital Universitaire | 21 | 16 | 28 |
| Région métropolitaine | 17 | 15 | 23 |
| Agglomération tertiaire | 16 | 10 | 21 |
| Région industrielle | 14 | 10 | 17 |
| Région touristique | 14 | 8 | 15 |
| Région rurale | 9 | 8 | 15 |
| Suisse | 18 | 13 | 22 |

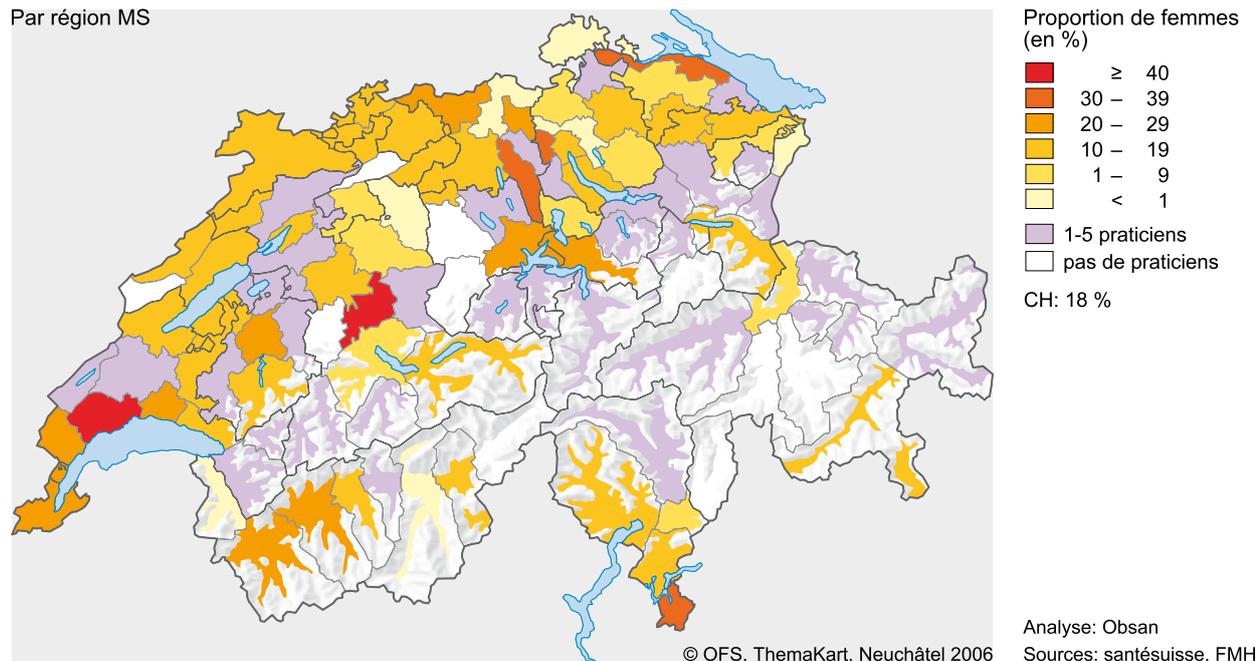
Sources: santésuisse: Registre des Codes Créanciers 2004; FMH: Statistique des médecins 2004; Analyses: Obsan

Pour les types de régions MS, le taux de féminisation dans la médecine spécialisée sans activité chirurgicale diminue au fur et à mesure que l'on s'éloigne des zones urbaines. On passe ainsi de 21% de praticiennes dans les Centres avec Hôpital Universitaire à seulement 9% dans les régions rurales. Ce phénomène est semblable à celui observé pour la médecine de base Plus.

Médecine spécialisée sans activité chirurgicale: Proportion de femmes parmi les praticiens, en 2004

C 7

Par région MS



Parmi les régions MS comportant au moins 6 médecins dans cette catégorie, Aaretal et Morges affichent les taux de féminisation les plus élevés avec respectivement 50% et 53% de femmes parmi leurs médecins spécialistes, suivis des régions d'Untersee (38%), de Limmattal (36%), de Freiamt (33%) et de Mendrisio (32%). A l'inverse, Oberaargau, Brugg/Zurzach, Glattal/Furttal, Schaffhausen, Rheintal, Monthey et Visp comptent moins d'un pourcent de praticiennes en médecine spécialisée sans activité chirurgicale. Par ailleurs, 9 autres régions MS présentent 1 à 9% de femmes parmi les médecins de cette catégorie (Carte 7).

Age des médecins spécialisés sans activité chirurgicale

La moyenne d'âge de ces praticiens est comparable à celle de la médecine de base Plus, à savoir 52.6 ans. Par contre, il apparaît que 7% des médecins spécialistes sont âgés de ≤ 40 ans, contre 20% de >60 ans (Tableau 13). En d'autres termes, les médecins âgés sont presque trois fois plus nombreux que les jeunes médecins dans cette discipline (rapport du simple au double en médecine de base Plus).

Tableau 13 Pourcentages des jeunes praticiens (≤ 40 ans) et des praticiens âgés (> 60 ans) en médecine spécialisée sans ou avec activité chirurgicale et en médecine de base Plus, au niveau national et selon les types de régions MS

| Type de région MS | Médecine spécialisée sans activité chirurgicale | | Médecine spécialisée avec activité chirurgicale | | Médecine de base Plus | |
|-----------------------------------|---|------------|---|------------|-----------------------|------------|
| | ≤ 40 ans | > 60 ans | ≤ 40 ans | > 60 ans | ≤ 40 ans | > 60 ans |
| Centre avec Hôpital Universitaire | 7,6 | 24,4 | 6,9 | 26,0 | 10,4 | 21,3 |
| Région métropolitaine | 8,4 | 14,1 | 7,4 | 21,4 | 11,3 | 18,3 |
| Agglomération tertiaire | 7,5 | 19,6 | 11,0 | 20,7 | 9,2 | 19,2 |
| Région industrielle | 4,2 | 18,2 | 5,9 | 19,5 | 9,9 | 17,5 |
| Région touristique | ND | 12,2 | ND | 17,6 | 7,5 | 19,6 |
| Région rurale | ND | 22,7 | 5,5 | 25,5 | 7,6 | 18,2 |
| Suisse | 7,3 | 20,2 | 7,5 | 23,0 | 10,0 | 19,3 |

ND: moins de 6 praticiens

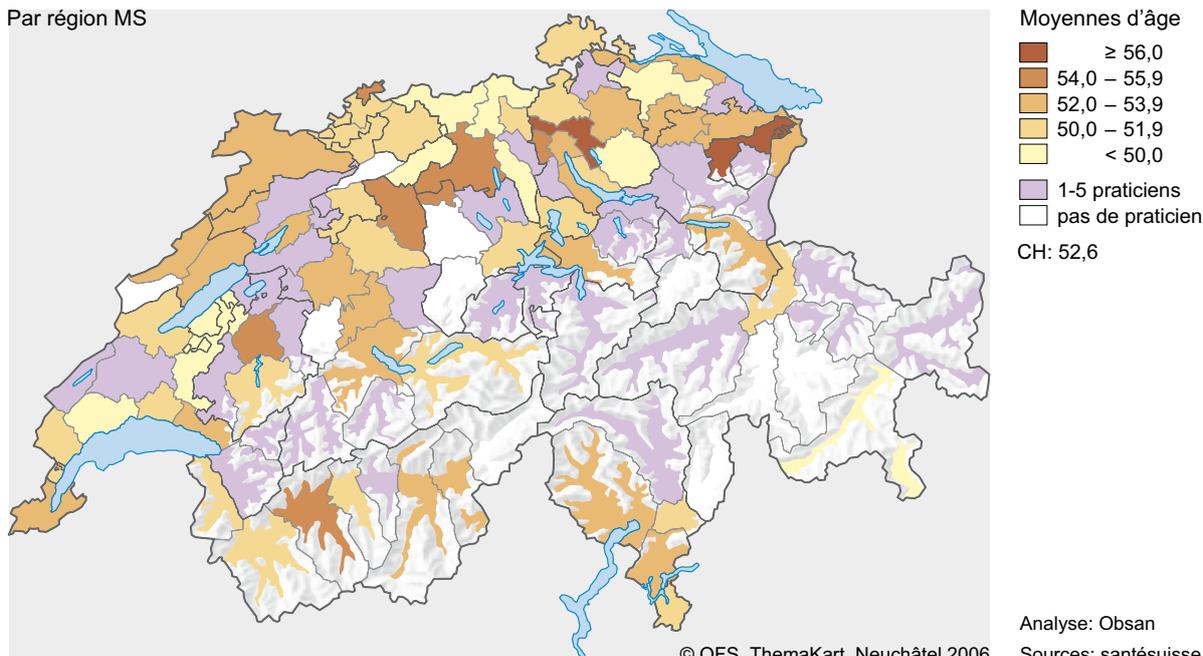
Sources: santésuisse: Registre des Codes Créanciers 2004; FMH: Statistique des médecins 2004; Analyses: Obsan

Il est difficile de déterminer s'il existe une diminution de la proportion de jeunes praticiens lorsque l'on passe des zones urbaines à rurales, comme c'était le cas en médecine de base Plus, car les régions touristiques et rurales ne peuvent être prises en compte (< 6 praticiens). Les régions industrielles comptent proportionnellement moins de médecins spécialistes âgés de ≤ 40 ans (4%) que les régions urbaines, ce qui laisserait penser que cette opposition villes/campagnes existerait tout de même. Quant aux pourcentages de praticiens > 60 ans en médecine spécialisée sans activité chirurgicale, on constate que ce sont les régions touristiques et métropolitaines qui en comptent proportionnellement le moins (respectivement 12% et 14%). Les Centres avec Hôpital Universitaire présentent le pourcentage le plus élevé de médecins > 60 ans (24%).

Médecine spécialisée sans activité chirurgicale: Moyennes d'âge des praticiens, en 2004

C 8

Par région MS



Pour l'analyse des moyennes d'âge selon les régions MS, seules 61 régions MS peuvent être examinées, dont seulement six régions touristiques et trois rurales. Les deux régions MS qui présentent la moyenne d'âge la plus élevée de leurs praticiens en médecine spécialisée sans activité chirurgicale sont Glattal/Furttal et Appenzell A. Rh. (56,1). Viennent ensuite six régions MS dans lesquelles la moyenne d'âge des médecins est encore largement au-dessus de la moyenne nationale: Aarau (55,4), Limmattal et Basel-Stadt (54,9), Oberaargau et Sion (54,7), et La Sarine (54,6). A l'opposé, la moyenne d'âge de ces médecins spécialistes est parfois inférieure à 50 ans pour certaines régions MS: Freiamt (47,2²⁵), La Broye (47,3), Oberengadin et Morges (48,0), Brugg/Zurzach (49,0), Olten (49,3), Fricktal (49,4), Zürcher Oberland (49,6), Thurtal (49,9). L'écart entre les moyennes d'âge des praticiens selon les régions MS reste donc élevé (Carte 8).

3.8 Synthèse pour la médecine spécialisée sans activité chirurgicale

Tableau 10 Offre selon les catégories de médecins et les types de régions MS, tableau récapitulatif

| Type de région MS | Médecine de base | Gynécologie | Pédiatrie | Médecine spécialisée sans activité chirurgicale | Médecine spécialisée avec activité chirurgicale | Psychiatrie |
|-----------------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------|---|---|------------------------|
| | APT / 10 000 habitants | APT / 10 000 habitantes | APT / 10 000 enfants | APT / 10 000 habitants | APT / 10 000 habitants | APT / 10 000 habitants |
| Centre avec Hôpital Universitaire | 6,3 | 3,3 | 5,5 | 3,3 | 3,4 | 8,7 |
| Région métropolitaine | 5,8 | 1,9 | 3,6 | 1,6 | 1,9 | 3,5 |
| Agglomération tertiaire | 6,7 | 2,6 | 4,2 | 2,5 | 3,0 | 4,6 |
| Région industrielle | 6,6 | 1,9 | 3,0 | 1,3 | 1,7 | 2,8 |
| Région touristique | 6,9 | 1,8 | 2,0 | 1,6 | 1,5 | 0,8 |
| Région rurale | 6,6 | 1,3 | 2,2 | 0,8 | 1,1 | 0,9 |
| Suisse | 6,3 | 2,3 | 3,7 | 2,0 | 2,3 | 4,2 |

Sources: santésuisse: pool de données® 2004; OFS: ESPOP, RFP 2000; Analyses: Obsan

Comme pour la médecine de base Plus, les trois régions urbaines ont des profils différents pour ce type de médecine. Bien que la médecine spécialisée sans activité chirurgicale ne nécessite par la proximité d'infrastructures hospitalières, les praticiens de cette catégorie se concentrent essentiellement dans les villes dotées d'hôpitaux universitaires et dans les agglomérations tertiaires, tandis qu'ils sont moins présents dans les régions métropolitaines. Leur activité pour le compte de l'AOS est la plus restreinte dans les Centres avec Hôpital Universitaire. Elle devient plus importante dans les agglomérations tertiaires et les régions métropolitaines avec comme conséquence une réduction des écarts de l'offre entre ces trois régions, lorsque l'on tient compte de la densité d'activité. Les régions métropolitaines restent les régions urbaines où l'offre est la plus restreinte, malgré le fait que ce sont les régions où ces praticiens sont le plus actifs.

Dans les trois types de régions périphériques, les praticiens sont moins nombreux, avec la densité la plus faible en région rurale où l'activité par fournisseur devient alors importante. Cette activité ne parvient pas à compenser la densité basse et les trois types de régions ont une densité d'activité inférieure à la moyenne. Quant au grand nombre de régions MS comptant moins de 6 praticiens en médecine spécialisée sans activité chirurgicale, il s'agit avant tout de régions rurales et touristiques, voire industrielles.

Cette catégorie est composée d'un cinquième de femmes, qui se concentrent dans les régions urbaines. Les praticiens âgés de plus de 60 ans sont presque trois fois plus nombreux que les jeunes praticiens (≤ 40 ans), l'écart est plus grand que pour la médecine de base Plus, ce qui peut en partie s'expliquer par les durées de formation post-graduée plus longues pour ces spécialités.

²⁵ Cette moyenne ne concerne que 6 praticiens.

Comme en médecine de base Plus, les médecins les plus jeunes exercent davantage dans les zones urbaines que rurales. Par contre, on remarque que les médecins spécialistes > 60 ans sont proportionnellement presque aussi nombreux dans les Centres avec Hôpital Universitaire que dans les régions rurales (respectivement 24% et 23%).

3.9 Médecine spécialisée avec activité chirurgicale

Définition

Cette catégorie regroupe toutes les spécialités ayant une activité chirurgicale: chirurgie, chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie pédiatrique, neurochirurgie, ophtalmologie, chirurgie orthopédique, oto-rhino-laryngologie, chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, urologie. Ces catégories de spécialistes doivent disposer d'une infrastructure hospitalière pour effectuer les interventions chirurgicales. C'est la catégorie qui facture le moins d'activité à l'AOS. Pour certaines spécialités l'activité de cette catégorie de praticiens relève plus du domaine de l'assurance accident, -invalidité ou des assurances privées. L'approche APT ne tient compte que de la partie AOS de l'activité et les résultats sont par conséquent moins précis pour cette catégorie.

Offre en médecine spécialisée avec activité chirurgicale

Activité plein-temps

La Suisse comptait 2 475 praticiens de la catégorie médecine spécialisée avec activité chirurgicale en 2004, soit une densité de 3,4 praticiens/10 000 habitants (Tableau 2). L'approche par l'estimation de l'Activité Plein Temps réduit l'offre d'un tiers à savoir 1 662 APT, soit une densité de 2,3 APT/10 000 habitants (seuls les praticiens exerçant pour l'AOS sont considérés). Les Centres avec Hôpital Universitaire et les agglomérations tertiaires présentent une activité par habitant plus importante que la moyenne nationale. Ces deux types de régions concentrent plus de 50% de l'activité de cette catégorie (Tableau 14).

Tableau 14 Médecine spécialisée avec activité chirurgicale: Moyennes régionales des densités de médecins et d'APT et Poids local de l'activité

| Type de région MS | Médecins / 10 000 habitants | APT / 10 000 habitants | APT / Médecins (%) | Poids local de l'activité |
|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------|--------------------|---------------------------|
| Centre avec Hôpital Universitaire | 6,0 | 3,4 | 55,6 | 1,06 |
| Région métropolitaine | 2,4 | 1,9 | 78,4 | 0,99 |
| Agglomération tertiaire | 4,0 | 3,0 | 74,7 | 1,17 |
| Région industrielle | 2,3 | 1,7 | 71,5 | 0,86 |
| Région touristique | 2,3 | 1,5 | 64,8 | 0,83 |
| Région rurale | 1,5 | 1,1 | 74,8 | 0,71 |
| Suisse | 3,4 | 2,3 | 67,2 | 1,00 |

Sources: santésuisse: pool de données® 2004; OFS: ESPOP, RFP 2000; Analyses: Obsan

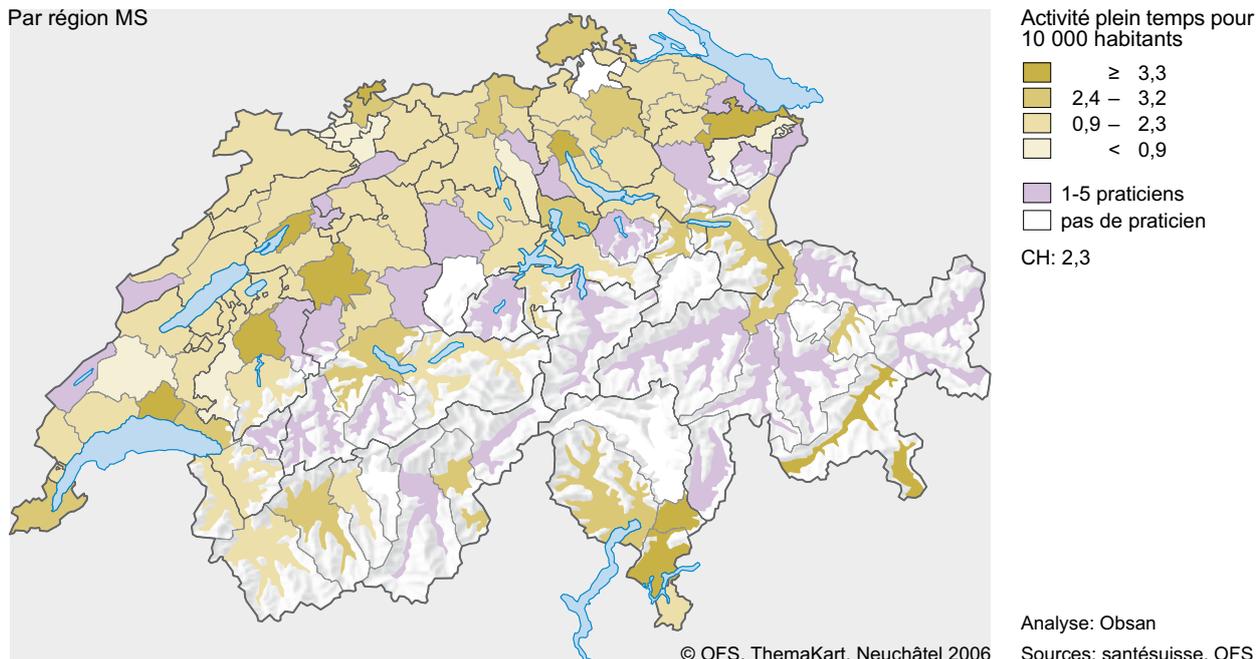
Comme pour la médecine spécialisée sans activité chirurgicale, la densité moyenne (2,3 APT/10 000 habitants) est plus grande que la densité médiane (1,5 APT/10 000 habitants) ce qui indique une distribution asymétrique des densités par régions MS.

Dix-sept régions rurales, dix régions touristiques et quatre régions industrielles ne recensent qu'un à cinq médecins spécialistes, alors que six régions n'en comptent aucun (Weinland, Entlebuch, Glarner Hinterland, Schanfigg, Tre Valli, Leuk). Seules trois régions MS métropolitaines recensent <6 praticiens en médecine spécialisée avec activité chirurgicale. La plupart des autres régions MS (43) présentent des densités moyennes comprises entre 0,9 et 2,4 APT/10 000 habitants.

Médecine spécialisée avec activité chirurgicale: Densité d'activité plein temps, en 2004

C 9

Par région MS



Les régions dont la densité se trouve en deçà du percentile 25 de la distribution sont pour la plupart proche d'un centre urbain important: Glâne/Veveyse (0,4), Gros-de-Vaud (0,4), Freiamt (0,7), Appenzell A. Rh. (0,8). A l'autre extrême de la distribution des densités en APT pour 10 000 habitant se trouvent les Centres avec Hôpital Universitaire alémaniques: Basel-Stadt (4,3), Bern (4,2), Zürich (4,2), suivis de St Gall (4,1), Bellinzona (4,0), Oberengadin (4,0), Biel/Bienne (3,8), Lugano (3,7), La Sarine (3,7) (Carte 9). A noter que les Centres avec Hôpital Universitaire romands ont des densités plus basses (Lausanne: 3,3, Genève: 2.5).

Rapport entre APT et nombre de médecins

Comme pour les autres catégories le rapport APT/nombre de médecins est d'environ 2/3, La différence importante entre les Centres avec Hôpital Universitaire où ce rapport est particulièrement bas (56%) et les autres régions s'explique probablement par le fait que les praticiens des Centres avec Hôpital Universitaire répondent plus que les autres à des besoins pris en charge par d'autres assurances (AI, LAA ou assurances privée).

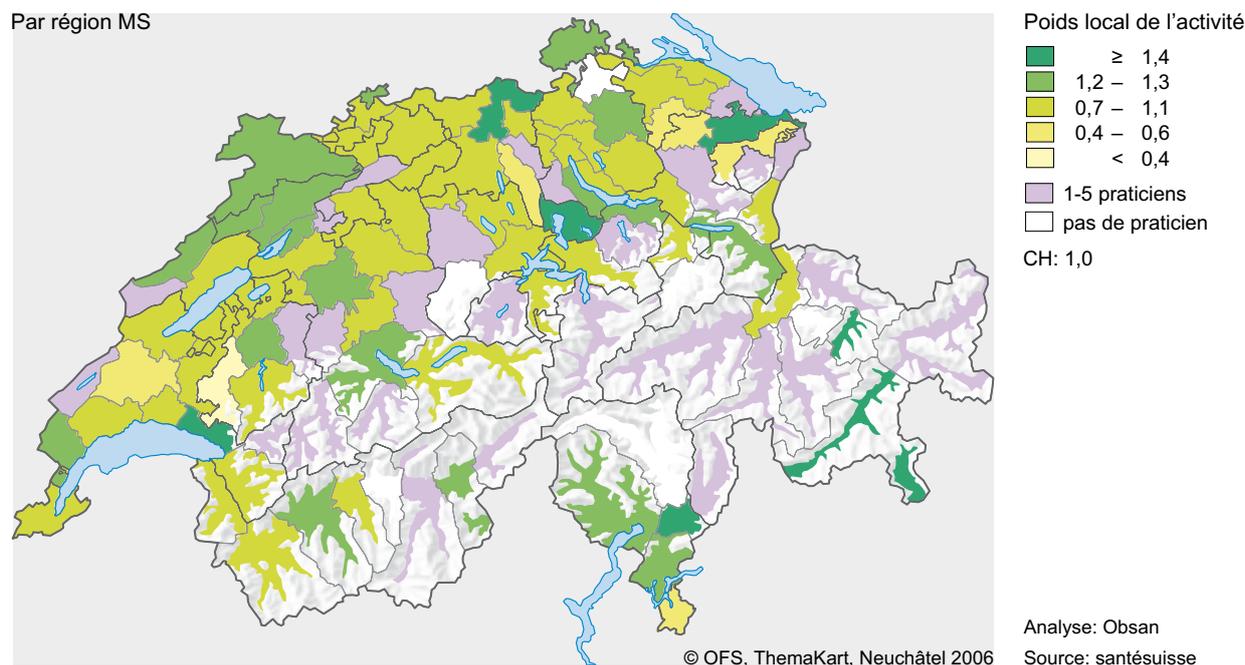
Une partie importante de l'activité des médecins spécialistes avec activité chirurgicale s'exerce en dehors des Centres universitaires (59,9%), principalement dans les agglomérations tertiaires et les régions métropolitaines. Dans ces dernières, le rapport APT/nombre de médecins est le plus élevé. Il est aussi plus élevé que pour les médecins spécialisés sans activité chirurgicale installés dans les mêmes régions.

Poids local de l'activité

Le Poids local de l'activité caractérise les régions en fonction de l'activité exercée par les praticiens. Les Centres avec Hôpital Universitaire présentent un coefficient plus grand que 1 qui s'explique par la présence d'infrastructures hospitalières importantes (Tableau 14). Ce coefficient est encore plus élevé dans les agglomérations tertiaires ce qui implique que l'offre en médecine spécialisée avec activité chirurgicale n'est pas centralisée uniquement dans les villes dotées d'hôpitaux universitaires.

Médecine spécialisée avec activité chirurgicale: Poids local de l'activité, en 2004

C 10



Hormis les régions touristiques et rurales qui ne possèdent parfois qu'un petit nombre de praticiens de la catégorie médecine spécialisée avec activité chirurgicale, quelques régions présentent des Poids locaux de l'activité très faibles. Il s'agit des régions MS de Glâne/Veveyse (0,3), Gros-de-Vaud (0,4), Appenzell A. Rh. (0,5), Mendrisio (0,5), Wil (0,6) et Freiamt (0,6). Il est par ailleurs intéressant de constater que certaines régions ont un Poids local de l'activité plus important que les Centres avec Hôpitaux Universitaires (Bern: 1,2, Basel-Stadt: 1,2, Lausanne: 1,1, Genève: 1,0, Zürich: 1,0). Il s'agit de régions parfois éloignées des régions métropolitaines comme Davos (1,8), Oberengadin (1,6), Bellinzona (1,4), Lugano (1,4), Jura (1,3). D'autres régions au contraire se trouvent à proximité immédiate de grands centres urbains comme Brugg/Zurzach (1,5), Zug (1,4), St.Gallen (1,4), Vevey (1,4).

Part de femmes en médecine spécialisée avec activité chirurgicale

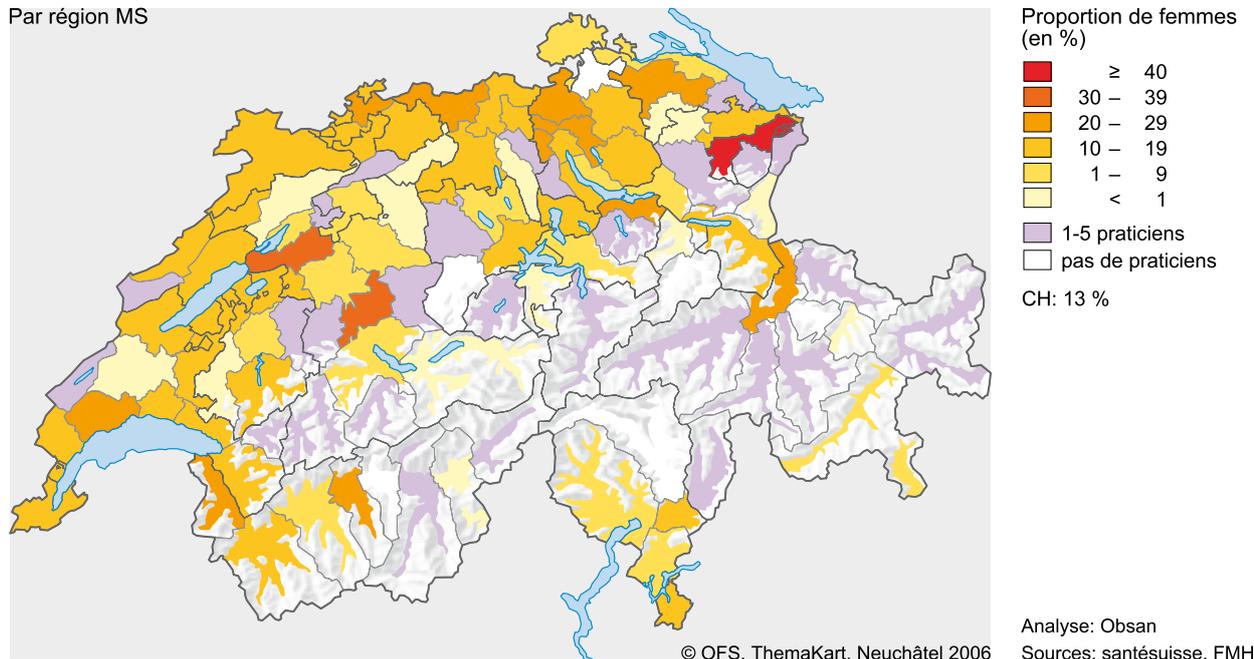
Parmi les médecins retenus dans cette étude, 16% exercent leur activité en médecine spécialisée avec activité chirurgicale. C'est le domaine où le taux de féminisation est le plus bas (13% de praticiennes), en comparaison avec la médecine spécialisée sans activité chirurgicale (18%) et la médecine de base Plus (22%) (Tableau 12)

En examinant les différents types de régions MS, on constate une diminution graduelle de la proportion de femmes en médecine spécialisée avec activité chirurgicale lorsque l'on s'éloigne des centres urbains. On passe ainsi des Centres avec Hôpital Universitaire (15%) et régions métropolitaines (16%), aux agglomérations tertiaires et régions industrielles (10%), pour terminer dans les régions touristiques et rurales (8%). Ce type de répartition des femmes médecins était déjà observé pour la médecine de base Plus et la médecine spécialisée sans activité chirurgicale, mais avec des niveaux de pourcentages différents.

Médecine spécialisée avec activité chirurgicale: Proportion de femmes parmi les praticiens, en 2004

C 11

Par région MS



Parmi les 72 régions MS comprenant au moins six praticiens, celles qui comptent proportionnellement le plus de femmes pratiquant dans ce domaine sont Appenzell A. Rh. (40% de praticiennes), et Erlach/Seeland et Aaretal (30% de praticiennes) (Carte 11). Même ces proportions restent inférieures à celles observées en médecine spécialisée sans activité chirurgicale ou en médecine de base Plus. On trouve d'ailleurs 13 régions MS pour lesquelles le taux de féminisation de la médecine spécialisée avec activité chirurgicale est inférieur à 1%²⁶.

Age des médecins spécialisés avec activité chirurgicale

La moyenne d'âge des praticiens en médecine spécialisée avec activité chirurgicale est de 53.2 ans, soit la plus élevée des différentes catégories de médecins retenues dans cette étude. Alors que l'on trouve à peu près la même proportion de médecins âgés de ≤40 ans en médecine spécialisée avec ou sans activité chirurgicale au niveau national (respectivement 7,5% et 7,3%), la médecine spécialisée avec activité chirurgicale présente une part un peu plus élevée de praticiens âgés de > 60 ans (23% vs 20%) (Tableau 13).

La proportion la plus élevée de jeunes médecins spécialistes avec activité chirurgicale se trouve dans les agglomérations tertiaires (11%). Les centres avec Hôpital Universitaire et les régions métropolitaines affichent environ 7% de praticiens âgés de ≤ 40 ans, alors que l'on en compte plutôt 6% dans les régions touristiques et rurales. A l'opposé, l'ensemble des types de régions MS, à part les régions touristiques, enregistrent entre un cinquième et un quart de médecins âgés de > 60 ans. Les Centres avec Hôpital Universitaire autant que les régions rurales comptent proportionnellement environ 26% de praticiens âgés. Les autres types de régions en recensent un peu moins. Il s'agit d'une répartition semblable à celle que l'on trouve pour la médecine spécialisée sans activité chirurgicale, mais avec des proportions plus élevées.

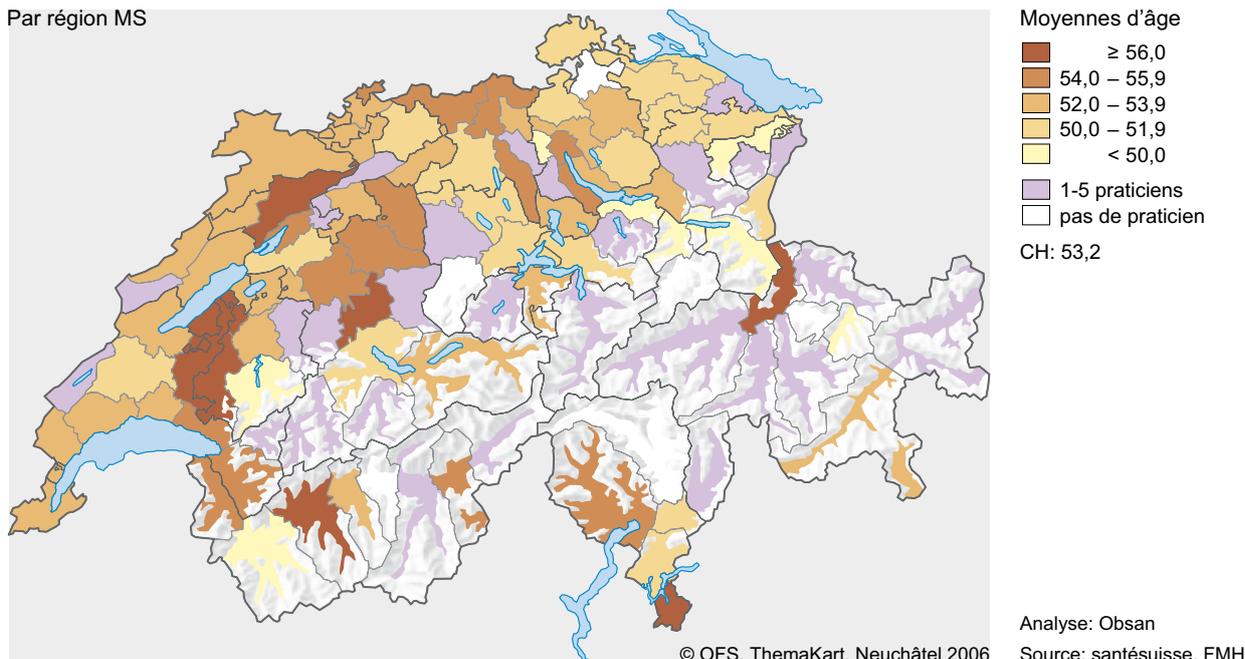
²⁶ Il s'agit des régions MS suivantes: Jura bernois, Oberaargau, Oberland-Ost, Nidwalden, Glarner Unterland, Glâne/Vevveyse, Olten, Werdenberg, Will, Davos, Freiamt, Gros-de-Vaud, Brig.

L'analyse des différentes régions MS montre sept régions MS affichant une moyenne d'âge ≥ 56 ans (Aaretal, Rheintal et Sion, 56.0, Jura bernois, 56.3, La Broye, 57.0, Mendrisio, 57.4, Glâne/Veveyse, 59,7²⁷) (Carte 12). Dans 15 autres régions MS, on enregistre des moyennes d'âge allant de 54 à 55,9 ans. A l'opposé, la moyenne d'âge est < 50 ans dans huit régions MS (Martigny, 49.7, Sarganserland, 49.3, March, 48.4, Limmattal, 48.3, Appenzell A. Rh., 48.0, La Gruyère, 46.8, Glarner Unterland, 45.5, Davos, 42.2)²⁸.

**Médecine spécialisée avec activité chirurgicale:
Moyennes d'âge des praticiens, en 2004**

C 12

Par région MS



3.10 Synthèse pour la médecine spécialisée avec activité chirurgicale

Tableau 10 Offre selon les catégories de médecins et les types de régions MS, tableau récapitulatif

| Type de région MS | Médecine de base | Gynécologie | Pédiatrie | Médecine spécialisée sans activité chirurgicale | Médecine spécialisée avec activité chirurgicale | Psychiatrie |
|-----------------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------|---|---|------------------------|
| | APT / 10 000 habitants | APT / 10 000 habitantes | APT / 10 000 enfants | APT / 10 000 habitants | APT / 10 000 habitants | APT / 10 000 habitants |
| Centre avec Hôpital Universitaire | 6,3 | 3,3 | 5,5 | 3,3 | 3,4 | 8,7 |
| Région métropolitaine | 5,8 | 1,9 | 3,6 | 1,6 | 1,9 | 3,5 |
| Agglomération tertiaire | 6,7 | 2,6 | 4,2 | 2,5 | 3,0 | 4,6 |
| Région industrielle | 6,6 | 1,9 | 3,0 | 1,3 | 1,7 | 2,8 |
| Région touristique | 6,9 | 1,8 | 2,0 | 1,6 | 1,5 | 0,8 |
| Région rurale | 6,6 | 1,3 | 2,2 | 0,8 | 1,1 | 0,9 |
| Suisse | 6,3 | 2,3 | 3,7 | 2,0 | 2,3 | 4,2 |

Sources: santésuisse: pool de données[®] 2004; OFS: ESPOP, RFP 2000; Analyses: Obsan

²⁷ Cette moyenne d'âge se base sur 6 praticiens uniquement.

²⁸ Les régions de Glarner Unterland et Davos, qui présentent les moyennes d'âge les plus basses, ne comptent que 6 praticiens en médecine spécialisée avec activité chirurgicale.

La médecine spécialisée avec activité chirurgicale a la particularité de facturer moins de prestations à l'AOS et de regrouper des spécialités très hétérogènes. En effet, une partie importante de l'activité relève du domaine des assurances-accident, -invalidité ou des assurances privées. Ce constat est particulièrement vrai pour les Centres avec Hôpital Universitaire (rapport de 55,6% entre APT et nombre de praticiens).

Pour cette catégorie, les médecins se concentrent dans les Centres avec Hôpital Universitaire et les agglomérations tertiaires. Dans celles-ci, l'activité facturée par praticien est relativement plus importante que dans les premières. En conséquence, c'est dans les agglomérations tertiaires que l'activité des spécialistes avec activité chirurgicale a le plus d'importance.

L'offre dans ce genre de soins médicaux reste plus limitée dans les régions touristiques et rurales, ce qui peut s'expliquer par le bassin de population plus petit dans ces zones.

C'est le secteur du corps médical le moins «féminisé». Comme pour les autres catégories, ces praticiennes se concentrent plutôt dans les Centres avec Hôpital Universitaire et régions métropolitaines.

C'est aussi le secteur où la moyenne d'âge est la plus élevée, constatation à mettre en rapport avec la durée de formation post-graduée, qui peut être particulièrement longue dans certaines spécialités de chirurgie. Les jeunes médecins semblent s'installer le plus dans les agglomérations tertiaires, alors que les praticiens de plus de 60 ans prédominent dans les Centres avec Hôpital Universitaire et les régions rurales.

3.11 Psychiatrie

Définition

La catégorie psychiatrie comporte deux spécialités: la psychiatrie et psychothérapie, ainsi que la psychiatrie et psychothérapie d'enfants. Afin de tenir compte des populations cibles différentes pour ces deux catégories, l'indicateur de densité (I) est construit en tenant compte des population-cibles spécifiques (voir Annexe 4).

Les praticiens appartenant à cette catégorie se caractérisent par des nombres plus restreints de patients pris en charge par l'AOS. Les percentiles 75 de la distribution (équivalent à 1 APT) sont de 140 patients et 1507 consultations en 2004 pour la psychiatrie et la psychothérapie et de 104 patients et 1092 consultations pour la psychiatrie et psychothérapie d'enfants. Ces percentiles sont plus bas que pour les autres catégories de spécialistes comme la médecine générale (1253 patients et 5561 consultations) mais la durée des consultations de psychiatrie est généralement plus longue.

Offre en psychiatrie

Activité plein-temps

En 2004, on dénombrait 2447 praticiens en psychiatrie pour l'ensemble de la Suisse, dont 336 de la catégorie psychiatrie et psychothérapie d'enfants. L'indicateur de densité est de 5,4 praticiens pour 10 000 habitants. Exprimée en terme d'activité plein-temps, l'offre en psychiatrie correspond à 1915 activités plein-temps (269 pour la psychiatrie et psychothérapie d'enfants), soit un indicateur de densité de 4,2 APT/10 000 habitants (Tableau 15).

Tableau 15 Psychiatrie: Moyennes régionales des densités de médecins et d'APT et Poids local de l'activité

| Type de région MS | Médecins / 10 000 habitants | APT / 10 000 habitants | APT / Médecins (%) | Poids local de l'activité |
|-----------------------------------|-----------------------------|------------------------|--------------------|---------------------------|
| Centre avec Hôpital Universitaire | 7,8 | 8,7 | 69,1 | 1,49 |
| Région métropolitaine | 2,4 | 3,5 | 81,7 | 0,88 |
| Agglomération tertiaire | 2,7 | 4,6 | 98,5 | 0,90 |
| Région industrielle | 1,8 | 2,8 | 94,5 | 0,78 |
| Région touristique | 0,9 | 0,8 | 73,1 | 0,32 |
| Région rurale | 0,8 | 0,9 | 80,2 | 0,35 |
| Suisse | 5,4 | 4,2 | 78,3 | 1,00 |

Sources: santésuisse: pool de données[®] 2004; OFS: ESPOP, RFP 2000; Analyses: Obsan

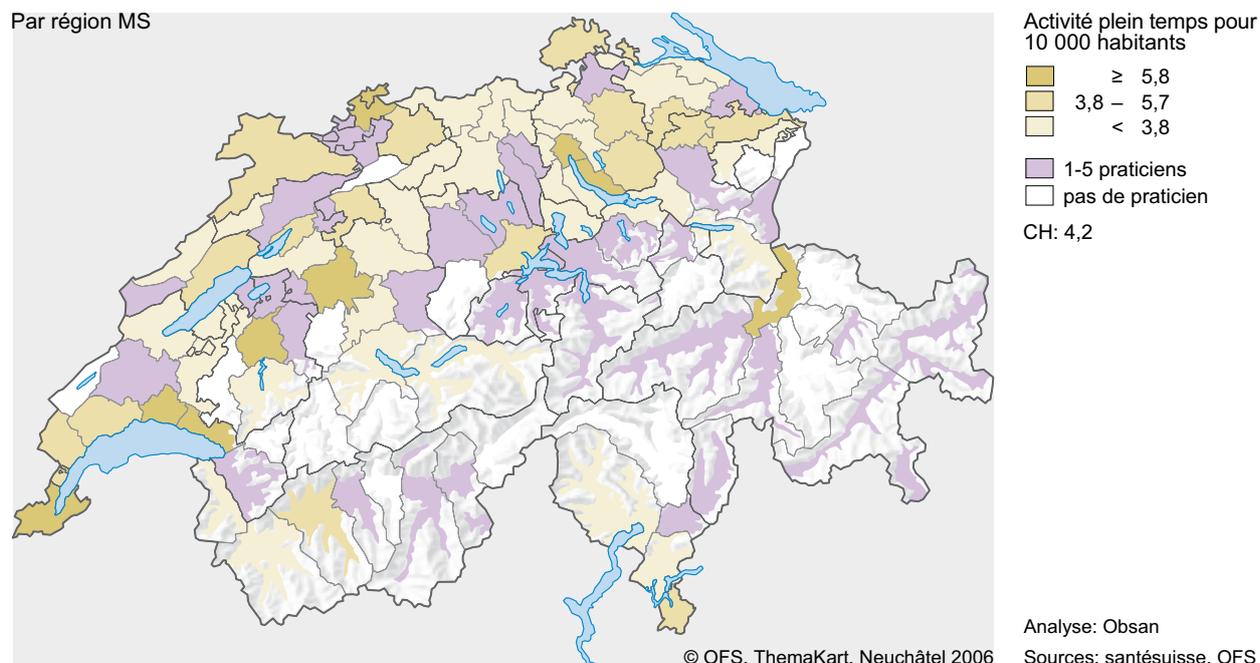
L'offre se concentre nettement dans les Centres avec Hôpital Universitaire où la densité d'APT est 9,7 fois plus importante que dans les régions rurales ou touristiques et 2,5 fois plus importante que les régions métropolitaines.

Dans neuf des 26 régions MS rurales, on ne trouve aucun praticien dans ce domaine (Schwarzwasser, Entlebuch, Glarner Hinterland, Glâne/Veveyse, Thal, Appenzell I. Rh., Tre Valli, Pays d'Enhaut, et La Vallée). Pour les régions touristiques, cette part se monte à près de la moitié (7 sur 16) (Saanen/Obersimmental, Kandertal, Prättigau, Schanfigg, Mittelhörsli, Goms, Leuk)²⁹. En tenant compte également des régions MS avec <6 praticiens, 22 régions rurales sur 26 et 14 régions touristiques sur 16, mais également 8 régions industrielles sur 19, ne peuvent pas être prises en compte dans une analyse par régions MS³⁰ (Carte 13).

Notons également que 17 régions MS n'ont aucun praticien dans cette catégorie et 33 régions MS ont moins de 6 praticiens, ce qui souligne d'autant plus la concentration de cette profession dans les grands centres urbains.

**Psychiatrie:
Densité d'activité plein temps, en 2004**

C 13



²⁹ Rheintal, région MS de type industriel, ne compte pas non plus de médecin psychiatre.

³⁰ Cette limitation concerne également une région tertiaire et 5 métropolitaines.

Les densités observées sont très importantes dans les villes. La région MS de Zürich compte 376 APT soit la densité d'APT la plus élevée observée en Suisse avec 13,6 APT/10 000 habitants. Viennent ensuite les régions MS de Basel-Stadt (12,8), Chur (11,5), Lausanne (10,2), Bern (7,9), Unteres Baselbiet (7,6), Pfannenstiel (6,7) et Vevey (6,6), La Sarine (6,1), et Genève (6,1).

Rapport entre APT et nombre de médecins

La distribution de l'activité se répartit de manière très inégale parmi les différents types de régions, ainsi le 46% de l'activité est effectuée dans les cinq villes dotées d'un hôpital universitaire. Seul 3,8% de l'activité est réalisée dans les régions touristiques et rurales.

Comme observé pour les autres catégories le rapport entre APT et nombre de médecins montre un clivage entre les centres et la périphérie. L'activité est plus soutenue dans les régions périphériques, les Centres avec Hôpital Universitaire avec un taux de 69,1% se situent au dessous de la moyenne nationale (78,3%). Notons enfin que les rapports APT et nombre de praticiens observés pour la psychiatrie sont plus élevés que ceux des autres catégories de praticiens ce qui laisse à penser que ces praticiens exercent principalement à la charge de l'AOS.

Poids local de l'activité

Dans le cas de la psychiatrie cet indicateur perd quelque peu son sens. En effet l'essentiel de l'activité est localisée dans les Centres avec Hôpital Universitaire. Le Tableau 15 illustre ce phénomène de concentration avec un Poids local de l'activité de 1,49 dans les Centres avec Hôpital Universitaire et un Poids local de l'activité inférieur à 1 dans le reste de la Suisse.

Part de femmes en psychiatrie

C'est en psychiatrie que le taux de féminisation est le plus élevé, avec 40% de femmes psychiatres au niveau national, soit presque le double du pourcentage enregistré pour la médecine de base Plus (Tableau 16.). Dans les Centres avec Hôpital Universitaire et les régions métropolitaines, la proportion de praticiennes en psychiatrie est encore supérieure (respectivement 42% et 41%). Elle diminue lorsque l'on s'éloigne des grands Centres pour atteindre les agglomérations tertiaires et les régions industrielles, où l'on recense alors environ un tiers de femmes psychiatres. Les régions touristiques, elles, n'en comptent plus que 29%. Enfin, le fait que les régions rurales enregistrent 43% de praticiennes en psychiatrie reste relatif, sachant que la moitié des régions MS de ce type recensent <6 médecins psychiatres, voire aucun (hommes et femmes).

Tableau 16 Pourcentages de femmes parmi les praticiens en psychiatrie par rapport à la médecine de base Plus, au niveau national et selon le type de régions MS

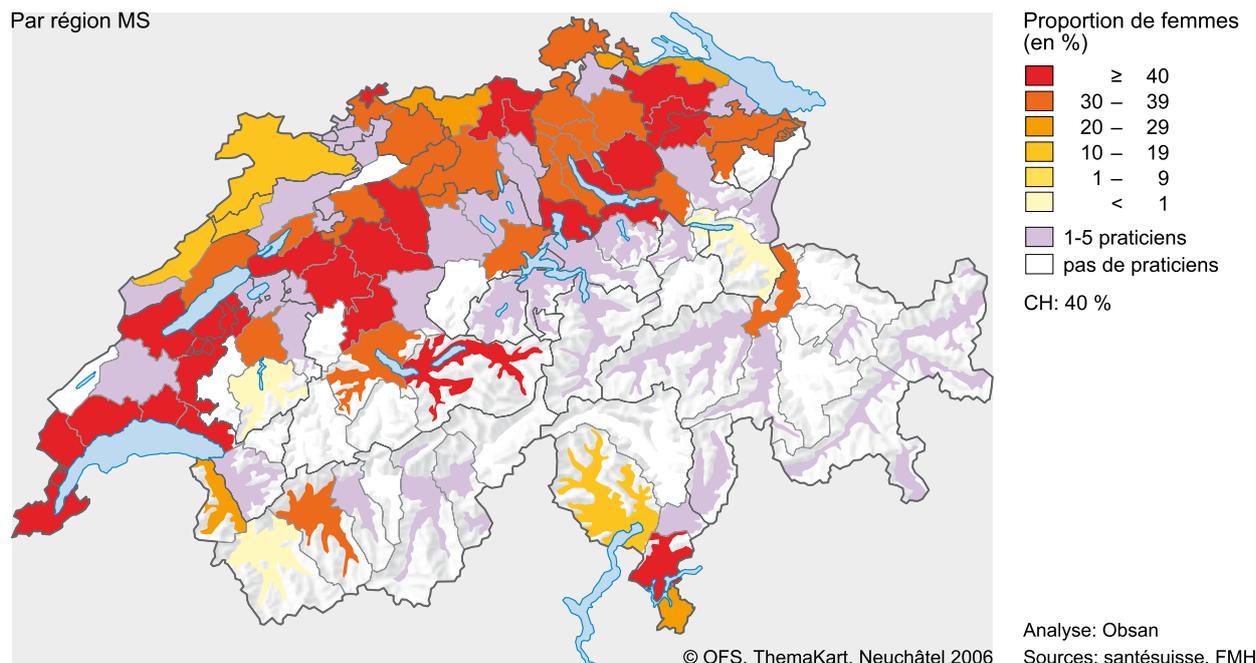
| Type de région MS | % femmes / total des médecins | |
|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| | Psychiatrie | Médecine de base Plus |
| Centre avec Hôpital Universitaire | 42 | 28 |
| Région métropolitaine | 41 | 23 |
| Agglomération tertiaire | 33 | 21 |
| Région industrielle | 34 | 17 |
| Région touristique | 29 | 15 |
| Région rurale | 43 | 15 |
| Suisse | 40 | 22 |

Sources: santésuisse: Registre des Codes Créanciers 2004; FMH: Statistique des médecins 2004; Analyses: Obsan

Parmi les régions MS comportant au moins 6 psychiatres, 23 régions comptent 30 à 39% de femmes psychiatres, et 23 autres en recensent au moins 40%. Dans 8 régions MS, les praticiennes sont au moins aussi nombreuses que les praticiens en psychiatrie, voire beaucoup plus (Aaretal, Wil, et La Broye, 50%, Baden, 52%, Zürcher Oberland, 53%, Nyon, 60%, Morges, 67%, Erlach/Seeland, 83%³¹). A l'inverse, 10 régions MS enregistrent <30% de femmes parmi leurs médecins psychiatres, dont La Gruyère, Sarganserland et Martigny³² qui comptent <1% de praticiennes (Carte 14).

**Psychiatrie:
Proportion de femmes parmi les praticiens, en 2004**

C 14



Age des praticiens de soins en psychiatrie

En Suisse, la moyenne d'âge des médecins psychiatres (53,1 ans) est presque aussi élevée que celle des médecins spécialistes avec activité chirurgicale (53,2). Si l'on compare ensuite la psychiatrie et la médecine de base Plus, on constate qu'en psychiatrie, les médecins âgés de ≤40ans sont proportionnellement moins nombreux qu'en médecine de base Plus (6% vs 10%) (Tableau 17). Le pourcentage de médecins âgés de >60 ans, par contre, est le même dans les deux domaines médicaux (19%).

Tableau 17 Pourcentages des jeunes praticiens (≤40ans) et des praticiens âgés (>60ans) en psychiatrie par rapport à la médecine de base Plus, au niveau national et selon les types de régions MS

| Type de région MS | Psychiatrie | | Médecine de base Plus | |
|-----------------------------------|-------------|----------|-----------------------|----------|
| | ≤ 40 ans | > 60 ans | ≤ 40 ans | > 60 ans |
| Centre avec Hôpital Universitaire | 5,8 | 21,7 | 10,4 | 21,3 |
| Région métropolitaine | 6,6 | 13,8 | 11,3 | 18,3 |
| Agglomération tertiaire | 5,9 | 16,2 | 9,2 | 19,2 |
| Région industrielle | 5,5 | 21,5 | 9,9 | 17,5 |
| Région touristique | 0,0 | ND | 7,5 | 19,6 |
| Région rurale | ND | 16,1 | 7,6 | 18,2 |
| Suisse | 6,0 | 19,0 | 10,0 | 19,3 |

Sources: santésuisse: Registre des Codes Créanciers 2004; FMH: Statistique des médecins 2004; Analyses: Obsan

³¹ Pour Erlach/Seeland, seul 6 praticiens exercent dans le domaine de la psychiatrie.

³² Ces trois régions MS ne comptent que 6 médecins psychiatres.

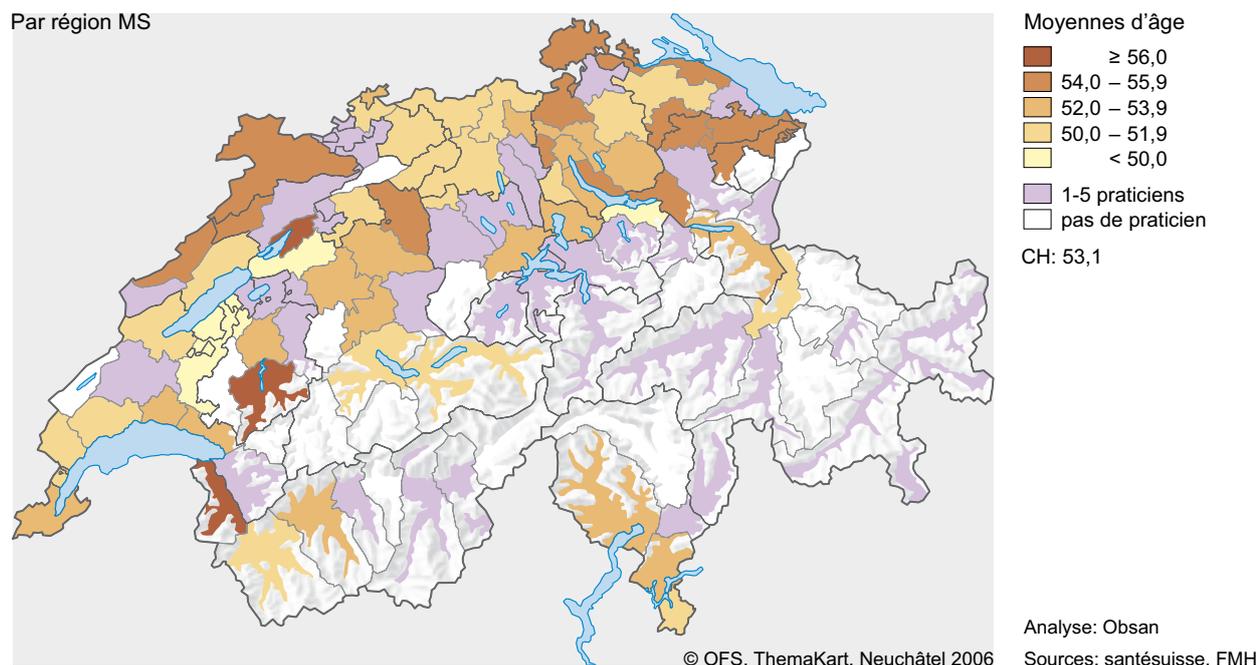
Les différences de proportions de médecins psychiatres ≤ 40 ans selon le type de régions MS sont très faibles (de 5,5% à 6,6%), les régions métropolitaines affichant le pourcentage le plus élevé. Y font exception les régions touristiques et rurales, lesquelles recensent < 6 praticiens en psychiatrie (aucun dans les régions touristiques). L'opposition villes/campagnes que l'on trouvait en médecine de base Plus pour les jeunes médecins se situe en psychiatrie plutôt au niveau des effectifs en médecins psychiatres.

Du côté des praticiens âgés de > 60 ans, ce sont uniquement les régions touristiques pour lesquelles les effectifs sont insuffisants pour être pris en compte (< 6 praticiens). Dans les autres types de régions, les Centres avec Hôpital Universitaire et les régions industrielles affichent les proportions les plus élevées de médecins âgés (22%), suivis par les agglomérations tertiaires et les régions rurales (16%). Les régions métropolitaines enregistrent la plus faible proportion de praticiens > 60 ans (14%). Cette configuration selon les types de régions pour la psychiatrie diffère donc quelque peu de celle de la médecine de base Plus.

Concernant la moyenne d'âge des médecins psychiatres, La Gruyère (56,3), Biel/Bienne (57,8) et Monthey (58,7) affichent les moyennes d'âge les plus élevées de Suisse dans ce domaine médical³³. Par ailleurs, pour douze régions MS, la moyenne d'âge des médecins psychiatres se situe entre 54 ans et 55,9 ans. A l'inverse, cette moyenne est < 50 ans pour Erlach/Seeland (49,7) et La Broye (48,8) (carte 15).

Psychiatrie: Moyennes d'âge des praticiens, en 2004

C 15



³³ Cinq régions MS comptent uniquement 6 praticiens en psychiatrie: Erlach/Seeland, La Gruyère, Sarganserland, La Broye et Martigny.

3.12 Synthèse pour la psychiatrie

Tableau 10 Offre selon les catégories de médecins et les types de régions MS, tableau récapitulatif

| Type de région MS | Médecine de base | Gynécologie | Pédiatrie | Médecine spécialisée sans activité chirurgicale | Médecine spécialisée avec activité chirurgicale | Psychiatrie |
|-----------------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------|---|---|------------------------|
| | APT / 10 000 habitants | APT / 10 000 habitantes | APT / 10 000 enfants | APT / 10 000 habitants | APT / 10 000 habitants | APT / 10 000 habitants |
| Centre avec Hôpital Universitaire | 6,3 | 3,3 | 5,5 | 3,3 | 3,4 | 8,7 |
| Région métropolitaine | 5,8 | 1,9 | 3,6 | 1,6 | 1,9 | 3,5 |
| Agglomération tertiaire | 6,7 | 2,6 | 4,2 | 2,5 | 3 | 4,6 |
| Région industrielle | 6,6 | 1,9 | 3 | 1,3 | 1,7 | 2,8 |
| Région touristique | 6,9 | 1,8 | 2 | 1,6 | 1,5 | 0,8 |
| Région rurale | 6,6 | 1,3 | 2,2 | 0,8 | 1,1 | 0,9 |
| Suisse | 6,3 | 2,3 | 3,7 | 2 | 2,3 | 4,2 |

Sources: santésuisse: pool de données[®] 2004; OFS: ESPOP, RFP 2000; Analyses: Obsan

La catégorie psychiatrie est caractérisée par une offre prédominante dans les cinq Centres avec Hôpital Universitaire. Dans ces derniers, la densité d'Activité Plein temps et le Poids local de l'activité sont très élevés par rapport au reste de la Suisse. Les praticiens en psychiatrie semblent s'orienter avant tout en fonction de la demande en psychothérapie des régions urbaines [7]. Par contre, l'offre en psychiatrie diminue lorsque l'on se déplace vers des régions périphériques et beaucoup de régions MS ne recensent pas de psychiatres exerçant au sein de l'AOS.

C'est le secteur où les femmes sont les plus présentes, particulièrement dans les régions urbaines. La structure d'âge des psychiatres est comparable à celle des autres catégories: on note une faible proportion de jeunes praticiens et un cinquième de psychiatres au-delà de 60 ans. La distribution des psychiatres âgés semble varier selon les régions. Ainsi, une enquête réalisée auprès de psychiatres bâlois indiquait que le rapport entre les praticiens âgés entre 50-60 ans par rapport à ceux de 40-50 ans y est de 1,36 [8]. A l'échelon suisse par contre, ce rapport s'élèverait à 1,06, indiquant que la proportion de psychiatres âgés de plus de 60 ans est un peu plus faible au niveau national.

4 Comparaison de l'approche utilisée par l'Obsan avec l'enquête réalisée dans le canton de Genève

Nicola Marzo

4.1 Contexte

Afin de mettre à jour son registre des médecins et pour prendre en considération les nouvelles dimensions de l'offre ambulatoire, la direction générale de la santé (DGS) du canton de Genève a envoyé le 31 janvier 2005 un questionnaire aux 2876 médecins au bénéfice d'une autorisation de pratique dans le canton. Le taux de réponse à cette enquête s'est élevé à 83%.

Ce chapitre présente une partie des résultats de l'enquête et les compare à ceux obtenus par l'Obsan pour le canton de Genève.

La méthodologie utilisée dans l'enquête genevoise pour calculer un équivalent plein temps (EPT) est basée sur l'estimation du nombre d'heures travaillées et permet de calculer un ratio EPT/nombre de médecins. Il s'agit alors d'analyser le lien entre l'équivalent plein temps (EPT) et l'activité plein temps (APT), fondée sur le nombre de consultations et le nombre de patients.

4.2 Définition et méthodologie

Unité de mesure et variables utilisées pour définir l'activité

Le questionnaire comprenait deux questions relatives à l'activité des médecins:

- *Exercez-vous à plein temps ou à temps partiel?*
- *Combien d'heures par semaine facturez-vous à charge de l'assurance-maladie en regard des spécialités médicales que vous exercez?*

Le médecin avait le choix d'indiquer plusieurs spécialités et plusieurs durées exprimées en heures. La notion d'activité à charge de l'assurance-maladie ne comprenait pas les heures consacrées à la formation.

Approche choisie pour définir un équivalent plein temps (EPT)

Les questions posées ont permis de définir un EPT spécifique à chaque spécialité. Celui-ci a été calculé sur la base du nombre d'heures hebdomadaires effectué par les médecins exerçant à plein temps et ayant indiqué un seul temps. Ce nombre dépend de la spécialité en question et est différent pour chacune d'entre elles.

Les réponses des médecins ayant indiqué plusieurs durées n'ont pas été utilisées dans le calcul. En effet, au regard du médecin exerçant une seule spécialité, le médecin travaillant dans plusieurs spécialités à plein temps peut être considéré comme effectuant des temps partiels dans chacune des spécialités pour lesquelles il a indiqué une durée.

Regroupement des spécialités médicales

Pour comparer les études, les spécialités ont été regroupées selon la partie 2.2.2 de ce document³⁴. Seuls les médecins au bénéfice d'un numéro de RCC³⁵ actif dans le canton de Genève ont été inclus dans l'analyse. Les médecins hospitaliers et les médecins sans RCC travaillant sous la responsabilité d'un autre médecin ont été exclus. Les médecins avec un RCC, mais qui ont répondu qu'ils ne travaillaient pas, ont aussi été exclus. De façon générale, les médecins inactifs ont été exclus.

4.3 Résultats pour le canton de Genève

Activité en heures

Les médecins travaillant à plein temps (PT) effectuent en moyenne 44 heures par semaine dans tous les groupes sauf en psychiatrie où ils effectuent environ 37 heures par semaine (Tableau 18).

Travailler à temps partiel (TP) est une notion très variable et les médecins travaillant à temps partiel se distinguent en deux classes. Le groupe «médecine de base Plus» et «médecine spécialisée sans activité chirurgicale» effectuent environ 25 heures par semaine. Les groupes «médecine spécialisée avec activité chirurgicale» et «psychiatre» effectuent moins de 19 heures par semaines. Un travail à temps partiel en psychiatrie correspond donc en moyenne à 0,5 équivalent plein temps tandis qu'un travail à temps partiel en médecine spécialisée avec activité chirurgicale correspond à 0,36 équivalent plein temps. Un travail à temps partiel en médecine spécialisée sans activité chirurgicale ou en médecine de base Plus correspond à environ un 0,6 équivalent plein temps.

Tableau 18 Répartition de l'activité des médecins praticiens pour le canton de Genève, enquête de la DGS, 2005

| | | Equivalent en heures travaillées | Nombre de praticiens | Nombre d'EPT | EPT/Praticiens | PT/TP* |
|---|--------------------|----------------------------------|----------------------|--------------|----------------|--------|
| Médecine de base Plus | Plein temps (PT) | 49,9 | 671 | 540 | 80% | 59/41 |
| | Temps partiel (TP) | 34,8 | | | | |
| Médecine spécialisée sans activité chirurgicale | Plein temps (PT) | 43,7 | 272 | 197 | 72% | 60/40 |
| | Temps partiel (TP) | 25,6 | | | | |
| Médecine spécialisée avec activité chirurgicale | Plein temps (PT) | 43,7 | 251 | 193 | 77% | 66/34 |
| | Temps partiel (TP) | 15,7 | | | | |
| Psychiatrie | Plein temps (PT) | 36,4 | 312 | 227 | 73% | 47/53 |
| | Temps partiel (TP) | 18,8 | | | | |

* Pourcentage de Plein Temps et de Temps Partiel des médecins ayant indiqué une durée de travail

Source: Enquête DES 2005

Les médecins travaillant à temps partiel sont d'abord ceux spécialisés dans la médecine sans activité chirurgicale, puis les psychiatres. Viennent ensuite les médecins de premiers recours, finalement les médecins spécialisés avec activité chirurgicale.

La proportion de médecins travaillant à temps partiel dans le canton de Genève est élevée, soit 46%. Ce temps partiel se caractérise par un temps en heures nettement supérieur à un 50% en médecine sans activité chirurgicale (26 heures pour TP, 44 heures pour un PT) et en médecine de base Plus (25 heures pour un TP, 44 heures pour un PT). Le temps en heures est nettement inférieur à un 50% en médecine spécialisée avec activité chirurgicale (16 heures pour TP, 44 heures pour PT). Il correspond à un 50% en psychiatrie (19 heures pour un TP, 36 heures pour un PT).

³⁴ Médecine de base Plus, médecine spécialisée sans activité chirurgicale, médecine spécialisée avec activité chirurgicale, psychiatrie. Les médecins spécialisés dans les domaines suivants ont été aussi exclus de l'analyse: anesthésiologie, médecine du travail, médecins sans RCC, médecins sans cabinets, médecine intensive, pharmacologie et toxicologie clinique, génétique médicale, médecine nucléaire, pathologie, médecine pharmaceutique, médecine sociale et préventive, radiologie, radio-oncologie, médecine légale.

³⁵ RCC: registre du code créancier, code à travers lequel le médecin peut facturer à charge de l'assurance maladie suisse.

La part des EPT en pourcentage

Le ratio EPT/Nombre de médecins mesure l'utilisation de la force du travail. Plus ce ratio est élevé plus l'utilisation de la force de travail est forte, plus il est bas plus l'utilisation est faible. Il dépend de plusieurs facteurs dont le taux de féminisation de la spécialité, le nombre d'heures effectuées pour le temps partiel, la spécialité elle-même, les habitudes de pratiques des médecins, l'hypothèse de distribution des temps pour les personnes qui n'en n'ont pas indiqué, le temps indiqué dans les autres spécialités que celle en question, le nombre de médecins qui exercent une autre spécialité que celle retenue.

En supposant arbitrairement qu'un taux de 75% reflète un équilibre entre offre et demande de prestations, toute valeur supérieure à 75% montrerait une forte utilisation des forces de travail et donc peu de marge de manœuvre pour répondre à un besoin accru. Toute valeur inférieure à 75% montrerait une moindre utilisation des forces de travail et l'existence d'une plus grande marge en cas d'augmentation de la demande.

En appliquant cette hypothèse à l'enquête genevoise il existe une marge, sans doute faible, mais positive, pour les groupes psychiatrie et médecine spécialisée sans activité chirurgicale. A l'inverse, celle-ci n'existe pas en médecine de base Plus et en médecine spécialisée avec activité chirurgicale. Autrement dit, il serait plus facile de répondre à une augmentation de la demande dans les deux premiers groupes (psychiatrie et médecine spécialisée sans activité chirurgicale) que dans les deux autres catégories (médecine de base Plus et médecine spécialisée avec activité chirurgicale).

En regardant les résultats détaillés pour la médecine de base Plus³⁶, la pédiatrie et la gynécologie se trouvent bien au-delà de ce seuil, et seul la médecine de base aurait un taux inférieur à 75% (Tableau 19). Ce taux relativement bas tient compte des médecins généralistes exerçant une autre spécialité. En les excluant des calculs, le taux remonterait à 78% et indiquerait aussi une faible marge de manœuvre en cas d'augmentation de la demande.

Ces interprétations dépendent aussi du seuil fixé pour définir l'équilibre. Il faut donc les utiliser avec prudence.

Tableau 19 Répartition de l'activité des médecins praticiens pour le canton de Genève, enquête de la DES, 2005. Résultats détaillés pour la médecine de base Plus

| | | Equivalent en heures travaillées | Nombre de praticiens | Nombre d'EPT | EPT/Praticiens |
|------------------|---------------------------|----------------------------------|----------------------|--------------|----------------|
| Médecine de base | Plein temps (PT) | 43,9 | 490 | 345 | 70% |
| | Temps partiel (TP) | 21,4 | | | |
| Gynécologie | Plein temps (PT) | 46,0 | 89 | 77 | 87% |
| | Temps partiel (TP) | 25,8 | | | |
| Pédiatrie | Plein temps (PT) | 41,2 | 92 | 76 | 82% |
| | Temps partiel (TP) | 26,9 | | | |

Source: Enquête DES 2005

4.4 Comparaison avec les résultats de l'Obsan

Pour définir l'activité plein temps d'un médecin, l'Obsan a utilisé le nombre de consultations effectuées et le nombre de patients traités en moyenne par un médecin suisse «type» sur la base du percentile 75³⁷. L'activité de ce médecin suisse «type», définie comme étant une activité à 100%, est ensuite comparée avec l'activité des médecins dans les cantons. L'unité de mesure entre les deux enquêtes diffère, puisque l'APT mesure une activité facturée et l'EPT mesure une activité en nombre d'heures. En outre, l'APT est défini sur une base nationale, tandis que l'EPT de l'enquête genevoise est construit sur une moyenne cantonale. Élaboré sur la base des réponses à un questionnaire, il reflète une réalité cantonale.

³⁶ Cf. tableau Annexe 6: Résultats détaillées pour la médecine de base Plus.

³⁷ Cf. méthodologie, chapitre 2

L'APT prend en considération uniquement l'activité à charge de l'assurance maladie obligatoire. Bien qu'expressément demandé dans le questionnaire, il est fort probable que dans l'enquête genevoise plusieurs médecins aient fourni leur temps d'activité total.

L'APT ne tient pas compte des spécificités d'un canton-ville universitaire tel que celui de Genève. Nous savons que le corps médical et la population se comportent différemment en ville qu'à la campagne. Les pratiques sont différentes et le temps investi par patient peut se révéler également différent d'une région à l'autre selon la pratique.

Les résultats de la comparaison auraient sans doute été meilleurs, si l'APT avait été construit sur la base d'un échantillon des grandes villes universitaires de Suisse uniquement ou si l'enquête genevoise avait été réalisée au niveau nationale.

Malgré ces considérations, il est possible de tirer quelques informations intéressantes de cette comparaison.

Analyse des résultats

Nombre de médecins

La différence dans le nombre de médecins reflète la distinction entre les deux sources de données (Tableau 20). Les résultats de l'enquête contiennent les réponses de l'année 2005. Les médecins qui se sont définis inactifs, quand bien même au bénéfice d'un numéro RCC pendant cette année, ont été exclus. Les données de l'Obsan font référence à l'année 2004. Les médecins ayant facturé au moins une consultation pendant cette année ont été inclus. Ceux-ci ont été exclus dans l'enquête genevoise parce qu'ils ont probablement répondu qu'ils étaient inactifs. Dans l'enquête genevoise, 39 des médecins ayant répondu qu'ils étaient inactifs ont été exclus.

Tableau 20 Comparaison de l'impact des deux approches sur le nombre d'EPT et d'APT pour le canton de Genève

| | Enquête Genevoise | | Résultats Obsan, canton de Genève | |
|---|-------------------|--------------|-----------------------------------|--------------|
| | EPT | EPT/médecins | APT | APT/médecins |
| Médecine de base | 345 | 70% | 201 | 36% |
| Pédiatrie | 76 | 83% | 46 | 45% |
| Gynécologie | 77 | 87% | 36 | 37% |
| Médecine spécialisée sans activité chirurgicale | 197 | 72% | 120 | 43% |
| Médecine spécialisée avec activité chirurgicale | 193 | 77% | 105 | 42% |
| Psychiatrie | 228 | 73% | 182 | 57% |
| Total | 1116 | 74% | 690 | 43% |

Sources: Enquête DES 2005; santésuisse, pool de données 2004

Equivalent Plein temps (EPT) et Activité Plein temps (APT)

EPT et APT sont donc bien différents. Les agrégats mesurés étant différents, l'un mesure le nombre d'heures, l'autre mesure le nombre de consultations facturées et le nombre de patients, les résultats ne pouvaient montrer que deux vérités distinctes:

Le ratio APT/nombre de médecins est faible pour Genève comparé à celui de la Suisse. Ceci indique que le médecin genevois, comparé au médecin «type» suisse, voit moins de patients et effectue moins de consultations. Ceci ne veut pas dire qu'il travaille moins ou qu'il est moins efficace. Ceci décrit simplement que le mode de pratique du médecin genevois est différent de celui du médecin «type» suisse.

Le ratio EPT/nombre de médecins est relativement élevé. Ceci indique que le temps partiel n'est pas aussi développé qu'on le pense à Genève, du moins si l'on considère l'ensemble des spécialités. Les résultats sont surprenants, surtout en ce qui concerne la gynécologie et la pédiatrie. Ceci ne veut pas dire que le médecin genevois travaille plus qu'un autre médecin Suisse. Sous l'hypothèse que l'activité de la spécialité est équilibrée (i.e. dans notre exemple que le ratio se situe autour de 75%), ceci indique uniquement que la force de travail serait utilisée de façon optimale.

A titre de comparaison, une enquête réalisée en 2005 dans le canton de Berne a montré un taux global d'activité de 87% pour l'ensemble des médecins de premier recours. Dans l'enquête genevoise, ce taux est de 68%. Les différences s'expliquent par le fait que l'enquête genevoise ne tient compte que de l'activité facturée, tandis que l'enquête bernoise mesurait le temps travaillé [9]

A la lumière de ce qui précède, les deux études ne sont manifestement pas comparables puisque l'une mesure des consultations, l'autre mesure des heures. Cependant, les deux façons de procéder sont relativement proches. En effet, intuitivement, il existe un lien entre le nombre de consultations/patients que le médecin est susceptible de donner/voir dans son cabinet et le temps que le médecin consacre à cette activité.

En utilisant les APT et les EPT calculés dans les deux études pour toutes les spécialités, il existe une relation linéaire, fournie par l'équation suivante:

$$EPT_{\text{spec}} = 1,4338 APT_{\text{spec}} + 5,6426, R^2 = 0,9187$$

La relation est encore plus forte si l'on exclut les spécialités de la psychiatrie:

$$EPT_{\text{spec}} = 1,9682 APT_{\text{spec}} - 2,3237, R^2 = 0,964$$

Grâce à ces deux équations il serait possible de connaître la valeur de l'EPT à partir de l'APT, ou vice versa.

En admettant que les cantons-villes universitaires présentent les mêmes caractéristiques que le canton de Genève et en connaissant l'APT (l'EPT), il serait donc facile d'estimer le nombre d'EPT (d'APT) correspondant(e)s.

4.5 Conclusion

Faute de pouvoir réellement comparer les deux études, ce chapitre fournit deux analyses de l'offre en soins ambulatoire dans le canton de Genève. Il permet de constater que les deux études sont relativement proches et qu'il existe un lien significatif entre APT et EPT pour le canton de Genève. Elles fournissent une meilleure description de l'offre ambulatoire et jettent les fondements pour une étude plus approfondie du sujet. Il serait, en effet, intéressant de pouvoir valider ces résultats grâce à d'autres enquêtes, cantonales ou régionales.

5 Modèle d'analyse des déterminants de l'activité médicale ambulatoire en médecine de base

Maik Roth

5.1 Introduction

Cette partie présente un modèle analytique visant à expliquer les écarts observés entre le nombre d'activité plein temps (APT) et le nombre de praticiens³⁸ dans chacune des 106 régions MS. L'analyse ne porte que sur la catégorie Médecine de base qui est la plus homogène parmi les cinq définies dans ce travail. L'objectif est de mesurer l'influence de différents déterminants démographiques ou géographiques sur le taux d'activité des praticiens et de vérifier les deux hypothèses de recherche suivantes:

- La féminisation de la profession médicale a pour conséquence une diminution du temps de travail.
- L'âge élevé des praticiens a pour conséquence une diminution du temps de travail.

Les analyses effectuées servent à vérifier ces hypothèses et ne constituent pas une analyse exhaustive des écarts observés entre le nombre d'APT et le nombre de médecins pour la médecine de base. Nous ne disposons en effet que de données agrégées au niveau communal et il s'avère par conséquent difficile de tirer des conclusions relatives au comportement individuel des praticiens.

Au niveau national le nombre d'APT en médecine de base s'élève à 4 664, représentant donc deux tiers des 6 962 praticiens comptabilisés en 2004. Outre les deux hypothèses mentionnées ci-dessus, d'autres hypothèses mentionnées au point 3.4 du rapport peuvent expliquer ces différences mais ne peuvent malheureusement être vérifiées. Ainsi, les praticiens peuvent exercer dans le cadre d'autres assurances (AA, AI, assurance complémentaire, etc.) ou ils peuvent facturer un nombre de consultations plus ou moins élevé indépendamment de la durée de celles-ci, éléments qui ne sont pas disponibles dans le pool de données santésuisse®.

Ce chapitre s'articule en cinq parties. La méthode et les variables sont décrits dans les parties 5.2 et 5.3. Puis les résultats des analyses bivariées et multivariées sont présentés dans les parties 5.4 et 5.5. Enfin la synthèse du chapitre fait l'objet de la partie 5.6.

5.2 Méthodologie

La variable d'intérêt de ce chapitre est le rapport APT/Médecins (en %) qui se définit comme le nombre de praticiens mesuré en activité plein temps (APT) divisé par le nombre de médecins. Un faible rapport d'APT/Médecins peut signifier que l'activité à temps partiel est élevée. Au contraire un rapport d'APT/Médecins proche de un peut indiquer que l'activité à temps partiel est peu répandue.

Une première analyse bi-variée mesure les relations linéaires entre le rapport APT/Médecins avec chacune des variables indépendantes retenues pour cette analyse à l'aide du coefficient de corrélation de Pearson. Dans un second volet, une analyse multivariée est réalisée avec le rapport APT/Médecins comme variable dépendante (Y) et les variables explicatives décrites dans le tableau 21. L'analyse sera effectuée par régression linéaire multiple.

Les observations portent sur 106 régions MS, toutefois 2 régions présentent moins de 6 praticiens et ne sont par conséquent pas prises en compte dans cette analyse (Schanfigg et Goms). De plus les régions

³⁸ Par souci de simplification, le terme praticien est employé au masculin même si ce dernier se réfère également aux praticiennes.

avec un indice femmes-hommes ou un indice 55 des praticiens nul sont écartées (Kandertal, Entlebuch, Davos, Mittebünden, Engadina bassa, Mesolcina). Les analyses portent finalement sur 98 régions MS.

Ce type de modèle se heurte à deux limites. Bien que les régions MS permettent de décrire de manière précise les différences régionales, elles contiennent toutefois des données agrégées, alors que les hypothèses dépendent du comportement individuel des praticiens. Une seconde limite du modèle est la modification des unités géographiques (modifiable areal unit problem³⁹). En effet les régions MS sont construites et l'agrégation ou la désagrégation de ces régions MS peut modifier les résultats de l'analyse.

Tableau 21 Déterminants du taux d'activité des praticiens en Médecine de base pour 2004.
Liste des variables retenues pour le modèle analytique

| Indicateur | Description | Année | Source |
|---|--|------------|--|
| Variable dépendante (Y) | | | |
| Rapport APT/ Médecins | Rapport en % entre le nombre d'APT et le nombre de médecins | 2004 | santésuisse, FMH |
| Variables explicatives relatives aux hypothèses | | | |
| Indice femmes-hommes des médecins [*] | Nombre de praticiennes divisé par le nombre de praticiens | 2004 | FMH |
| Indice > 55/<55 des médecins [*] | Nombre de praticiennes et praticiens âgés de plus de 55 ans divisé par celles et ceux âgés de moins de 55 ans | 2004 | FMH |
| Autres variables explicatives | | | |
| Nombre d'habitants au km ² | Population résidante permanente au milieu de l'année par km ² | 2004 | OFS, ESPOP |
| Nombre d'hôpitaux de soins généraux pour 1000 habitants | Nombre d'hôpitaux de soins généraux dans la région MS pour 1000 habitants selon la typologie de l'OFS | 2004 | OFS, Statistique administrative des hôpitaux |
| Indice femmes-hommes de la population | Nombre de femmes divisé par le nombre d'hommes dans la population de la région MS | 2004 | OFS, ESPOP |
| Indice > 50/<50 de la population | Nombre de personnes âgées de plus de 50 ans divisé par le nombre de personnes âgées de moins de 50 ans parmi la population de la région MS | 2004, 2000 | OFS, ESPOP, RFP |
| Indice médecine de base-médecine spécialisée | Nombre d'APT des praticiens en médecine de base divisé par le nombre d'APT en médecine spécialisée (avec et sans activité chirurgicale) | 2004 | Santésuisse, FMH |
| Hôpital universitaire | Variable dichotomique indiquant la présence d'un hôpital universitaire dans la région MS | 2004 | OFS, Statistique administrative des hôpitaux |
| Urbanité | Variable dichotomique indiquant si la région MS est urbaine ou rurale selon la classification des régions MS | 2000 | OFS, RFP |

* Les données manquantes ne sont pas utilisées pour le calcul de ces deux indices.

5.3 Description des variables

Les variables retenues dans cette analyse portent d'une part sur les caractéristiques démographiques (âge et sexe) des praticiens et d'autre part sur le contexte démographique et géographique de la région MS. Les caractéristiques démographiques et le rapport médecine de base-médecine spécialisée sont traduits à l'aide d'indices. Ainsi, plus l'indice est élevé plus le numérateur est important par rapport au dénominateur, par exemple pour l'indice femmes-hommes, plus ce dernier est élevé, plus la part de femmes est importante parmi les praticiens. Le tableau 22 présente l'analyse descriptive des variables.

³⁹ Yule, G. U. and M. G. Kendall (1950). An Introduction to the Theory of Statistics (14th ed.) London: Griffin.

Tableau 22 Description des variables explicatives du modèle

| Variable | N | Moyenne | Minimum | Maximum |
|---|-----|---------|---------|---------|
| Rapport APT/Médecins | 98 | 75,41 | 35,70 | 120,00 |
| Indice femmes-hommes des praticiens | 98 | 0,21 | 0,03 | 0,52 |
| Indice >55/<55 des praticiens | 98 | 0,59 | 0,15 | 1,69 |
| Nombre d'habitants au km ² | 98 | 393,66 | 17,72 | 5044,00 |
| Nombre d'hôpitaux de soins généraux pour 1000 habitants | 98 | 0,27 | 0,00 | 2,24 |
| Indice femmes-hommes de la population | 98 | 1,03 | 0,95 | 1,12 |
| Indice >50/<50 de la population | 98 | 0,46 | 0,33 | 0,63 |
| Indice médecine de base- médecine spécialisée | 97* | 1,57 | 0,00 | 10,91 |
| Hôpital universitaire | 98 | 0,05 | 0,00 | 1,00 |
| Urbanité | 98 | 0,46 | 0,00 | 1,00 |

Sources: OFS: ESPOP; RFP 2000; FMH: Statistique des médecins; santésuisse: RCC

Analyses: Obsan

* La région MS «Leuk» présente un rapport médecine de base et spécialistes très élevé (outlier).

5.4 Analyse bivariable

Les relations linéaires entre le rapport APT/Médecins et les variables explicatives sont examinées dans le tableau 23. Une analyse des graphiques de dispersion n'a pas décelé d'autres types de relations (Annexe 7). Les coefficients de corrélation permettent déjà de tirer quelques conclusions quant à l'influence des variables sur le rapport APT/Médecins. Ainsi les variables avec un coefficient de corrélation négatif réduisent le rapport APT/Médecins, soit le taux d'activité.

La corrélation avec la variable indice >55/<55 des praticiens n'est pas significative, l'âge des praticiens n'a pour ainsi dire pas d'influence sur le rapport APT/Médecins. Le constat est le même pour le rapport entre médecine de base et médecine spécialisée. Il n'y a pour ainsi dire pas de corrélation entre le nombre d'hôpitaux de soins généraux et le rapport APT/Médecins, ce qui, dans un premier temps, laisse à penser qu'il n'y a pas d'effet de substitution entre médecine de base et hôpitaux, mais cette affirmation reste difficile à démontrer en raison de l'état agrégé des données examinées.

Tableau 23 Coefficients de corrélation de Pearson des variables explicatives du rapport APT/Médecins

| Variable | N | Corrélation |
|---|----|-------------|
| Indice femmes-hommes des médecins | 98 | -0,43 |
| Indice >55/<55 des médecins | 98 | 0,04 |
| Nombre d'habitants au km ² | 98 | -0,31 |
| Nombre d'hôpitaux de soins généraux pour 1000 habitants | 98 | -0,07 |
| Indice femmes-hommes de la population | 98 | -0,54 |
| Indice >50/<50 de la population | 98 | -0,47 |
| Rapport médecine de base et spécialistes | 97 | 0,18 |
| Hôpital universitaire | 98 | -0,36 |
| Urbanité | 98 | -0,35 |

Sources: OFS: ESPOP; RFP 2000; FMH: Statistique des médecins; santésuisse: RCC

Analyses: Obsan

Les corrélations les plus importantes s'observent au niveau des caractéristiques de la population. Dans les régions où la proportion d'habitantes est élevée le rapport APT/Médecins est le plus faible. Il en est de même pour les régions caractérisées par une population âgée. Ce constat s'explique en partie par le fait que les régions urbaines sont celles qui ont à la fois une population féminine plus importante et une population plus âgée.

5.5 Analyse multivariée

L'analyse bivariée permet déjà de mettre en évidence les variables qui influencent le rapport APT/Médecins et donne une première réponse aux deux hypothèses de départ. L'analyse multivariée va permettre de vérifier les deux hypothèses (influence de la féminisation et du vieillissement des praticiens) relatives au rapport APT/Médecins en contrôlant les paramètres liés à la structure des régions MS (Tableau 24).

Afin d'éviter les problèmes de multicolinéarité, l'indépendance des variables est vérifiée à l'aide d'une matrice de corrélation et d'une matrice des graphiques de dispersions correspondants (Annexe 7). Notons que les variables Hôpital universitaire et nombre d'habitants au km², ainsi que les variables Indice femmes-hommes de la population et Indice >50/<50 de la population sont fortement corrélées, elles ne seront par conséquent pas introduites simultanément dans les procédures de sélection des variables. Les procédures de sélection des variables «backward» et «stepwise» aboutissent à un premier modèle possible permettant d'expliquer les différences entre le nombre d'APT et le nombre de médecins à l'aide des variables retenues. L'ajout d'un paramètre régional s'avère toutefois nécessaire afin de corriger l'autocorrélation spatiale des résidus. En effet, l'analyse de données spatiales révèle fréquemment une corrélation importante entre des régions limitrophes ou présentant des caractéristiques similaires, c'est pourquoi il s'avère parfois nécessaire de procéder à une correction de l'autocorrélation. La variable ordinaire «Grande région» explique une partie des disparités régionales (Annexe 7) et est ajoutée au modèle.

Tableau 24 Déterminants du rapport APT/Médecins: Coefficients de régression pour les variables testées dans le modèle de régression linéaire multiple

| Modèle ⁴⁰ , (N=98), R ² ajusté: 0,57 | | | |
|--|----|-------------|-------------|
| Variable | DL | Coefficient | Valeur de p |
| Constante | 1 | 126,12 | <,0001 |
| Indice femmes-hommes des médecins | 1 | -39,25 | 0,0031 |
| Indice >50/<50 de la population | 1 | -110,07 | <,0001 |
| Urbanité | 1 | -8,98 | 0,0006 |
| Grande région | 6 | 3,65 | <,0001 |

Sources: OFS: ESPOP; RFP 2000; FMH: Statistique des médecins; santésuisse: RCC

Analyses: Obsan

Ce modèle explique environ 57% de la variance des différences entre l'APT et le nombre de médecins par régions MS. Une partie des différences reste donc inexpliquée. Toutefois les variables prises en considération permettent de conforter les conclusions de l'analyse descriptive et bivariée:

- L'indice femmes-hommes des praticiens joue un rôle déterminant dans les différences du rapport APT/Médecins parmi les régions MS. Par exemple si l'indice femmes-hommes passe de 0,2 à 0,4, les autres paramètres restant constants, le rapport APT/Médecins diminue de 14%. Les régions

⁴⁰ Les résidus de la régression sont distribués normalement, ont une espérance nulle et une variance constante. Les résidus ne dépendent pas des variables du modèle. L'autocorrélation spatiale des résidus est corrigée avec le paramètre régional «grande région».

présentant un indice femmes-hommes élevé ont un rapport APT/Médecins plus faible. En d'autres termes, les régions dans lesquelles la proportion de femmes est élevée sont celles où le temps partiel est le plus répandu, du moins au sein de l'AOS.

- Au contraire, l'âge des praticiens n'influence pas le rapport APT/Médecins. En effet, cette variable a été rejetée systématiquement des procédures de sélection des variables. L'analyse descriptive (partie 3.3) montre peu de différences d'âge des praticiens d'une région MS à l'autre. Cette relative homogénéité de l'âge des praticiens ne permet par conséquent pas d'expliquer les différences observées du rapport APT/Médecins.
- La variable urbanité joue un rôle dans les différences du rapport APT/Médecins observées dans les régions, mais dans une faible proportion dans la mesure où l'indice femmes-hommes dépend également du caractère urbain de la région.
- Enfin l'indice des habitants âgés de plus de 50 ans par rapport aux habitants âgés de moins de 50 ans explique également les différences observées du rapport APT/Médecins. Il s'avère que les régions caractérisées par une population âgée sont celle dont le rapport APT/Médecins est le plus bas. Ce constat est similaire pour les régions caractérisées par une population féminine importante, ceci en raison de la corrélation importante entre l'indice femmes-hommes de la population et l'indice >50/<50 de la population.
- La composante régionale présente dans la régression signifie qu'une partie des différences observée s'explique par des paramètres propres à chacune des régions (Annexe 7).

5.6 Synthèse

A partir des résultats obtenus dans ce chapitre, les hypothèses de départ concernant la médecine de base peuvent à présent être confirmées ou infirmées. La première hypothèse selon laquelle la féminisation de la profession médicale a pour conséquence une diminution du temps de travail se trouve confortée par les résultats de cette analyse. Comme constaté dans la partie 3.2 les praticiennes sont plus nombreuses dans les villes et c'est précisément dans les villes que la différence entre APT et nombre de médecins est la plus importante.

La seconde hypothèse concernant le lien entre l'âge des médecins et l'activité à temps partiel est rejetée, leur âge ne semblant pas influencer l'activité des praticiens. Toutefois, une analyse au niveau des praticiens et praticiennes (données individuelles) serait mieux appropriée qu'une analyse de données agrégées au niveau des régions MS.

Ces analyses révèlent deux autres constats:

- Les caractéristiques démographiques de la population (l'indice femmes-hommes de la population, âge de la population) jouent un rôle important pour le rapport APT/Médecins. Les régions caractérisées par une population âgée ou composée d'une part importante de femmes sont celles qui présentent un rapport APT/Médecins moins important, mais ces caractéristiques reflètent également la structure plutôt urbaine ou rurale d'une région.
- Enfin la variable «Grande région» dans les résultats de la régression multiple indique, qu'indépendamment des caractéristiques de la région, un paramètre régional influence le rapport APT/Médecins. Les spécificités régionales influencent par conséquent la tendance observée d'une généralisation du temps partiel de travail parmi les praticiens.

6 Offre en médecine ambulatoire, discussion

Hélène Jaccard Ruedin

Cette partie du rapport est consacrée à l'analyse de l'offre en soins médicaux en cabinet pour l'année 2004, en tenant compte du taux d'activité des praticiens et en recourant à une démarche qui permette des comparaisons régionales pour l'ensemble du territoire suisse.

Les analyses reposent essentiellement sur le pool de données santésuisse® et leurs limites sont celles de cette source d'information. Tout d'abord, elles ne se réfèrent qu'aux consultations facturées à l'Assurance Obligatoire de Soins (AOS), qui représentent toutefois la grande majorité des consultations facturées. Des imprécisions existent quant à la proportion de consultations payées par les ménages dans le cadre de leur franchise ne figurant pas dans le pool de données. Il est probable que la discipline avec laquelle les factures à charge des ménages sont transmises aux assureurs dépende de l'âge et de l'état de santé des assurés, mais surtout du mode de remboursement des assurances maladies, qui varie selon les caisses et selon les cantons. Le principe du Tiers payant est par exemple la règle dans 5 cantons alémaniques (GR, UR, SZ, GL et SG). Cette situation peut entraîner un biais de notification dans l'ampleur est difficile à estimer. L'analyse ne porte pas non plus sur le contenu des consultations, leur durée ou leur coût, informations qui n'étaient pas disponibles pour ce projet.

Finalement, cette approche est appliquée à un groupe très hétérogène: le corps médical présente d'énormes variations quant à la quantité et au type de soins prodigués, entre les diverses spécialisations et au sein de chacune d'entre elles. Il a néanmoins été tenu compte de la variation inter-spécialité, en attribuant à chaque spécialité un seuil spécifique d'Activité Plein Temps (APT) de 100% (Annexe 3). Parmi les catégories proposées, cette démarche est certainement la plus appropriée pour la catégorie Médecine de base, catégorie de praticiens la plus homogène en ce qui concerne sa répartition territoriale et son spectre d'activité.

Malgré ces limites ce travail dresse un premier état des lieux de l'offre en médecine ambulatoire pour l'ensemble de la Suisse, de manière exhaustive et standardisée et permet de procéder à des comparaisons régionales d'un domaine des soins jusque-là peu connu. L'intérêt de notre démarche est de présenter l'offre en y intégrant la notion de taux d'activité. L'approche proposée s'inspire d'une démarche analogue utilisée au Canada depuis plusieurs années déjà [10]. L'intégration de cette dimension se justifie par la baisse régulière du taux d'activité des médecins de premier recours et donc de leur disponibilité [11]. Les travaux préliminaires ont démontré une baisse du nombre de consultations facturées, celles-ci se destinant par contre à des nombres de patients en légère augmentation [6]. Le fait de pratiquer de manière plus réduite semble être un phénomène de génération, indépendant du genre, la génération des praticiens nés dans les années 60 et plus tard étant moins encline à sacrifier sa vie privée pour ses patients que les générations précédentes [12].

Estimer le taux d'activité facturée a un impact différent selon les régions. La portée de cette approche est maximale dans les Centres avec Hôpital Universitaire. La densité des praticiens y est élevée mais l'activité facturée par prestataire y est basse, en comparaison avec l'ensemble des praticiens suisses. Ainsi, le rapport densité d'APT/densité de Médecins y est le plus faible. Cette situation peut être due à trois comportements différents, sans que les données disponibles ne permettent de distinguer la part de chacune. Comparés aux praticiens de la même catégorie au niveau national, les praticiens des Centres avec Hôpital Universitaire facturent moins de consultations à l'AOS.

- Parce qu'ils travaillent à temps partiel *ou*
- parce qu'elles sont plus longues *ou*
- parce que, en comparaison avec l'effectif suisse, ils exercent plus pour le compte d'autres assurances.

L'impact de l'approche par les APT diminue lorsque l'on s'éloigne des centres urbains. L'analyse révèle des différences de fonctionnement parmi les trois régions plus urbaines, principalement entre les Agglomérations tertiaires et les Centres avec Hôpital Universitaires d'une part et les Régions métropolitaines d'autre part. Ces dernières régions attirent moins de spécialistes et les médecins généralistes y ont une activité plus importante. Les gynécologues et surtout les pédiatres sont par contre bien présents dans ces trois régions. Dans les trois types de régions périphériques, l'activité de Médecine de base prédomine, indiquant aussi un spectre d'activité beaucoup plus large pour les praticiens concernés.

La médecine de premier recours se caractérise donc par d'énormes différences régionales, par rapport à la densité des praticiens, à leur taux d'activité (du moins dans l'AOS) et à leur taux de féminisation. En outre, selon les régions, la présence ou non de gynécologues, de pédiatres ou de médecins spécialistes implique un spectre plus ou moins large d'activité. On peut dès lors distinguer deux formes de «médecine de premier recours»:

- Une médecine plutôt urbaine, avec des effectifs plus féminins qui présentent un taux d'activité facturée plus bas et où la présence conjointe de nombreux spécialistes laisse supposer un spectre d'activité potentiellement plus restreint.
- Une médecine périphérique, moins féminisée et couvrant un spectre d'activité plus large. Le taux d'activité facturée par ces praticiens peut être très élevé, ce qui implique une capacité limitée pour faire face à des changements au niveau des besoins ou de l'offre locale (départ à la retraite d'un/ d'une confrère ou consoeur).

L'objectif de ce travail n'était pas de déterminer les seuils correspondant à une pénurie ou une pléthore de l'offre. Un seuil de 10-11 Médecins de premier recours «Full-time» /10 000 habitants a été proposé par G. Domenighetti antérieurement pour garantir la sécurité d'approvisionnement en soins médicaux [13]. Dans nos travaux, 38 régions MS ont des seuils de Médecine de base Plus inférieurs à 10 APT/10 000 habitants, seuil plus bas que le «Full-time» évoqué puisque celui-ci représente l'ensemble de l'activité réalisée par les médecins en cabinets (y compris dans le cadre d'autres assurances). A l'inverse, on dénote des densités d'APT supérieures à 15 APT / 10 000 habitants dans 12 régions MS, essentiellement des régions urbaines (plus rarement des régions touristiques).

Ces observations restent insuffisantes pour conclure à la présence d'un sous- voir d'un sur-approvisionnement local. En effet, la définition d'un seuil critique est un processus complexe qui nécessite de tenir compte aussi de l'offre des régions voisines et des autres types de spécialités. Nos résultats permettent par contre de faire des hypothèses par rapport à l'élasticité de l'offre et à la substituabilité de la médecine de base par la médecine spécialisée.

Elasticité de l'offre face à une augmentation de la demande

L'élasticité de l'offre dépend du **taux d'activité** des praticiens. Comme proposé au chapitre 4, en postulant qu'un rapport densité d'APT/densité de médecins élevé indique que les capacités des praticiens sont déjà utilisées au maximum, cette situation reflète une moindre élasticité de ces praticiens pour faire face à une demande accrue⁴¹. La seule possibilité qui leur resterait dans pareille situation serait de réduire la durée des consultations réalisées, compromettant éventuellement la qualité des soins prodigués.

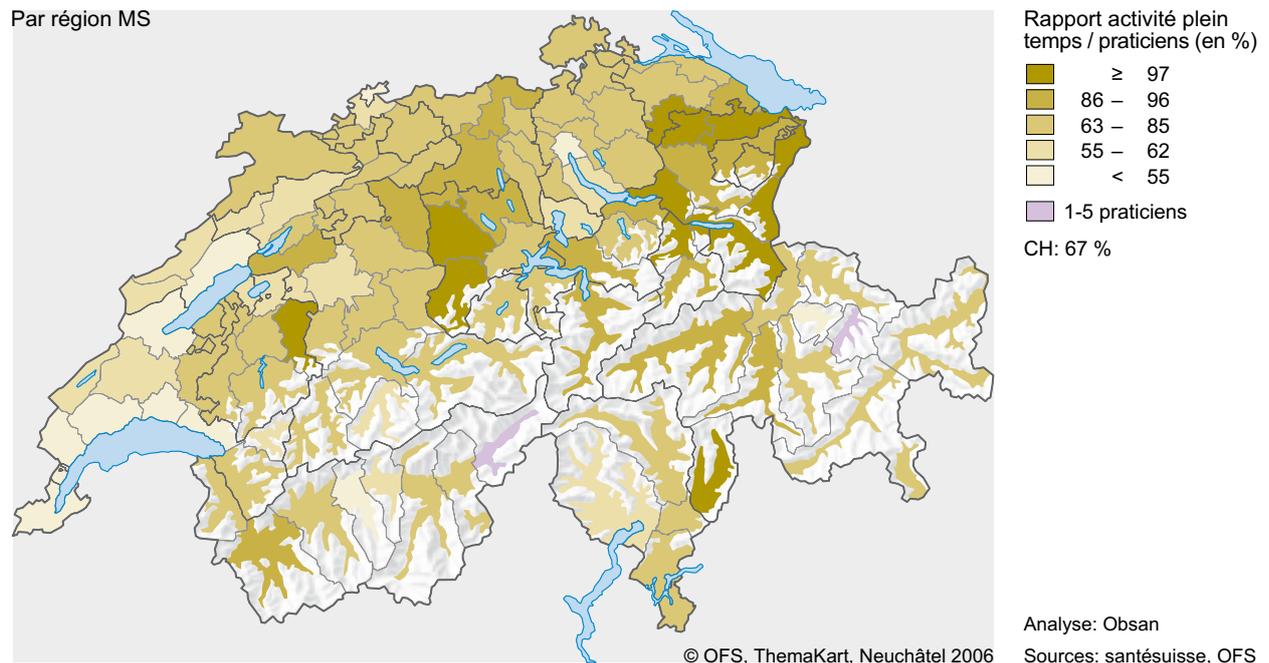
La carte 16 illustre l'impact de notre approche pour la médecine de base et son élasticité. Elle permet d'identifier les régions où cette dernière serait la plus faible et où les praticiens présenteraient le moins de disponibilité pour répondre à une augmentation des besoins. Il s'agit des régions où le rapport APT/Médecins est le plus important⁴². Les régions les plus critiques en matière d'offre sont des régions périphériques et rurales de Suisse centrale et orientale (Willisau, Entlebuch, Glarner Unterland, Rheintal, Sense, Werdenberg, Sarganserland,

⁴¹ Cette supposition n'est pas valable pour les cabinets de groupes facturant sous un seul code RCC.

⁴² Une représentation cartographique analogue pour la médecine spécialisée a moins de sens en raison du nombre limité de régions qui peuvent être présentées et de la plus grande hétérogénéité de ces catégories.

Médecine de base: Densité d'activité plein temps et densité des praticiens, en 2004

C 16



Linthgebiet, Mesolcina). Dans ces régions l'élasticité et la souplesse nécessaires pour faire face à une augmentation des besoins sont faibles. Par contre, les centres urbains et la Suisse occidentale se caractérisent par une plus grande élasticité puisque leur taux d'activité est réduit (du moins dans l'AOS).

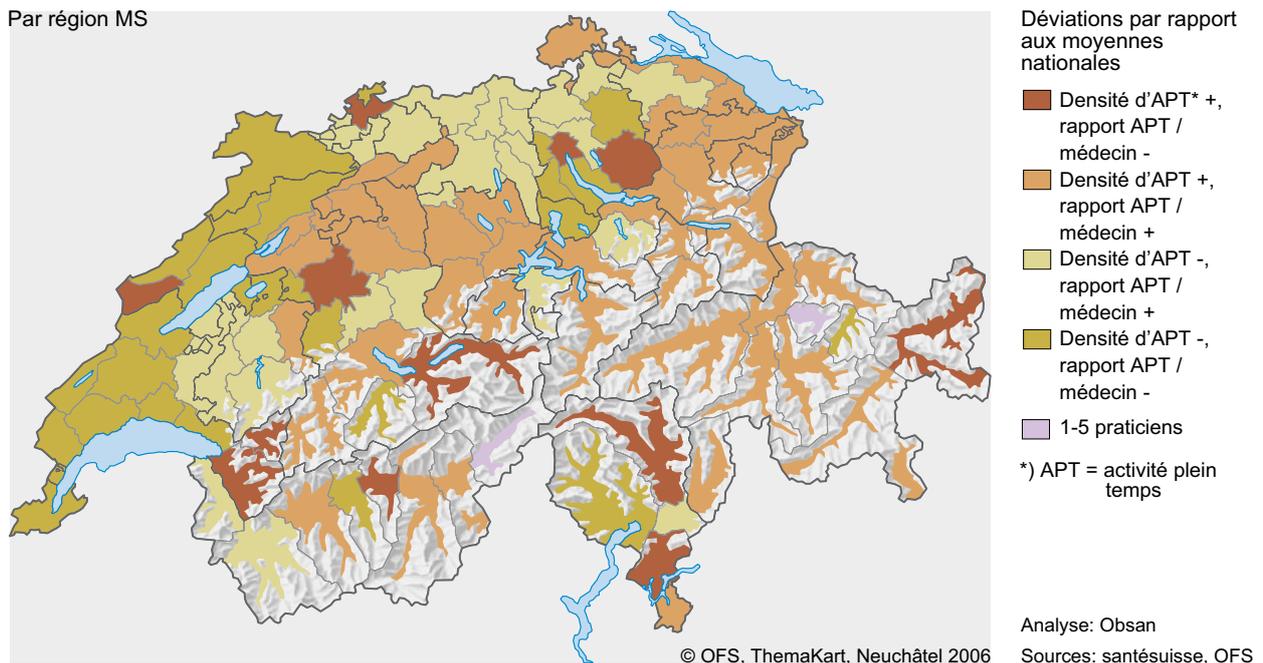
La signification de l'élasticité de l'offre dépend de la densité de cette offre: une élasticité faible dans une région où la densité est basse risque d'entraîner plus rapidement des conséquences néfastes que dans une zone ayant a priori une offre surabondante. La carte 17 permet d'identifier les zones où, par rapport à la moyenne nationale, l'élasticité de la médecine de base face à une augmentation des besoins est la plus faible. Il s'agit de régions MS où la densité d'APT est actuellement inférieure à la moyenne nationale malgré une activité importante des praticiens et un rapport APT/Médecin élevé. Parmi les 23 régions concernées, quatorze sont des régions urbaines du nord du Plateau tandis que neuf régions sont plus périphériques (Nidwalden/Engelberg, La Gruyère, Monthey/St Maurice, Aarau, Martigny, Oberes Emmental, Einsiedeln, La Broye, Glâne/Veveyse régions vert clair de la Carte 17). Dans ces régions, la capacité des praticiens pour absorber une demande accrue est par conséquent moindre.

Viennent ensuite 43 régions dont l'offre est supérieure à la moyenne nationale mais où le rapport APT/Médecin est élevé. Il s'agit essentiellement de régions périphériques, dont 15 régions rurales, 7 régions touristiques et 12 régions industrielles, mais aussi de 8 régions plus urbaines. Dans toutes ces régions, l'élasticité est également moindre, car les praticiens y facturent déjà plus de consultations que la moyenne (par exemple Erlach/Seeland, Oberaargau, Sursee/Seetal, Willisau, Entlebuch, Uri, Sarneraatal, Glarner Mittel- und Unterland, Glarner Hinterland, Thal, Mesolcina, etc. régions brun clair de la Carte 17).

Les régions où le rapport APT/Médecins est bas sont par contre des régions où l'activité par praticien est relativement plus faible. Néanmoins, pour être complète, une analyse de l'élasticité devrait tenir compte de la proportion des femmes praticiennes: 37 régions, dont 21 régions urbaines, se caractérisent pour leur part par une forte élasticité, avec une densité d'APT élevée et un faible rapport APT/Médecin. Ce sont des régions avec une forte proportion de praticiennes et il n'est pas sûr que celles-ci répondent à une élévation du recours de la même manière que les praticiens. Une analyse du taux d'activité par genre n'est malheureusement pas possible, car les données ne sont pas disponibles sous forme désagrégée.

Médecine de base: Caractéristiques de l'offre régionale, comparées aux moyennes nationales, en 2004

C 17



Substitution entre médecine de base et médecine spécialisée

La question de la substitution se pose en présence d'une offre basse, principalement en médecine de premier recours. Celle-ci peut se faire de deux manières:

- Substitution inter-spécialité: la médecine spécialisée se substitue à la médecine de premier recours ou vice versa.
- Substitution inter-régionale: les patients recourent à l'offre d'une autre région, plus élevée.

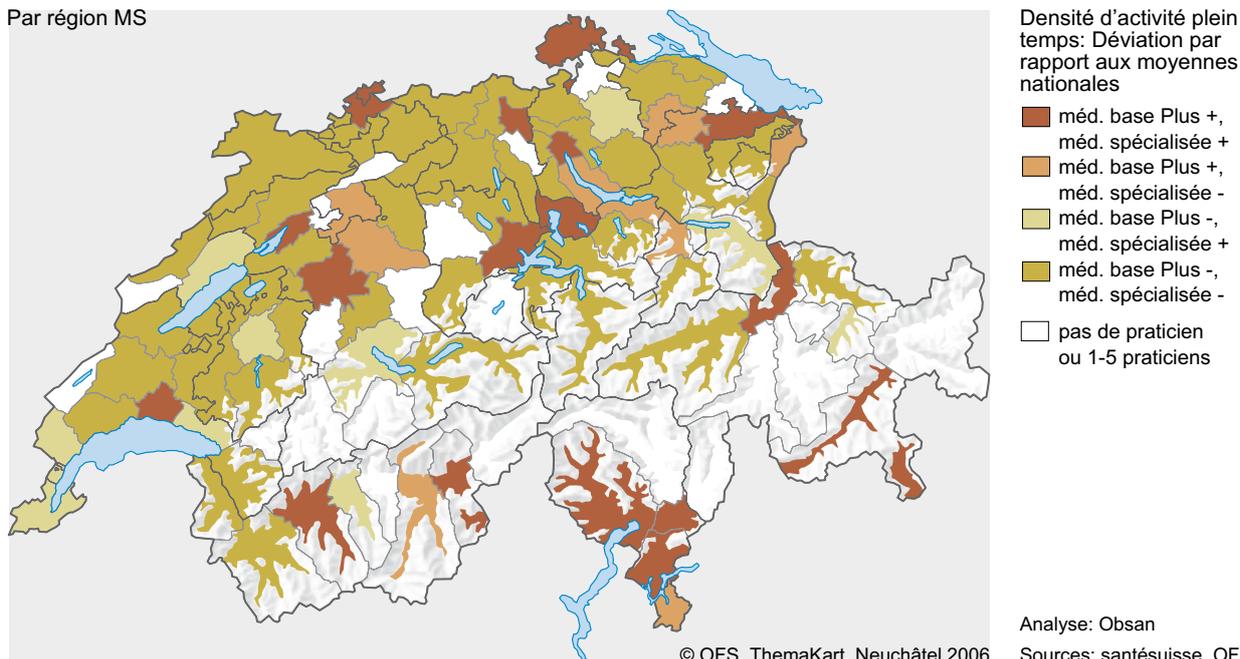
L'importance de chacune de ces deux formes est difficile à établir à partir d'une analyse transversale. Néanmoins, en étudiant l'offre disponible, il est possible d'émettre des hypothèses par rapport à la première forme de substitution. Des hypothèses concernant la seconde forme pourront être établies au travers de l'analyse du recours traitée en seconde partie du rapport.

Une substitution des médecins de premier recours par les spécialistes avait été évoquée pour la Suisse, en particulier dans les villes [14]. Pour vérifier pareille hypothèse, des informations concernant le contenu des consultations seraient nécessaires. En représentant de manière cartographique l'offre dans les régions, des premières hypothèses peuvent être émises en ce qui concerne la substitution entre la médecine de premier recours et la médecine spécialisée. Malheureusement, les restrictions concernant la présentation des résultats, limitent les possibilités de représenter la médecine spécialisée car bon nombre de régions MS présentent moins de 6 praticiens pour l'une ou l'autre des deux catégories de médecins spécialistes retenues. C'est pourquoi, dans la carte 18, les deux catégories de médecins spécialistes ont été regroupées afin de réduire le nombre de régions avec moins de 6 praticiens. L'équilibre entre l'offre de Médecine de base Plus et de Médecine spécialisée est exprimé en pourcentage de déviation de la densité d'APT de chaque région par rapport à la moyenne suisse. Les zones où seule l'offre en Médecine de base Plus ou en Médecine spécialisée sont élevées pourraient indiquer une substitution potentielle d'une catégorie par l'autre ou alors une substitution par l'offre d'autres régions.

Médecine de base Plus et médecine spécialisée: Caractéristiques de l'offre régionale, comparées aux moyennes nationales, en 2004

C 18

Par région MS



Ainsi, dix-huit régions MS, dont 15 régions de type urbain mais aussi deux régions touristiques (Brig et Oberengadin) et une région industrielles (Biel/Bienne) ont une offre supérieure à la moyenne nationale pour les deux formes de médecine.

Dix autres régions ont une offre en médecine spécialisée qui dépasse la moyenne nationale tandis que celle de médecine de base Plus y est inférieure. Il s'agit surtout de régions urbaines (Genève, Neuchâtel, Winterthur, Thun, Nyon, Vevey et La Sarine) mais aussi de trois régions périphériques (Davos, Sarganserland et Sierre). On peut supposer que dans ces régions, la substitution de la médecine de premier recours par la médecine spécialisée soit plus fréquente.

A l'inverse, dix régions MS, dont 4 régions métropolitaines et 4 régions industrielles du Plateau (Soleure, Burgdorf, Rheintal et Wil) ont une offre dominée par la Médecine de base Plus. Dans les centres urbains, mais aussi certaines régions touristiques, l'offre élevée concerne les deux types de médecine.

Une offre inférieure à la moyenne nationale pour les deux formes de médecine se rencontre dans 46 régions MS, dont 17 régions urbaines (régions métropolitaines ou agglomérations tertiaires mais aussi la région de Glattal-Furtal appartenant au type régional «Centre avec Hôpital Universitaire»), 12 régions industrielles et 17 régions touristiques ou rurales. Pour ces régions, l'hypothèse de substitution inter-régionale est la plus probable.

Structure démographique des médecins

Si en 2004, la part de praticiennes parmi les médecins installés était encore faible, un lien entre la féminisation de la profession et la baisse du taux d'activité semble bien exister. L'impact de la féminisation sur la profession pourrait s'accroître au cours des prochaines années puisque, selon les statistiques de la FMH, on rencontre les plus fortes proportions de femmes parmi les praticiens sans pratique privée (42%) et les praticiens âgés de 30-39 ans, soit les médecins en formation [15]. Pour les 5 catégories de médecine étudiée, l'impact de cette féminisation est plus visible dans les régions urbaines, où il existe un lien direct avec un taux d'activité facturée plus restreint. Il est probable que

la présence de plus de commodités dans ces régions (crèches etc.) et la plus grande densité de praticiens, impliquant des services de gardes plus légers, favorisent cette tendance, comme cela a récemment été rapporté par une enquête de l'ASMAC [16].

La moyenne d'âge élevée des praticiens a déjà été décrite et cette situation est en partie liée à leur longue formation. Le présent travail permet d'identifier les régions où ces effectifs sont les plus âgés. En postulant que la proportion de médecins de moins de 40 ans reflète le nombre de cabinets ouverts récemment, leur faible proportion s'explique par la durée de la formation post-graduée⁴³. L'âge médian à l'ouverture d'un cabinet diffère selon les spécialisations. Selon les données de la FMH, il variait en 2005 entre 37 ans pour les médecins généralistes et 45 ans pour les rhumatologues⁴⁴. Cette indication est d'importance pour interpréter la moyenne d'âge de l'ensemble d'une catégorie. Si les Médecins de «Médecine de base» sont plus jeunes lorsqu'ils ouvrent un cabinet, une moyenne d'âge de 52 ans indique un effectif plus âgé que pour une catégorie où les médecins sont plus âgés à l'ouverture de leur cabinet.

Nos travaux corroborent des résultats parus récemment [17]. Selon F. Marty, les nouveaux cabinets de médecins de premier recours s'ouvrent plutôt dans les zones urbaines de taille moyenne, mais moins dans les Centres avec Hôpital Universitaire ou dans les zones périphériques rurales et touristiques.

Avec un cinquième de praticiens âgés de plus de 60 ans, âge qui dispense souvent du service de garde, les problèmes de relève déjà apparents en périphérie pourraient s'accroître ces prochaines années et toucher d'abord les régions rurales et touristiques, qui présentent les proportions les plus faibles de praticiens âgés de moins de 40 ans. En ville, des solutions alternatives, comme les permanences ont déjà été développées. Des adaptations seraient toutefois nécessaires pour que de telles solutions deviennent attractives aussi dans un cadre périphérique [18]. L'âge élevé implique aussi un départ potentiel à la retraite et comme conséquence un risque de fermeture de cabinet si le praticien ne trouve pas de repreneur. Dans l'enquête bernoise réalisée en 2005, les praticiens interrogés ont exprimé le désir de remettre leur cabinet vers 61 ans pour les femmes et 62 ans pour les hommes. Ceci signifiait, selon les projections faites par les enquêteurs que plus du quart de l'effectif actuel aurait pris sa retraite d'ici 2020 [9].

Le faible lien entre l'âge des praticiens et leur taux d'activité semble néanmoins contredire certaines craintes parues dans la presse. On peut supposer qu'un praticien ayant fidélisé ses patients ne peut par la suite leur refuser ses soins. Une analyse longitudinale à partir de données individuelles permettrait une meilleure compréhension du lien existant entre ces deux éléments.

Cette partie du rapport a permis de décrire et de quantifier l'offre en soins médicaux ambulatoires en incluant les différentes catégories de médecine ambulatoire. Elle apporte aussi une meilleure connaissance de la structure démographique des praticiens. Elle a en outre permis d'émettre de nouvelles hypothèses quant au lien existant entre la démographie des praticiens et leur taux d'activité qu'il faudra vérifier au cours d'études longitudinales. Il s'agit dans la suivante partie d'analyser comment cette offre est utilisée.

⁴³ En Suisse, avant la réforme de «Bologne», le cursus universitaire dure au minimum 6 ans pour l'obtention d'un diplôme fédéral de médecin, et la pratique en tant que médecin-assistant en formation sous la supervision d'un médecin post-gradué au minimum 5 ans (voire le double pour des spécialités comme la chirurgie) pour devenir médecin spécialiste FMH (également pour les généralistes), ce qui implique de pouvoir s'installer à son compte et d'être reconnu par l'assurance-maladie.

⁴⁴ Communication personnelle, J.Jau

Analyse du recours

7 Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

André Busato, Hélène Jaccard Ruedin

7.1 Einleitung

Der zweite Teil dieses Berichtes dokumentiert die Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen durch die Bevölkerung. Dabei soll, differenziert nach Alter und Geschlecht, aufgezeigt werden, wie sich die beanspruchten Grundleistungen auf die verschiedenen ärztlichen Fachrichtungen verteilen. Die Angaben werden unabhängig vom Ort der Leistungserbringer aus der Perspektive der Patienten betrachtet. Der Vergleich der Inanspruchnahme nach Fachrichtungen mit der räumlichen Verteilung der Leistungserbringer, die im ersten Teil beschrieben wurde, soll neue Erkenntnisse in Bezug auf die Zusammenhänge zwischen beiden bringen. Die Untersuchungen beruhen auf Daten des santésuisse-Datenpools[®] und widerspiegeln ausschliesslich die Inanspruchnahme von Leistungen, die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet wurden.

Im Kapitel 7 wird die Inanspruchnahme der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) deskriptiv dargestellt. Im Kapitel 8 wird mit Hilfe statistischer Analysen untersucht, welchen Einfluss verschiedene sozioökonomische Determinanten auf die Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der OKP haben. Im Kapitel 9 schliesslich wird eine im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 durchgeführte Untersuchung der Inanspruchnahme dargestellt.

7.2 Methoden

7.2.1 Datenquellen

Als Grundlage dienen die Daten aus dem Datenpool von santésuisse[®], der Bevölkerungsstatistik und der Raumgliederung des Bundesamtes für Statistik (BFS) sowie das Postleitzahlen-Verzeichnis der Schweizer Post.

santésuisse-Datenpool[®]

Die Daten von santésuisse enthalten das Mengengerüst aller Leistungen, die 2004 von ambulanten Leistungserbringern zu Lasten der Grundversicherung erbracht wurden (Arztkonsultationen, Hausbesuche und telefonische Konsultationen).

Diese Leistungen werden nach Leistungserbringer, Altersklasse, Geschlecht und Gemeindenummer der Patienten aufgeschlüsselt.

Leistungen, die infolge von Unfällen erbracht werden, sind im Datenpool nicht systematisch erfasst, da ein erheblicher Teil zu Lasten anderer Versicherungen geht. Sie werden deshalb hier ausgeschlossen, sodass die folgenden Untersuchungen nur die Leistungen umfassen, die wegen Krankheit oder Mutterschaft erbracht wurden.

Die Ärzte sind in den Daten mittels einer eindeutigen, aber anonymen Kodierung gekennzeichnet. Folgende Angaben von ihnen wurden erfasst:

- Letzter erworbener eidgenössischer Weiterbildungstitel
- Anzahl der im Jahr 2004 behandelten Patienten

- Anzahl Lebensjahre dieser Patienten
- Postleitzahl des Praxisstandortes

Die über 44 verschiedenen eidgenössischen Weiterbildungstitel werden in den Kategorien zusammengefasst, die bereits im Kapitel 2.2.2 beschrieben sind. In diesem zweiten Teil konnten jedoch Pädiater und Gynäkologen getrennt dargestellt werden, da die Ergebnisse keinen direkten Bezug auf einzelne Leistungserbringer haben. Für die vorliegende Untersuchung werden die Weiterbildungstitel in 7 Fachrichtungen zusammengefasst:

- Allgemeinmedizin
- Gynäkologie
- Pädiatrie
- Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit
- Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit
- Psychiatrie
- Spital ambulant⁴⁵

Regionale und demographische Daten des BFS

Um die Daten des Datenpools[®] von santésuisse mit den Daten des BFS zu verbinden, werden die Gemeinnummern und Postleitzahlen als Schlüsselfelder benutzt. Für die Analysen wird die geographische Klassifizierung des BFS benutzt. Alle Daten sind so zusammengefasst, dass die Resultate auf Stufe Gemeinde, MS-Region und Kanton zur Verfügung stehen.

Gemäss der Typologie des BFS können Gemeinden oder MS-Regionen nach sozioökonomischen Kriterien in verschiedene Kategorien gruppiert werden⁴⁶. Dieser Typologie folgend werden die 106 MS-Regionen, wie im Kapitel 2.2.1 beschrieben, in folgende Kategorien klassiert (siehe auch Anhang 2):

- Zentrum mit Universitätsspital
- Metropolraum
- Tertiäre Agglomeration
- Industrielle Region
- Touristische Region
- RURale Region

Die ersten drei Regionen können als städtische Regionen betrachtet werden, während die drei übrigen als periphere Regionen gelten.

Die Ergebnisse des Kapitels 7 werden für die 6 Regionstypen in Tabellenform (regionale Mittelwerte) und für die einzelnen MS-Regionen in Kartenform dargestellt. Kantone, die sich am Projekt beteiligt haben, erhalten einen separaten Bericht mit den Daten zu ihren MS-Regionen.

Angaben zur Population der Versicherten, stratifiziert nach Alter und Geschlecht auf Gemeindestufe, sind im Datenpool zwar vorhanden, stehen uns jedoch nicht zu Verfügung. Die Ergebnisse beziehen sich deshalb auf Gemeindebevölkerungsdaten von BFS-Erhebungen, deren Zahlen geringfügig von der Anzahl der Versicherten des Datenpools abweichen. Die Verteilung von Alter und Geschlecht wird gemäss Punkt 2.1.4 anhand der Daten der Volkszählung 2000 und der ESPOP-Erhebung berechnet.

⁴⁵ Diese Kategorie kann nicht nach medizinischen Fachrichtungen unterschieden werden.

⁴⁶ Schuler P, Dessemontet P, Joye D: Die Raumgliederungen der Schweiz (BFS, Juli 2005).

7.2.2 Indikatoren

Behandlungsinzidenz

Als Zielgrösse der Inanspruchnahme von ambulanten Ressourcen gilt die **jährliche Häufigkeit von Arztkonsultationen pro Einwohner (Behandlungsinzidenz)**. Es handelt sich auch hier nur um die Inanspruchnahme von Leistungen zu Lasten der OKP.

Inzidenzen sind nach Gemeinde, Fachdisziplin und Geschlecht sowie nach den folgenden Altersklassen aufgeschlüsselt:

- 0–18 Jahre
- 19–40 Jahre
- 41–65 Jahre
- 66–80 Jahre
- 81 Jahre und älter

Konsultationen bei Gynäkologen und Pädiatern werden auf die weibliche Population bzw. die Population der unter 19-jährigen bezogen.

Patientenströme

Zwei Indikatoren erlauben es, die MS-Regionen auf Grund der Patientenströme zu beschreiben.

Der **Lokalisationsindex (LI)** widerspiegelt die Sicht der Patienten. Er gibt an, in welchem Mass die Einwohner einer Region ambulante Behandlungen in der eigenen Region vornehmen lassen, und ist damit ein Indikator für die Lokalisiertheit der Versorgung. Je höher der LI, desto mehr Patienten lassen sich in ihrer eigenen Region behandeln.

Lokalisationsindex (LI):

Arztbesuche von Gebietsansässigen in der eigenen Region / Total Arztbesuche von Gebietsansässigen

Der **Market Share Index (MSI)** widerspiegelt die Perspektive der Leistungserbringer. Er beschreibt den Anteil der Behandlungen gebietsansässiger Patienten, gemessen an der Gesamtheit aller Behandlungen, die in einer Region stattfinden. Je höher der MSI, desto mehr Behandlungen werden für die lokale Bevölkerung erbracht.

Market Share Index (MSI):

Arztbesuche von Gebietsansässigen in der eigenen Region / Total Arztbesuche

Diese Indikatoren werden für die Gesamtbevölkerung für jede MS-Region berechnet. In Regionen ohne entsprechende Leistungserbringer werden für LI und MSI fehlende Werte eingesetzt.

7.2.3 Statistische Verfahren

Sämtliche Untersuchungen der in ambulanter Praxis erbrachten Leistungen beziehen sich auf in der Grundversicherung abgerechnete Konsultationen (Arztkonsultationen, Hausbesuche, telefonische Konsultationen).

Kapitel 7.3 ist der deskriptiven Analyse gewidmet. Nachdem zunächst die Behandlungsinzidenz für die einzelnen Fachdisziplinen tabellarisch und kartographisch dargestellt wird, werden die Behandlungsinzidenzen in den 6 MS-Regionstypen untersucht. Schlussendlich werden LI und MSI, auf die Gesamtbevölkerung bezogen, auf der Ebene der MS-Regionstypen und für die einzelnen MS-Regionen dargestellt.

Die Determinanten dieser ambulanten Inanspruchnahme werden im Kapitel 8 untersucht.

7.3 Inanspruchnahme ambulanter Leistungen auf nationaler Ebene 2004

Es liegen Angaben von insgesamt mehr als 43,67 Mio Konsultationen vor. Nach Abzug von lückenhaften Angaben (fehlende Daten zu Alter, Geschlecht, Schadensart, Gemeindenummer) und Angaben zu Patienten aus Liechtenstein können für die folgenden Analysen Daten von 43,57 Mio Konsultationen verwendet werden.

In Bezug auf die Eigenschaften von Patienten lassen die Daten mit Ausnahme von Alter und Geschlecht keine Aussagen zu.

Der weitaus grösste Anteil von Leistungen im ambulanten Bereich wird mit 49% von Allgemeinmedizinern erbracht, gefolgt von ambulanten Spitalabteilungen und nicht chirurgisch tätigen Fachärzten (Tabelle 25).

Tabelle 25 Beanspruchte ambulante OKP-Leistungen 2004 in der Schweiz insgesamt und nach MS-Regionstypen

| Fachrichtung | Anzahl Arzt-Konsultationen in der Schweiz (%) | Prozentuale Verteilung der Konsultationen nach Regionstypen | | | | | |
|---|---|---|--------------|------------------------|------------------|---------------------|---------------|
| | | Zentrum mit Universitätsspital | Metropolraum | Tertiäre Agglomeration | Industrie Region | Touristische Region | Rurale Region |
| Allgemeinmedizin | 21 475 874 (49%) | 20 | 29 | 17 | 18 | 5 | 12 |
| Gynäkologie | 2 223 379 (5%) | 24 | 32 | 16 | 16 | 4 | 9 |
| Pädiatrie | 2 225 898 (5%) | 26 | 32 | 15 | 16 | 3 | 8 |
| Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit | 4 555 873 (10%) | 29 | 31 | 14 | 15 | 4 | 7 |
| Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit | 4 315 639 (10%) | 25 | 31 | 15 | 16 | 4 | 9 |
| Psychiatrie, Kinderpsychiatrie | 2 626 446 (6%) | 39 | 30 | 11 | 13 | 2 | 5 |
| Spital ambulant | 5 564 437 (13%) | 30 | 29 | 14 | 14 | 4 | 9 |
| Nicht klassiert | 583 384 (1%) | 29 | 29 | 14 | 15 | 6 | 7 |
| Gesamt | 43 570 930 (100%) | 25 | 30 | 16 | 16 | 4 | 10 |

Quellen: BFS, ESPOP; Volkszählung 2000; santésuisse, Datenpool®. Analysen: IEFO

Die regionale Verteilung der beanspruchten Leistungen zeigt, dass für alle Fachrichtungen über 50% aller Leistungen von Einwohnern aus den Zentren mit Universitätsspital und aus Metropolräumen bezogen werden. Während Konsultationen bei Allgemeinmedizinern in den Zentren mit Universitätsspital seltener sind, werden Konsultationen bei Psychiatern vor allem in diesen Zentren durchgeführt.

Die Anzahl Patienten pro Arzt und die Häufigkeit der Konsultationen weisen nicht nur zwischen den einzelnen Fachrichtungen beträchtliche Unterschiede auf, sondern variieren auch innerhalb der Fachrichtungen (Tabelle 26). Für einzelne ZSR-Nummern ergeben sich sehr hohe Patientenzahlen bzw. Konsultationshäufigkeiten und die Verteilung der entsprechenden Daten ist teilweise schief. Aus diesem Grund werden in Tabelle 26 nicht nur die Mittelwerte, sondern auch Medianwerte angegeben.

Tabelle 26 Patientenzahl und Konsultationshäufigkeit pro Leistungserbringer (ZSR-Nummer) nach Fachrichtungen 2004

| Fachrichtung | Patienten | | Konsultationen | | Konsultationen pro Patient | |
|---|------------|--------|----------------|--------|----------------------------|--------|
| | Mittelwert | Median | Mittelwert | Median | Mittelwert | Median |
| Allgemeinmedizin | 792 | 721 | 3261 | 3050 | 4,3 | 4,0 |
| Gynäkologie | 1126 | 1081 | 2210 | 2144 | 2,0 | 2,0 |
| Pädiatrie | 1051 | 1006 | 2850 | 2614 | 2,6 | 2,5 |
| Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit | 792 | 658 | 2094 | 1573 | 3,0 | 2,3 |
| Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit | 872 | 565 | 1819 | 1324 | 2,2 | 2,0 |
| Psychiatrie, Kinderpsychiatrie | 107 | 82 | 1118 | 966 | 11,6 | 10,7 |
| Spital ambulant | 4876 | 1062 | 8431 | 1030 | 2,5 | 1,2 |

Quellen: BFS, ESPOP; Volkszählung 2000; santésuisse, Datenpool®. Analysen: IEFO

Ausser in der Pädiatrie konsultieren Frauen bzw. Mädchen in allen Fachrichtungen häufiger einen Arzt als Männer bzw. Jungen (Tabelle 27). Bei über 70% der Konsultationen sind die Patienten älter als 40 Jahre. Fachärzte werden am häufigsten von Erwachsenen zwischen 41 und 65 Jahren besucht, Psychiater von Erwachsenen zwischen 19 und 65 Jahren. Allgemeinmediziner betreuen alle Altersklassen. Ein gutes Drittel ihrer Leistungen erbringen sie für Patienten über 65 Jahre.

Tabelle 27 Verteilung der Konsultationen nach Altersgruppen der Patientenpopulationen

| Fachrichtung | Proportion der Konsultationen (%) | | | | | |
|---|-----------------------------------|--------------|-------|-------|-------|------|
| | % Patientinnen | Altersgruppe | | | | |
| | | 0-18 | 19-40 | 41-65 | 66-80 | >80 |
| Allgemeinmedizin | 58,5 | 7,5 | 20,0 | 36,7 | 23,3 | 12,6 |
| Gynäkologie | 99,5 | 2,1 | 55,6 | 34,3 | 7,1 | 1,0 |
| Pädiatrie | 47,4 | 96,3 | 2,4 | 1,1 | 0,2 | 0,1 |
| Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit | 59,3 | 5,5 | 19,6 | 41,5 | 25,2 | 8,2 |
| Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit | 56,2 | 9,7 | 14,5 | 37,4 | 28,3 | 10,0 |
| Psychiatrie, Kinderpsychiatrie | 62,8 | 8,1 | 40,9 | 46,5 | 3,9 | 0,6 |
| Spital ambulant | 57,0 | 9,8 | 25,0 | 39,7 | 20,3 | 5,3 |
| Total | 60,0 | 12,1 | 22,3 | 36,4 | 20,4 | 8,9 |

Quellen: BFS; ESPOP; Volkszählung 2000; santésuisse; Datenpool®. Analysen: IEFO

Mit Hilfe der Bevölkerungsdaten der Gemeinden können die jährlichen Behandlungsinzidenzen für die ambulante Versorgung in der Schweiz berechnet werden, d.h. die jährliche Anzahl Arztbesuche pro Einwohner der jeweiligen Gemeinde (Tabelle 28). Diesen Zahlen zufolge beansprucht eine in der Schweiz lebende Person im Jahr 5,9 Mal ambulante medizinische Leistungen, wobei diese Inzidenzen eine erhebliche altersbedingte Variation und ein deutliches Stadt-Land-Gefälle aufweisen (Tabellen 29 und 30). Von den ärztlichen Fachrichtungen hat die Allgemeinmedizin mit Abstand die höchste Behandlungsinzidenz, Psychiatrie und Kinderpsychiatrie haben die niedrigsten Werte.

Tabelle 28 Verteilung und Inzidenz ambulanter Grundleistungen 2004, nach Altersgruppen

| Altersgruppe | Anzahl Konsultationen | % | Inzidenz* |
|----------------|-----------------------|---------------|-------------|
| 0–18 | 5 252 678 | 12,1 | 3,32 |
| 19–40 | 9 701 075 | 22,2 | 4,14 |
| 41–65 | 15 854 367 | 36,4 | 6,86 |
| 66–80 | 8 877 479 | 20,4 | 11,18 |
| > 80 | 3 885 331 | 8,9 | 14,99 |
| Total | 43 570 930 | 100,00 | 5,98 |

* Behandlungshäufigkeit pro Einwohner 2004

Quellen: BFS: ESPOP; Volkszählung 2000; santésuisse: Datenpool®. Analysen: IEFO

Tabelle 29 Verteilung und Inzidenz ambulanter Grundleistungen 2004, nach MS-Regionstypen

| Region | Anzahl Konsultationen | % | Inzidenz* |
|--------------------------------|-----------------------|---------------|-------------|
| Zentrum mit Universitätsspital | 10 678 157 | 24,53 | 6,43 |
| Metropolraum | 12 891 742 | 29,61 | 6,00 |
| Tertiäre Agglomeration | 6 753 883 | 15,51 | 6,10 |
| Industrielle Region | 7 114 399 | 16,34 | 5,65 |
| Touristische Region | 1 840 004 | 4,23 | 5,38 |
| Rurale Region | 4 255 287 | 9,77 | 5,52 |
| Nicht klassiert | 37 458 | 0,01 | – |
| Total | 43 533 472 | 100,00 | 5,98 |

* Behandlungshäufigkeit pro Einwohner 2004

Quellen: BFS: ESPOP; Volkszählung 2000; santésuisse: Datenpool®. Analysen: IEFO

Tabelle 30 Verteilung und Inzidenz ambulanter Grundleistungen 2004, nach medizinischen Fachrichtungen

| Fachrichtung | Anzahl Konsultationen | % | Inzidenz* |
|---------------------------------------|-----------------------|---------------|-------------|
| Allgemeinmedizin | 21 475 874 | 49,29 | 2,95 |
| Spital ambulant | 5 564 437 | 12,77 | 0,76 |
| Fachärzte ohne chirurgische Tätigkeit | 4 555 873 | 10,46 | 0,63 |
| Fachärzte mit chirurgischer Tätigkeit | 4 315 639 | 9,90 | 0,59 |
| Psychiatrie, Kinderpsychiatrie | 2 626 446 | 6,03 | 0,36 |
| Gynäkologie** | 2 225 898 | 5,11 | 0,59 |
| Pädiatrie*** | 2 223 379 | 5,10 | 1,36 |
| Nicht klassiert | 583 384 | 1,34 | 0,07 |
| Total | 43 570 930 | 100,00 | 5,98 |

* Behandlungshäufigkeit pro Einwohner 2004

** Behandlungsinzidenz weibliche Population

*** Behandlungsinzidenz Kinder und Jugendliche unter 19 Jahren

Quellen: BFS, ESPOP; Volkszählung 2000; santésuisse, Datenpool®. Analysen: IEFO

Neben regionalen Unterschieden spielen Unterschiede zwischen den verschiedenen Sprachregionen offenbar eine wichtige Rolle bei der Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen. Unabhängig von der Fachrichtung wird die höchste Behandlungsinzidenz im Tessin beobachtet (7,4 Konsultation/Einwohner), gefolgt von der Deutschschweiz (6,0). Die niedrigste Inzidenz hat die französischsprachige Schweiz (5,1).

Die Inzidenzen für die einzelnen Fachrichtungen sind über die vier Sprachregionen der Schweiz teilweise ungleich verteilt. Ähnliche Inzidenzen ergeben sich für Gynäkologie, Fachärzte ohne und mit chirurgischer Tätigkeit sowie für ambulante Spitalbehandlungen in den Sprachregionen (Anhang 8). Für die Behandlung bei Allgemeinmedizinern werden in der französisch sprechenden Schweiz vergleichsweise geringe Inzidenzen beobachtet. Im Tessin sind pädiatrische Behandlungen wesentlich häufiger als in anderen Regionen, während in den romanischen Sprachgebieten sehr selten ein Psychiater konsultiert wird (Anhang 8).

Inanspruchnahme von Ressourcen und Patientenströme

Die Indizes der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen innerhalb der Region und der Verfügbarkeit ambulanter Ressourcen (LI und MSI) auf Niveau MS-Region zeigen, dass über 60% aller ambulanten Behandlungen vor Ort, d.h. innerhalb der betreffenden MS-Region beansprucht bzw. dass 74% aller Leistungen für gebietsansässige Patienten erbracht werden. Die Daten lassen jedoch auch eine fast 100-fache interregionale Variation erkennen (Anhang 9). Die höchsten Werte für LI und MSI erreicht die Allgemeinmedizin, was bedeutet, dass der Bedarf der Einwohner auf Niveau MS-Region gut abgedeckt ist (Tabelle 31). Der Lokalisationsindex als Mass des lokalen Versorgungsgrades nach Fachrichtung und Region ist, mit Ausnahme der Allgemeinmedizin und der Pädiatrie, durchgängig am höchsten in urbanen Zentren und am niedrigsten in ruralen Regionen. Deutlich weniger regionale Schwankungen zeigen sich beim MSI.

Tabelle 31 Lokalisationsindex und Market Share Index nach Fachdisziplin

| Fachrichtung | Lokalisationsindex | Market Share Index |
|---|--------------------|--------------------|
| Allgemeinmedizin | 0,85 | 0,86 |
| Gynäkologie | 0,62 | 0,72 |
| Pädiatrie | 0,79 | 0,83 |
| Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit | 0,60 | 0,75 |
| Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit | 0,57 | 0,73 |
| Psychiatrie, Kinderpsychiatrie | 0,49 | 0,67 |
| Spital ambulant | 0,50 | 0,67 |

Quellen: BFS, ESPOP; Volkszählung 2000; santésuisse, Datenpool®. Analysen: IEFO

7.4 Inanspruchnahme von Leistungen der Allgemeinmedizin 2004

Zu dieser Kategorie gehören nicht spezialisierte Ärzte, Allgemeinärzte FMH, Internisten ohne Spezialisierung und Gruppenpraxen. Diese Ärzte erbringen 49% aller ambulanten Leistungen (Tabelle 25). Da sie im Vergleich zu anderen Fachrichtungen jedoch wenig Patienten betreuen, ist die Anzahl von Konsultationen pro Patient relativ hoch: Allgemeinmediziner sehen ihre Patienten im Schnitt 4,3 Mal pro Jahr (Tabelle 26).

Werden diese Leistungen auf die Gesamtbevölkerung bezogen, ergibt sich für die Allgemeinmedizin die höchste Behandlungsinzidenz (Tabelle 30). Durchschnittlich konsultiert eine in der Schweiz lebende Person 2,9 Mal pro Jahr einen Allgemeinmediziner. Die Inzidenzen liegen in Zentren mit Universitätsspital und Metropolräumen deutlich niedriger als in den übrigen Regionen. Die höchste Behandlungsinzidenz wird in Tertiäre Agglomerationen beobachtet (Tabelle 32).

Tabelle 32 Regionale Verteilung der Indikatoren der Inanspruchnahme 2004, Allgemeinmedizin

| MS-Regionstyp | Konsultationen/Einwohner | Lokalisationsindex | Market Share Index |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------|
| Zentrum mit Universitätsspital | 2,60 | 0,87 | 0,85 |
| Metropolraum | 2,87 | 0,81 | 0,85 |
| Tertiäre Agglomeration | 3,31 | 0,91 | 0,90 |
| Industrielle Region | 3,01 | 0,87 | 0,87 |
| Touristische Region | 3,02 | 0,85 | 0,86 |
| Rurale Region | 3,24 | 0,84 | 0,85 |

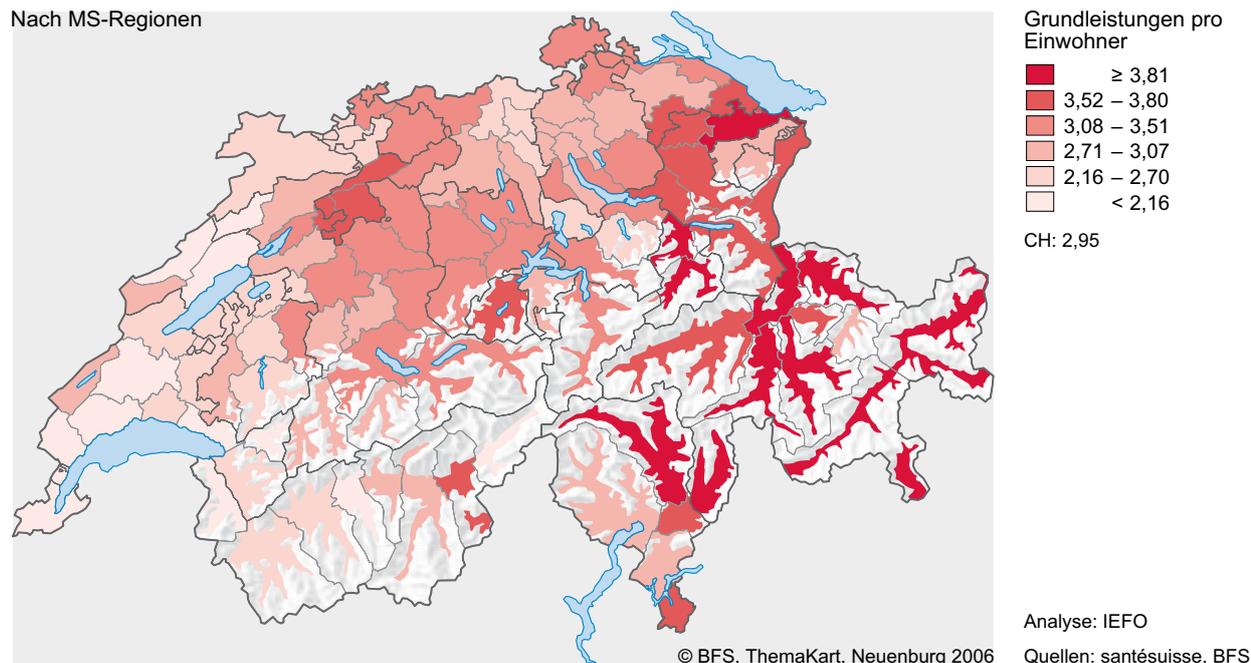
Quellen: BFS, ESPOP; Volkszählung 2000; santésuisse, Datenpool®. Analysen: IEFO

Es bestehen beträchtliche regionale Unterschiede in der Schweiz (Karte 19). Die niedrigsten Werte finden sich mit weniger als 1,7 Konsultationen/Einwohner in der Westschweiz (Pays d'Enhaut, Nyon und Genève). Mit über 4 Konsultationen/Einwohner haben Regionen der Kantone Glarus, Graubünden und Tessin die höchsten Inzidenzen. Gesamtschweizerisch zeichnet sich ein Ost-West-Gefälle ab, mit höheren Inzidenzen in der Ost-Schweiz.

Allgemeinmedizin: Behandlungsinzidenz, 2004

K 19

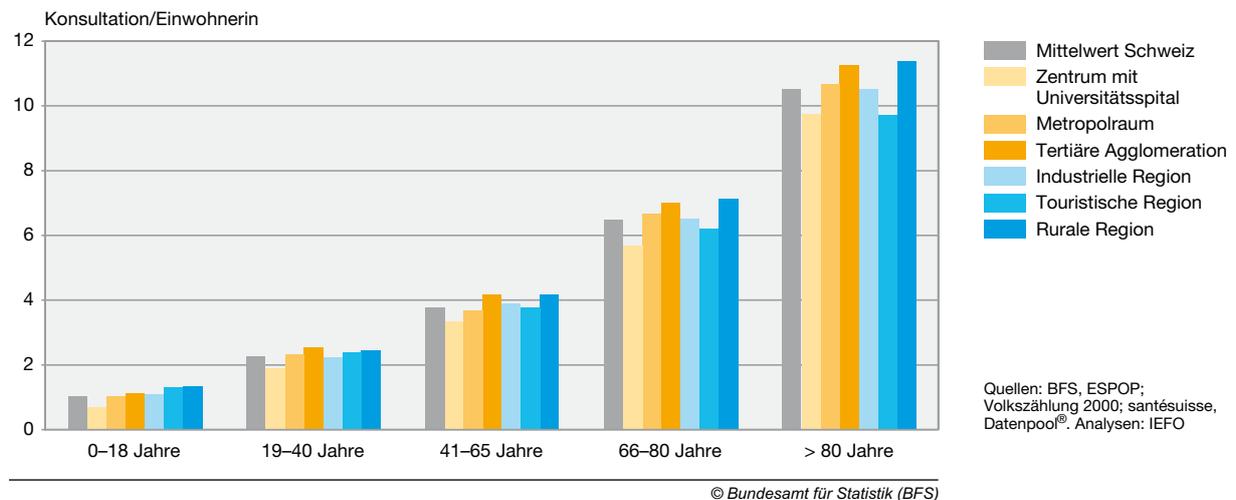
Nach MS-Regionen



Analysiert man die erbrachten Leistungen nach Altersklasse und Geschlecht, dann zeigt sich, dass die Behandlungsinzidenz mit dem Alter steigt. Sie liegt in der Kategorie der über 80-Jährigen für beide Geschlechter bei 10 Konsultationen/Einwohner (Abbildungen 2, 3). Frauen zwischen 20 und 40 bzw. zwischen 41 und 65 Jahren gehen häufiger zum Allgemeinmediziner als Männer (Frauen: 2,3 und 3,8; Männer: 1,4 und 3,0). Diese Unterschiede verringern sich ab dem Alter von 66 Jahren. Im Vergleich zu anderen Facharztgruppen ist der Anteil beanspruchter Leistungen in Zentren mit Universitätsspital unterdurchschnittlich, in ruralen Regionen hingegen liegt er über der CH-Norm. Patienten über 65 haben die höchsten Inzidenzen in Tertiären Agglomerationen und in ruralen Regionen.

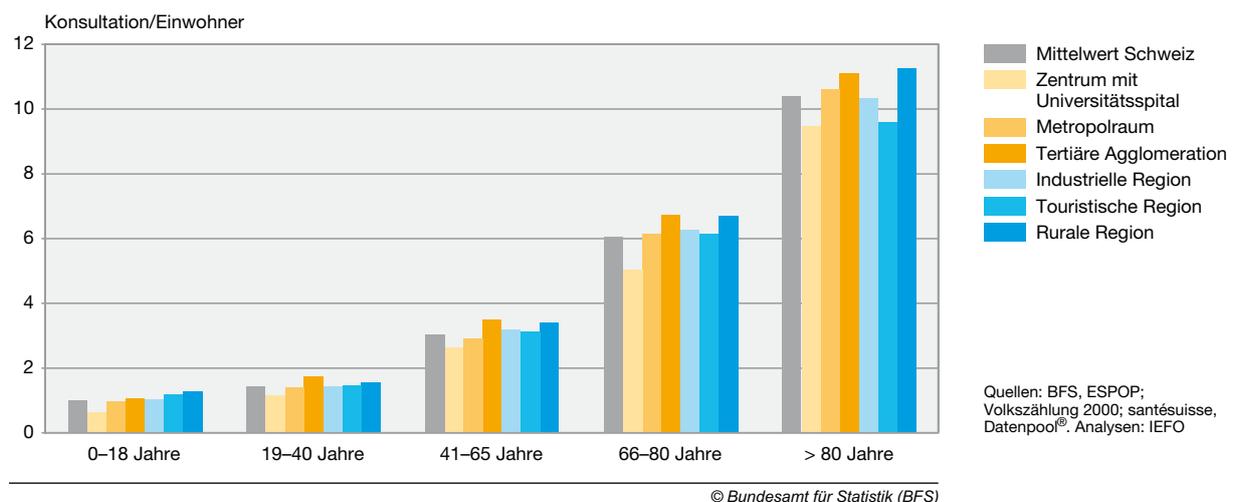
**Inanspruchnahme ambulanter Grundleistungen 2004:
Allgemeinmedizin, Frauen**

Abb. 2



**Inanspruchnahme ambulanter Grundleistungen 2004:
Allgemeinmedizin, Männer**

Abb. 3



Patientenströme

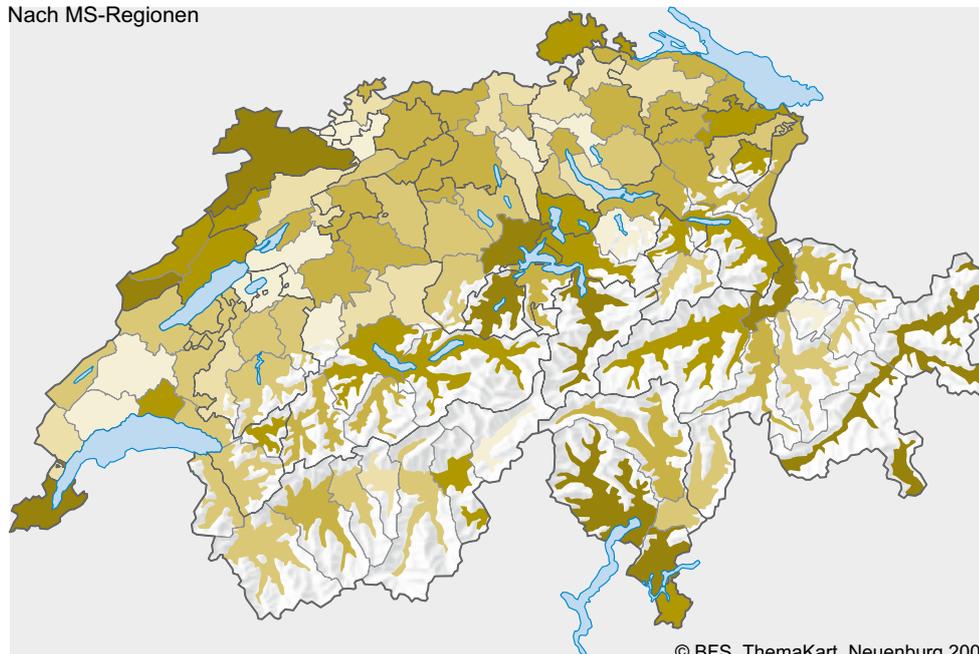
Die regionalen Indizes der Inanspruchnahme und der Verfügbarkeit von Leistungen der Allgemeinmedizin (LI und MSI) weisen im Gegensatz zu anderen Disziplinen konstant hohe Werte auf (Tabelle 32) und lassen nur wenig Stadt-Land-Unterschiede erkennen. Ambulante Leistungen in Allgemeinmedizin werden vorwiegend lokal beansprucht, und Ärzte behandeln vor allem gebietsansässige Patienten.

In Bezug auf einzelne MS-Regionen variieren LI und MSI beträchtlich. Die niedrigsten Werte für LI haben die Regionen Laufental, Schanfigg und Mutschellen (< 0,70), d.h. über 30% der Leistungen werden von den Bewohnern ausserhalb ihrer jeweiligen Region beansprucht. Die höchsten Werte, nämlich > 95%, werden einerseits im Oberengadin, aber auch in Genf und Lugano erreicht, d.h. Patienten aus diesen Regionen besuchen am häufigsten einen Allgemeinmediziner in ihrer Region (Karte 20).

**Allgemeinmedizin:
Lokalisationsindex, 2004**

K 20

Nach MS-Regionen



Lokalisationsindex

- ≥ 0,93
- 0,90 – 0,92
- 0,86 – 0,89
- 0,81 – 0,85
- 0,75 – 0,80
- < 0,75

Analyse: IEFO

© BFS, ThemaKart, Neuenburg 2006

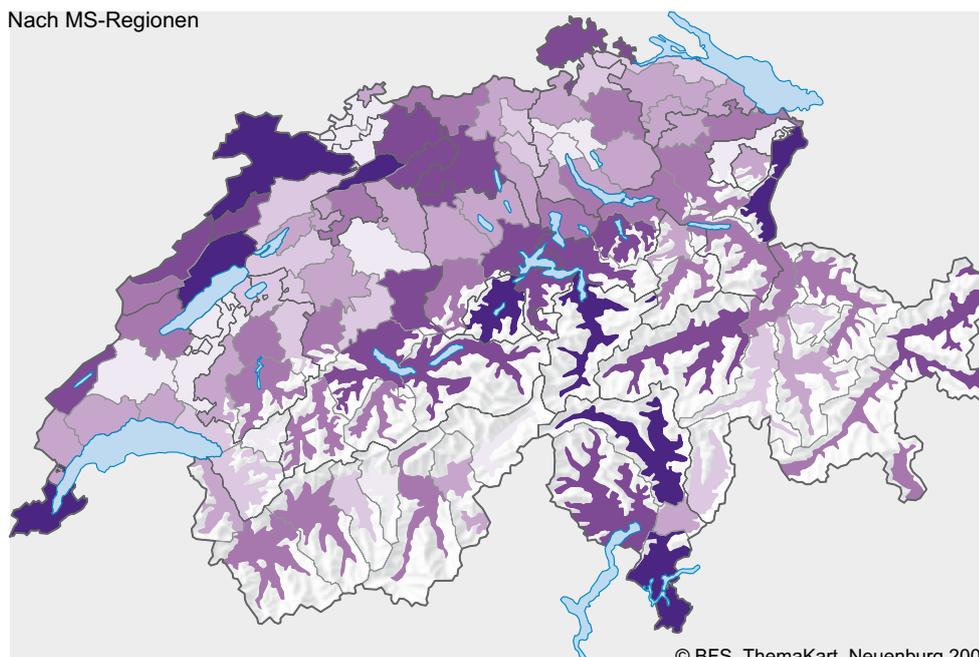
Quellen: santésuisse, BFS

Aus Sicht der Leistungserbringer zeigt sich ein ähnliches Bild. Allgemeinmediziner in Genève, Jura und Uri behandeln vor allem gebietsansässige Patienten (Karte 21). In diesen Regionen werden von den Ärzten über 94% gebietsansässige Patienten behandelt. Die niedrigsten Werte für MSI sind ebenfalls in unterschiedlichen Regionstypen zu sehen: Pays d'Enhaut (0,45), Leuk (0,69), Burgdorf (0,72).

**Allgemeinmedizin:
Market Share Index, 2004**

K 21

Nach MS-Regionen



Market Share Index

- ≥ 0,92
- 0,90 – 0,91
- 0,87 – 0,89
- 0,84 – 0,86
- 0,79 – 0,83
- < 0,79

Analyse: IEFO

© BFS, ThemaKart, Neuenburg 2006

Quellen: santésuisse, BFS

7.5 Inanspruchnahme von Leistungen der Gynäkologie 2004

Gynäkologen erbringen mengenmässig 5% sämtlicher ambulanter Leistungen (Tabellen 25, 30). Über 50% der erbrachten gynäkologischen Grundleistungen werden von Einwohnerinnen aus den Zentren mit Universitätsspital und den Metropolräumen in Anspruch genommen. Von allen Fachdisziplinen weisen Gynäkologen die höchsten Patientenzahlen auf und kommen auf eine mit anderen Fachmedizinischen Disziplinen vergleichbare Anzahl von Konsultationen pro Jahr. Die jährliche Zahl der Kontakte zwischen Arzt und Patientin weist deshalb mit 2 Konsultationen pro Patientin und Jahr den niedrigsten Wert aller Fachrichtungen auf (Tabelle 26)

Bezogen auf die gesamte weibliche Bevölkerung beträgt die durchschnittliche Behandlungsinzidenz beim Frauenarzt 0,59 Konsultationen pro Frau und Jahr. Diese Inzidenz ist mit der anderer Facharzttrichtungen vergleichbar (Tabelle 30, 33).

Tabelle 33 Regionale Verteilung der Indikatoren der Inanspruchnahme 2004, Gynäkologie

| MS-Regionstyp | Konsultationen/Einwohnerin | Lokalisationsindex | Market Share Index |
|--------------------------------|----------------------------|--------------------|--------------------|
| Zentrum mit Universitätsspital | 0,61 | 0,80 | 0,65 |
| Metropolraum | 0,64 | 0,54 | 0,70 |
| Tertiäre Agglomeration | 0,61 | 0,81 | 0,77 |
| Industrielle Region | 0,55 | 0,65 | 0,73 |
| Touristische Region | 0,53 | 0,50 | 0,75 |
| Rurale Region | 0,49 | 0,35 | 0,73 |

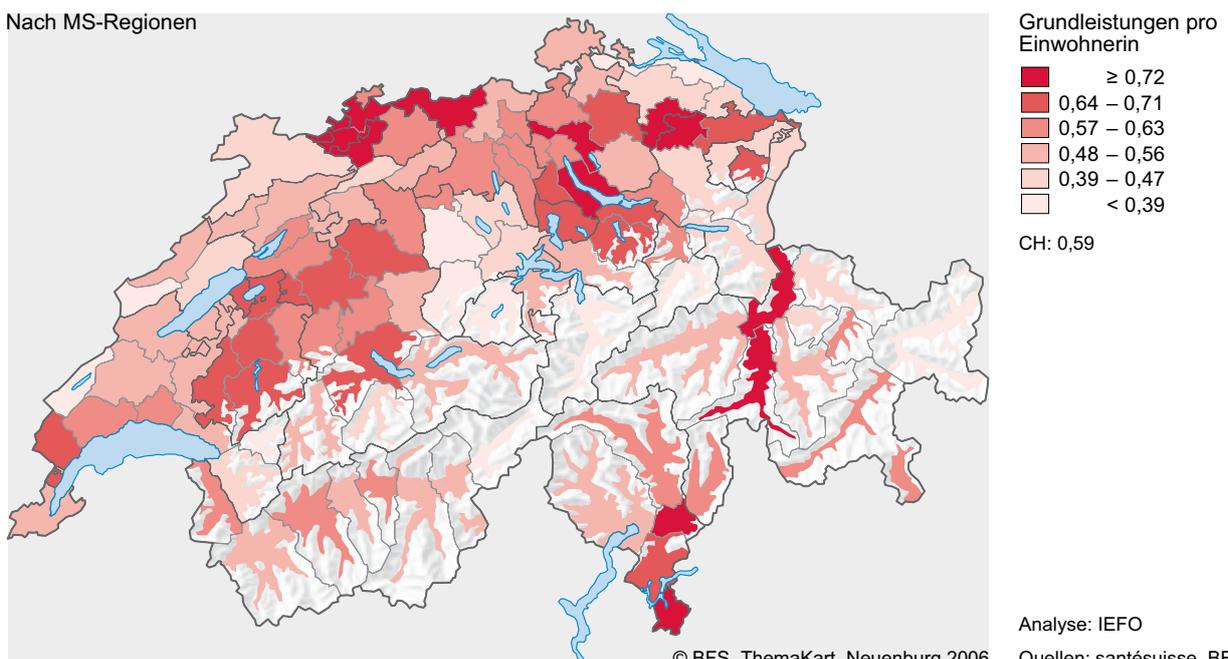
Quellen: BFS, ESPOP; Volkszählung 2000; santésuisse, Datenpool®. Analysen: IEFO

Die Verteilung der Behandlungsinzidenz für die Gynäkologie in den einzelnen MS-Regionen ist in der Karte 22 wiedergegeben. Die Inzidenz variiert zwischen weniger als 0,15 Konsultationen/Einwohnerin in Pays d'Enhaut, Sarneraatal, Entlebuch und mehr als 0,79 Konsultationen/Einwohnerin im unteren Baselbiet, in Fricktal und Laufental.

Gynäkologie: Behandlungsinzidenz, 2004

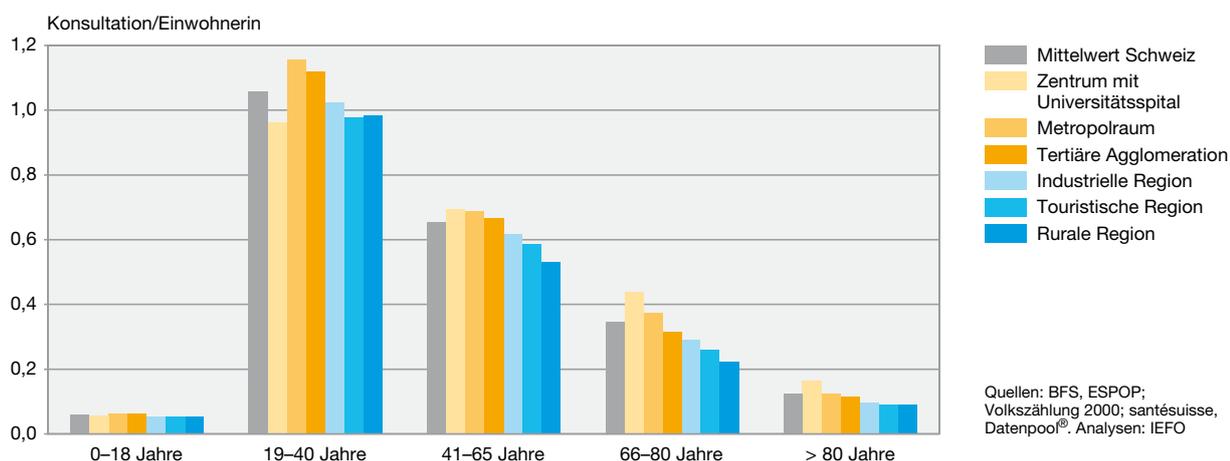
K 22

Nach MS-Regionen



Frauen zwischen 20 und 65 Jahren weisen die höchsten Behandlungsinzidenzen auf (Abbildung 4). Zwischen 20 und 41 Jahren gehen Patientinnen aus Metropolräumen am häufigsten zum Frauenarzt (1,16 Konsultation/Einwohnerin, CH: 1,06). Auffallend ist die relativ niedrige Behandlungsinzidenz von Frauen dieser Altersgruppe in Zentren mit Universitätsspital (0,96). Patientinnen ab 41 Jahren aus Zentren und Metropolräumen haben konstant die höchsten Behandlungsinzidenzen bei Gynäkologen.

Inanspruchnahme gynäkologischer Grundleistungen 2004 **Abb. 4**



© Bundesamt für Statistik (BFS)

Patientenströme

LI und MSI der Gynäkologie sind vergleichbar mit anderen fachärztlichen Disziplinen (Anhang 9). Der Lokalisationsindex zeigt ein deutliches Stadt-Land-Gefälle; so werden Frauen in ruralen Regionen weniger häufig vor Ort behandelt als in urbanen Gebieten (Tabelle 33). Bemerkenswert ist der niedrige Lokalisationsindex in Metropolräumen: Hier besuchen die Bewohnerinnen weniger gebietsansässige Frauenärzte als Bewohnerinnen aus Tertiären Agglomerationen.

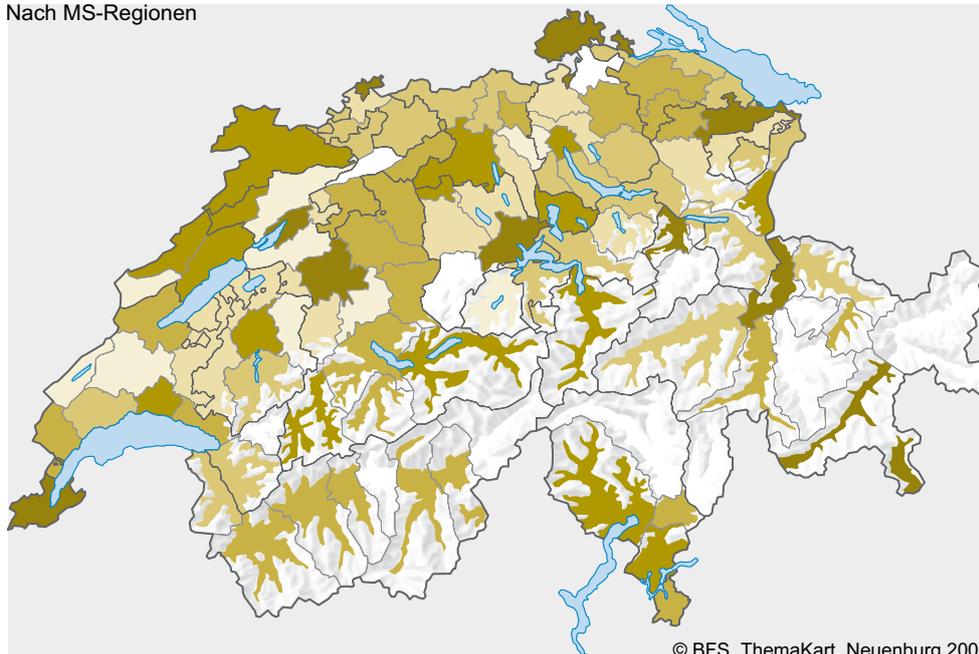
Der Market Share Index ist in allen Regionen relativ konstant; eine Ausnahme bilden lediglich die Zentren mit Universitätsspital, wo Frauenärzte einen grösseren Anteil an externen Patientinnen betreuen. Abgesehen von diesen Zentren behandeln Gynäkologen mit Praxisstandort in der Stadt oder auf dem Land einen gleichermassen hohen Anteil gebietsansässiger Patientinnen (Tabelle 33).

Die Verteilung von LI und MSI für die Gynäkologie in der Schweiz ist in den Karten 23 und 24 wiedergegeben. Einwohnerinnen der Regionen von Sarneraatal, Val-de-Travers und La Vallée gehen vor allem ausserhalb ihrer Region zum Frauenarzt ($LI < 0,1$). Hingegen beanspruchen die Einwohnerinnen von Genève, Bern und Glarner Unterland am meisten gynäkologische Leistungen vor Ort ($LI > 0,9$).

**Gynäkologie:
Lokalisationsindex, 2004**

K 23

Nach MS-Regionen



Lokalisationsindex

- $\geq 0,88$
- 0,81 – 0,87
- 0,64 – 0,80
- 0,50 – 0,63
- 0,30 – 0,49
- $< 0,30$

□ Index ist nicht zu berechnen

Analyse: IEFO

Quellen: santésuisse, BFS

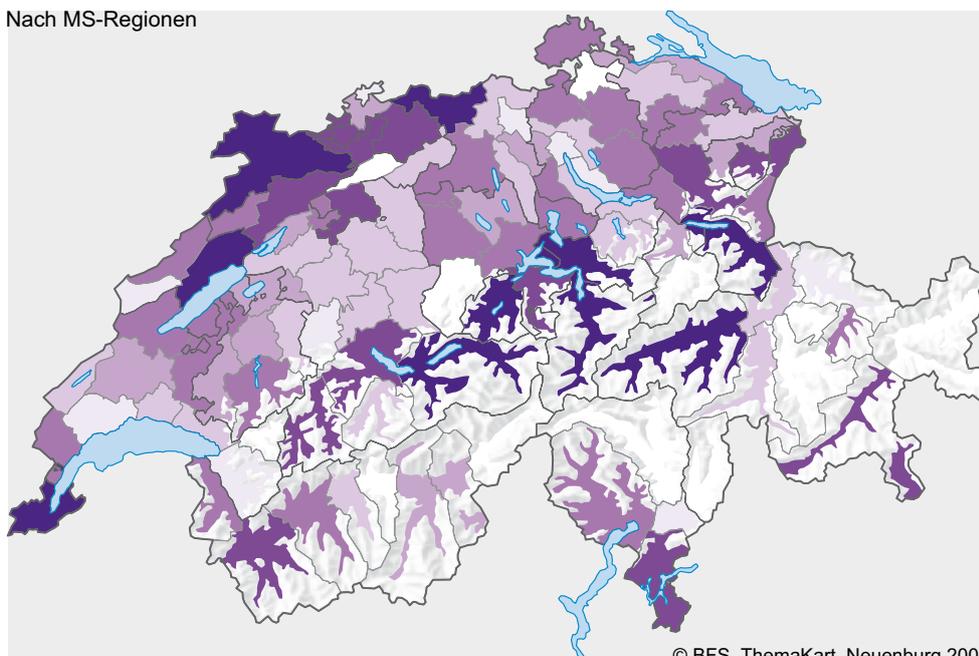
© BFS, ThemaKart, Neuenburg 2006

In Zürich, Pfannenstiel und Aigle betreuen die Gynäkologen am wenigsten gebietsansässige Patientinnen (MSI $< 0,5$), während diese in Genève, Uri und Surselva den grössten Teil der Patientinnen von Frauenärzten ausmachen (MSI $> 0,9$).

**Gynäkologie:
Market Share Index, 2004**

K 24

Nach MS-Regionen



Market Share Index

- $\geq 0,87$
- 0,82 – 0,86
- 0,73 – 0,81
- 0,65 – 0,72
- 0,56 – 0,64
- $< 0,56$

□ Index ist nicht zu berechnen

Analyse: IEFO

Quellen: santésuisse, BFS

© BFS, ThemaKart, Neuenburg 2006

7.6 Inanspruchnahme von Leistungen der Pädiatrie 2004

Pädiater erbringen mengenmässig 5% aller ambulanten Leistungen. Die regionale Verteilung der beanspruchten Leistungen in der Pädiatrie entspricht in etwa der Verteilung in der Gynäkologie oder bei Fachärzten ohne chirurgische Tätigkeit, d.h. 50% der Leistungen werden von Patienten aus den Zentren mit Universitätsspital und aus Metropolräumen in Anspruch genommen (Tabelle 25).

Pädiater weisen ähnlich hohe Patientenzahlen auf wie die Gynäkologie und erreichen mit über 2800 Konsultationen pro Arzt die zweithöchste Anzahl aller untersuchten Fachrichtungen. Die Anzahl jährlicher Arzt-Patient-Interaktionen beträgt 2,6 pro Patient (Tabelle 26) und ist vergleichbar mit anderen Fachärzten mit Ausnahme der Psychiatrie. Die Behandlungsinzidenz für Kinder und Jugendliche unter 19 Jahre beträgt für die gesamte Schweiz 1,4 pro Kind und Jahr. Im Vergleich mit den anderen Fachrichtungen ist dies die zweithöchste Behandlungsinzidenz (Tabelle 30, 34).

Tabelle 34 Regionale Verteilung der Indikatoren der Inanspruchnahme 2004, Pädiatrie

| MS-Regionstyp | Konsultationen/Einwohner | Lokalisationsindex | Market Share Index |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------|
| Zentrum mit Universitätsspital | 1,81 | 0,89 | 0,84 |
| Metropolraum | 1,42 | 0,73 | 0,83 |
| Tertiäre Agglomeration | 1,33 | 0,90 | 0,87 |
| Industrielle Region | 1,22 | 0,82 | 0,83 |
| Touristische Region | 0,80 | 0,37 | 0,83 |
| Rurale Region | 0,91 | 0,51 | 0,82 |

Quellen: BFS, ESPOP; Volkszählung 2000; santésuisse, Datenpool®. Analysen: IEFO

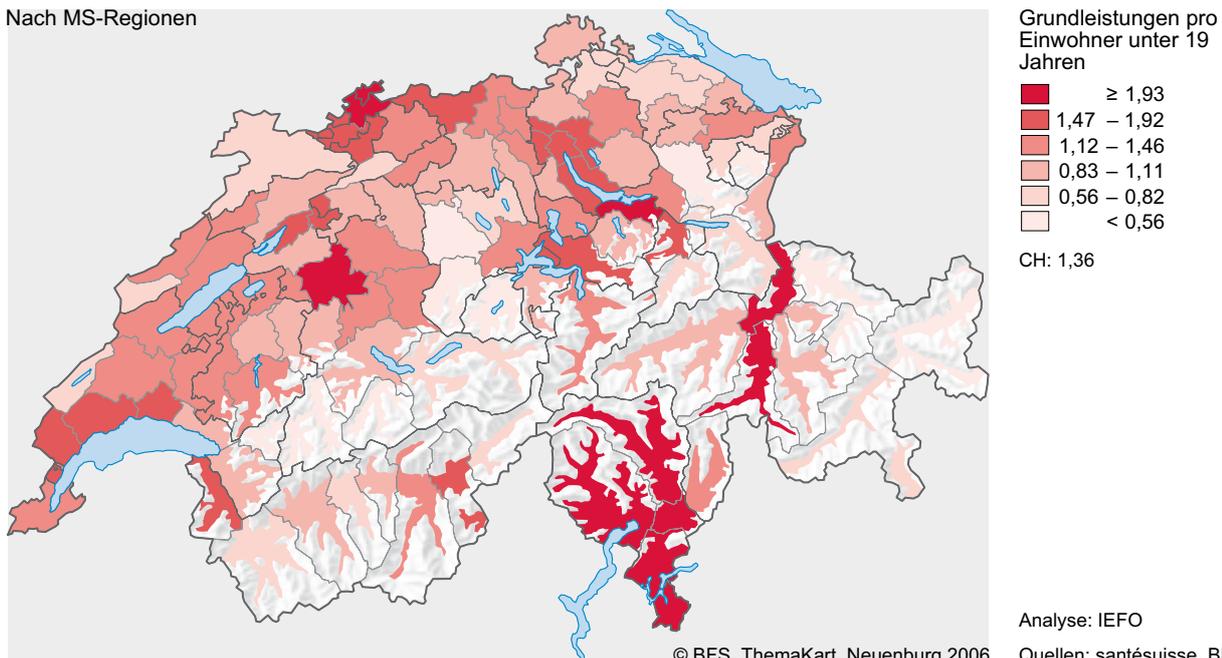
Auf regionaler Ebene ist ein Stadt-Land-Gefälle zu beobachten. Bemerkenswert ist der grosse Unterschied in der Behandlungsinzidenz zwischen Zentren mit Universitätsspital und anderen städtischen Gebieten.

In Karte 25 werden die Behandlungsinzidenzen in den MS-Regionen dargestellt. Sie reichen von 0,02 Konsultationen/Einwohner (Pays d'Enhaut) über 0,07–0,08 (Engiadina bassa, Saanen-Obersimmental) bis zu > 2,5 Konsultationen/Einwohner (Basel-Stadt, Mendrisio, Tre Valli).

Pädiatrie: Behandlungsinzidenz, 2004

K 25

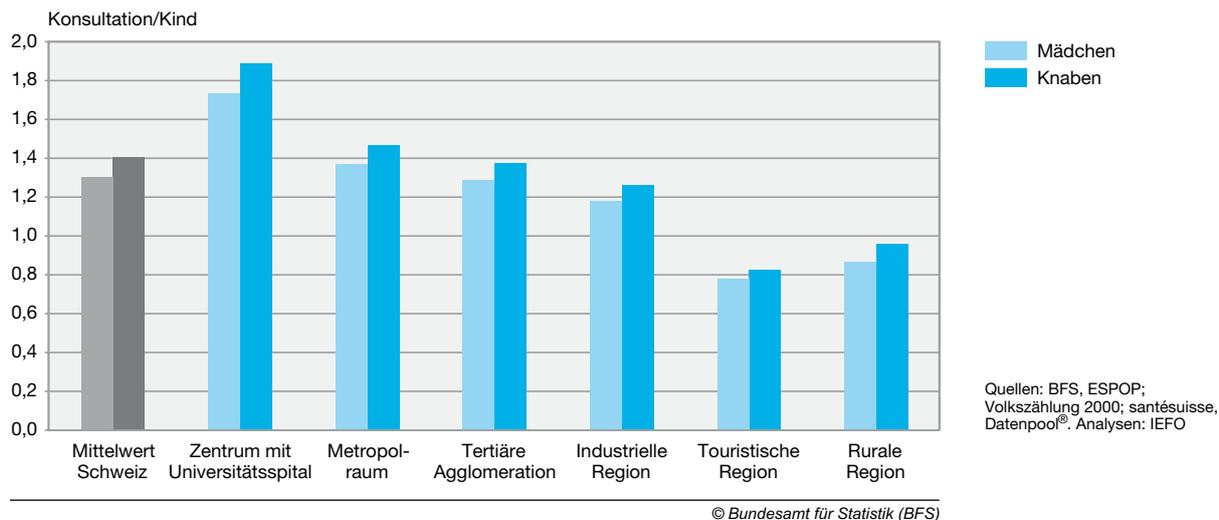
Nach MS-Regionen



Insgesamt beanspruchen Knaben häufiger einen Kinderarzt als Mädchen (1,41 und 1,30 Konsultationen/Jahr). Die erwähnten Stadt-Land-Unterschiede betreffen beide Geschlechter gleichermaßen (Abbildung 5). Kinder aus Zentren mit Universitätsspital und aus Metropolräumen gehen überdurchschnittlich häufig zum Pädiater, während Kinder aus ruralen und touristischen Regionen am wenigsten beim Kinderarzt vorgestellt werden.

Inanspruchnahme pädiatrischer Grundleistungen 2004 (Kinder und Jugendliche <18 Jahre)

Abb.5



Patientenströme

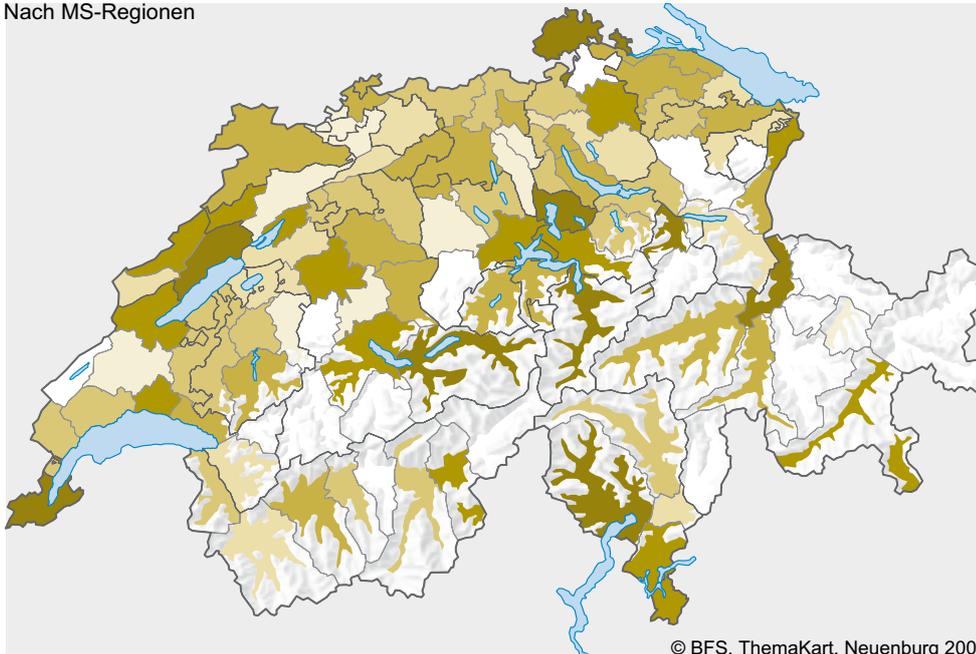
LI und MSI der Pädiatrie weisen nach der Allgemeinmedizin die höchsten Werte auf (Tabelle 34) und variieren in Bezug auf Stadt und Land im Vergleich mit anderen, nichthausärztlichen Fachrichtungen weniger. Ähnlich wie bei Frauenärzten werden Kinder aus Metropolraumregionen weniger häufig vor Ort behandelt als Kinder aus Tertiären Agglomerationen.

Die regionale Verteilung von LI und MSI für die Pädiatrie ist in den Karten 26 und 27 wiedergegeben. MS-Regionen, in denen es keinen Kinderarzt gibt, können nicht dargestellt werden. Zu den Regionen mit dem geringsten LI gehören vorwiegend periphere, aber auch mehr zentral gelegene Regionen: Davos, Jura Bernois und Aaretal (LI <0,36). In Schaffhausen, Locarno und Genève werden die Kinder am häufigsten vor Ort behandelt (LI >0,97).

**Pädiatrie:
Lokalisationsindex, 2004**

K 26

Nach MS-Regionen



Lokalisationsindex

- ≥ 0,95
- 0,92 – 0,94
- 0,83 – 0,91
- 0,72 – 0,82
- 0,55 – 0,71
- < 0,55

□ Index ist nicht zu berechnen

Analyse: IEFO

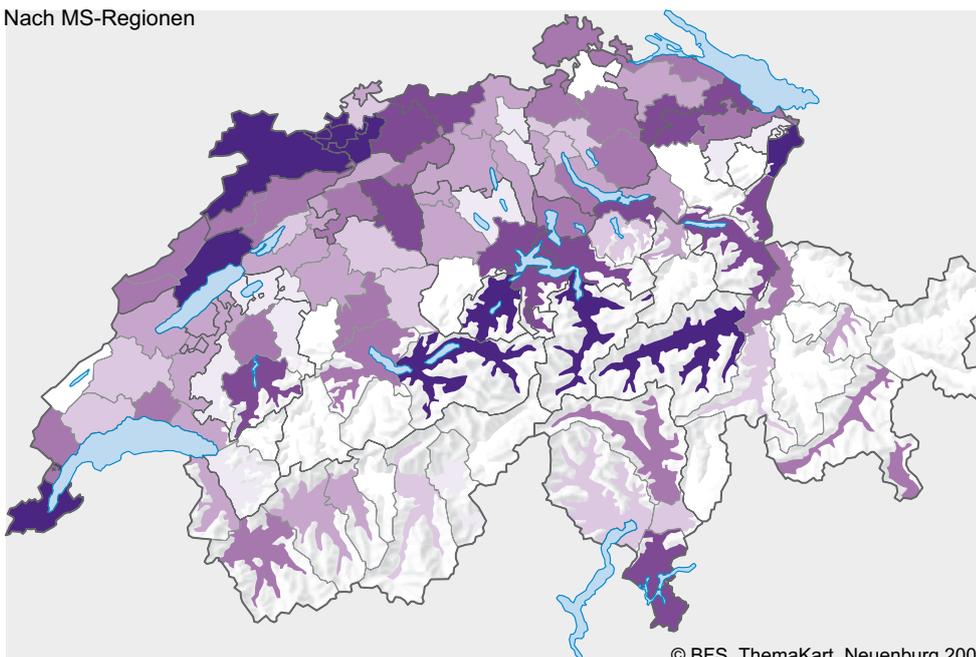
Quellen: santésuisse, BFS

Ein ähnliches Bild ergibt sich beim MSI. Regionen mit dem geringsten Index sind hier Appenzell ARh, Aigle und Morat/Murten. Kinderärzte in diesen Regionen behandeln am häufigsten Kinder aus anderen Regionen (MSI < 0,68). Im Sarneraatal, Genève und Uri werden am meisten gebietsansässige Patienten betreut (MSI > 0,95).

**Pädiatrie:
Market Share Index, 2004**

K 27

Nach MS-Regionen



Market Share Index

- ≥ 0,93
- 0,89 – 0,92
- 0,84 – 0,88
- 0,79 – 0,83
- 0,73 – 0,78
- < 0,73

□ Index ist nicht zu berechnen

Analyse: IEFO

Quellen: santésuisse, BFS

7.7 Inanspruchnahme von Leistungen der Fachmedizin ohne und mit chirurgischer Tätigkeit 2004

Die beiden Fachrichtungen weisen bezüglich Verfügbarkeit und Inanspruchnahme von Ressourcen ähnliche Eigenschaften auf und werden im Folgenden gemeinsam beschrieben. Gemäss der Klassifikation der eidgenössischen Weiterbildungstitel und der FMH umfassen sie die folgenden Fachrichtungen (siehe Punkt 2.2.2 des Berichtes):

– **Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit:**

Alle Subspezialisierungen in der Inneren Medizin: Allergologie, Kardiologie, Rheumatologie, Endokrinologie-Diabetologie, Pneumologie, Hämatologie, Gastroenterologie, Neurologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Onkologie, Infektiologie.

Weitere Spezialisierungen: Tropenmedizin, Dermatologie-Venerologie

– **Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit:**

Chirurgie, Kinderchirurgie, Orthopädie, Ophthalmologie, ORL, Neurochirurgie, Urologie, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Ästhetische Chirurgie

Fachärzte mit und ohne chirurgische Tätigkeit erbringen mengenmässig je 10% aller ambulanten Leistungen. Über 55% ihrer Grundleistungen werden von Bewohnern der Zentren mit Universitätsspital oder der Metropolräume in Anspruch genommen (Tabelle 25).

Fachärzte ohne chirurgische Tätigkeit behandeln jährlich 792 Patienten, diejenigen mit chirurgischer Tätigkeit 872 Patienten. Diese Zahlen sind etwas höher als bei Allgemeinmedizinerinnen, aber niedriger als in der Gynäkologie und der Pädiatrie. Die jährliche Zahl der Arzt-Patient-Kontakte liegt bei 3,0 bzw. 2,2 pro Patient (Tabelle 26). Aufgrund der grösseren Unterschiede zwischen Mittelwert und Median weisen diese Daten eine höhere Heterogenität auf als die entsprechenden Daten der Allgemeinmedizin.

Die durchschnittlichen Behandlungsinzidenzen liegen sehr nahe beieinander, nämlich bei 0,63 und 0,59 Konsultationen pro Einwohner (Tabellen 30, 35).

Tabelle 35 Regionale Verteilung der Indikatoren der Inanspruchnahme 2004, Fachmedizin ohne und mit chirurgischer Tätigkeit

| Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit | | | |
|---|--------------------------|--------------------|--------------------|
| MS-Regionstyp | Konsultationen/Einwohner | Lokalisationsindex | Market Share Index |
| Zentrum mit Universitätsspital | 0,80 | 0,82 | 0,73 |
| Metropolraum | 0,65 | 0,55 | 0,74 |
| Tertiäre Agglomeration | 0,57 | 0,84 | 0,78 |
| Industrielle Region | 0,55 | 0,60 | 0,79 |
| Touristische Region | 0,54 | 0,46 | 0,72 |
| Rurale Region | 0,40 | 0,33 | 0,76 |
| Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit | | | |
| MS-Regionstyp | Konsultation/Einwohner | Lokalisationsindex | Market Share Index |
| Zentrum mit Universitätsspital | 0,64 | 0,82 | 0,69 |
| Metropolraum | 0,63 | 0,56 | 0,73 |
| Tertiäre Agglomeration | 0,58 | 0,80 | 0,76 |
| Industrielle Region | 0,55 | 0,65 | 0,71 |
| Touristische Region | 0,51 | 0,40 | 0,74 |
| Rurale Region | 0,50 | 0,34 | 0,72 |

Quellen: BFS, ESPOP; Volkszählung 2000; santésuisse, Datenpool®. Analysen: IEFO

Die Behandlungsinzidenzen für die einzelnen MS-Regionen sind in den Karten 28a und 28b dargestellt. Es zeigt sich für beide Fachrichtungen eine Konzentration in städtischen Gebieten und ein Stadt-Land-Gefälle, das für nicht chirurgisch tätige Fachärzte ausgeprägter ist als für chirurgisch tätige Ärzte (Tabelle 35).

Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit (Karte 28a)

Die Behandlungsinzidenzen schwanken zwischen $< 0,18$ Konsultationen/Einwohner (Entlebuch, Willisau, Sarneraatal) und $> 0,95$ Konsultationen/Einwohner (Bellinzona, Zimmerberg, Basel-Stadt). Der Vergleich beider Karten lässt vermuten, dass in der Westschweiz Leistungen von Fachärzten ohne chirurgische Tätigkeit häufiger beansprucht werden als solche von Fachärzten mit chirurgischer Tätigkeit.

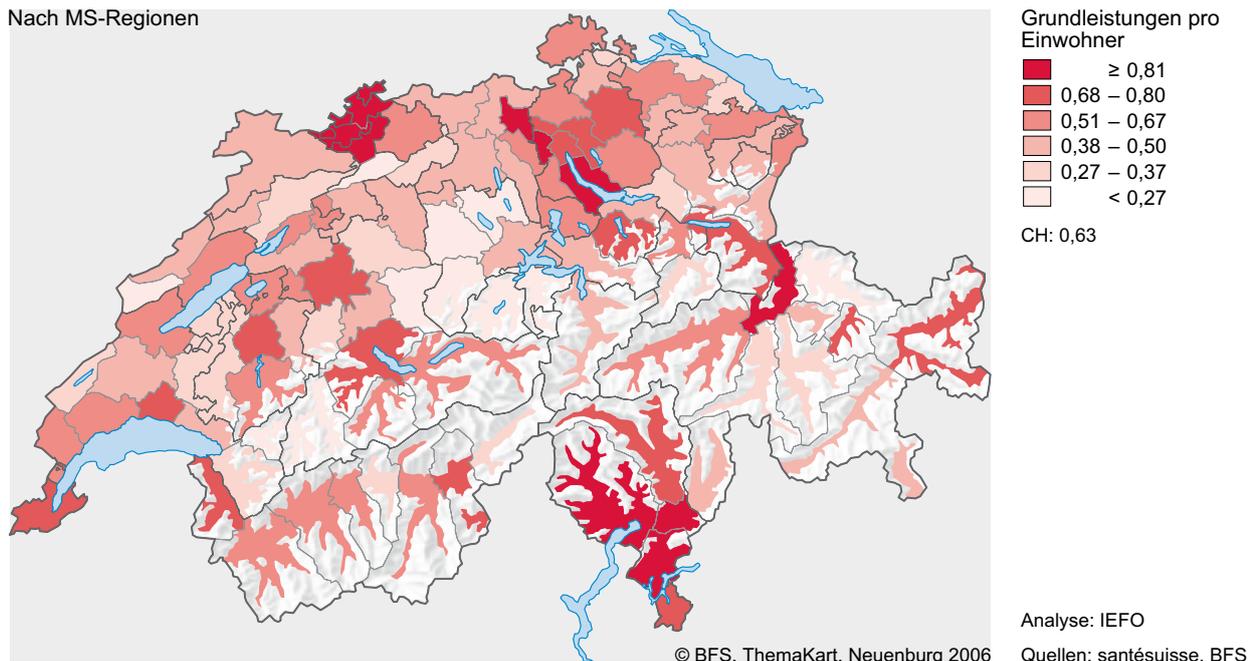
Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit (Karte 28b)

Einwohner aus dem Pays d'Enhaut, aus Willisau und Entlebuch beanspruchen am wenigsten Leistungen ($< 0,3$ Konsultation/Einwohner), während Einwohner der Regionen Viamala, Basel-Stadt und unteres Baselbiet am häufigsten chirurgische Fachärzte konsultieren ($> 0,85$ Konsultation/Einwohner). Im Gegensatz zur Westschweiz werden in der Ostschweiz mehr Leistungen von Ärzten mit chirurgischer Tätigkeit als von solchen ohne in Anspruch genommen.

Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit: Behandlungsinzidenz, 2004

K 28a

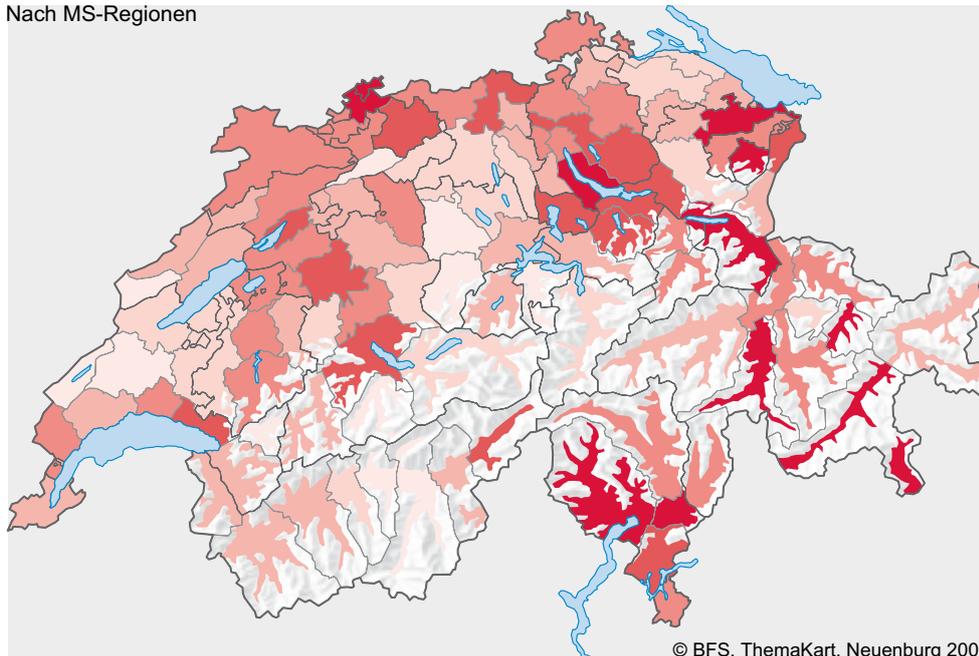
Nach MS-Regionen



**Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit:
Behandlungsinzidenz, 2004**

K 28b

Nach MS-Regionen



Grundleistungen pro Einwohner

- ≥ 0,74
- 0,66 – 0,73
- 0,54 – 0,65
- 0,46 – 0,53
- 0,39 – 0,45
- < 0,39

CH: 0,59

Analyse: IEFO

Quellen: santésuisse, BFS

© BFS, ThemaKart, Neuenburg 2006

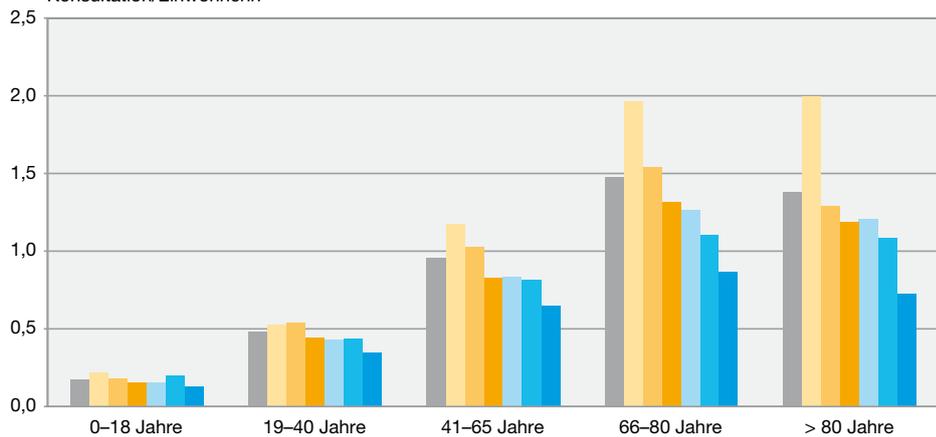
Mit zunehmendem Alter nehmen die Stadt-Land-Unterschiede zu, wobei die Entwicklung dieses Stadt-Land-Gefälles in den beiden Fachrichtungen nicht parallel verläuft (Abbildungen 6-9).

Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit (Abbildung 6-7)

**Inanspruchnahme ambulanter Grundleistungen 2004:
Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit, Frauen**

Abb. 6

Konsultation/Einwohnerin



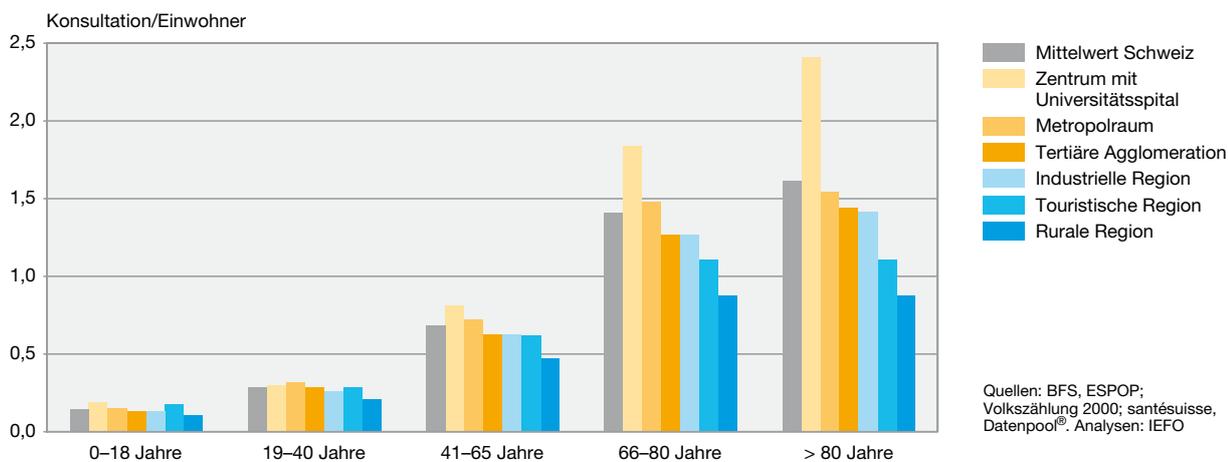
- Mittelwert Schweiz
- Zentrum mit Universitätsspital
- Metropolraum
- Tertiäre Agglomeration
- Industrielle Region
- Touristische Region
- Rurale Region

Quellen: BFS, ESPOP; Volkszählung 2000; santésuisse, Datenpool®. Analysen: IEFO

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Inanspruchnahme ambulanter Grundleistungen 2004: Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit, Männer

Abb. 7



© Bundesamt für Statistik (BFS)

Quellen: BFS, ESPOP;
Volkszählung 2000; santésuisse,
Datenpool®. Analysen: IEFO

Insgesamt steigt die Inanspruchnahme der entsprechenden Leistungen mit dem Alter für beide Geschlechter und stabilisiert sich ab 66 Jahren. Bis zum Alter von 65 Jahren sind es die Frauen, die solche Ärzte häufiger konsultieren. Ab dem Alter von 80 Jahren sind die Männer bei den Fachärzten häufiger vertreten (1,6 vs. 1,4 Konsultation /Einwohner).

Bis zum Alter von 80 Jahren nehmen sowohl Frauen als auch Männer aus Zentren mit Universitätsspital und, etwas weniger ausgeprägt, aus Metropolräumen überdurchschnittlich häufig solche Leistungen in Anspruch. Bei Männern und Frauen im hohen Alter wird ein derartiges Verhalten nur noch in Zentren mit Universitätsspital beobachtet.

In allen Altersklassen liegt die Inanspruchnahme von Leistungen für beide Geschlechter sowohl in den peripheren Regionen wie auch in den Tertiären Agglomerationen unter dem nationalen Mittelwert.

Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit (Abbildung 8-9).

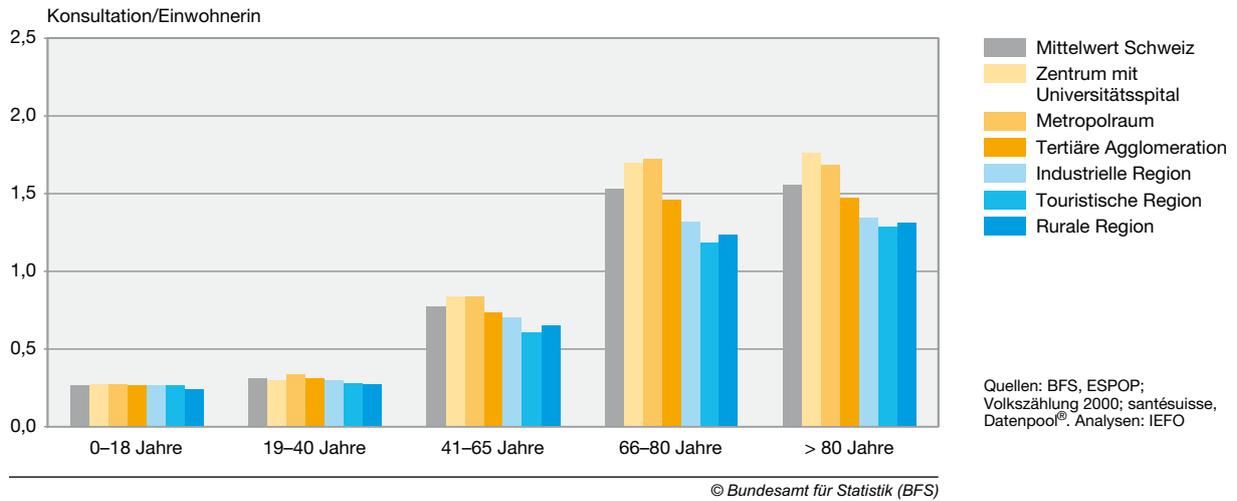
Auch die Inanspruchnahme der Leistungen von Fachärzten mit chirurgischer Tätigkeit steigt mit dem Alter. Im Alter zwischen 40 und 65 Jahren ist die Behandlungsinzidenz bei Frauen höher als bei Männern (0,77 vs. 0,62 Konsultationen/Einwohner). Während sie sich bei den Frauen ab dem Alter von 66 Jahren stabilisiert, sind es ab dem Alter von 80 Jahren die Männer, die häufiger einen Facharzt konsultieren (1,93 für Männer vs. 1,56 für Frauen Konsultationen/Einwohner).

Ab einem Alter von 41 Jahren liegt die Behandlungsinzidenz für alle Altersklassen und für beide Geschlechter in den Zentren mit Universitätsspital und in Metropolräumen über dem nationalen Durchschnitt, in den anderen Regionen unter dem nationalen Mittelwert.

Ab 66 Jahren sind die Behandlungsinzidenzen für Einwohner der peripheren Regionen wie auch der Tertiären Agglomerationen höher, als es bei Fachärzten ohne chirurgische Tätigkeit beobachtet wird.

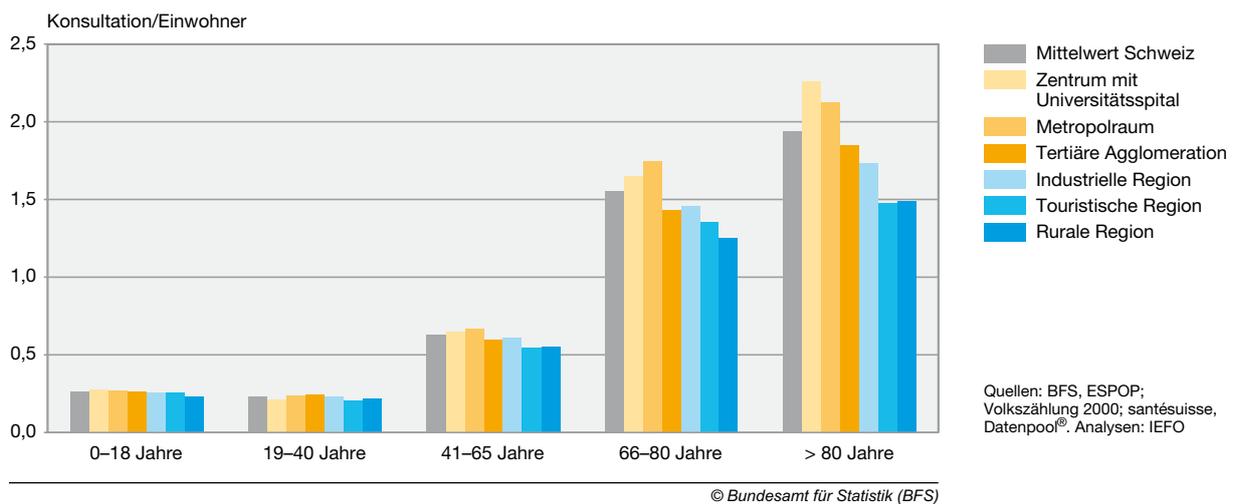
**Inanspruchnahme ambulanter Grundleistungen 2004:
Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit, Frauen**

Abb. 8



**Inanspruchnahme ambulanter Grundleistungen 2004:
Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit, Männer**

Abb. 9



Patientenströme

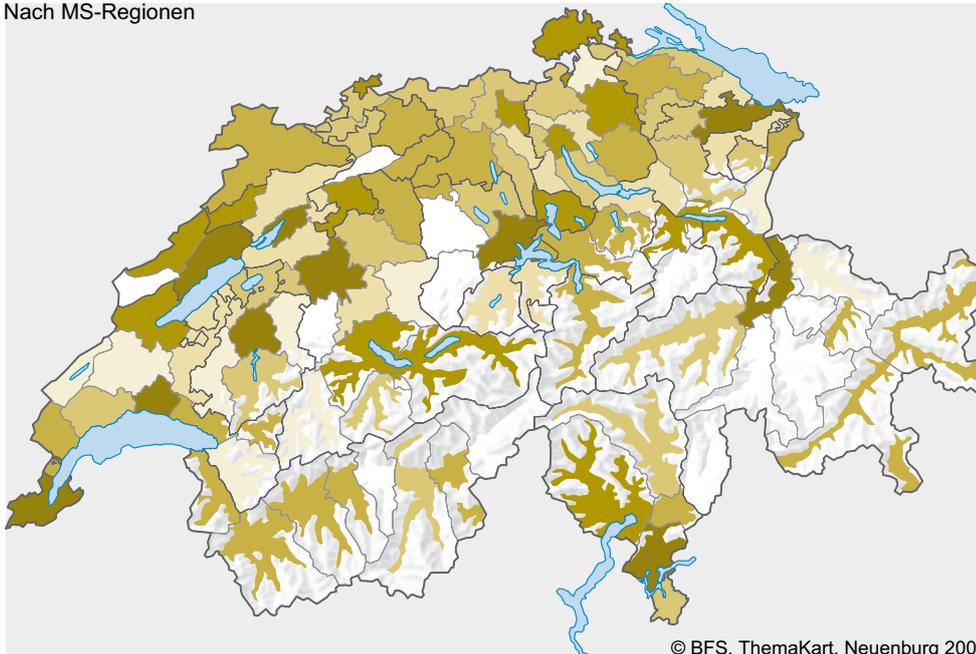
LI und MSI der beiden Facharztgruppen liegen ebenfalls sehr nahe beieinander und sind mit den Werten der Gynäkologie vergleichbar (Tabelle 35). Für beide Kategorien weist der Lokalisationsindex eine zweifache Stadt-Land-Variation auf: In Zentren mit Universitätsspital sind 80% der Patienten gebietsansässig, während in ruralen Regionen nur 33% der Patienten vor Ort behandelt werden. Im Gegensatz dazu lässt der Market Share Index keine deutliche Stadt-Land-Variation erkennen. Unabhängig vom Praxisstandort behandeln Ärzte einen etwa gleich hohen Anteil gebietsansässiger Patienten.

Die gesamtschweizerische Verteilung von LI und MSI der beiden Facharztgruppen findet sich in den Karten 29,30.

**Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit:
Lokalisationsindex, 2004**

K 29a

Nach MS-Regionen



Lokalisationsindex

- $\geq 0,92$
- 0,82 – 0,91
- 0,67 – 0,81
- 0,39 – 0,66
- 0,18 – 0,38
- $< 0,18$

□ Index ist nicht zu berechnen

Analyse: IEFO

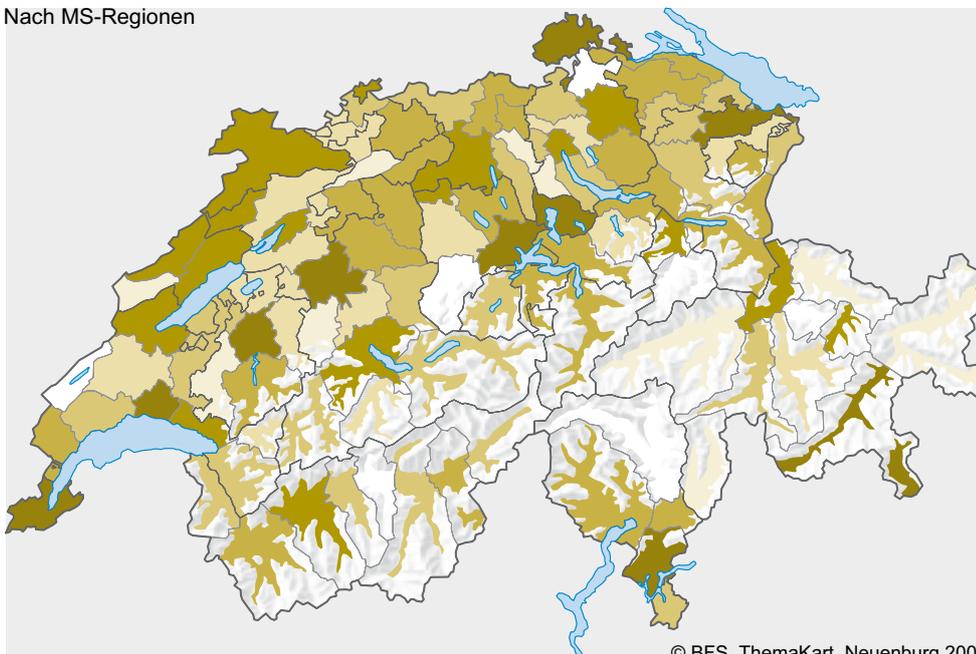
Quellen: santésuisse, BFS

© BFS, ThemaKart, Neuenburg 2006

**Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit:
Lokalisationsindex, 2004**

K 29b

Nach MS-Regionen



Lokalisationsindex

- $\geq 0,90$
- 0,79 – 0,89
- 0,63 – 0,78
- 0,35 – 0,62
- 0,16 – 0,34
- $< 0,16$

□ Index ist nicht zu berechnen

Analyse: IEFO

Quellen: santésuisse, BFS

© BFS, ThemaKart, Neuenburg 2006

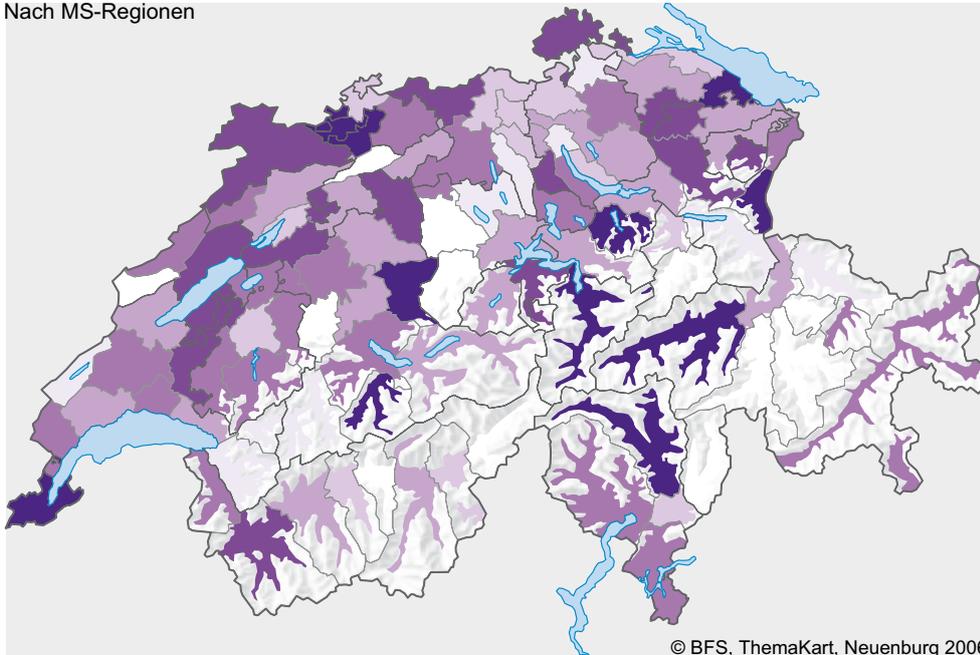
Mit weniger als 0,1 ergeben sich die niedrigsten LI-Werte für Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit für Glâne-Veveyse, Prättigau und Aigle. Die höchste Werte, nämlich $> 0,75$, werden in Lausanne, Bern und Genève erreicht.

Für Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit liegen die niedrigsten LI-Werte in Engiadina bassa, Thal und Surselva. Die höchsten Werte werden im Oberengadin, in Genève und in Bern ($\geq 0,93$) beobachtet.

**Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit:
Market Share Index, 2004**

K 30a

Nach MS-Regionen



Market Share Index

- $\geq 0,92$
- 0,85 – 0,91
- 0,77 – 0,84
- 0,69 – 0,76
- 0,61 – 0,68
- $< 0,61$

□ Index ist nicht zu berechnen

Analyse: IEFO

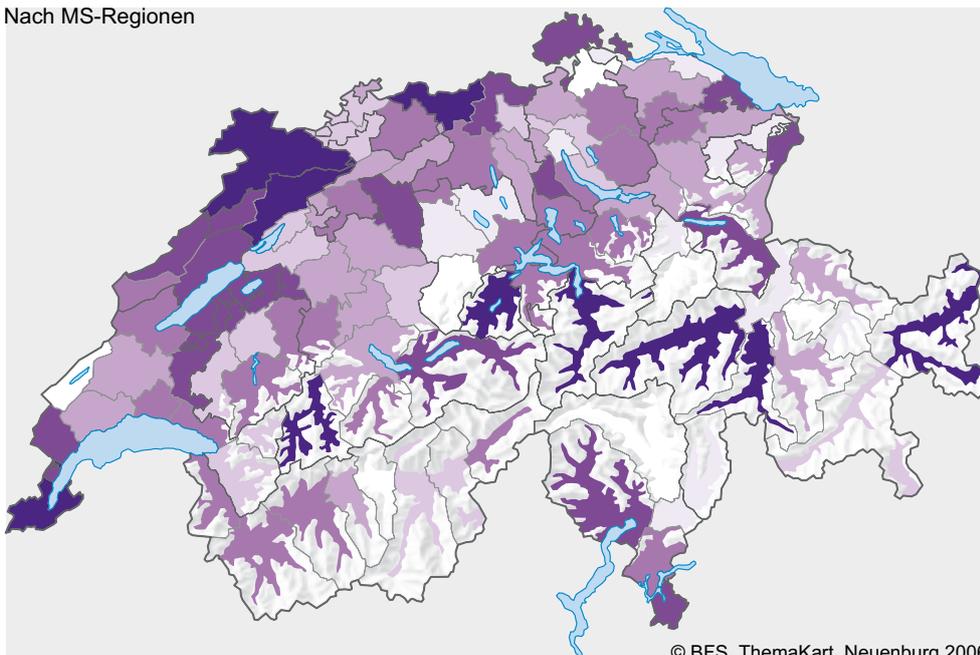
Quellen: santésuisse, BFS

© BFS, ThemaKart, Neuenburg 2006

**Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit:
Market Share Index, 2004**

K 30b

Nach MS-Regionen



Market Share Index

- $\geq 0,88$
- 0,81 – 0,87
- 0,71 – 0,80
- 0,64 – 0,70
- 0,59 – 0,63
- $< 0,59$

□ Index ist nicht zu berechnen

Analyse: IEFO

Quellen: santésuisse, BFS

© BFS, ThemaKart, Neuenburg 2006

Die niedrigsten MSI-Werte bei der Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit werden in Prättigau, Weinland und La Vallée beobachtet ($< 0,25$), die höchsten in Werdenberg, Uri und das Obere Emmental ($> 0,95$).

Bei der Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit sind die MSI am niedrigsten in Appenzell ARh, Davos und Mesolcina ($< 0,51$). Die höchsten Werte werden in Genève, Uri und Engiadina bassa erreicht ($> 0,94$).

In Zürich und Genf als grossen Zentren mit Universitätsspital ist die Situation gegensätzlich. Die mehr zentrale Lage von Zürich dürfte dazu beitragen, dass diese Region mehr externe Patienten anzieht, als es in Genf der Fall ist.

Niedrige MSI-Indizes in peripheren Regionen lassen hingegen vermuten, dass ein Teil der Patienten im Rahmen von Ferientaufenthalten dort betreut wird.

7.8 Inanspruchnahme von Leistungen der Psychiatrie einschließlich der Kinderpsychiatrie 2004

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im folgenden Abschnitt die Kinderpsychiatrie unter «Psychiatrie» subsumiert.

Psychiater erbringen mengenmässig 6% aller ambulanten Leistungen (Tabelle 25). Im Vergleich zu anderen Fachrichtungen ist der Anteil beanspruchter Leistungen in urbanen Zentren überdurchschnittlich: 70% aller psychiatrischen Leistungen werden für Einwohner aus Zentren mit Universitätsspital und aus Metropolräumen erbracht (Tabelle 25). Psychiater behandeln im Vergleich zu Ärzten anderer Fachrichtungen nur wenige Patienten und weisen auch die niedrigsten Konsultationshäufigkeiten auf (Tabelle 26). Die Anzahl jährlicher Arzt-Patient-Kontakte liegt jedoch weit über den entsprechenden Werten anderer Fachrichtungen: Psychiater sehen ihre Patienten im Durchschnitt 10,7 Mal pro Jahr. Die Behandlungsinzidenz für Psychiatrie in der Schweiz beträgt 0,36 Konsultationen pro Einwohner und ist somit die niedrigste aller untersuchten Fachrichtungen (Tabelle 30). Auffallend ist die starke Konzentration in den Zentren mit Universitätsspital gegenüber anderen städtischen Regionen (Tabelle 36).

Tabelle 36 Regionale Verteilung der Indikatoren der Inanspruchnahme im 2004, Psychiatrie

| MS-Regionstyp | Konsultationen/Einwohner | Lokalisationsindex | Market Share Index |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------|
| Zentrum mit Universitätsspital | 0,62 | 0,78 | 0,67 |
| Metropolraum | 0,36 | 0,45 | 0,65 |
| Tertiäre Agglomeration | 0,27 | 0,66 | 0,69 |
| Industrielle Region | 0,27 | 0,56 | 0,65 |
| Touristische Region | 0,15 | 0,20 | 0,61 |
| Rurale Region | 0,18 | 0,20 | 0,61 |

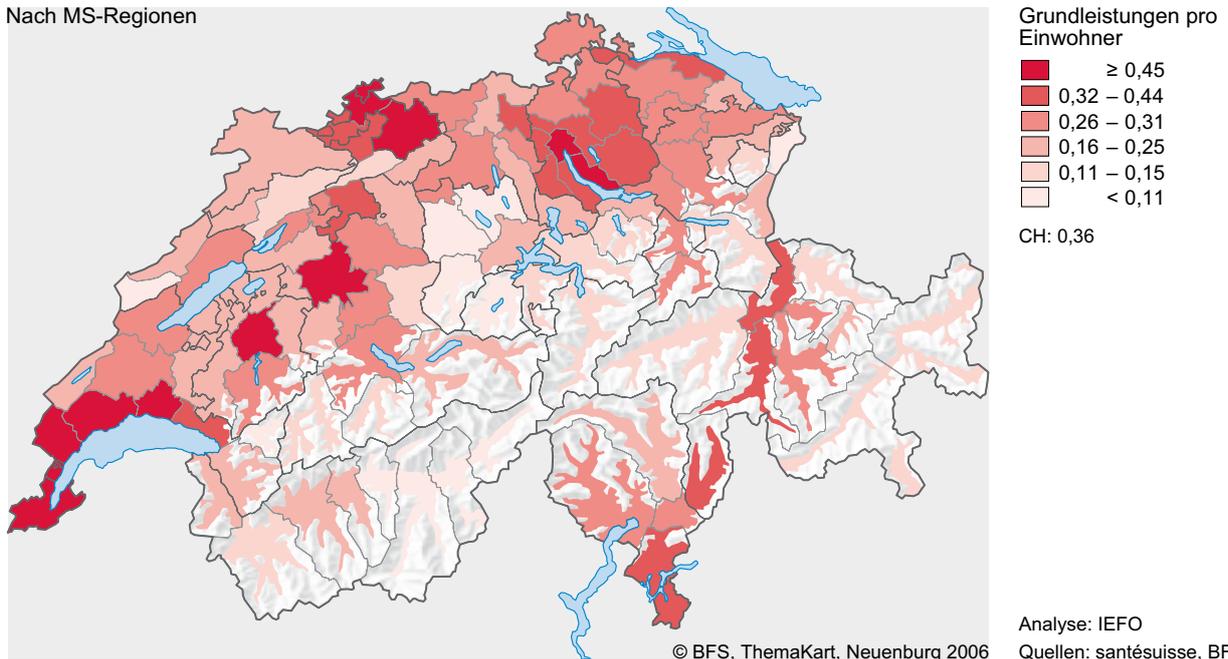
Quellen: BFS, ESPOP; Volkszählung 2000; santésuisse, Datenpool®. Analysen: IEFO

In Karte 31 werden die Behandlungsinzidenzen in den MS-Regionen dargestellt. Die Inanspruchnahme konzentriert sich deutlich auf städtische Gebiete: Während die höchsten Werte in Lausanne, Zürich, im Unteren Baselbiet und in Basel-Stadt ermittelt wurden ($> 0,6$ Konsultationen/Einwohner), liegen die niedrigsten Werte in Goms, Visp und Pays d'Enhaut ($< 0,05$ Konsultationen/Einwohner).

Psychiatrie: Behandlungsinzidenz, 2004

K 31

Nach MS-Regionen



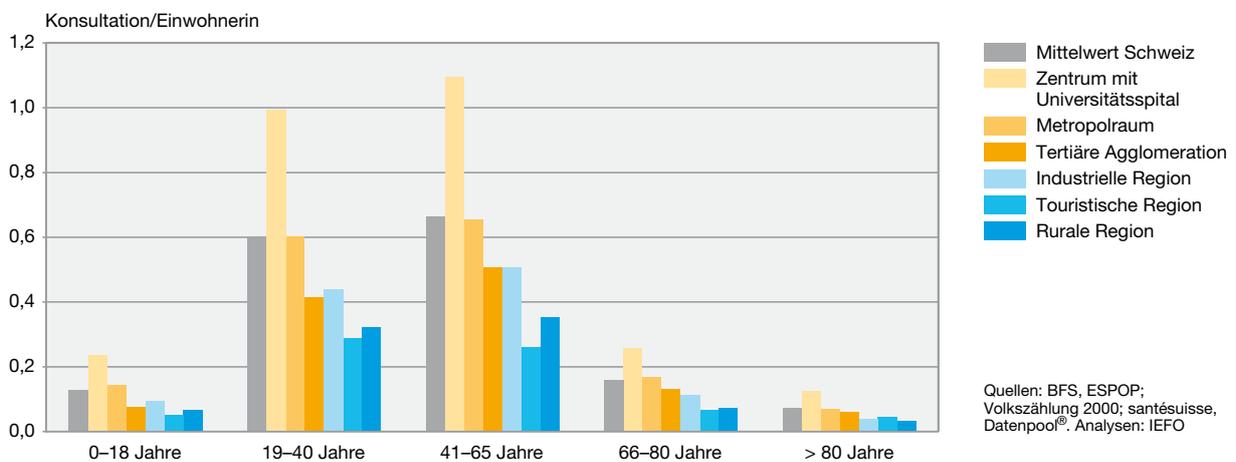
Die regionale Verteilung der Behandlungsinzidenzen für verschiedene Altersgruppen ist, getrennt nach Geschlecht, in Abbildungen 10-11 zusammengestellt.

Im Gegensatz zu anderen Fachrichtungen weisen diese Daten beträchtliche Geschlechtsunterschiede auf: Die Behandlungsinzidenz der weiblichen Population beträgt 0,44, die der männlichen Population 0,27 Konsultationen pro Jahr.

Auch die altersbedingte Variation der Inzidenz psychiatrischer Behandlungen zeigt ein von den anderen Fachrichtungen abweichendes Muster. Die Inzidenz psychiatrischer Behandlung nimmt nämlich mit zunehmendem Alter nicht kontinuierlich zu, sondern die höchste Inzidenz hat die Gruppe der 41- bis 65-Jährigen. Die regionale Verteilung der Inzidenzen weist von allen untersuchten Fachrichtungen das stärkste Stadt-Land-Gefälle auf: Bewohner in urbanen Zentren suchen fast vier Mal häufiger einen Psychiater auf als Bewohner ländlicher Regionen.

Inanspruchnahme ambulanter Grundleistungen 2004: Psychiatrie, Frauen

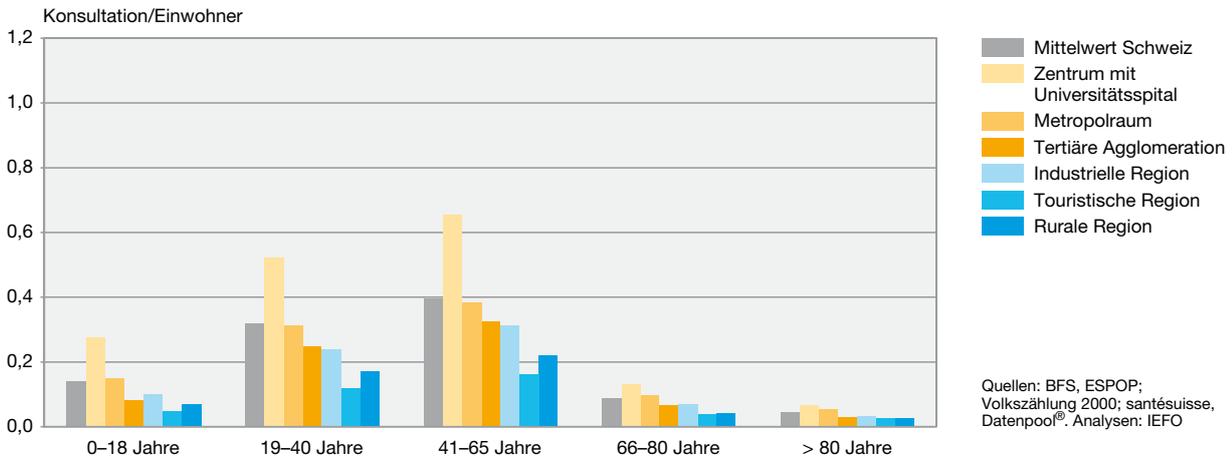
Abb. 10



© Bundesamt für Statistik (BFS)

**Inanspruchnahme ambulanter Grundleistungen 2004:
Psychiatrie, Männer**

Abb. 11



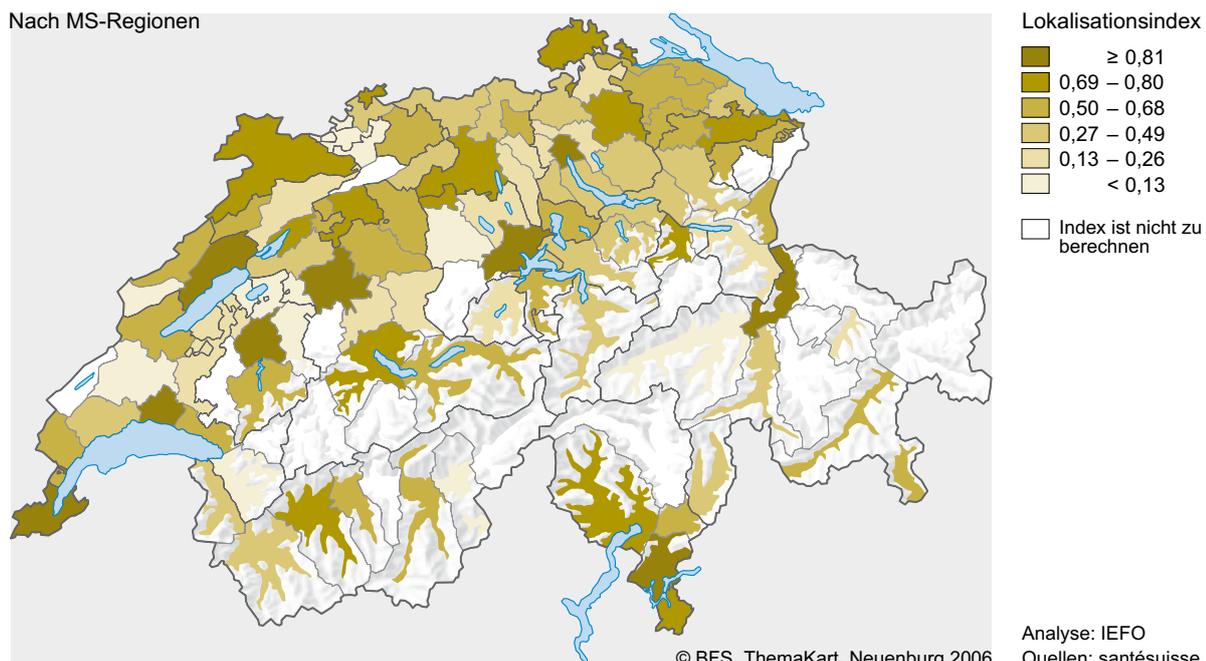
© Bundesamt für Statistik (BFS)

Patientenströme

Die regionalen Indizes der Inanspruchnahme und der Verfügbarkeit von Leistungen (LI und MSI) sind niedriger als in allen anderen Disziplinen (Tabelle 36). Ähnlich wie bei anderen Fachrichtungen differiert der LI zwischen einzelnen Regionen erheblich. So werden in ruralen Regionen nur 20% der Patienten vor Ort behandelt gegenüber 78% in urbanen Zentren (Karte 32). Regionen ohne Psychiater können nicht dargestellt werden. In den Regionen Sense, Willisau und Brig liegen die Werte des LI unter 0,06. Die Einwohner dieser Regionen besuchen fast ausschliesslich Psychiater in anderen Regionen. In Lausanne, Bern und Genève sind die höchste LI-Werte zu finden (LI > 0,90). Die Bewohner dieser Regionen besuchen vor allem lokale Psychiater.

**Psychiatrie:
Lokalisationsindex, 2004**

K 32



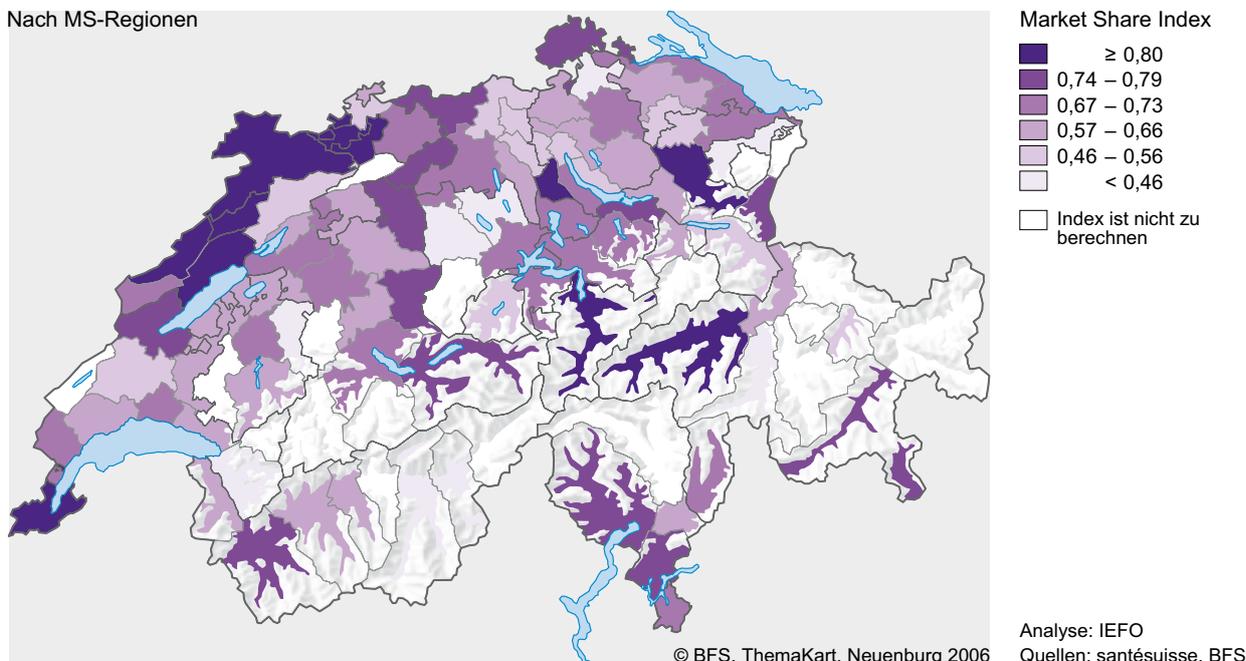
© BFS, ThemaKart, Neuenburg 2006

Analog zu den anderen Fachrichtungen zeigt der Market Share Index keine deutliche Stadt-Land-Variation. Unabhängig vom Praxisstandort behandeln Ärzte einen etwa gleich hohen Anteil gebietsansässiger Patienten. Wie aus Karte 33 hervorgeht, liegen die niedrigsten MSI-Werte in Willisau, Sense und Brig (MSI < 0,35), die höchsten im Jura, in Genève und in Uri (MSI > 0,90).

**Psychiatrie:
Market Share Index, 2004**

K 33

Nach MS-Regionen



7.9 Inanspruchnahme von ambulanten Spitalleistungen 2004

Mit 13% aller erbrachten ambulanten Leistungen stellen die Ambulanzen von Spitälern nach den Allgemeinmedizinern die wichtigste Gruppe von Leistungserbringern in diesem Bereich dar. Angaben zu den medizinischen Fachrichtungen, welche die Leistungen verrechnen, stehen jedoch nicht zu Verfügung.

Knapp 60% der ambulanten Spitalleistungen werden von Einwohnern aus den Zentren mit Universitätsspital oder aus Metropolräumen beansprucht (Tabelle 25). Im Vergleich zu den anderen Fachrichtungen ist aber die durchschnittliche Anzahl der Konsultationen pro Patient in einem Spital mit 2,5 geringer (Tabelle 26). Die gesamtschweizerische Behandlungsinzidenz beträgt 0,76 Konsultationen pro Einwohner, wobei ebenfalls ein Stadt-Land-Gefälle sichtbar ist (Tabelle 30 und 37).

Tabelle 37 Regionale Verteilung der Indikatoren der Inanspruchnahme 2004, ambulante Spitalabteilungen

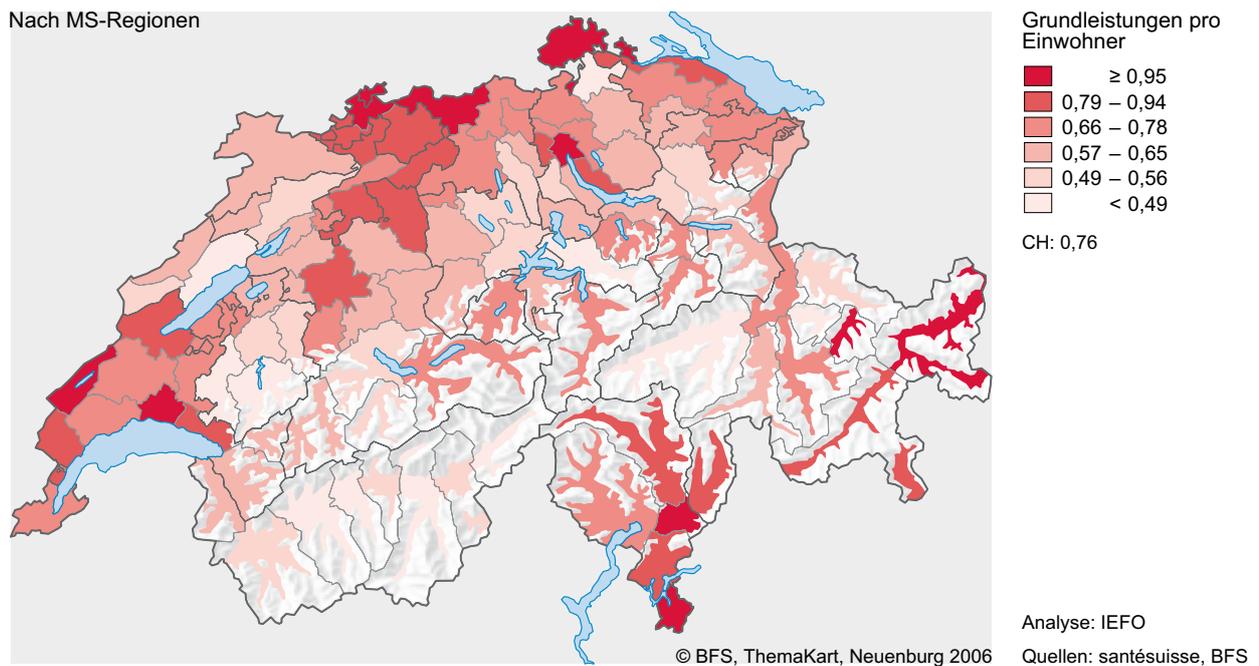
| MS-Regionstyp | Konsultationen/Einwohner | Lokalisationsindex | Market Share Index |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------|
| Zentrum mit Universitätsspital | 1,00 | 0,77 | 0,59 |
| Metropolraum | 0,75 | 0,45 | 0,64 |
| Tertiäre Agglomeration | 0,70 | 0,62 | 0,68 |
| Industrielle Region | 0,62 | 0,53 | 0,64 |
| Touristische Region | 0,60 | 0,43 | 0,74 |
| Rurale Region | 0,66 | 0,33 | 0,69 |

Quellen: BFS, ESPOP; Volkszählung 2000; santésuisse, Datenpool®. Analysen: IEFO

Die Behandlungsinzidenzen nach MS-Regionen zeigen deutliche Unterschiede. Die höchsten Inzidenzen sind einerseits in grossen Städten zu finden, aber auch in abgelegenen Regionen (Basel-Stadt, Lausanne, Engiadina Bassa: > 1,38 Konsultationen/Einwohner) (Karte 34). Im Goms, in der Innerschweiz und La Gruyère (< 0,41 Konsultationen/Einwohner) werden diese Leistungen am wenigsten in Anspruch genommen. Zu betonen ist, dass es sich hier um Regionen handelt, die auch Leistungen anderer Fachrichtung nur in geringem Mass in Anspruch nehmen.

**Spital ambulant:
Behandlungsinzidenz, 2004**

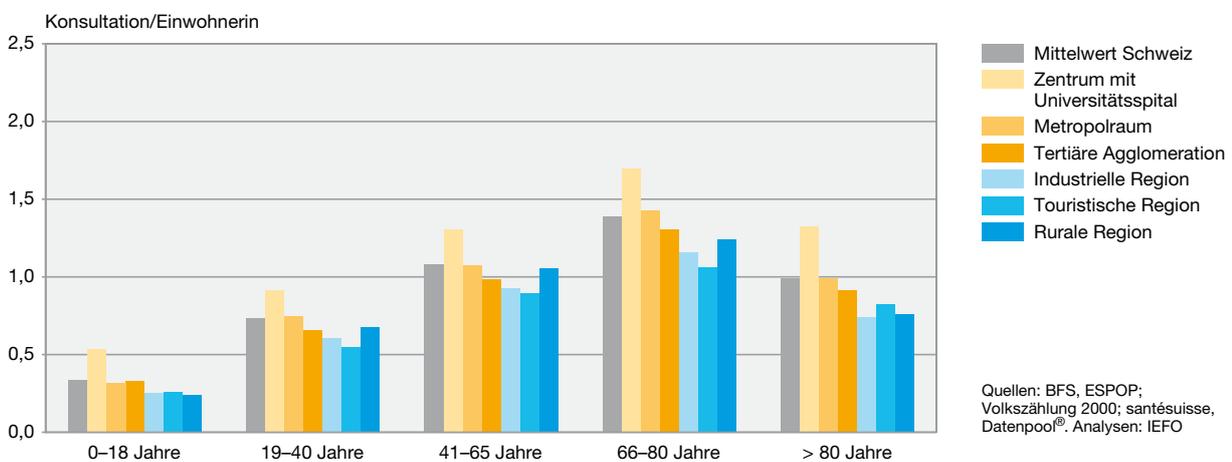
K 34



Ähnlich wie in anderen Fachrichtungen steigen die Behandlungsinzidenzen mit zunehmendem Alter, wobei geschlechtsspezifische Unterschiede beobachtbar sind (Abbildungen 12-13). Ab dem Alter von 80 Jahren beanspruchen Männer deutlich häufiger ambulante Spitalleistungen als Frauen (1,45 vs. 0,99 Konsultationen/

**Inanspruchnahme ambulanter Grundleistungen 2004:
Spital ambulant, Frauen**

Abb. 12

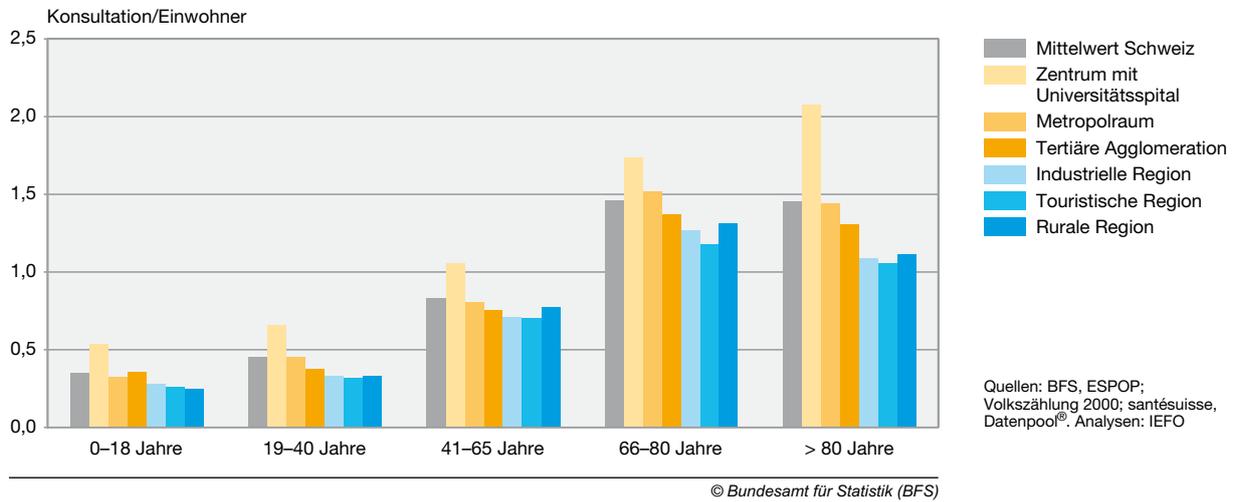


© Bundesamt für Statistik (BFS)

Einwohner). In allen Altersklassen sind die höchsten Behandlungsinzidenzen für beide Geschlechter in den Zentren mit Universitätsspital und in Metropolraum-Regionen zu sehen. Auch in ruralen Regionen sind die Behandlungsinzidenzen höher als in den anderen peripheren Regionen, allerdings nur für Bewohner unter 80 Jahre.

**Inanspruchnahme ambulanter Grundleistungen 2004:
Spital ambulant, Männer**

Abb. 13

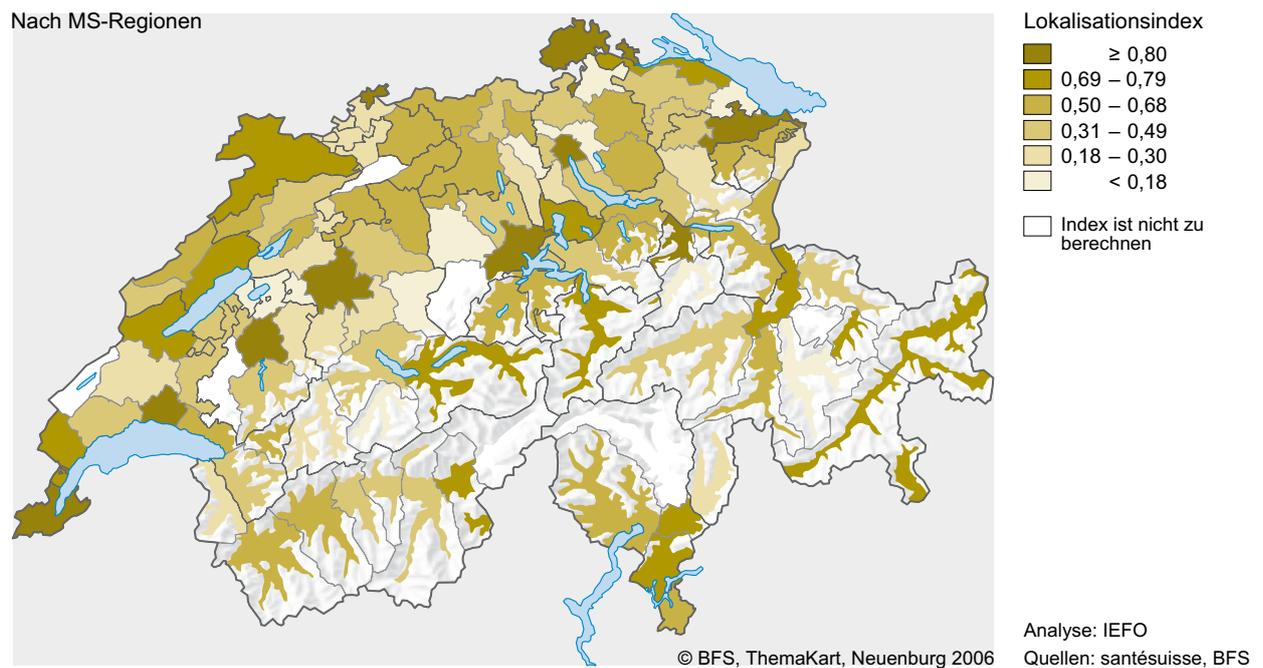


Patientenströme

LI und MSI weisen ähnlich wie in der Psychiatrie relativ geringe Werte auf. Je nach Typ werden 33-77% der Patienten innerhalb ihrer MS-Region behandelt, und Spitäler behandeln zu 59-74% Patienten aus der Region (Tabelle 37).

**Spital ambulant:
Lokalisationsindex, 2004**

K 35

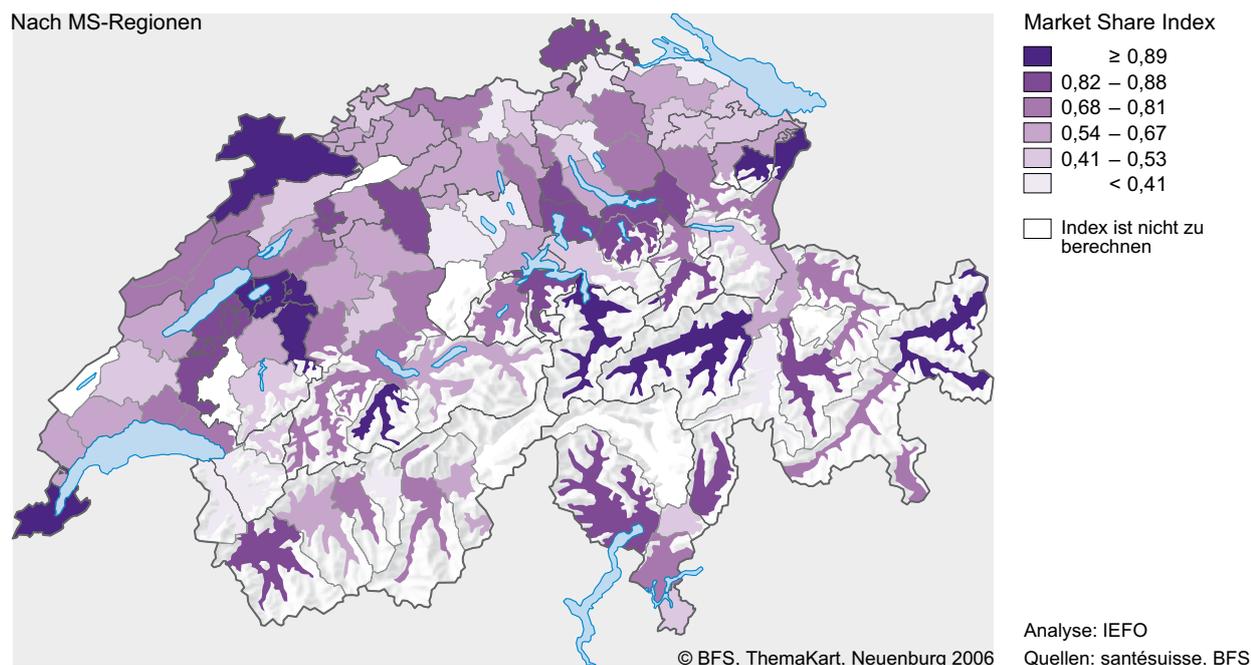


Die gesamtschweizerische Verteilung von LI und MSI ambulanter Spitalleistungen findet sich in den Karten 35, 36. Regionen ohne ambulante Spitalabteilung können nicht dargestellt werden. Werte $< 0,01$ wurden für Weinland, Kandertal und Willisau ermittelt: Die Bewohner dieser Regionen suchen Spitäler ausserhalb ihrer Region auf. Die höchsten Werte wurden in Zentren gefunden (Bern, Basel-Stadt und Genève LI $> 0,92$).

Die niedrigsten MSI Werte haben Leuk, Weinland und Glattal-Furtal (MSI $< 0,25$). Die höchsten Werte wurden in Genève, Jura und Uri erreicht (MSI $> 0,93$).

Spital ambulant: Market Share Index, 2004

K 36



7.10 Recours aux consultations médicales ambulatoires dans l'Assurance Obligatoire de soins: Résumé

L'objectif de ce chapitre est de décrire de manière systématique pour chaque région MS, qui parmi la population a recours à quel type de consultations, au sein de l'Assurance Obligatoire des soins (AOS). Cette analyse est réalisée en tenant compte du lieu de domicile des patients, ce qui permet de décrire le recours indépendamment du lieu où se déroulent les consultations. Cette description met en évidence l'importance relative de chaque type de médecine, en fonction de l'âge des assurés et du type de région considéré.

La **médecine de base** (médecine «générale») représente à elle seule 50% de toutes les consultations de l'AOS. C'est la catégorie pour laquelle le taux d'incidence des consultations est le plus élevé (2,9 consultations /habitant). Toutes les catégories d'âge font appel à ce type de soins mais le taux d'incidence des consultations s'élève avec l'âge des patients, jusqu'à dix consultations pour les habitants de plus de 80 ans. L'index de localisation et le «market share index», tous deux élevés dans les six types de régions, indiquent que ce type de médecine s'adresse surtout à la population locale. Le taux d'incidence pour ce genre de consultation est le plus élevé dans les agglomérations tertiaires, puis dans les régions périphériques où il dépasse celui observé dans les Centres avec Hôpital Université ou les régions métropolitaines.

La **gynécologie** représente 5% de toutes les consultations. C'est la catégorie où le nombre de consultation par patiente est le plus bas. Ce sont surtout les femmes entre 21-65 ans qui font appel à ces consultations, avec un gradient ville-campagne marqué. Le taux d'incidence le plus élevé s'observe chez les habitantes des régions métropolitaines, qui doivent néanmoins se déplacer plus souvent vers d'autres régions MS, pour consulter un gynécologue, que les habitantes des agglomérations tertiaires ou des Centres avec Hôpital Universitaires. Les habitantes des régions périphériques consultent peu le gynécologue. L'index de localisation relativement bas indique que ces consultations ont très souvent lieu chez des praticiens installés dans d'autres régions MS.

La **pédiatrie** représente également 5% de toutes les consultations. En moyenne un patient de pédiatrie voit son médecin 2.6 fois/année. Les garçons consultent un peu plus souvent que les filles. Les taux d'incidence les plus élevés se rencontrent dans les Centres avec Hôpital universitaire, avec un taux d'incidence de 1,8 consultation par enfant. Comme pour la gynécologie, les enfants des régions métropolitaines se déplacent souvent pour consulter un pédiatre installé dans une autre région MS. Dans les régions rurales où le taux d'incidence des consultations diminue à 0,9 consultation /enfant, seule la moitié de ces consultations sont réalisées sur place.

La **médecine spécialisée** s'adresse en premier lieu aux adultes entre 40 et 65 ans. Les taux d'incidence sont particulièrement élevés dans les Centres avec Hôpital Universitaire et les régions métropolitaines. Les taux d'incidence sont comparables dans les Agglomération tertiaires, les régions industrielles et touristiques et légèrement plus bas dans les régions rurales. Le clivage régional est plus marqué en ce qui concerne la médecine **sans activité chirurgicale** que la médecine **avec activité chirurgicale**. Comme pour la gynécologie et la pédiatrie, les taux d'incidence des consultation dans les régions métropolitaines sont élevés, mais la proportion de consultations réalisées sur place est plus basse que pour les autres régions urbaines, indiquant que ces patients se déplacent facilement vers d'autres régions pour recourir à ce genre de consultations. De même, dans les régions rurales, seul un tiers des consultations de médecine spécialisées sont réalisées sur place.

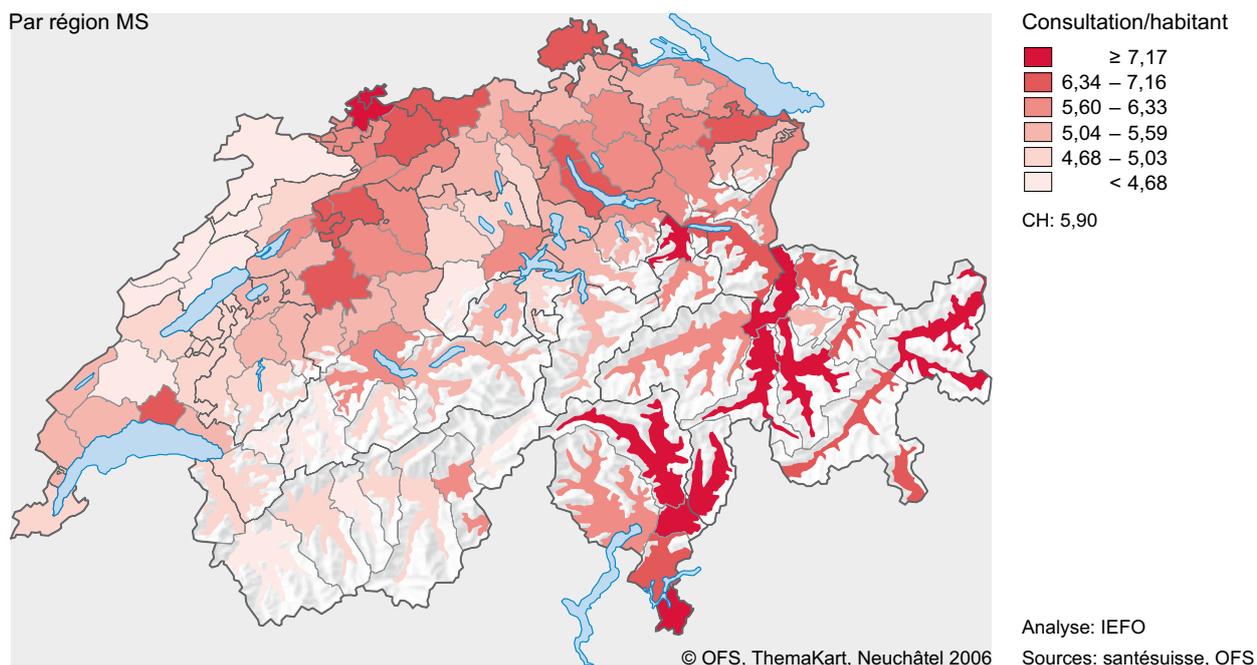
Le recours aux consultations de **psychiatrie** est bas et se concentre dans les grands centres urbains et concerne surtout les adultes entre 19 et 65 ans. C'est la catégorie pour laquelle le clivage entre les centres urbains et la périphérie est le plus marqué.

Avec 13% des consultations totales, les **consultations ambulatoires des hôpitaux** représentent la catégorie de soins la plus importante, après la médecine de base. La majorité de ces consultations se déroulent dans les Centres avec Hôpital Universitaire et les régions métropolitaines. Le recours à ce genre de consultations semble refléter plutôt l'importance de l'offre locale que de jouer un rôle de substitution en présence d'une offre basse en d'autres types de médecine.

Il existe donc de grandes variations d'une région MS à l'autre en ce qui concerne les **indicateurs de mouvements** des patients. Les différences sont les plus faibles pour la médecine de base, qui est la catégorie de médecine répartie de la manière la plus homogène dans les régions. En ce qui concerne l'**Index de localisation**, qui représente le taux de consommation locale de soins, les patients des Centres avec Hôpital Universitaire et des Agglomérations tertiaires sont ceux qui migrent le moins vers d'autres régions, pour toutes les catégories médicales considérées. Le **Market Share Index**, qui représente le degré d'attraction des médecins d'une région pour les patients d'autres régions est surtout marqué dans les Centres avec Hôpital Universitaire. Cette attraction est plus prononcée pour la médecine spécialisée, la gynécologie et les consultations ambulatoires des hôpitaux.

Taux d'incidence de l'ensemble des consultations, en 2004

C 37



Si l'on se penche sur l'ensemble des consultations, médecine de premier recours, médecine spécialisée, psychiatrie et consultation en hôpitaux, il existe un gradient est-ouest révélant des différences de comportement régionales. Comme l'illustre la carte 37, les taux d'incidence globaux sont plus élevés en Suisse orientale, mais proportionnellement, le taux d'incidence des consultations de médecine spécialisée est lui plus élevé en Suisse occidentale (ou dans les régions urbaines). Ces différences de recours sont approfondies dans les chapitres 8 et 9.

8 Soziodemographische und strukturelle Determinanten der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Allgemeinmedizinerinnen in der Schweiz

André Busato

8.1 Einleitung

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass ein erhöhtes Angebot medizinischer Leistungen nicht notwendigerweise zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands entsprechender Populationen führt [19]. Aufgrund derartiger Ergebnisse wurde 2002 in der Schweiz, zeitlich befristet, die Zulassung neuer Leistungserbringer durch den Bundesrat eingeschränkt.⁴⁷ Dass der Erlass des Bundesrates sich dabei mangels schweizerischer Daten weitgehend auf Ergebnisse ausländischer Untersuchungen stützte, führte zu heftiger Kritik nicht nur in der Ärzteschaft. In der vorliegenden Untersuchung sollen erste Hypothesen erarbeitet werden, die das Verhältnis von Angebot und Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im ambulanten Bereich aufgrund von Schweizer Daten zu erklären versuchen.

Das schweizerische Gesundheitssystem zeichnet sich durch dezentrale Strukturen und demzufolge eine hohe Heterogenität der angebotenen Leistungen und der Inanspruchnahme aus [20]. Die Berücksichtigung regionaler Faktoren sowie die Verwendung eines sinnvollen geographischen Raummodells sind deshalb wichtige Voraussetzungen, um valide und repräsentative Schätzwerte der Effekte struktureller und soziodemographischer Faktoren der Verfügbarkeit und Inanspruchnahme von Leistungen zu erhalten. Üblicherweise werden in diesem Zusammenhang Raummodelle verwendet, die auf politischen Strukturen oder sozioökonomischen Vorgaben basieren (i.e. Kantone, MS-Regionen, Versicherungsregionen etc.). Der Nachteil solcher Modelle liegt darin, dass es zu Verzerrungen kommen kann, wenn die Einwohner einer gegebenen Region medizinische Leistungen ausserhalb ihrer Region beanspruchen. Aus diesem Grund wird für die vorliegende Untersuchung ein alternatives Raummodell entwickelt, das auf Versorgungsgebieten basiert, die unabhängig von bestehenden Modellen direkt aus den verfügbaren Daten erstellt wurden.

Im Sinne einer Pilotstudie beschränkt sich diese Untersuchung auf die **Kategorie der Allgemeinmedizin** (Ärzte der FMH Fachrichtungen «Allgemeinmedizin», «Allgemein Innere Medizin», «Praktische Ärztin oder praktischer Arzt ohne Spezialisierung», «Gruppenpraxen» [nur juristische Personen]), welche die Kategorie mit den höchsten Behandlungsinzidenzen darstellt.

8.2 Methoden

8.2.1 Bildung von Versorgungsgebieten

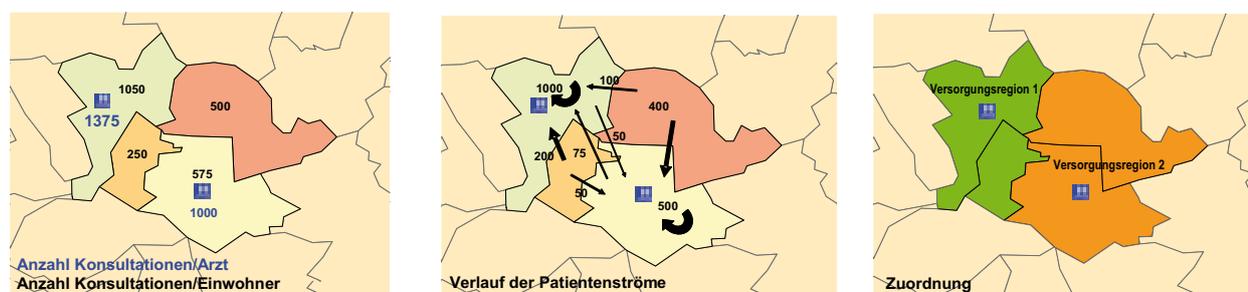
Die Bildung der Versorgungsgebiete beruht auf der Methodik der «Small Area Analysis». Sie stammt aus der Gesundheitssystemforschung und wurde von einer Forschergruppe um Wennberg in den letzten 25 Jahren entwickelt. Grundidee ist die Bildung von Einzugsgebieten anhand der effektiven Nutzung durch die Bevölkerung. Die Methode ermöglicht es, den geographischen Aspekt der Nutzung von Ressourcen zu betonen, ausserregionale Nutzung von Leistungen zu quantifizieren und Schwankungen der Nutzung von Ressourcen zwischen Einzugsgebieten zu messen. Basierend auf Konsultations- und Leistungserbringer-Daten können somit Versorgungsgebiete für ambulante medizinische Praxen gebildet werden [21].

⁴⁷ 832.103: Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Im Bereich der stationären Versorgung wurde die Bildung solcher Versorgungsgebiete für die Schweiz bereits durchgeführt und 2005 vom Bundesamt für Soziale Versicherungen publiziert.⁴⁸ Die Definition von Versorgungsgebieten ambulanter allgemeinmedizinischer Praxen erfolgt analog: Es wird für jede Gemeinde der Praxisstandort ermittelt, welcher für deren Versorgung am wichtigsten ist, d.h. wo die meisten Patienten der betreffenden Gemeinden behandelt wurden. Alle Gemeinden mit demselben Praxisstandort werden dann durch ein mehrstufiges Verfahren zu Versorgungsregionen zusammengefasst. Abbildung 14 verdeutlicht diese Zuordnung schematisch für vier fiktive Gemeinden: In zwei dieser Gemeinden befindet sich eine Arztpraxis (H). Die zwei Gemeinden ohne Arztpraxis werden entsprechend den Patientenströmen den jeweiligen hauptversorgenden Gemeinden zugeordnet. Es resultieren zwei Versorgungsgebiete. Teil 1 der Abbildung zeigt die Anzahl Fälle je Arzt und die Anzahl behandelter Einwohner; Teil 2 zeigt die effektiven Patientenströme anhand schwarzer Pfeile und Teil 3 stellt die resultierenden Versorgungsgebiete dar. Der Einfachheit halber finden alle Behandlungen ausschliesslich innerhalb der vier Gemeinden statt, wobei der Austausch von Patienten zwischen den vier Regionen (wie in der Realität) in jede Richtung erfolgt.

Bildung von Versorgungsregionen

Abb. 14



Diese Versorgungsregionen dienen als Untersuchungseinheiten der folgenden statistischen Analysen. Da sie sich in der Mehrheit der Fälle aus mehreren Gemeinden zusammensetzen, werden ihre demographischen Attribute anhand der Angaben zu der Wohnbevölkerung der jeweiligen Gemeinden im Jahr 2004 errechnet. Weiter werden für jede Versorgungsregion die Anzahl Allgemeinmediziner und Fachärzte pro 10 000 Einwohner sowie die Verfügbarkeit von ambulanten Spitalleistungen ermittelt.

8.2.2 Analyse der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen

Als Masszahl der Inanspruchnahme ambulanter Ressourcen wird in dieser Untersuchung die **Behandlungsinzidenz = Anzahl Konsultationen/Einwohner** im Jahr 2004 verwendet.

Die verwendeten Analyseverfahren stützen sich auf das Verhaltensmodell von Andersen, das es erlaubt, verschiedenartige Faktoren der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu beschreiben und zu analysieren [22]. In diesem Modell wird die Inanspruchnahme von Leistungen als Funktion von Umwelteinflüssen, von demographischen, kulturellen und sozioökonomischen Eigenschaften der jeweiligen Population (prädisponierende Charakteristika), der Verfügbarkeit von Ressourcen sowie der effektiven medizinischen Notwendigkeiten angesehen. Die im Rahmen dieser Studie verfügbaren Daten erlauben jedoch keinerlei Rückschlüsse auf den objektiven und subjektiven Gesundheitszustand der Bevölkerung. Deshalb beschränken wir uns hier auf Umwelteinflüsse, prädisponierende Charakteristika und verfügbare Ressourcen als erklärende Faktoren der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Tabelle 38).

⁴⁸ Eine gesamtschweizerische Analyse der Versorgungsregionen im stationären Bereich. In: Soziale Sicherheit, Zeitschrift des Bundesamtes für Sozialversicherungen BSV 2005; H. 2: 104–109

Tabelle 38 Faktoren, die die Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Ressourcen beeinflussen

| Bereich | Einflussfaktoren/Daten |
|----------------------------------|--|
| Umwelt- und kulturelle Einflüsse | Gemeindetypologie des BFS* Sprachregion |
| Demographische Beschreibung | Anzahl Einwohner Mittleres Alter der Population Altersindex (Verhältnis der >65- zu den <20-Jährigen Verhältnis weibliche/männliche Einwohner (F/M-Ratio) Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung |
| Sozioökonomische Beschreibung | Anteil Erwerbstätige in der Population Anteil Erwerbstätige mit niedrigem Einkommen Anteil Erwerbstätige mit hohem Einkommen |
| Verfügbare Ressourcen | Dichte der ambulanten Versorgung (Anzahl Haus- bzw. Fachärzte pro 10 000 Einwohner) Lokale Verfügbarkeit von ambulanten Spitalleistungen |

* Die neunstufige Gemeindetypologie des BFS erlaubt eine feinere Analyse als die sechsstufige MS-Regionstypologie, die in den vorherigen Kapiteln dieses Berichtes zugrunde gelegt wird.

8.2.3 Datenquellen

Die Behandlungsinzidenz wird aus den abgerechneten Grundleistungen (= Anzahl Hausbesuche und Konsultationen in der Praxis) gemäss santésuisse-Datenpool® (2004) und den BFS-Daten der Wohnbevölkerung der Gemeinden von 2004 errechnet. Die Zielgrösse liegt somit auf kommunalem Niveau vor.

Auch die erklärenden Faktoren, die in Tabelle 38 aufgelistet werden, beruhen auf Gemeindedaten des BFS. Sie liegen als Mittelwerte oder als prozentuale Anteile vor, d.h. sie sind ebenfalls auf Niveau Gemeinde aggregiert.

Da jedoch nicht in allen Gemeinden eine Arztpraxis bzw. ein Spital vorhanden ist, sind die Daten der Verfügbarkeit ärztlicher Leistungen auf dem Niveau der gebildeten Versorgungsregionen zusammengefasst, d.h. als Anzahl Leistungserbringer Ärzte/10 000 Einwohner.

8.2.4 Statistische Analyse

Eine erste Analyse der Daten erfolgt mit bivariaten Verfahren, um Zusammenhänge von Variablen zu beschreiben, d.h. mit Vergleichen von Mittelwerten für klassierte Daten und mit Berechnungen der Korrelationen von kontinuierlichen Variablen. Die Resultate dienen als Grundlage für die folgenden multivariaten Analysen.

Mit multifaktoriellen statistischen Verfahren lassen sich die Effekte soziodemographischer Faktoren und der Verfügbarkeit von Ressourcen auf die Inzidenz der Behandlung bei Allgemeinmedizinerinnen unter Berücksichtigung multipler Einflussgrössen abschätzen. Da sowohl Daten auf Niveau Gemeinde wie auch Daten auf Niveau Versorgungsregion benutzt werden, werden diese Analysen mit Hilfe von hierarchischen, linearen Modellen durchgeführt.

Die analytischen Verfahren gliedern sich in mehrere Schritte:

Der **erste Schritt** ist die Bildung eines statistischen Modells, das anfänglich eine Vielzahl von Faktoren enthält, die möglicherweise einen Einfluss auf Zielgrösse haben. Wegen nicht signifikanter Effekte, aufgrund von Analysen der Varianzkomponenten und der Übereinstimmung zwischen beobachteten und modellierten Daten wurden folgende Variablen von den weiteren Analyseschritten ausgeschlossen:

- Altersindex (Verhältnis der > 65-Jährigen zu den < 20-Jährigen)
- Anteil Erwerbstätige mit hohem Einkommen
- Anteil Erwerbstätige mit niedrigem Einkommen
- Anteil Erwerbstätige in der Population

8.3 Resultate

8.3.1 Eigenschaften der Versorgungsregionen

Die regionale Verteilung von Ärzten, Patienten und Behandlungsinzidenz gemäss der Gemeindetypologie des BFS ist in Tabelle 40 dargestellt. Aufgrund der Praxisstandorte und der Wohngemeinden der Patienten wurden 1018 Versorgungsregionen für die Kategorie Allgemeinmedizin gebildet. Im Durchschnitt umfasst eine Versorgungsregion 2,7 Gemeinden. Es ist zu beachten, dass die Behandlungsinzidenzen leicht von den vorgängig errechneten kantonalen bzw. MS-Region-Inzidenzen abweichen, da sich die Stichproben unterscheiden (26 Kantone, 106 MS-Regionen in den vorgängigen Analysen, 1018 Versorgungsregionen in dieser Studie).

Tabelle 40 Verteilung der Ärzte und Konsultationshäufigkeit nach Gemeindetypologie

| Gemeindetyp | Anteil Allgemeinmediziner % | Allgemeinmediziner pro 10 000 Einwohner | Anteil der Konsultationen | Behandlungsinzidenz |
|-------------------------------------|-----------------------------|---|---------------------------|---------------------|
| Urbane Zentren | 41,2 | 9,3 | 29,7% | 3,04 |
| Suburbane Gemeinden | 25,8 | 7,9 | 28,9% | 2,86 |
| Einkommensstarke Gemeinden | 4,7 | 9,6 | 3,9% | 2,23 |
| Periurbane Gemeinden | 7,2 | 7,8 | 10,0% | 2,62 |
| Touristische Gemeinden | 3,6 | 9,6 | 3,6% | 2,98 |
| Industrielle und tertiäre Gemeinden | 9,9 | 8,0 | 11,1% | 3,18 |
| Ländliche Pendlergemeinden | 3,3 | 7,5 | 5,9% | 2,57 |
| Agrar-gemischte Gemeinden | 3,8 | 7,7 | 5,8% | 2,63 |
| Agrarische Gemeinden | 0,5 | 8,7 | 1,0% | 2,64 |

Quellen: BFS; santésuisse, Datenpool®; Analyse: IEFO

Tabelle 41 Soziodemographische Daten von 1018 Versorgungsregionen der Allgemeinmedizin

| | 1018 Versorgungsregionen | | | | 2760 Gemeinden* | | | |
|---|--------------------------|--------|-------|---------|-----------------|--------|-------|---------|
| | Mittel | Median | Min. | Max. | Mittel | Median | Min. | Max. |
| Anzahl Gemeinden | 2,71 | 2,0 | 1 | 61 | - | - | - | - |
| Anzahl Einwohner | 7 318 | 3 754 | 282 | 419 599 | 2699 | 963 | 16 | 363 109 |
| Mittleres Alter | 38,45 | 38,36 | 32,69 | 51,48 | 38,57 | 38,30 | 28,36 | 60,28 |
| F/M-Ratio | 1,01 | 1,01 | 0,68 | 1,22 | 1,01 | 1,00 | 0,44 | 1,67 |
| Anteil ausländische Wohnbevölkerung in % | 0,15 | 0,14 | 0,01 | 0,52 | 0,12 | 0,10 | 0,00 | 0,57 |
| Anzahl Allgemeinmediziner | 6,45 | 3,00 | 1,00 | 510 | 2,38 | 0,00 | 0,00 | 487,00 |
| Allgemeinmediziner pro 10 000 Einwohner | 7,98 | 7,29 | 2,04 | 38,31 | 5,27 | 0,00 | 0,00 | 318,72 |
| Allgemeinmedizin-Konsultationen pro Einwohner | 3,00 | 3,00 | 0,70 | 7,68 | 2,73 | 2,72 | 0,02 | 8,75 |
| Fachärzte pro 10 000 Einwohner | 4,41 | 0,00 | 0,00 | 63,91 | 3,46 | 0,00 | 0,00 | 318,72 |
| Lokalisationsindex | 0,56 | 0,55 | 0,29 | 0,97 | ** | ** | ** | ** |
| Market Share Index | 0,60 | 0,61 | 0,07 | 0,93 | ** | ** | ** | ** |

* Gemeinden mit einem vollständigen Satz von Informationen, die im Rahmen der Analysen verwendet werden können

** Nicht berechenbar, da nicht in allen Gemeinden Arztpraxen vorhanden sind

Quellen: BFS; santésuisse, Datenpool®; Analyse: IEFO

Wie bei anderen Untersuchungen im Kontext dieses Projekts weisen die regionalen Daten auf eine beträchtliche Variation von Verfügbarkeit und Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Ressourcen hin. Betrachtet man jedoch die Versorgungsregionen, nehmen diese Variationen deutlich ab:

- Im Modell der Versorgungsregionen weist die Behandlungsinzidenz der Allgemeinmedizin eine elffache Variation auf gegenüber einer mehr als 400-fachen Variation im konventionellen Gemeinde-Modell.
- Die Anzahl Allgemeinmediziner pro 10 000 Einwohner einer Versorgungsregion variiert von 2,04 bis 38,3 gegenüber einer Variation zwischen 0,0 und 318,72 im konventionellen Gemeinde-Modell.
- Die Anzahl Fachärzte pro 10 000 Einwohner einer Versorgungsregion variiert von 0 bis 63,9 gegenüber einer Variation zwischen 0,0 und 318,72 im konventionellen Gemeinde-Modell.
- Nicht in der Tabelle dargestellt sind die 223 (22%) der 1018 Versorgungsregionen, in denen ambulante Leistungen durch Spitäler erbracht werden.

8.3.2 Bivariate Analyse

Eine Übersicht der Zusammenhänge zwischen kommunalen und regionalen Faktoren und der Behandlungsinzidenz bzw. dem Lokalisationsindex und Market Share Index findet sich in Tabelle 42. Auffallend ist, dass keine der Korrelationen von Behandlungsinzidenz und soziodemographischen Faktoren über einem Wert von 0,20 liegt. Die entsprechenden Beziehungen haben eher geringe lineare Zusammenhänge. Die deutlichsten Zusammenhänge mit der Behandlungsinzidenz haben Alter und Einkommensstruktur. Stärkere und statistisch signifikante positive Korrelationen werden dagegen zwischen der Grösse der regionalen Bevölkerung und dem LI bzw. dem MSI beobachtet (Korrelationskoeffizient LI: 0,44, MSI: 0,48). D.h. in bevölkerungsstarken Regionen werden ambulante Ressourcen häufiger lokal beansprucht bzw. für gebietsansässige Patienten erbracht.

Tabelle 42 Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Faktoren und Verfügbarkeit der Allgemeinmediziner mit der Inanspruchnahme von Allgemeinmedizin-Grundleistungen

| Faktor | Spearman-Korrelationskoeffizienten | | |
|--|------------------------------------|--------|--------|
| | Behandlungsinzidenz | LI | MSI |
| Anzahl Einwohner | -0,06 | 0,44* | 0,48* |
| Alter | 0,17* | 0,27* | 0,18* |
| Altersindex** | 0,20* | 0,34* | 0,23* |
| F/M-Ratio | 0,03 | 0,17* | 0,05* |
| Anteil ausländische Wohnbevölkerung | -0,02 | 0,20* | 0,15* |
| Anteil Erwerbstätige | -0,00 | -0,13* | -0,08* |
| Anteil Erwerbstätige mit hohem Einkommen*** | -0,19* | -0,17* | -0,15* |
| Anteil Erwerbstätige mit niedrigem Einkommen**** | 0,14* | 0,19* | 0,18* |
| Anzahl Allgemeinmediziner pro 10 000 Einwohner | 0,18* | 0,30* | -0,12* |
| Anzahl Fachärzte pro 10 000 Einwohner | -0,09 | 0,31* | 0,20* |
| Behandlungsinzidenz | - | 0,22* | 0,17* |
| Lokalisation Index | 0,22* | - | 0,57* |
| Market Share Index | 0,17* | 0,57* | - |

* signifikante Korrelationen: $p < 0,05$

** Verhältnis der > 65-Jährigen zu den < 20-Jährigen

*** Anteil Manager und Akademiker, gemäss der Statistik der Erwerbspersonen von 2000 (BFS, statweb)

**** Anteil nicht qualifizierter Arbeitnehmer, gemäss der Statistik der Erwerbspersonen von 2000 (BFS, statweb)

Quellen: BFS; santésuisse, Datenpool®; Analyse: IEFO

8.3.3 Multivariate Analyse

Die statistischen Verfahren ergeben für alle erklärenden Variablen im Modell mit Ausnahme des Anteils der ausländischen Wohnbevölkerung signifikante Effekte. In Tabelle 43 sind die Effekte der kontinuierlichen Variablen aufgeführt. Modellbasierte Mittelwerte der klassierten Variablen sind in Tabelle 44 dargestellt. Wegen signifikanter Interaktionen mit anderen Variablen wird der Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung im Modell belassen, auch wenn der Haupteffekt statistisch nicht signifikant ist.

Die Daten weisen auf einen positiven Zusammenhang zwischen Allgemeinmediziner-Dichte und Behandlungsinzidenz hin, d.h. mit jedem zusätzlichen Allgemeinmediziner in einer Population von 10 000 Einwohnern nimmt die Behandlungsinzidenz pro Einwohner um einen Wert von 0,10 zu (Tabelle 43). Umgekehrt besteht eine schwächere, aber statistisch knapp signifikante negative Beziehung zwischen Facharztdichte und Behandlungsinzidenz von Allgemeinmedizinerinnen. Mit jedem zusätzlichen Facharzt in einer Population von 10 000 Einwohnern sinkt die Behandlungsinzidenz bei Allgemeinmedizinerinnen um einen Wert von 0,01.

Tabelle 43 Schätzwerte der Effekte der kontinuierlichen erklärenden Faktoren (N= 2742)

| Variable | Effekt | 95%-Konfidenzintervall | p-Wert |
|---|--------|------------------------|--------|
| Intercept | 3,13 | 2,75–3,51 | <0,001 |
| Allgemeinmediziner pro 10 000 Einwohner | 0,10 | 0,01–0,19 | 0,029 |
| Fachärzte pro 10 000 Einwohner | -0,01 | -0,02– -0,004 | 0,002 |
| Mittleres Alter | 0,07 | 0,05–0,09 | <0,001 |
| F/M-Ratio | 0,57 | 0,08–1,06 | 0,022 |
| Anteil ausländische Wohnbevölkerung | 0,27 | -3,97–3,43 | 0,167 |
| Interaktion (F/M-Ratio * ausl. Wohnbevölkerung) | 9,39 | 4,08–14,71 | <0,001 |

Quellen: BFS; santésuisse, Datenpool®; Analyse: IEFO

Tabelle 44 Modellbasierte Mittelwerte (Least square means, LSM) der Behandlungsinzidenz von Sprachregionen, Gemeindetypen und Regionen mit oder ohne ambulante Spitalversorgung (N= 2742)

| Variable | Ausprägung | LSM | 95%-Konfidenzintervall |
|-----------------|-------------------------------------|-----------------|------------------------|
| Sprachregion*** | Deutsch | 2,97 | 2,91–3,04 |
| | Französisch | 2,09 | 1,99–2,19 |
| | Italienisch | 3,44 | 3,26–3,62 |
| | Rätoromanisch | 3,08 | 2,74–3,43 |
| Gemeindetyp*** | Zentren | 3,01 | 2,80–3,23 |
| | Suburbane Gemeinden | 2,98 | 2,85–3,10 |
| | Agrar-gemischte Gemeinden | 2,90 | 2,78–3,01 |
| | Einkommensstarke Gemeinden | 2,78 | 2,58–2,98 |
| | Periurbane Gemeinden | 2,85 | 2,73–2,97 |
| | Touristische Gemeinden | 2,90 | 2,76–3,05 |
| | Industrielle und tertiäre Gemeinden | 3,14 | 3,02–3,27 |
| | Agrarische Gemeinden | 2,63 | 2,50–2,77 |
| | Ländliche Pendlergemeinden | 2,87 | 2,76–2,99 |
| | Spital** | Nicht vorhanden | 2,99 |
| Vorhanden | | 2,81 | 2,69–2,93 |

** p = 0,003; *** p < 0,001

Quellen: BFS; santésuisse, Datenpool®; Analyse: IEFO

Das mittlere Alter und der Anteil Frauen in der Population sind signifikant positiv mit der Behandlungsinzidenz assoziiert. Daneben weisen die Daten auf deutliche signifikante Unterschiede der Behandlungsinzidenzen in den verschiedenen Sprachregionen der Schweiz hin. In Französisch sprechenden Gemeinden liegen die geringsten und in Italienisch sprechenden Gemeinden die höchsten Inzidenzen vor (Tabelle 44). Sozioökonomische Unterschiede sind ebenfalls signifikant mit der Behandlungsinzidenz assoziiert. In agrarischen und in einkommensstarken Gemeinden werden die geringsten Behandlungsinzidenzen beobachtet, während industriell-tertiäre Gemeinden die höchsten Inzidenzen aufweisen (Tabelle 44). Keine signifikante Assoziation besteht zwischen dem Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung der Gemeinden und der regionalen Inzidenz allgemeinmedizinischer Behandlungen.

Statistisch signifikante Relationen wurden zwischen dem Anteil Frauen und dem Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung sowie zwischen dem Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung und der Sprachregion festgestellt ($p = 0,001$). Dies weist darauf hin, dass der Ausländeranteil doch ein wichtiger Faktor für die Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer Ressourcen ist: In Gemeinden mit hohem Ausländer- und hohem Frauenanteil ist die Anzahl der Konsultationen bei Allgemeinmedizinern überdurchschnittlich hoch, wenn auch mit unterschiedlicher Ausprägung in den einzelnen Sprachregionen. Die Datengrundlage erlaubt es jedoch nicht, eine stratifizierte Untersuchung der Behandlungsinzidenzen von Schweizerinnen und Ausländerinnen vorzunehmen.

Ferner ist eine signifikante Interaktion zwischen der Allgemeinärzte-Dichte und der Sprachregion festzustellen ($p = 0,001$). Es folgt deshalb eine stratifizierte Untersuchung nach Sprachregionen.

Stratifizierte Untersuchung nach Sprachregionen

Die Ergebnisse dieser spezifischen Analyse sind in den Tabelle 45 (kontinuierliche Variablen) und 46 (klassierte Variablen) dargestellt⁴⁹. Da es nur verhältnismässig wenige rätoromanisch sprechende Gemeinden gibt, werden die betreffenden Resultate als wenig zuverlässig erachtet und deshalb hier nicht berücksichtigt.

Tabelle 45 Spezifische Analysen nach Sprachregionen, Effekte kontinuierlicher Variablen (p-Werte)

| Faktor | Deutsch (n=1640) | Französisch (n=815) | Italienisch (n=224) |
|---|------------------|---------------------|---------------------|
| Konstant | 3,09*** | 2,01*** | 3,14*** |
| Allgemeinmediziner pro 10 000 Einwohner | 0,06*** | 0,02 | 0,02 |
| Fachärzte pro 10 000 Einwohner | -0,01* | < -0,01 | -0,01 |
| Mittleres Alter | 0,08*** | 0,05*** * | 0,10** |
| F/M-Ratio | 0,60 | 0,94* | 0,94 |
| Anteil ausländische Wohnbevölkerung | 2,08*** | 0,59 | 0,84 |
| Interaktion (F/M-Ratio * ausl. Wohnbevölkerung) | 14,75** | 11,73* * | 8,90 |

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Quellen: BFS; santésuisse, Datenpool®; Analyse: IEFO

Die Ergebnisse zeigen unterschiedliche Effekte sowohl für die Versorgung mit Allgemeinmedizinern als auch mit Fachärzten. In deutschsprachigen Gemeinden besteht ein positiver und signifikanter Zusammenhang zwischen Allgemeinmediziner-Dichte und Behandlungsinzidenz, während in Französisch und Italienisch sprechenden Gemeinden zwar auch positive, nicht aber signifikante Effekte beobachtet werden. In allen drei Sprachregionen besteht ein konstanter «protektiver Effekt» der Facharztdichte auf die Häufigkeit der Konsultation von Allgemeinmedizinern. D.h. die Präsenz eines zusätzlichen Facharztes in einer Region mit einer Population von 10 000 Einwohnern vermindert die Konsultationshäufigkeit in der Allgemeinmedizin um einen Faktor von 0,01. Dieser Effekt ist allerdings nur in der Deutschschweiz signifikant.

⁴⁹ Diese Analyse erfolgt nach Ausschluss der 63 Rätoromanisch sprechenden Gemeinde.

Der Effekt des Anteils der ausländischen Wohnbevölkerung ist in den verschiedenen Sprachregionen der Schweiz signifikant unterschiedlich. In Deutsch sprechenden Gemeinden besteht im Verhältnis zu anderen Faktoren eine starke positive Assoziation mit der Behandlungsinzidenz, d.h. pro Prozent zusätzlicher ausländischer Wohnbevölkerung steigt die Inzidenz um den Wert 2.08. Im Gegensatz dazu sind in den Französisch und Italienisch sprechenden Gemeinden diesbezüglich keine signifikanten Effekte feststellbar.

Der Paarweise Vergleich der Mittelwerte von klassierten Variablen (Gemeindetyp, ambulante Spitalleistungen) ergibt signifikante Unterschiede der Behandlungsinzidenz zwischen Deutsch und Französisch sprechende Gemeinden für die verschiedenen Gemeindetypen und je nach regionaler Verfügbarkeit ambulanter Spitalleistungen. Keine signifikanten Unterschiede werden beim Vergleich mit Italienisch sprechenden Gemeinden beobachtet (Tabelle 46).

Tabelle 46 Modellbasierte Mittelwerte (Least square means, LSM) der Behandlungsinzidenz in verschiedenen Gemeindetypen und Regionen mit oder ohne ambulante Spitalversorgung, stratifiziert nach Sprachregionen

| Variable | Ausprägung | LSM Behandlungsinzidenz (LSM- Vertrauensintervalle) | | |
|-------------|-------------------------------------|---|------------------------|------------------------|
| | | Deutsch (n=1640) | Französisch (n=815) | Italienisch (n=224) |
| Gemeindetyp | Zentren | 3,13 (2,88–3,37) | 2,14 (1,80–2,49) | 3,15 (2,16–4,13) |
| | Suburbane Gemeinden | 3,08 (2,96–3,19) | 2,12 (1,94–2,29) | 3,36 (2,91–3,82) |
| | Agrar-gemischte Gemeinden | 2,93 (2,82–3,03) | 2,07 (1,95–2,19) | 3,99 (3,31–4,68) |
| | Einkommensstarke Gemeinden | 2,92 (2,66–3,18) | 1,88 (1,64–2,12) | 3,25 (2,50–4,00) |
| | Periurbane Gemeinden | 2,93 (2,82–3,04) | 2,04 (1,90–2,17) | 3,31 (2,94–3,69) |
| | Touristische Gemeinden | 3,05 (2,88–3,22) | 1,95 (1,69–2,21) | 3,16 (2,59–3,73) |
| | Industrielle und tertiäre Gemeinden | 3,25 (3,13–3,36) | 2,31 (2,15–2,46) | 3,82 (3,38–4,26) |
| | Agrarische Gemeinden | 2,75 (2,60–2,90) | 1,68 (1,52–1,84) | 3,62 (3,08–4,15) |
| | Ländliche Pendlergemeinden | 2,92 (2,82–3,02) | 2,03 (1,92–2,15) | 3,76 (3,29–4,23) |
| Spital | Nicht vorhanden | 3,06 (2,99–3,13) | 2,17 (2,05–2,29) | 3,51 (3,16–3,86) |
| | Vorhanden | 2,93 (2,81–3,05) | 1,88 (1,75–2,01) | 3,47 (2,96–3,98) |

Quellen: BFS; santésuisse, Datenpool®; Analyse: IEF0

Varianzkomponenten

Neben den Schätzwerten der Effekte der erklärenden Variablen werden zusätzlich die entsprechenden Varianzkomponenten der Behandlungsinzidenz auf regionaler Ebene errechnet (Tabelle 47). Die Varianzkomponenten bestimmen den Anteil der durch das statistische Modell erklärten Variation auf Niveau Versorgungsregion und können als Mass der Wichtigkeit regionaler Faktoren interpretiert werden. Es ergeben sich relativ hohe Intraklass-Korrelationskoeffizienten für die Regionen: Die totale Variation der Behandlungsinzidenz wird zu 39,3% durch Unterschiede zwischen den Versorgungsregionen erklärt bzw. es besteht eine beträchtliche Korrelation der Behandlungsinzidenzen der Gemeinden innerhalb einer Versorgungsregion.

Tabelle 47 Anteil der erklärten regionalen Variation der Behandlungsinzidenz

| Varianzkomponente | Anteil der regionalen Variation | | | |
|---|---------------------------------|---------|-------------|-------------|
| | Gesamt CH | Deutsch | Französisch | Italienisch |
| Pseudo-R2 | 0,364 | 0,158 | 0,187 | 0,166 |
| Region (ICC)* | 0,394 | 0,280 | 0,194 | 0,277 |
| Allgemeinmediziner pro 10 000 Einwohner | 0,029 | 0,101 | - ** | - |
| Fachärzte pro 10 000 Einwohner | 0,031 | 0,011 | 0,189 | < 0,001 |
| Spital | 0,044 | 0,016 | 0,302 | - |

* Intraklass-Korrelationskoeffizient

** negative Varianzkomponenten

Quellen: BFS; santésuisse, Datenpool®; Analyse: IEFO

Die Varianzkomponenten der Ärztedichte und der ambulanten Spitalversorgung der gesamtschweizerischen Daten weisen eher geringe Werte auf. Nur 2,9% bzw. 3,1% der regionalen Variation der Behandlungsinzidenz wird durch die Dichte der Allgemeinmediziner bzw. Fachärzte erklärt.

Die nach Sprachregionen stratifizierte Analyse zeigt jedoch ein anderes Bild. In der Deutschschweiz beträgt der Anteil der durch die Dichte der Allgemeinmediziner erklärbaren regionalen Varianz 10,1%. In den anderen Sprachregionen sind aufgrund sehr niedriger Werte keine Varianzkomponenten für die Allgemeinmediziner-Dichte berechenbar. In Bezug auf die Dichte von Fachärzten und die Verfügbarkeit ambulanter Spitalleistungen bestehen ebenfalls Unterschiede zwischen der Deutsch und der Französisch sprechenden Schweiz (Tabelle 47). Im Tessin sind die entsprechenden Werte sehr niedrig bzw. nicht berechenbar.

8.4 Diskussion

Das schweizerische Gesundheitswesen ist durch dezentrale Strukturen sowie durch starke kantonale und regionale Einflüsse geprägt. Die Kosten sind hoch, und Veränderungen sind schwer umzusetzen. Um die ständig weiter steigenden Kosten einzudämmen, erliess der Bund 2002 einen Zulassungsstopp für Ärzte. Diese ausserordentliche Massnahme gründete auf der Annahme, dass die Anzahl Leistungen und die Höhe der Kosten positiv mit der Dichte der ärztlichen Versorgung assoziiert sind. Der Effekt dieser Massnahme war jedoch gering, sodass nach wie vor offen ist, welche Faktoren in der Schweiz zur Steigerung der Nachfrage von medizinischen Leistungen im ambulanten Bereich beitragen.

Die vorliegende Studie geht von einem Verhaltensmodell aus, das die Nachfrage medizinischer Leistungen als Funktion von multiplen gesellschaftlichen und individuellen Einflüssen darstellt. In diesem Sinne wird ein statistisches Modell entwickelt, das demographische und soziokulturelle Daten wie auch strukturelle Eigenschaften der ambulanten medizinischen Versorgung als erklärende Faktoren der Nachfrage definiert. Auf diese Weise werden Daten aus verschiedenen Quellen und auf zwei Aggregationsniveaus analysiert: Bevölkerungsdaten stehen auf Stufe Gemeinde zur Verfügung, und strukturelle Merkmale des Angebots werden auf Stufe Versorgungsregion analysiert. Da Versorgungsregionen möglichst abgeschlossenen regionalen Märkten entsprechen sollen, werden sie, im Gegensatz zu anderen Studien, mit Hilfe eines Raummodells gebildet, das direkt aus den verfügbaren Daten abgeleitet wird. Dieses Verfahren ergibt Versorgungsregionen, in denen 57% der Population lokal behandelt werden bzw. Ärzte 60% gebietsansässige Patienten behandeln. Diese Zahlen entsprechen Werten, die auch in der Literatur zu finden sind [21]. Es kann angenommen werden, dass dieses Verfahren verzerrende Effekte durch ausserregionale Patienten reduziert und eine adäquatere Repräsentation der ambulanten medizinischen Versorgung erlaubt als beispielsweise Analysen, die mit Hilfe politisch oder ökonomisch definierter Raummodelle durchgeführt werden. Die gebildeten Versorgungsgebiete sind kleiner als Kantone oder MS-Regionen, weisen aber ähnliche Indizes der lokalen Inanspruchnahme und Verfügbarkeit (LI und MSI) von ambulanten Leistungen auf. In diesem Sinne ermöglichen Versorgungsregionen eine genauere Analyse regionaler Unterschiede.

Die Resultate dokumentieren deutliche regionale Unterschiede im Hinblick auf Verfügbarkeit und Inanspruchnahme der medizinischen Grundversorgung der Schweiz. Wenig überraschend ist, dass Unterschiede zwischen den Sprachregionen dabei eine sehr wichtige Rolle spielen.

Die niedrigeren Behandlungsinzidenzen der Allgemeinmediziner in Französisch sprechenden Gebieten lassen vermuten, dass Patienten sich dort häufiger bei Spezialisten behandeln lassen. Ob sie direkt zum Facharzt gehen, ohne vorgängig einen Allgemeinarzt zu konsultieren, oder ob sie häufiger an einen Facharzt überwiesen werden, kann aufgrund der verfügbaren Daten nicht beantwortet werden. Die gleiche Frage stellt sich angesichts der niedrigeren Behandlungsinzidenzen in einkommensstarken Gemeinden.

In den Italienisch und Rätoromanisch sprechenden Gebieten werden die höchsten Inzidenzen beobachtet. Es muss davon ausgegangen werden, dass wegen grosser Distanzen vom Wohnort zum nächsten Facharzt bzw. zum nächsten Spital die Allgemeinmediziner häufiger konsultiert werden und teilweise die Funktion von Fachärzten übernehmen.

Die vorliegenden Daten zeigen demnach, dass die Anzahl der niedergelassenen Ärzte eine wichtige Determinante der Inanspruchnahme von ambulanten Ressourcen ist. Die Effekte sind allerdings in den verschiedenen Sprachregionen unterschiedlich ausgeprägt.

In der Deutschschweiz sind sowohl der die Inzidenz induzierende Effekt des allgemeinmedizinischen Angebots wie auch der die Inzidenz reduzierende Effekt des Vorhandenseins von Fachärzten am deutlichsten ausgeprägt. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass im Vergleich zu den Schätzwerten für Allgemeinmedizin die Effekte der Fachärzte sehr gering sind (Tabelle 44). Demzufolge scheint in der Deutschschweiz die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen in einem höheren Mass durch das Angebot bedingt zu sein als in anderen Gebieten der Schweiz. Auch besteht hier eine Konkurrenz zwischen Haus- und Fachärzten.

Im Gegensatz dazu scheint der die Inzidenz reduzierende Effekt von ambulanten Spitalleistungen unabhängig von der Sprachregion zu sein. Der Effekt reduziert die Behandlungsinzidenz von Allgemeinmedizinen in der ganzen Schweiz konstant um 0,18 Konsultationen pro Jahr und Einwohner.

Aufgrund der Analyse der Varianzkomponenten muss jedoch die Bedeutung dieser Effekte relativiert werden. Der durch die Dichte der Allgemeinmediziner erklärte Anteil der Varianz der Behandlungshäufigkeit beträgt auf nationaler Ebene lediglich 2.9%. Daher ist nicht zu erwarten, dass regulative Eingriffe in die Ärztedichte zu einer spürbaren Verminderung der Nachfrage nach ambulanten Leistungen in der Allgemeinmedizin führen werden. Die teils beträchtlichen Unterschiede im Ausmass der Varianzkomponenten zwischen den Sprachregionen sind Gegenstand weiterer Untersuchungen.

Neben Faktoren der Angebotsstruktur und sprachlichen bzw. kulturellen Unterschieden spielen auch soziodemographische Faktoren eine wichtige Rolle für die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen [5, 23]. Die Effekte von Alter und Geschlecht bestätigen bekannte Phänomene in diesem Bereich. Die nicht signifikanten Interaktionen von Alter bzw. Geschlecht und Sprachregion geben Grund zur Annahme, dass die entsprechenden Effekte in der ganzen Schweiz konstant sind. D.h. mit zunehmenden Alter und zunehmendem Anteil von Frauen in der Population steigen die Behandlungsinzidenzen bei Allgemeinmedizinen. Dabei ist der Anteil Frauen der höchste Effektschätzer aller Haupteffekte im verwendeten statistischen Modell.

Im Gegensatz zu den anderen soziodemographischen Effekten ist der Effekt des Anteils der ausländischen Wohnbevölkerung in den Sprachregionen nicht konstant. Vor allem in der Deutschschweiz ist der Ausländeranteil offensichtlich positiv mit der Behandlungsinzidenz bei Allgemeinmedizinerinnen assoziiert, und in allen Regionen besteht ein Zusammenhang mit dem Ausländeranteil und dem Anteil Frauen in der Population.

Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Gemeindetypen sind auf der Basis der vorliegenden Daten schwer zu interpretieren. Es ist jedoch anzunehmen, dass die Unterschiede unter anderem auf unterschiedliche Angebotsstrukturen der ambulanten und der stationären medizinischen Versorgung zurückzuführen sind. Da keine signifikanten Interaktionen mit den Sprachregionen festgestellt wurden, kann davon ausgegangen werden, dass die entsprechenden Effekte gesamtschweizerisch konstant sind.

Limitationen der Untersuchung

Die Inanspruchnahme medizinischer Ressourcen ist von einer Vielzahl von Faktoren des Angebots und der Nachfrage abhängig, die offenbar einer bestimmten Ordnung folgen [22]. Wegen dieser Komplexität ist es kaum möglich, alle relevanten Faktoren zu bestimmen und in entsprechenden Modellverfahren berücksichtigen. Ein besonderes Problem in diesem Zusammenhang ist der Umstand, dass keine Daten über den effektiven Gesundheitszustand der Bevölkerung als eine der wichtigsten Determinanten der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zur Verfügung stehen. Auch erlauben die vorliegenden Daten keine Aussagen über die Gründe, warum Patienten einen Arzt aufsuchen, und sie enthalten keinerlei Information über den diagnostisch-therapeutischen Prozess während einer Konsultation. D.h. es ist nicht nachvollziehbar, aus welchen Gründen ein Arzt einen Patienten zu weiteren Konsultationen bestellt oder ihn an einen Facharzt überweist oder aber die Behandlung abschliesst. Deshalb bleibt eine klare Differenzierung von Effekten der klinischen Notwendigkeit und der Beeinflussung der Nachfrage durch die Anzahl der Leistungserbringer schwierig [24]. Definitive Aussagen zur Wirkung der Ärztedichte auf die Behandlungshäufigkeit, im Sinne einer Angebotsinduzierten Nachfrage, sind im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich. Da die verwendeten Daten jedoch die Gesamtheit aller ambulanten Leistungen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung des Jahres 2004 umfassen, bilden sie auch nichtklinische und kompetitive Faktoren ab, die bekanntermassen die Tätigkeit der Leistungserbringer beeinflussen [25]. Eine schwache Angebotsinduzierte Nachfrage bei der Inanspruchnahme Allgemeinmedizinischer Grundleistungen kann deshalb, vor allem in der Deutschschweiz, nicht ausgeschlossen werden.

Anhand der Pseudo-R²-Statistik erklärt das verwendete statistische Modell 36,4% der beobachteten Varianz der Behandlungsinzidenz. Diese Statistik entspricht der quadrierten Korrelation der beobachteten und modellierten Daten, deren Interpretation aufgrund der hierarchischen Struktur des Modells nicht unproblematisch ist, da auch negative Werte entstehen können. Der Wert ist daher nur als Richtgrösse zu verstehen (Details dazu finden sich bei Singer & Willett⁵⁰). Dennoch stellt sich die Frage, ob dieser Anteil erklärbarer Varianz eventuell ausreicht, um zuverlässige Aussagen in Sinne der Fragestellung zu machen. Das in dieser Studie verwendete statistische Modell bestand nämlich aus nur neun erklärenden Variablen, die offensichtlich einen beachtlichen Anteil der beobachteten Varianz erklären können. In diesem Sinne halten wir das Modell für brauchbar, um die entsprechenden Prozesse zu beschreiben und zu verstehen.

Eine weitere Einschränkung bezieht sich auf den Umstand, dass in der Analyse alle Ärzte unabhängig vom Beschäftigungsgrad gleich gewichtet werden, denn eine Berücksichtigung der Vollzeitaktivitäts-Dichte ist in diesem Modell wegen Ko-Linearität nicht möglich. Dieser Umstand mag vor allem in urbanen Gebieten mit einem hohen Anteil von weiblichen Ärzten, die häufig Teilzeit arbeiten, von Bedeutung sein. Es ist bisher unbekannt, wie sich der Aktivitätsgrad von Ärzten auf eine angebotsinduzierte Nachfrage von medizinischen Leistungen auswirkt. Weitere Analysen unter Berücksichtigung des Aktivitätsgrades der Ärzte, wie in diesem Bericht in Kapitel 3 vorgeschlagen wird, müssten deshalb durchgeführt werden um das Bild zu vervollständigen.

Zu berücksichtigen ist ferner, dass es sich hier um eine Querschnittstudie handelt und die Daten im Prinzip nur für das Jahr 2004 gültig sind. Angebotsstruktur und Inanspruchnahme von Ressourcen können sich von Jahr zu Jahr ändern. Deshalb sind die gebildeten Versorgungsregionen keine zeitstabilen Konstrukte.

⁵⁰ Singer JD, Willett JB: Applied longitudinal data analysis. Oxford, New York: Oxford University Press; 2003.

Ausblick

Basierend auf den vorliegenden Daten sind weitere Analysen geplant, um die Zusammenhänge zwischen der Angebotsstruktur von Fach- und Allgemeinmedizin und der Nachfrage von ambulanten Leistungen zu untersuchen. Geplant sind auch Analysen unter Einbezug der stationären Versorgung. Darüber hinaus wurde vom OBSAN ein Projekt initiiert, das die Behandlungsintensität beschreibt und deren Determinanten bestimmt.

8.5 Zusammenfassung

In Übereinstimmung mit anderen Berichten dokumentiert die vorliegende Studie die regionale Heterogenität von Angebot und Inanspruchnahme medizinischer Ressourcen in der Schweiz [5, 14, 20, 23]. Im Gegensatz zu anderen Untersuchungen wird hier ein Raummodell verwendet, das direkt aus den verfügbaren Daten erstellt wurde. Dadurch können vergleichbare Versorgungsregionen als Basis für statistische Analysen gebildet werden. Es konnten Effekte der Angebotsstruktur sowie soziodemographischer bzw. soziokultureller Faktoren auf die Inanspruchnahme hausärztlicher Ressourcen bestimmt werden. In diesem Zusammenhang spielt die Versorgungsdichte von Allgemeinmediziner*innen eine wichtige Rolle. Es bestehen jedoch beträchtliche Unterschiede in den verschiedenen Sprachregionen.

9 Recours aux soins dans l'Enquête suisse sur la santé 2002

Carine Bétrisey

9.1 Introduction

L'Enquête suisse sur la santé (ESS) recueille des informations sur le recours aux consultations médicales ambulatoires, indépendamment de leur cause (maladie ou accident) ou du type d'assurances dont elles relèvent (assurance de soins obligatoire ou complémentaire). Trois enquêtes ont été réalisées en 1992, 1997 et 2002 auprès d'adultes vivant dans la communauté (Annexe 10). Si, dans les deux premières enquêtes le recours au médecin de famille ne différait pas de manière significative d'une région à l'autre, le recours au médecin spécialiste était par contre plus important en Suisse romande et italienne qu'en Suisse alémanique⁵¹ [5, 26].

Par rapport au pool de données santésuisse[®], qui ne concerne que l'Assurance Obligatoire de Soins (AOS), l'ESS englobe aussi les personnes ne recourant pas aux soins médicaux. Pour celles qui recourent aux soins, elle renseigne sur le mode et l'intensité de leurs consultations. Par contre, elle ne concerne que les personnes adultes vivant dans la communauté. Ce chapitre complète la description du recours aux soins dans l'AOS, présenté aux chapitres 7 et 8. Seuls les soins médicaux ambulatoires sont étudiés ici, à l'exclusion des soins paramédicaux ou des consultations en hôpitaux qui ne permettent pas de réaliser des comparaisons entre les deux banques de données (ESS et pool de données). Il s'agit de répondre aux questions suivantes:

- Quel est le mode de consultation, en fonction de l'âge, du sexe et de la région linguistique? Le mode de consultation signifie le type de médecin (médecin de famille, médecin spécialiste ou les deux) auquel on fait appel ou non. Le terme de «**médecin de famille**» est ici le terme utilisé dans l'ESS, indépendamment de la spécialisation exercée par ce médecin.
- Quelle est l'intensité des consultations, selon l'âge, le sexe, la région linguistique et le type de médecin consulté? L'intensité est définie comme le nombre moyen de consultations reçues par un type de médecin.
- Quels déterminants sociodémographiques (genre, âge, nationalité, niveau de formation, région linguistique ou type de région) influencent l'intensité du recours, lorsque l'on contrôle l'effet de l'état de santé auto-évalué?

9.2 Méthodologie

La source de données utilisée est l'Enquête suisse sur la santé conduite en 2002 (Annexe 9). Le recours aux soins y est rapporté par les personnes interrogées et n'est pas objectivable. Comme il se réfère aux 12 mois précédant l'enquête, il peut comporter des biais de mémoire et de «désirabilité» dont l'ampleur n'est pas quantifiable. L'analyse est conduite en deux étapes, descriptive et analytique.

La partie descriptive porte sur le mode et l'intensité du recours aux soins, en fonction de l'âge, du sexe et des cantons⁵². Pour cette étape, certains indicateurs sont directement mesurés par l'enquête. L'indicateur

⁵¹ Hommes: respectivement 36%, 37% et 29% de recours au médecin spécialiste; femmes: 34%, 32% et 26%.

⁵² Pour les cantons n'ayant pas augmenté les effectifs des échantillons interrogés lors de l'Enquête Suisse sur la Santé menée en 2002, il a été nécessaire de procéder à un regroupement. Pour cela, tenant compte de la notion de «grandes régions» établie par l'OFS, les cantons d'Uri, de Schwyz, d'Obwald et de Nidwald ont été regroupés sous l'appellation de «Suisse centrale», tandis que les cantons de Glaris, de Schaffhouse, d'Appenzell Rhodes-Extérieures et Rhodes-Intérieures, des Grisons et de Thurgovie ont été rassemblés sous le terme de «Suisse orientale». Ces deux regroupements ont été effectués sur la base de coefficients tenant compte de la structure par genre et par classe d'âge de la population de chacun des cantons.

du mode de consultation, lui, a été construit⁵³. Il reflète la façon dont les gens ont recours aux médecins, notamment s'ils consultent plusieurs médecins ou seulement leur médecin de famille. Une même personne peut avoir eu recours à plusieurs médecins spécialistes (Tableau 48). Les indicateurs d'intensité du recours aux soins médicaux se traduisent par le nombre moyen de visites médicales chez les différents types de médecins.

Tableau 48 Variables utilisées pour l'analyse du recours aux consultations médicales ambulatoires dans l'ESS 2002

| | Réponses possibles |
|--|--|
| Mode de consultation ⁵⁴ | Aucun médecin consulté Médecin de famille uniquement consulté Médecin spécialiste uniquement consulté Médecin gynécologue uniquement consulté Au moins deux types de médecins différents consultés |
| Intensité du recours aux soins médicaux ambulatoires | Nombre de consultations médicales globales Nombre de consultations du médecin de famille Nombre de consultations d'un ou plusieurs médecin(s) spécialiste(s) Nombre de consultations du médecin gynécologue |

Cette première partie est suivie d'une partie analytique qui tente d'identifier au moyen de la régression logistique multiple l'influence des variables sociodémographiques sur le mode et l'intensité des soins, en contrôlant l'effet de l'état de santé auto-évalué. Ce dernier indicateur est reconnu pour sa valeur prédictive du recours aux soins médicaux et représente la variable explicative la plus importante [27, 28]. Les autres variables retenues figurent au Tableau 49.

Tableau 49 Déterminants sociodémographiques du mode et de l'intensité du recours aux consultations médicales ambulatoires. Variables d'influence retenues dans les modèles de régression

| Variabiles | Modalités |
|-----------------------------------|---|
| Genre | homme, femme |
| Classes d'âge | moins de 65 ans (<65), 65 ans ou plus (≥65) |
| Nationalité | suisse, étrangère |
| Niveau de formation ⁵⁵ | scolarité obligatoire, degré secondaire II, degré tertiaire |
| Région linguistique | allemande, romande, italienne |
| Type de région | urbain, rural |
| Etat de santé auto-évalué | très bon, bon, moyen, mauvais ⁵⁶ |

⁵³ Pour la construction de cette variable, cf. Annexe 11.

⁵⁴ La notion de «médecin de famille» a été préférée à celle de «médecin généraliste» dans le questionnaire, ce qui a pu causer parfois des doutes ou confusions chez certaines personnes interrogées, le «médecin de famille» n'étant pas automatiquement un «médecin généraliste».

⁵⁵ La modalité qui regroupait les formations indéfinies ou l'absence de formation n'a pas été conservée car trop floue. En effet, par définition, une formation indéfinie ne peut être classée parmi les différents degrés proposés.

⁵⁶ La modalité «très mauvais» état de santé a été regroupée à celle de «mauvais» car elle était très faiblement représentée, et montrait les mêmes caractéristiques dans les analyses.

9.3 Description du recours aux soins dans l'Enquête suisse sur la santé 2002

9.3.1 Mode de consultation

Tableau 50 Mode de recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse

| | Hommes | | Femmes | |
|--|-------------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| | < 65 ans [Min.-Max.] | ≥ 65 ans [Min.-Max.] | < 65 ans [Min.-Max.] | ≥ 65 ans [Min.-Max.] |
| Absence de consultation | 35% [17% (AI) - 50% (NW)] | 13% [0% (NW) - 52% (AI)] | 20% [14% (NE) - 51% (AI)] | 14% [4% (UR) - 25% (SZ)] |
| Médecin de famille uniquement | 38% [25% (NW) - 48% (AR)] | 45% [16% (AI) - 62% (GL)] | 12% [4% (GE) - 27% (OW)] | 34% [22% (GE) - 64% (UR,AR)] |
| Médecin spécialiste uniquement | 7% [2% (SH) - 29% (AI)] | 5% [0% (OW,NW,GL,SH,AI) - 13% (ZG)] | 2% [0% (UR,AI) - 4% (GL)] | 3% [0% (UR,SZ,OW,GL,SH,AR,AI) - 8% (BL)] |
| Médecin gynécologue uniquement | - | - | 13% [5% (AI) - 22% (NW)] | 3% [0% (UR,OW,NW,AI,SG,TG) - 7% (SH)] |
| Au moins 2 types de médecins différents | 20% [12% (GL) - 27% (OW)] | 37% [21% (LU) - 65% (SZ)] | 53% [30% (GL) - 59% (GE)] | 47% [20% (AR) - 60% (VD)] |
| Total | 100% | 100% | 100% | 100% |

Source: OFS: ESS 2002. Analyses: Obsan

Le mode de consultation sur l'ensemble du territoire suisse, selon le genre et l'âge, est présenté au tableau 50. Avant 65 ans, un peu plus du tiers des hommes et un cinquième des femmes n'ont pas consulté. Les différences entre genres s'estompent à partir de 65 ans: pour les deux sexes, un peu plus d'une personne sur 10 n'a pas consulté.

Parmi les hommes de moins de 65 ans, 38% ne consultent que le médecin de famille et 20% consultent deux types de médecins (généraliste et spécialiste). A partir de 65 ans, ce sont 45% qui consultent le médecin de famille et 37% qui recourent à deux types de médecins différents.

Parmi les femmes de moins de 65 ans, 13% ne consultent que leur gynécologue, 12% que le médecin de famille et 53% recourent à au moins deux types de médecins différents (y compris le médecin gynécologue). A partir de 65 ans, les différences avec les hommes diminuent: 34% des femmes ne consultent plus que le médecin de famille et 47% recourent à au moins deux types de médecins différents.

Dans l'ensemble, le médecin de famille est donc consulté par environ 60% des personnes de moins de 65 ans et par plus de 80% des personnes à partir de 65 ans.

9.3.2 Différences régionales dans le mode de recours aux soins médicaux ambulatoires

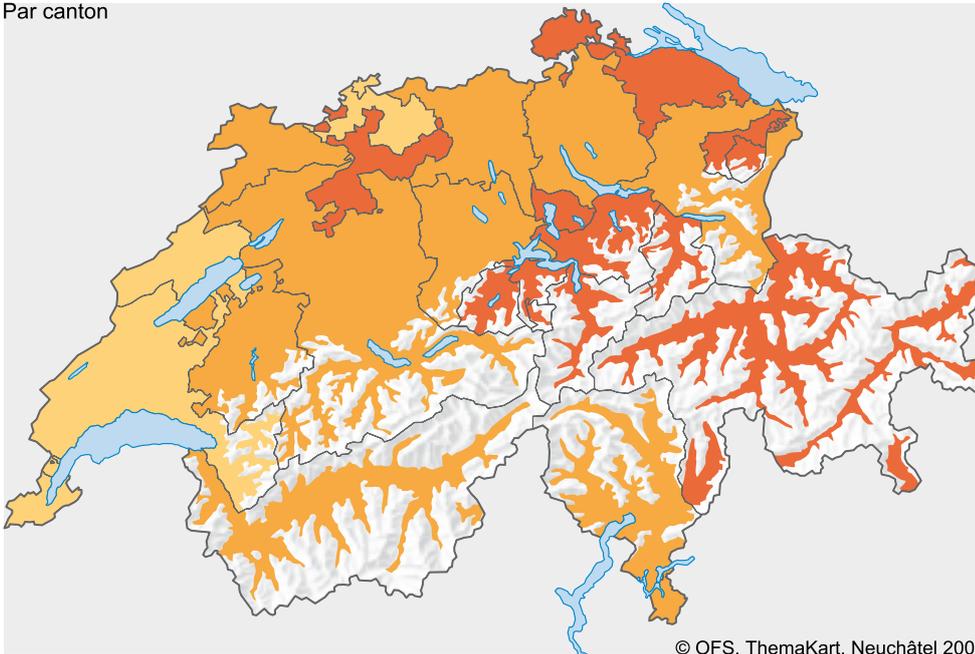
Pour les deux sexes, les différences régionales de proportions sont peu marquées et peu systématisées, pour les modes de consultation suivants: absence de recours; recours au médecin spécialiste uniquement; recours au médecin gynécologue uniquement.

Des différences régionales apparaissent par contre pour le recours au médecin de famille uniquement, plus développé en Suisse orientale et centrale pour les hommes quel que soit leur âge et en Suisse centrale pour les femmes de plus de 65 ans (Carte 38a et 38b).

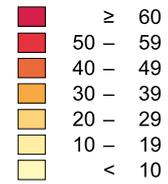
**Consultation du médecin de famille (uniquement):
Femmes ≥ 65 ans, en 2002**

C 38a

Par canton



Proportion de femmes
(en %)



CH: 33,8 %
N= 2 416

Analyse: Obsan

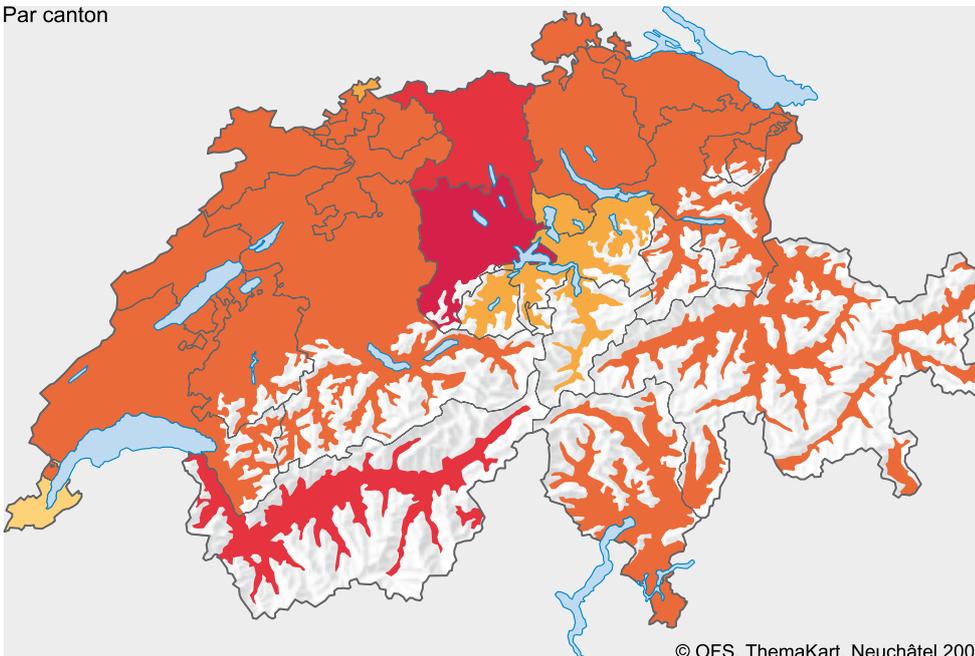
Source: Enquête suisse sur la santé 2002, OFS

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2006

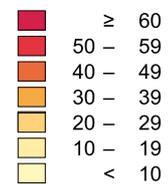
**Consultation du médecin de famille (uniquement):
Hommes ≥ 65 ans, en 2002**

C 38b

Par canton



Proportion d'hommes
(en %)



CH: 44,6 %
N= 1 557

Analyse: Obsan

Source: Enquête suisse sur la santé 2002, OFS

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2006

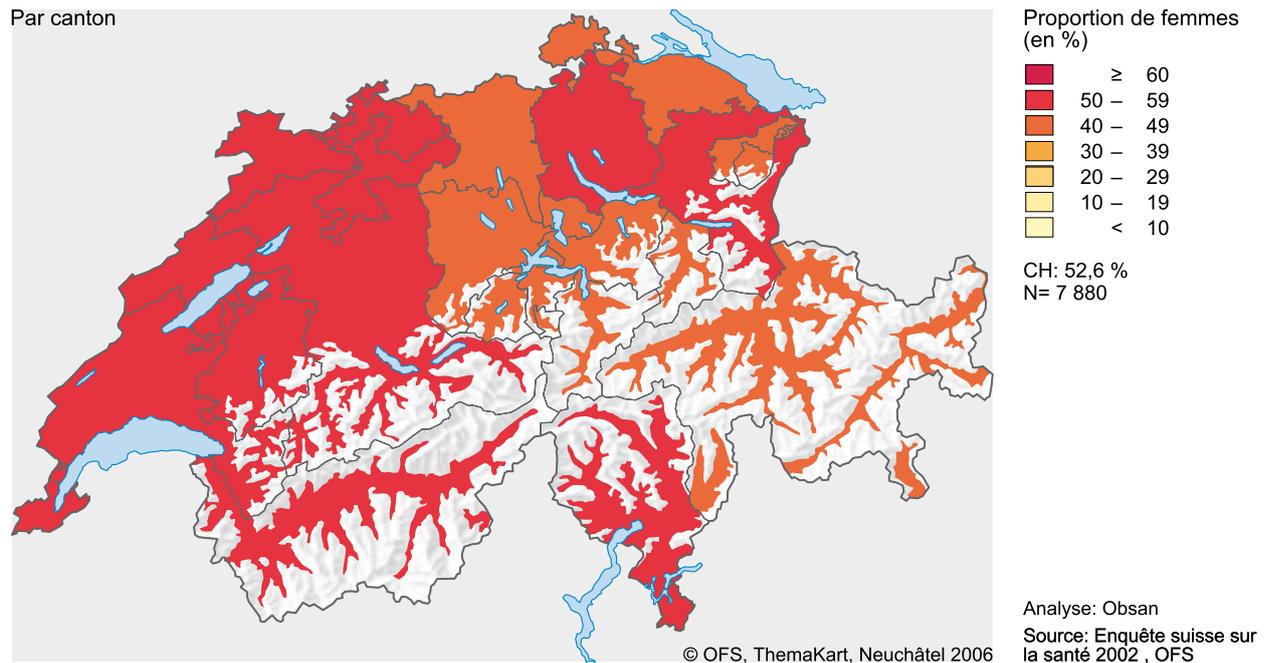
Chez les femmes de moins de 65 ans ce mode de consultation est particulièrement peu développé dans les cantons citadins (GE, VD, SO, BS, ZH, ZG mais aussi JU).

Recours à deux types de médecins différents

Avant 65 ans, ce mode de recours est moins important chez les hommes (variations entre 10-29%) que chez les femmes (40-59%). On note l'existence d'un clivage est/ouest et rural/urbain, un peu plus visible chez les femmes, où les proportions plus élevées reflètent le recours au médecin gynécologue de cette classe d'âge: 40-49% des femmes de la partie nord-est de la Suisse ont consulté au moins deux types de médecins différents par rapport à 50-59% dans le reste du pays (région lémanique, «espace Mitteland», BS, BL, ZH, TI) (Carte 39a et 39b).

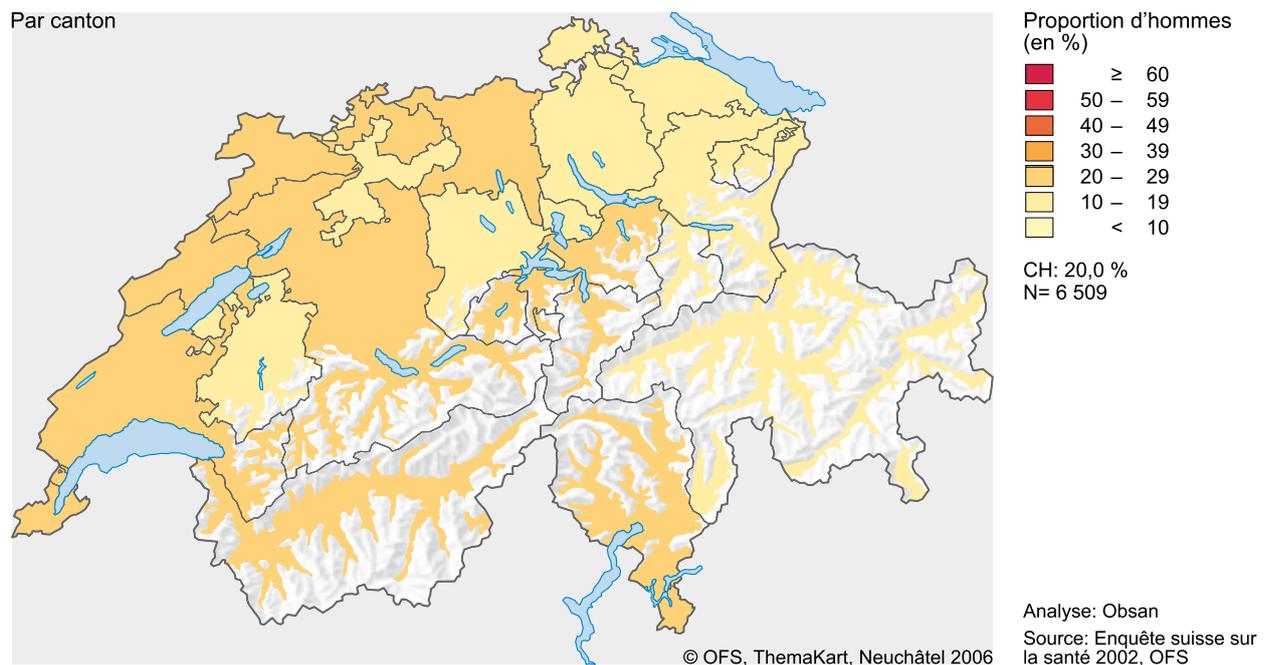
Consultation de deux types de médecins différents: Femmes < 65, en 2002

C 39a



Consultation de deux types de médecins différents: Hommes < 65, en 2002

C 39b



Au-delà de 65 ans, les variations de proportions deviennent plus importantes, mais sans clivage régional clair. Parmi les hommes, les proportions varient entre 20-29% (NE, VS, LU, SG) et 50-59% (GE). Chez les femmes, les proportions pour ce mode de recours varient entre 30-39 % en Suisse centrale (sans le canton de Lucerne) à 50-59% (GE, VD, NE, BS, BL). Ainsi, ce mode de consultation reste plus répandu chez les femmes que chez les hommes, mais l'écart entre les genres devient plus faible qu'avant 65 ans.

9.3.3 Intensité du recours aux soins médicaux ambulatoires

L'intensité du recours est exprimée par le nombre moyen de consultations dont une personne a bénéficié chez un type de médecin (médecin de famille, spécialiste ou gynécologue) au cours de l'année précédant l'enquête (Tableau 51).

Avant 65 ans, les femmes vont plus fréquemment chez le médecin de famille que les hommes (nombres moyens de consultations respectifs: 3,7 vs 3,1). Elles se rendent autant chez le médecin spécialiste que chez le médecin de famille (moyenne suisse: 3,7). Au-delà de 65 ans, l'intensité des visites chez le médecin de famille est comparable pour les deux sexes (femmes: 4,6 vs hommes: 4,7). Ce sont les hommes qui vont le plus souvent chez le médecin spécialiste.

Tableau 51 Intensité du recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse (nombre moyen de consultations)

| | Hommes | | Femmes | |
|---------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| | < 65 ans [Min.-Max.] | ≥ 65 ans [Min.-Max.] | < 65 ans [Min.-Max.] | ≥ 65 ans [Min.-Max.] |
| Médecin de famille | 3,1 [2,1 (OW) - 4,7 (BS)] | 4,7 [2,8 (AR) - 7,4 (GE)] | 3,7 [2,7 (GR) - 4,7 (NE)] | 4,6 [3,2 (GE) - 7,6 (AR)] |
| Médecin spécialiste | 3,5 [2,0 (GR) - 9,4 (GL)] | 3,1 [1,0 (AI) - 4,1 (GL)] | 3,7 [2,5 (OW) - 20,4 (AI)] | 2,7 [1,3 (AI) - 5,3 (UR)] |
| Médecin gynécologue | - | - | 1,8 [1,3 (AI) - 2,7 (UR)] | 1,3 [1,0 (UR,OW, FR,AR) - 6,8 (NW)] |

Source: OFS: ESS 2002

Analyses: Obsan

9.3.4 Différences régionales dans l'intensité du recours aux soins médicaux ambulatoires

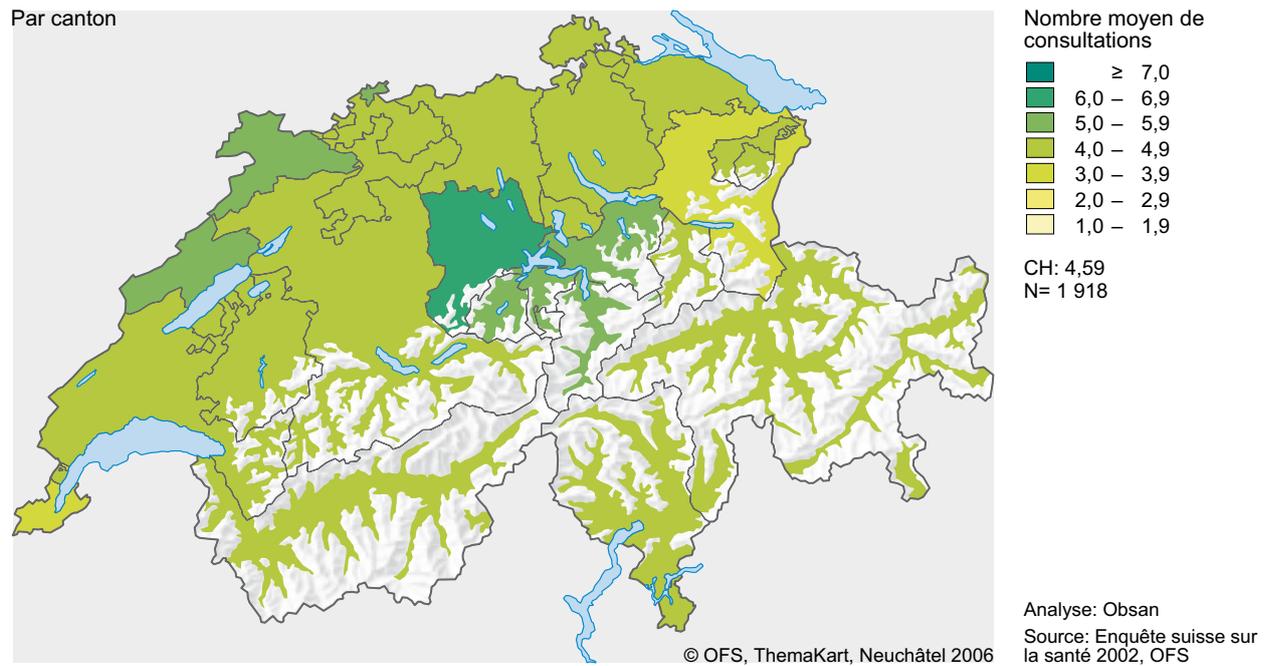
Intensité du recours au médecin de famille

Chez les hommes de moins de 65 ans, les différences régionales concernant la fréquence des visites chez le médecin de famille varient entre 2 consultations dans la région nord-ouest et en Suisse centrale (GE, VD, NE, JU, BE, UR, SZ, OW, NW, ZG, ZH) et 3 consultations dans les autres cantons. BS fait figure d'exception avec une intensité de 4 consultations. Parmi les femmes, l'intensité varie entre 2 consultations à BL et 4 consultations dans les régions du nord-ouest et de la Suisse centrale (GE, VD, NE JU, BE, UR, SZ, OW, NW, ZG, ZH).

A partir de 65 ans, l'intensité des consultations varie, chez les hommes, entre 3 consultations (BE, LU, ZG, VS, JU) et 5 en Suisse centrale (UR, SZ, OW, NW) ainsi que AG et BS, jusqu'à 7 au maximum (GE), mais les différences sont peu systématiques. Chez les femmes, l'intensité varie entre 3 consultations (SG, GE) et 5 consultations en Suisse centrale et du nord (UR, SZ, OW, NW, NE, JU et BS) avec un maximum de 6 consultations à LU (Carte 40a e 40b).

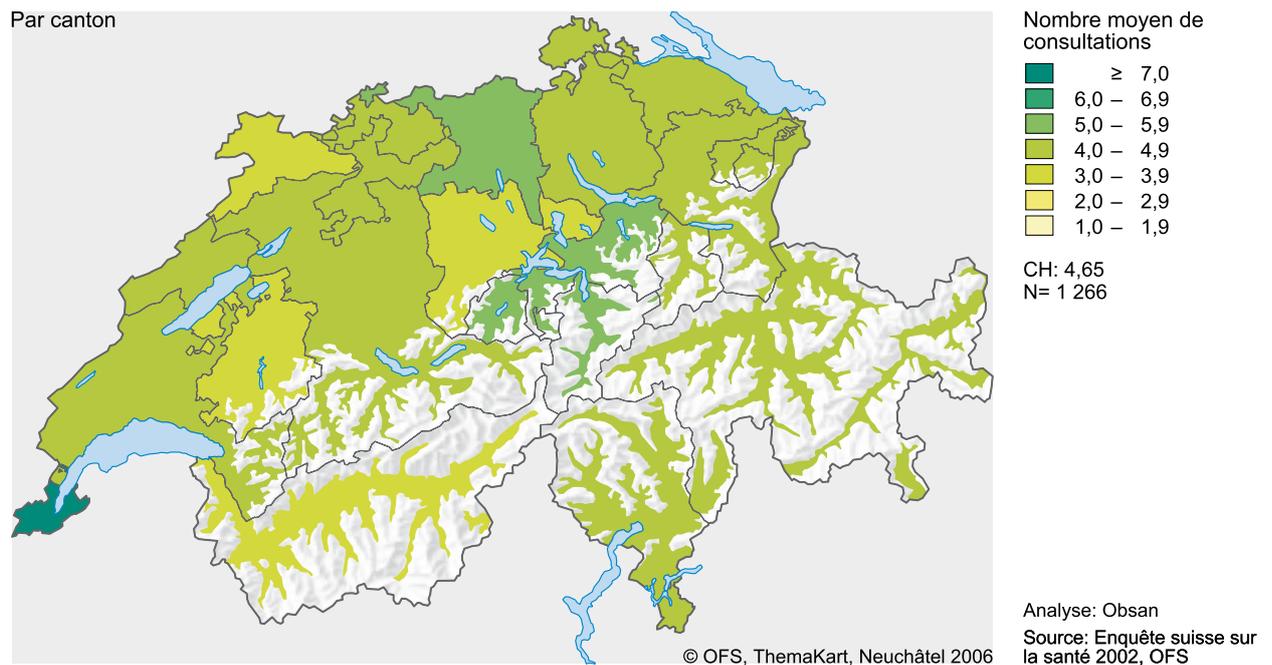
**Nombre moyen de consultations du médecin de famille:
Femmes ≥ 65 ans, en 2002**

C 40a



**Nombre moyen de consultations du médecin de famille:
Hommes ≥ 65 ans, en 2002**

C 40b



Intensité du recours au médecin spécialiste

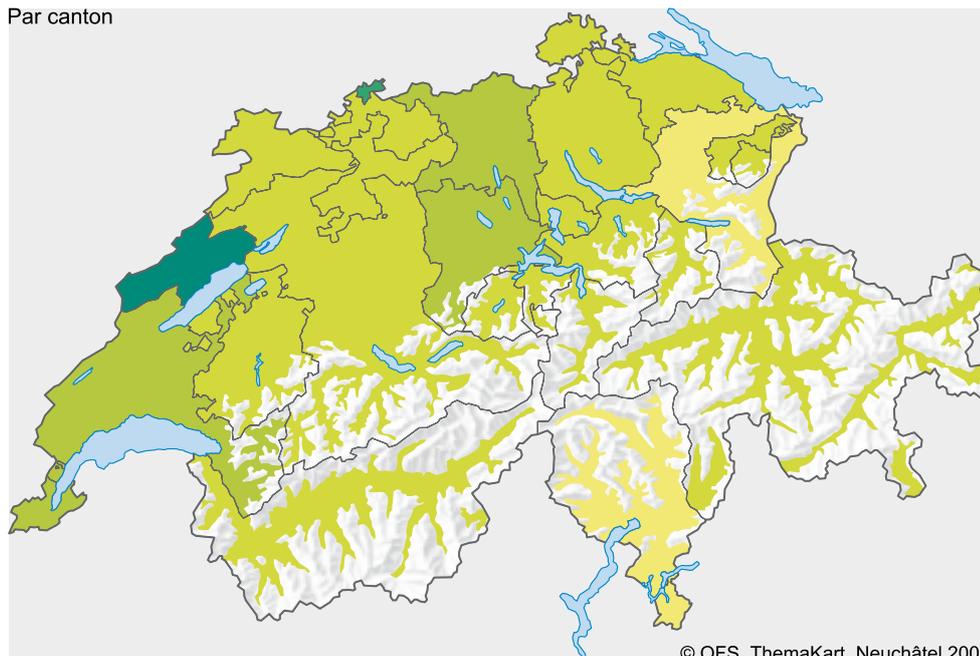
Il peut s'agir dans ce cas de plusieurs visites chez le même spécialiste ou de visites isolées chez plusieurs spécialistes. Les différences régionales les plus marquées concernent:

- Les femmes de moins de 65 ans visitant en moyenne 3 fois le médecin spécialiste, avec des variations entre 2 (SG et TI), 5 (BS) et 6 consultations (NE) (Carte 41a).

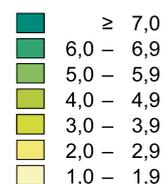
Nombre moyen de consultations du médecin spécialiste: Femmes < 65, en 2002

C 41a

Par canton



Nombre moyen de consultations



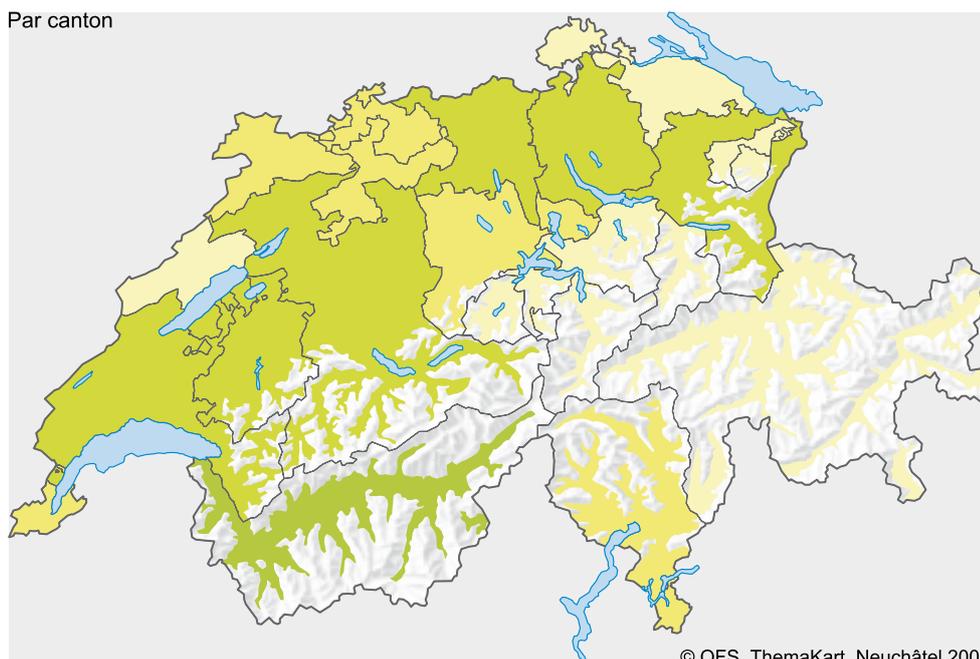
CH: 3,73
N= 2 415

Analyse: Obsan
Source: Enquête suisse sur la santé 2002, OFS

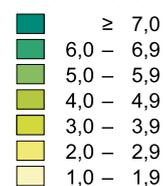
Nombre moyen de consultations du médecin spécialiste: Hommes ≥ 65, en 2002

C 41b

Par canton



Nombre moyen de consultations



CH: 3,06
N= 643

Analyse: Obsan
Source: Enquête suisse sur la santé, 2002, OFS

- Les hommes au-delà de 65 ans, où l'intensité varie entre une consultation dans onze cantons, notamment en Suisse centrale (UR, SZ, OW, NW), une partie de la Suisse orientale (GL, SH, AR, AI, GR, TG) et NE, et 4 consultations en VS (Carte 41b).

Dans la majorité des cantons, les femmes à partir de 65 ans consultent en moyenne deux fois un spécialiste, ce qui représente la consommation la plus basse parmi les quatre sous-groupes selon le genre et l'âge. Les seules exceptions sont une partie de la Suisse centrale (UR, SZ, OW, NW) et quelques autres cantons (NE, FR, BS, BL, ZH) avec une moyenne de 3 visites chez des médecins spécialistes. Il n'y a donc pas de clivage linguistique ou régional net.

Les hommes de moins de 65 ans vont entre 2 (FR, LU, ZG) et 4 fois (BS, TI) chez le médecin spécialiste sans différences régionales systématiques. Pour cette catégorie de personnes, l'intensité des visites chez le médecin spécialiste est supérieure à celle du médecin de famille (moyennes suisses respectives: 3,5 contre 3,1).

Intensité du recours au médecin gynécologue

Le nombre moyen de consultations du médecin gynécologue par les femmes est plus ou moins le même pour l'ensemble de la Suisse, à savoir environ une consultation par année, même si les femmes de moins de 65 ans y vont plus souvent que leurs aînées.

9.3.5 Synthèse

- L'absence de consultations médicales ambulatoires est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes avant 65 ans (un tiers vs un cinquième), puis diminue avec l'âge pour devenir équivalente pour les deux sexes dès 65 ans.
- Le médecin de famille est la personne la plus consultée, chez les hommes de tout âge et les femmes dès 65 ans. Lorsque l'on fait appel à ses services, il est consulté plus souvent que ne le sont les médecins spécialistes, sauf pour les hommes de moins de 65 ans. Les proportions de personnes ne recourant qu'au médecin de famille sont plus élevées en Suisse orientale et centrale.
- Le recours au médecin spécialiste comme unique ressource est limité. Ce genre de consultation semble plutôt être associé à des consultations chez le médecin de famille, laissant supposer un rôle de consultations sur référence.
- Après 65 ans, le recours au médecin spécialiste devient plus important, il est alors plus fréquent chez les hommes que chez les femmes.
- Le médecin gynécologue joue un rôle avant 65 ans, mais avec des visites de basse intensité, sans différences régionales marquées.
- Les différences régionales sont peu systématisées. Elles sont plus visibles pour les personnes avant 65 ans notamment en ce qui concerne le recours à au moins 2 médecins différents, plus élevé à l'ouest et dans les centres urbains.

9.4 Influence des déterminants sociodémographiques sur le recours aux soins médicaux ambulatoires et son intensité

Dans cette partie il s'agit d'identifier les indicateurs sociodémographiques permettant d'expliquer une partie des différences régionales du recours aux soins médicaux ambulatoires. L'analyse est réalisée par régression logistique pour les variables dépendantes suivantes:

- Recours ou non aux différentes catégories de médecins,
- Intensité faible (1 à 2 consultations) ou élevée (>2 consultations) du recours à ces médecins.

Les variables retenues pour l'analyse multivariée sont celles décrites dans le tableau 49. Les résultats concernant les deux modèles sont présentés au tableau 52.

Tableau 52 Modèles de régression pour les déterminants sociodémographiques du mode et de l'intensité du recours aux consultations médicales, au cours des 12 mois précédant l'Enquête (en gras: valeurs statistiquement significatives, p< 0,05)

| Variables indépendantes | Hommes et Femmes | | | Hommes | | | Femmes | | | |
|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------------------------|----------------------|-----------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|----------------------|-----------------------------|
| | Consultations du médecin de famille | | | Consultations du médecin spécialiste | | | Consultations du médecin gynécologue | | | |
| | Recours ou non | Intensité du recours | Intensité du recours | Recours ou non | Intensité du recours | Intensité du recours | Recours ou non | Intensité du recours | Intensité du recours | |
| | Odds ratio | Intervalle de confiance 95% | Odds ratio | Intervalle de confiance 95% | Odds ratio | Intervalle de confiance 95% | Odds ratio | Intervalle de confiance 95% | Odds ratio | Intervalle de confiance 95% |
| Etat de santé auto-évalué | bon vs très bon | 1,28 | 1,53 | 1,24 | 1,11 | 1,28 | 0,91 | 1,11 | 0,91 | 1,11 |
| | | 1,10-1,49 | 1,34-1,76 | 1,04-1,48 | 0,82-1,50 | 0,98-1,67 | 0,78-1,07 | 0,85-1,45 | 0,78-1,07 | 0,85-1,45 |
| | moyen vs très bon | 3,32 | 4,53 | 2,31 | 1,66 | 3,03 | 0,81 | 1,21 | 0,81 | 1,21 |
| | 2,47-4,46 | 3,78-5,43 | 1,79-2,96 | 1,14-2,42 | 2,21-4,14 | 0,65-1,00 | 0,82-1,79 | 0,65-1,00 | 0,82-1,79 | |
| Age | mauvais vs très bon | 2,73 | 6,51 | 3,18 | 3,38 | 4,63 | 0,71 | 1,83 | 0,71 | 1,83 |
| | | 1,66-4,49 | 4,80-8,83 | 2,14-4,72 | 2,01-5,68 | 2,97-7,21 | 0,50-1,02 | 1,01-3,33 | 0,50-1,02 | 1,01-3,33 |
| | <65ans vs ≥65ans | 0,44 | 0,58 | 0,78 | 1,42 | 1,68 | 5,59 | 2,97 | 5,59 | 2,97 |
| | 0,36-0,53 | 0,52-0,65 | 0,67-0,91 | 1,11-1,83 | 1,33-2,12 | 4,83-6,47 | 1,76-5,01 | 4,83-6,47 | 1,76-5,01 | |
| Sexe | femmes vs hommes | 0,45 | 1,11 | - | - | - | - | - | - | - |
| | | 0,38-0,53 | 1,00-1,23 | - | - | - | - | - | - | - |
| | secondaire vs scolarité obligatoire | 0,78 | 0,77 | 1,16 | 1,11 | 1,01 | 1,48 | 1,27 | 1,48 | 1,27 |
| | 0,63-0,95 | 0,67-0,89 | 0,92-1,46 | 0,75-1,64 | 0,79-1,31 | 1,26-1,74 | 0,94-1,73 | 1,26-1,74 | 0,94-1,73 | |
| de formation | tertiaire vs scolarité obligatoire | 0,67 | 0,68 | 1,71 | 1,10 | 1,08 | 1,78 | 1,41 | 1,78 | 1,41 |
| | | 0,52-0,88 | 0,57-0,81 | 1,34-2,20 | 0,73-1,66 | 0,76-1,53 | 1,37-2,30 | 0,93-2,14 | 1,37-2,30 | 0,93-2,14 |
| | étrangère vs suisse | 1,37 | 0,89 | 0,80 | 0,66 | 0,93 | 1,15 | 1,11 | 1,15 | 1,11 |
| | 1,09-1,72 | 0,76-1,04 | 0,64-0,99 | 0,46-0,95 | 0,69-1,27 | 0,93-1,44 | 0,82-1,51 | 0,93-1,44 | 0,82-1,51 | |
| Nationalité | alémanique vs romande | 0,91 | 1,01 | 0,77 | 0,79 | 1,00 | 0,70 | 0,93 | 0,70 | 0,93 |
| | | 0,78-1,07 | 0,90-1,14 | 0,65-0,90 | 0,61-1,01 | 0,81-1,23 | 0,60-0,81 | 0,73-1,17 | 0,60-0,81 | 0,73-1,17 |
| | italienne vs romande | 0,83 | 0,83 | 0,75 | 0,62 | 0,66 | 0,62 | 1,13 | 0,62 | 1,13 |
| | 0,65-1,06 | 0,68-1,20 | 0,58-0,97 | 0,41-0,93 | 0,44-0,97 | 0,48-0,81 | 0,74-1,72 | 0,48-0,81 | 0,74-1,72 | |
| Milieu | rural vs urbain | 1,04 | 1,03 | 0,94 | 0,86 | 1,04 | 0,75 | 1,26 | 0,75 | 1,26 |
| | | 0,89-1,21 | 0,92-1,16 | 0,81-1,10 | 0,67-1,11 | 0,82-1,31 | 0,65-0,87 | 1,00-1,60 | 0,65-0,87 | 1,00-1,60 |

Source: OFS, ESS 2002. Analyses: Obsan

Etat de santé auto-évalué

L'état de santé auto-évalué est le déterminant influençant le plus le recours au médecin de famille et son intensité. Par rapport aux personnes jugeant leur état de santé comme «très bon», les personnes considérant leur état de santé comme «mauvais» ou «moyen» consultent plus leur médecin de famille (OR=2,73 et 3,32, respectivement) ou le médecin spécialiste (hommes: OR=3,18 et 3,38, respectivement; femmes: OR=2,62 et 4,63, respectivement). L'état de santé auto-évalué n'a pas d'influence sur le recours au médecin gynécologue mais garde une influence significative sur l'intensité du recours.

Age

L'âge influence de manière significative le recours au médecin de famille et son intensité, mais plus faiblement que l'état de santé auto-évalué. Ainsi, le recours au médecin de famille et son intensité sont moins fréquents avant 65 ans qu'après (OR=0,44 et 0,58, respectivement).

L'influence de l'âge sur le recours au médecin spécialiste dépend du genre: les hommes de moins de 65 ans font moins appel au spécialiste que leurs aînés (OR=0,78), tandis que chez les femmes, il n'y a pas de différence significative entre les deux classes d'âge. Par contre, pour les deux sexes, ce recours est plus intense chez les personnes avant 65 ans par rapport aux personnes plus âgées (hommes: OR=1,42, femmes: OR=1,68).

Finalement, cette variable a une influence déterminante sur le recours aux consultations de gynécologie, ce qui s'explique par le suivi des grossesses et de la période de la ménopause, entraînant un recours plus fréquent et plus intense avant 65 ans (OR=5,59 et 2.97 respectivement).

Sexe

L'influence de cette variable sur le recours au médecin de famille varie selon que l'on se penche sur le recours ou non à ce médecin ou sur l'intensité de celui-ci. Les femmes font moins appel que les hommes au médecin de famille (OR=0,45), mais lorsqu'elles le font, l'intensité est légèrement supérieure (OR=1,11, 95% CI: 1,00-1,23).

Niveau de formation

Les personnes possédant un degré de formation «secondaire» ou «tertiaire» consultent moins le médecin de famille que les personnes ayant uniquement un niveau de «scolarité obligatoire» (OR=0,78 et 0,67, respectivement). Si elles y vont, l'intensité de ce recours sera plus faible (OR=0,68).

Par contre, les hommes avec un degré «tertiaire» de formation font plus appel au médecin spécialiste que les hommes ayant uniquement terminé leur «scolarité obligatoire» (OR=1,71). Les mêmes différences s'observent chez les femmes ayant un degré «secondaire» ou «tertiaire» de formation pour le médecin spécialiste (OR=1,47 et 1,83, respectivement) ou le médecin gynécologue (OR=1,48 et 1,78, respectivement), par rapport aux femmes ayant terminé leur «scolarité obligatoire». Pour les deux sexes, l'intensité de ce recours n'est cependant pas influencée par cette variable.

Nationalité

Le recours au médecin de famille est légèrement plus élevé pour les personnes de nationalité étrangère que pour les Suisses (OR=1,37). Par contre, cette variable n'influence pas de manière significative l'intensité de ce recours. A l'opposé, le recours au médecin spécialiste et son intensité sont plus bas chez les hommes de nationalité étrangère que chez les hommes de nationalité suisse (OR=0,80 et 0,66, respectivement). Chez les femmes, les différences constatées ne sont pas significatives.

Région linguistique

La région linguistique n'influence pas le recours au médecin de famille (ni son intensité), mais celui du médecin spécialiste, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes. Ainsi, le recours au médecin spécialiste est plus bas en Suisse italienne qu'en Suisse romande (hommes: OR=0,75; femmes: OR=0,78), de

même que l'intensité de ce recours (hommes: OR=0,62; femmes: OR=0,66). Les différences significatives observées entre alémaniques et romands ne concernent que le recours et non l'intensité (hommes: OR=0,77; femmes: OR=0,72). Par ailleurs, les femmes alémaniques ou tessinoises vont moins chez le médecin gynécologue que les romandes (OR=0,70 et 0,62, respectivement), mais l'on n'observe pas de différences significatives quant à l'intensité de ce recours.

Milieu urbain/rural

Le type de milieu n'a une influence significative que chez les femmes. Celles vivant dans des régions «rurales» font moins appel aux spécialistes ou aux gynécologues que les femmes des régions «urbaines» (OR=0,73 et 0,75, respectivement).

9.5 Synthèse

- Un mauvais état de santé auto-évalué entraîne un recours au médecin de famille et/ou au médecin spécialiste plus élevé et plus intense.
- L'âge élevé augmente le recours au médecin de famille et celui-ci devient plus intense. Il augmente le recours au médecin spécialiste sans en influencer l'intensité.
- Un bas niveau de formation entraîne un recours au médecin de famille plus important et plus intense. Un niveau de formation élevé entraîne un recours au médecin spécialiste plus important mais pas plus intense.
- Les personnes de nationalité étrangère vont plus facilement chez le médecin de famille mais cette variable n'influence pas l'intensité.
- Les femmes vont moins chez le médecin de famille mais lorsqu'elles y vont l'intensité est plus élevée.
- La région linguistique n'intervient que dans le recours au médecin spécialiste, les Suisses alémaniques et italiens y recourant moins que les Suisses romands. L'intensité de ce recours est plus basse chez les Tessinois, les différences entre Romands et Alémaniques ne sont alors pas significatives.

9.6 Discussion

Cette analyse des données de l'ESS 2002 complète l'image fournie par celle des données du pool de données santésuisse® décrite au chapitre 7. Elle apporte aussi des informations sur les personnes ne recourant pas aux soins médicaux et fournit des indications sur l'intensité des soins reçus par les différents types de médecins.

Elle confirme le rôle prépondérant du médecin de famille qui reste la principale source de soins médicaux, notamment chez les hommes et chez les personnes âgées. La perception du médecin de famille par la population ne semble pas confirmer l'image de crise identitaire transmise par les médecins de premier recours et les médias [29]. Compte tenu du lien existant entre l'intensité des consultations et l'âge ou l'état de santé, le vieillissement de la population devrait accentuer encore l'importance du médecin de famille pour couvrir les besoins liés aux maladies chroniques [28, 30].

Le recours au médecin spécialiste comme seule source de soins semble rare. Ce mode de consultation semble se faire surtout en association avec le recours au médecin de famille ce qui laisse supposer qu'il s'agit alors de consultations de référence. Bien qu'il soit possible que certains médecins spécialistes soient perçus comme

médecin de famille par leur patient ce qui entraînerait un biais de classification, le médecin spécialiste ne semble pas prendre la place du médecin de famille comme professionnel de premier recours. Cette constatation est importante pour les discussions traitant des modèles prônant un système de «Gate Keeper»: il est possible que ces modèles ne diffèrent pas beaucoup du mode actuel de consommation de soins et que leur introduction officielle sous forme de réglementation n'apporterait pas de bénéfices visibles.

Le rapport entre l'état de santé auto-évalué et le recours au spécialiste semble évoluer différemment selon les pays. Une étude comparant le comportement des personnes âgées face à ces deux types de médecins en Norvège et en Finlande a montré que le recours au spécialiste y dépendait plus fortement de l'état de santé auto-évalué en Finlande qu'en Norvège [31]. Dans notre enquête ce dernier influence moins le recours au spécialiste que le recours au médecin de famille. De telles différences soulignent l'importance que jouent des aspects culturels pour le recours au médecin spécialiste.

Ces résultats confirment ceux des ESS précédentes, concernant l'influence de la formation, de la nationalité et du type de milieu sur le mode de recours. Des associations analogues ont également été décrites ailleurs [31]. Les personnes formées iront plus souvent chez le spécialiste, tandis qu'un niveau élevé de recours au médecin de famille est plus fréquent parmi les personnes avec un bas niveau de formation [28, 32]. Cependant, l'intensité de la prise en charge est indépendante de la formation, observation inverse de ce qui a été mis en évidence en France [32]. Lorsqu'une personne fait appel à un médecin, la prise en charge varie selon la nationalité: les Suisses seront suivis de manière plus intense par leur spécialiste, tandis que les étrangers seront traités plus intensément par leur médecin de famille.

Les différences régionales sont finalement peu marquées et peu systématisées. Si le recours au spécialiste est plus élevé en Suisse romande, les différences s'estompent lorsque l'on regarde l'intensité de ce recours.

En postulant que le recours au médecin était comparable en 2002 et en 2004, le recours décrit dans l'ESS devrait être plus élevé que celui décrit dans le pool de données puisqu'il englobe les consultations facturées à toutes les assurances. En réalité, lorsque l'on compare ces résultats à ceux du chapitre 7, on constate des divergences pour certaines catégories.

Le recours moyen au médecin généraliste y est comparable pour les personnes de moins de 65 ans mais il est plus élevé dans le pool de données, à partir de 65 ans (moyennes nationales de 6 consultations/habitant entre 65-80 ans et 10 consultations/habitant au-delà de 80 ans). Les différences constatées à partir de 65 ans peuvent s'expliquer en partie par le fait que le pool de données enregistre aussi le recours des personnes non autonomes, qui ne sont pas interrogées dans l'ESS. On peut aussi supposer qu'une partie de cette différence est due à un biais de mémoire important dans l'ESS.

Concernant le recours au médecin spécialiste et au médecin gynécologue avant 65 ans, les données de l'ESS sont bel et bien supérieures à celles du pool de données. A partir de 65 ans les valeurs sont comparables et l'on peut de nouveau supposer un certain biais de mémoire dans l'ESS, puisque l'on s'attendrait à des valeurs plus élevées dans l'ESS.

Il est aussi possible que les différences découlent de définitions différentes du médecin «généraliste», du médecin «spécialiste» et du «médecin de famille». Dans le pool de données santésuisse®, il est défini en fonction de son titre FMH, tandis que dans l'ESS, sa définition dépendra de la perception des personnes interrogées.

Les différentes perspectives disponibles actuellement pour décrire le recours aux soins médicaux apportent donc des éclairages qui se recoupent en partie. Les comparaisons restent limitées car les effectifs cantonaux de personnes interrogées pour l'ESS sont parfois trop restreints pour permettre des comparaisons valides.

10 Recours aux soins médicaux ambulatoires: Discussion

Hélène Jaccard Ruedin

L'objectif de cette deuxième partie du rapport est de décrire l'utilisation des soins médicaux ambulatoires en Suisse en 2004. Les limites de ces analyses sont liées à celles des banques de données dont sont issus ces travaux, à savoir le pool de données santésuisse® d'une part et l'Enquête suisse sur la santé d'autre part.

La première ne contient des informations que sur les consultations facturées à l'Assurance Obligatoire de Soins (AOS) et elle ne couvre que partiellement les consultations payées par les ménages. La proportion de ces dernières dépend du mode de remboursement de ces soins, qui varie selon les caisses-maladie et les cantons (Tiers garant ou Tiers payant). Elle ne renseigne pas sur le contenu ou la durée des consultations, éléments non disponibles dans le pool de données. Enfin, ces analyses ne fournissent pas d'information sur l'état de santé des patients et l'intensité de leur prise en charge. L'Enquête suisse sur la santé (ESS) se caractérise quant à elle par un biais de mémoire qui s'avère être important, surtout chez les personnes âgées. Elle ne renseigne pas non plus sur le contenu des consultations encourues.

Malgré ces limites, cette analyse représente la première description exhaustive de l'utilisation des soins médicaux ambulatoires en Suisse. Elle confirme l'importance de la médecine de base et de la médecine de premier recours dont le rôle s'accroît avec l'âge des patients. Au sein de la médecine de premier recours, la pédiatrie et la gynécologie sont toutefois plus utilisées par les habitants des régions urbaines tandis que l'utilisation de la médecine de base est plus importante dans les régions périphériques. Les consultations de médecine spécialisée s'adressent en premier lieu à la population adulte des régions urbaines. La psychiatrie est une spécialité peu développée en dehors des grands centres urbains.

Les principaux facteurs influençant le recours aux soins sont des facteurs exogènes au système de santé. Il s'agit notamment de l'état de santé auto-évalué, de l'âge et du sexe des patients. Viennent ensuite des différences de comportement dépendant de la région linguistique ou le type de milieu. On constate un clivage est-ouest et un clivage rural/urbain dont la signification varie avec la variable considérée:

Par rapport au **type de soins utilisés**, nos résultats confirment le rôle de la médecine de famille et de la médecine spécialisée, décrit dans les ESS de 1992 et 1997 [26]. Dans l'ESS 2002, la médecine de famille, ou médecine «générale» a une place prépondérante pour les personnes âgées de plus de 65 ans, tandis que la médecine spécialisée semble s'adresser plutôt aux populations urbaines, avec un recours qui augmente à partir de 65 ans. On retrouve un mode de recours à la médecine de base et la médecine spécialisée comparable dans le pool de données santésuisse®. La **quantité de soins** «consommés» semble être plus importante en Suisse orientale qu'en Suisse occidentale, autant pour la médecine de base que pour la médecine spécialisée. Par contre, le rapport entre la médecine de premier recours et la médecine spécialisée est plus élevé en Suisse orientale. En d'autres termes, les habitants de Suisse occidentale bénéficient de moins de consultations que ceux de Suisse orientale, mais font relativement plus appel à des consultations «spécialisées». Il est possible qu'une partie de cette différence soit liée au mode de remboursement des consultations par les caisses-maladie ou au système de «pro-pharmacie» pratiqué en Suisse orientale, car ce système est susceptible de provoquer des consultations supplémentaires.

En ce qui concerne le recours au médecin spécialiste, les différences observées ne s'expliquent pas par des différences dans le degré de couverture par les assurances privées, comme cela a été décrit ailleurs, puisque les données analysées ne concernent que l'AOS [33]. Plusieurs éléments laissent supposer que cette différence est liée à des consultations de référence (des médecins «généralistes» vers les médecins «spécialistes») plutôt qu'à un rôle de substitution que la médecine spécialisée jouerait par rapport à la médecine de premier recours:

- Dans le modèle de régression décrit au chapitre 8, le faible coefficient de régression pour la médecine spécialisée laisse supposer qu'il n'y a pas ou peu de substitution entre les deux formes de médecine, du moins au sein de l'AOS.
- Les différences de comportement mises en évidence au travers de l'analyse de l'ESS résident surtout dans le recours à deux types de médecins et non dans le recours au seul médecin spécialiste.

On peut supposer que les médecins de premier recours en Suisse occidentale réfèrent plus facilement leurs patients à des confrères spécialistes que ne le font leurs confrères de Suisse orientale. Néanmoins, des analyses supplémentaires, basées sur l'intensité des consultations plutôt que sur leur taux d'incidence seraient nécessaires avant de tirer des conclusions définitives sur ce point.

L'existence d'une **demande induite par l'offre** est parfois évoquée. Dans la littérature, un lien entre la densité des médecins et la demande induite n'a pas été mis en évidence de manière systématique. Une étude norvégienne transversale n'a pas démontré de lien entre l'intensité des soins et la densité de médecins de premier recours, y compris dans un cadre de paiement à l'acte comme on le pratique en Suisse (fee-for-services) [34]. Dans une autre étude norvégienne, l'augmentation de la densité des praticiens impliquait une baisse du nombre de consultations réalisées, sans que cette diminution ne soit compensée par une élévation des coûts des consultations [35].

Les données transversales utilisées ici ne permettent pas de tirer des conclusions sur ce point mais elles permettent de formuler des premières hypothèses pour la médecine de base: La densité des médecins «généralistes» exerce une influence modérée sur le taux d'incidence des consultations et n'explique qu'une faible partie de la variation régionale du taux de recours. De plus, cette influence est plus basse en Romandie qu'en Suisse alémanique. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le recours au médecin spécialiste est *relativement* plus fréquent en Romandie.

Des analyses supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre l'interaction entre ces éléments, car la variable cible utilisée au chapitre 8 (nombre de consultations par habitant) est le produit de deux déterminants bien distincts, à savoir le taux de recours et l'intensité des soins, eux-mêmes influencés par des facteurs différents:

| | |
|--|---|
| Nombre de consultation / habitant | = Nombre de patients / habitant * Nombre de consultation / patient |
| | = Taux de recours * Intensité |

Le **taux de recours** reflète la démarche initiée par les patients. Il dépend de l'état de santé de la population et de la perception qu'elle a de ses besoins en soins. Si la population a peu de besoins, la présence d'un médecin aura peu d'effet sur le taux de recours et donc sur le nombre de consultations par habitant.

L'**intensité** des soins reflète pour sa part l'interaction entre le médecin et le patient. Elle dépend de l'état de santé du patient, de sa perception de ses besoins mais aussi de la perception du médecin face aux besoins du patient. En théorie, la demande induite par l'offre survient à ce niveau, lorsque le patient a pris l'initiative de visiter un médecin et que le déséquilibre entre le niveau d'information du patient et du médecin est exploité par ce dernier [24]. C'est aussi à ce niveau que le système de «pro-pharmacie» répandu en Suisse orientale pourrait jouer un rôle déterminant sur l'utilisation des soins.

Les données disponibles actuellement en Suisse ne permettent donc pas de confirmer ou d'infirmer directement l'existence d'une demande induite et des analyses supplémentaires sont nécessaires pour approfondir cet aspect. Il est donc prévu de poursuivre les travaux réalisés jusqu'à présent en analysant les facteurs influençant l'intensité des soins, pour les différentes catégories de médecins définies dans le projet.

Conclusions

11 Conclusions

Hélène Jaccard Ruedin

Cette étude a pour objectif de décrire de manière systématique et exhaustive l'offre et le recours aux soins médicaux ambulatoires et d'apporter des éléments explicatifs des relations qui sous-tendent cette interface. Sa principale limite est qu'elle repose en grande partie sur des informations tirées de l'Assurance Obligatoire de Soins (AOS), informations qui ne renseignent pas sur le contenu ou la durée des consultations ni sur leurs coûts. Néanmoins, il s'agit de la première description détaillée du secteur des soins médicaux ambulatoires en Suisse, domaine qui est resté peu étudié jusqu'à présent. Afin de pouvoir comparer les régions de manière standardisée, deux nouvelles approches sont proposées.

- L'estimation du taux d'activité à partir de l'activité facturée à l'AOS, permet de décrire l'offre et d'identifier plus précisément les régions dont l'offre est basse, que par le seul calcul de la densité de médecins. Cette approche fournit en outre des indications sur les régions où l'élasticité de cette offre face à demande accrue est moindre.
- L'analyse des déterminants du recours aux soins est abordée en recourant à une nouvelle définition des régions de soins, qui permet une analyse plus précise de l'influence de ces facteurs sur le recours aux soins.

Ces travaux mettent en évidence le rôle important joué par la médecine de base (médecine «générale») qui fournit 50% des prestations facturées à l'AOS. Ce rôle s'accroît avec l'âge des assurés, puisque 30% des consultations fournies par les médecins de cette catégorie s'adressent à des personnes de plus de 65 ans. La médecine de base est présente sur l'ensemble du territoire mais sa réalité dépend fortement du type de région où elle est exercée: dans les régions urbaines, la forte densité de praticiens et la présence de pédiatres, gynécologues, psychiatres et médecins spécialistes implique des taux d'activité facturée à l'AOS plus restreints ainsi qu'un spectre d'activité potentiellement réduit. En périphérie, la faible densité de médecins et la présence limitée de médecins spécialistes impliquent des taux d'activité élevés ainsi qu'un spectre d'activité plus étendu.

En estimant les taux d'activité facturée par les praticiens, l'approche proposée ici permet d'identifier directement les régions où l'offre est la plus basse, généralement des régions périphériques. Ces régions peuvent en outre être différenciées par rapport à l'élasticité de leur offre face à une augmentation potentielle du recours. Vingt-trois régions MS ont une offre basse en médecine de base, fournie par des praticiens facturant plus de consultations que la moyenne. En cas d'augmentation du recours (ou de baisse de l'offre suite à la fermeture d'un cabinet), leur capacité à étendre leur activité est plus limitée qu'ailleurs. De plus, alors que, dans les régions centrées, une substitution par les médecins spécialisés est possible, l'offre basse de médecine spécialisée dans les régions périphériques y rend un tel mécanisme de compensation improbable. En d'autres termes, bien que dans certaines régions il n'y ait pas de pénurie en 2004, elle pourrait se développer rapidement en présence d'une augmentation du recours ou de la fermeture de cabinets. Or, compte tenu de la moyenne d'âge élevée de ces praticiens dans toutes les régions, cette dernière situation pourrait devenir fréquentes ces prochaines années, si la relève ne peut être assurée.

Lorsque l'on aborde l'interface offre/recours aux soins, en tenant compte de la composition de l'offre et du comportement des patients, on constate des différences régionales plus marquées entre les trois types de régions urbaines (Centres avec Hôpital Universitaire, régions métropolitaines et agglomérations tertiaires). Les trois types de régions périphériques semblent par contre obéir à un mode de fonctionnement plus homogène.

- Les Centres avec Hôpital Universitaire sont dotés d'une offre importante en médecine de premier recours et en médecine spécialisée. Le taux d'activité facturée à l'AOS par praticien y est relativement bas. Malgré cela, l'offre reste élevée et elle exerce un pouvoir d'attraction sur les habitants des autres régions, plus marqué dans les cantons villes que dans les autres villes.
- Dans les régions métropolitaines la médecine de premier recours, et dans cette catégorie d'abord la médecine générale, prédominent. La médecine spécialisée y est moins présente. Mais les habitants de ces régions se déplacent facilement et «consomment» relativement beaucoup de soins spécialisés à l'extérieur de leur région de domicile.
- Après les 5 Centres avec Hôpital Universitaire, c'est dans les agglomérations tertiaires que se concentre une bonne part de la médecine de premier recours et de la médecine spécialisée. On y constate aussi une forte activité en pédiatrie et en gynécologie. Les habitants de ces régions «consomment» beaucoup de soins de base et de soins spécialisés sur place.
- Finalement, dans les trois types de régions périphériques (industrielle, touristique et rurale) la médecine de base prédomine sur la pédiatrie, la gynécologie et la médecine spécialisée. La densité de praticiens y est faible et leur taux d'activité est par conséquent plus important, impliquant une élasticité moindre. Les habitants de ces régions consomment peu de soins spécialisés ce qui indique qu'ils se déplacent peu vers des centres urbains.

Pour la médecine de base, les résultats laissent supposer l'existence potentielle d'une demande induite par l'offre, plus marquée en région alémanique. Cette demande induite n'explique néanmoins qu'une infime partie des variations régionales du recours aux soins ambulatoires. Ces observations demandent à être confirmées par des analyses supplémentaires.

Pour chaque catégorie de spécialité, plus du tiers des médecins sont âgés de plus de 55 ans mais l'âge des médecins ne semble pas corrélér avec leur taux d'activité. A noter que si les moyennes d'âge comparables, cette valeur indique que l'effectif des médecins en médecine de base est plus âgé que celui des médecins spécialistes, puisque ces praticiens sont généralement plus jeunes lorsqu'ils s'installent en cabinet.

En 2004, la féminisation de la profession s'observait surtout dans les régions urbaines, où elle corrèle avec un taux d'activité réduit. Néanmoins, avec seulement un quart de praticiennes, son ampleur est inférieure aux proportions de femmes observées parmi les étudiants en médecine. Il est possible qu'une proportion plus élevée de diplômée s'oriente vers des activités se déroulant au sein des hôpitaux ou dans l'administration, ou qu'elles exercent sous le RCC d'autres praticiens.

Ces travaux fournissent des premières pistes pour mieux comprendre les interactions qui se déroulent dans le domaine des soins médicaux ambulatoires et permettent de formuler plusieurs hypothèses qu'il s'agira d'approfondir au cours de travaux ultérieurs. Il s'agit maintenant d'examiner les liens existants entre l'offre et l'intensité des consultations, pour les différentes catégories de médecine et d'approfondir les interactions existant entre ces catégories. Il s'agira aussi de mieux identifier les déterminants sociodémographiques sous-tendant aux mouvements des patients.

Cette étude souligne l'importance de disposer de données précises pour documenter le domaine des soins médicaux ambulatoires, au niveau de l'offre et du recours. Les données disponibles actuellement ne permettent qu'une première estimation de la situation réelle. Une analyse plus détaillée, comprenant aussi des informations sur l'état de santé des patients, le contenu des consultations et incluant le recours aux autres types d'assurances serait nécessaire. Dans cette optique la mise en place d'une banque de donnée spécifique, comme la statistique médicale ambulatoire en préparation à l'OFS devrait représenter une réelle chance pour mieux décrire l'interface entre l'offre et le recours aux soins médicaux ambulatoires.

12 Bibliographie

1. Monnier M: «Médecins de premier recours:pénurie ou pléthore? Etat des lieux et devenir». *Primary Care* 2004; 4(40): 755-759.
2. Horn T et al: «Application de la clause du besoin dans le canton de Vaud». *Primary Care* 2005; 5(18): 414-418.
3. Artoisenet C et al: «Medical Workforce in Belgium: Assessment of future Supply and requirements». *Symposium on Past Trends Assessment and Future Forecasts of Health Workforce*. 2005. Barcelona.
4. Oberg K: «How to Define and Analyze Shortage- Nurses and Physicians in Sweden». *Symposium on Past Trends Assessment and Future Forecasts of Health Workforce*. 2005. Barcelona.
5. Bisig B et al: «Wohnregion (Sprachregion und MS-Region) und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen». In «Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung?» Gutzwiler F, Bisig B, Ed. Verlag Rüegger, 2004. 119-146.
6. Bertschi M: «Assurance obligatoire de soins: couverture des soins par les cabinets médicaux». *Sécurité sociale* 2005; 6: 370-373.
7. Rüesch P et al: «La santé psychique en Suisse- Monitoring». *Observatoire suisse de la santé*, 2003.
8. Eichhorn M: «Umfrage in psychiatrischen Praxen in Basel-Stadt. Teilzeitarbeit und Versorgungsaspekte». *BMS* 2006; 87(29/30): 1328-1333.
9. Dürrenmatt U et al: «Hausärztedichte im Kanton Bern 2005 - 1-Minuten-Umfrage des VBH». *Primary Care* 2006; 6(24): 441-444.
10. Pong R et al: «Beyond counting heads: some methodological issues in measuring geographic distribution of physicians». *CMAJ* 2002; 7(1): 12-20.
11. Watson D: «Family physician workloads and access to care in Winnipeg: 1991 to 2001». *CMAJ* 2004; 171(4): 339- 342.
12. Laifer M: «Akzentuiert die neue Work-Life Balance den Ärztinnen - Ärztemangel?». Referat zum Symposium «Zukünftiger Bedarf an Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz» Juni 2006, Bern.
13. Domenighetti G et al: «Sécurité de l'approvisionnement en médecine de ville dans le cadre de la suppression de l'obligation de contracter» Institut d'économie et management de la santé, Université de Lausanne, 2001.
14. Nocera S et al: «On the dynamics of physician density: Theory and empirical Evidence for Switzerland». *Volkswirtschaftliches Institut der Universität Bern*, 2002.
<http://ideas.repec.org/p/ube/dpwwib/dp0208.html>.
15. Jau J: «Statistique médicale FMH 2004». *BMS* 2005; 86(15): 857-879.
16. Kohli S: «Femmes médecins entre famille et profession». *Journal ASMAC*, 2006; 25(6): 18-23.
17. Marty F: «Wo eröffnen die Hausärzte heute ihre Praxen?». *Primary Care* 2006; 6(6): 181-183.
18. Kohler H: «Le service de garde du médecin de premier recours. Pour combien de temps encore et par qui?» *Forum Med Suisse* 2006; 6: 597-598.
19. Wennberg J et al: «Geography and the debate over medicare reform». *Health Affairs (Millwood)* 2004. *Suppl Web Exclusive: W96-114*.

20. Crivelli L et al: «Federalism and Regional Health care Expenditures: an Empirical Analysis for the Swiss Cantons». Decanato della Facolta di Scienze economiche, Universita della Svizzera italiana, 2004.
21. Goodman D et al: «Primary care service areas: a new tool for the evaluation of primary care services». *Health Serv Res* 2003; 38(1): 287-309.
22. Andersen R: «Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?». *J Health Soc Behav* 1995; 36(1): 1-10.
23. Bisig B et al: «Operationen (Lebenszeitprävalenz) nach sozio-demographischen, -kulturellen und regionalen Indikatoren». In «Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung?» Gutzwiler F, Bisig B, Ed. Verlag Rüegger, 2004. 163-190.
24. Guggisberg J et al: «Nachfrage, Inanspruchnahme, Bedarf und Angebotsindizierung in der ambulanten, medizinischen Versorgung». *Observatoire suisse de la santé*, 2005
25. Davis P et al: «The «supply hypothesis» and medical practice variation in primary care: testing economic and clinical models of inter-practitioner variation». *Soc Sci Med* 2000; 50(3): 407-18.
26. Wietlisbach V et al: «Déterminants socio-démographiques, géographiques et culturels du recours aux médicaux et hospitaliers en Suisse», In «Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung?» Gutzwiler F, Bisig B, Ed. Verlag Rüegger, 2004. 133-162.
27. Frosthalm L et al: «The patients' illness perceptions and the use of primary health care». *Psychosom Med* 2005; 67(6): 997-1005.
28. Fernandez-Olano C et al: «Factors associated with health care utilization by the elderly in a public health care system». *Health Policy* 2006; 75(2): 131-9.
29. Marty F: «Praxiseröffnungsinserate in der Schweizerischen Aerztezeitung von Mitte 1997 bis Ende 2004». *Primary Care* 2005; 5(21): 478-80.
30. Vedsted P et al: «Frequent attenders in general practice care: a literature review with special reference to methodological considerations». *Public Health* 2005; 119(2): 118-37.
31. Suominen-Taipale A.L et al: «Differences in older adults» use of primary and specialist care services in two Nordic countries». *Eur J Public Health* 2004; 14(4): 375-80.
32. Chaix B et al: «Area-level determinants of specialty care utilization in France: a multilevel analysis». *Public Health* 2005; 119(2): 97-104.
33. Rodriguez M et al: «The effect of private insurance access on the choice of GP/specialist and public/private provider in Spain». *Health Econ* 2004; 13(7): 689-703.
34. Carlsen F et al: «More physicians: improved availability or induced demand?». *Health Econ* 1998; 7(6): 495-508.
35. Sorensen R et al: «Competition and supplier-induced demand in a health care system with fixed fees». *Health Econ* 1999; 8(6): 497-508.

Annexes

Annexe 1 Aspects méthodologiques du pool de données santésuisse®

La présente analyse se base sur les données de l'Assurance Obligatoire des Soins (AOS) contenues dans le pool de données. Le pool de données est une base statistique, produit par santésuisse (l'association faîtière de la branche de l'assurance-maladie) et sert surtout de système d'information sur la branche en procurant de précieuses indications sur le comportement des groupes d'assurés et celui des fournisseurs de prestations ainsi que sur l'évolution des coûts et des primes. Le pool de données offre aux assureurs-maladie la possibilité de comparer leur propre structure de coûts de l'assurance obligatoire des soins (AOS) avec celle du secteur dans son ensemble.

Toutes les factures saisies par les assureurs collaborant à la statistique, y compris celles portant sur la participation aux coûts des assurés (franchise, quote-part et contribution aux frais de séjour en cas d'hospitalisation), sont enregistrées dans le pool de données. A noter cependant que seules les factures adressées par les assurés à l'assurance-maladie ou envoyées directement à l'assureur par le fournisseur de prestations sont prises en considération. Les factures conservées par les assurés (p. ex. en raison d'une franchise élevée) et les prestations qui ne sont pas prises en charge par les assurances dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (p. ex. prestations des assurances complémentaires) ne sont pas recensées dans le pool de données. Il en va de même pour les contributions publiques (p. ex. financement du secteur intra-muros).

Le pool de données repose sur le principe du volontariat. Les 87 assureurs qui fournissent actuellement des informations au pool de données représentent environ 97,35% des personnes assurées en Suisse. Pour estimer le total des coûts, les données ont été extrapolées à 100% au moyen de l'effectif des assurés provenant de la compensation des risques. Les prestations brutes du pool de données ont été divisées par l'effectif des assurés du pool de données et multipliées par l'effectif des assurés de la compensation des risques. Cette extrapolation permet une estimation des coûts effectifs, si tous les assureurs-maladie étaient associés au pool de données. Il ne s'agit toutefois que d'une estimation, puisqu'on suppose que les assurés manquants dans le pool de données présentent la même structure de coûts que les personnes assurées saisies dans le pool de données.

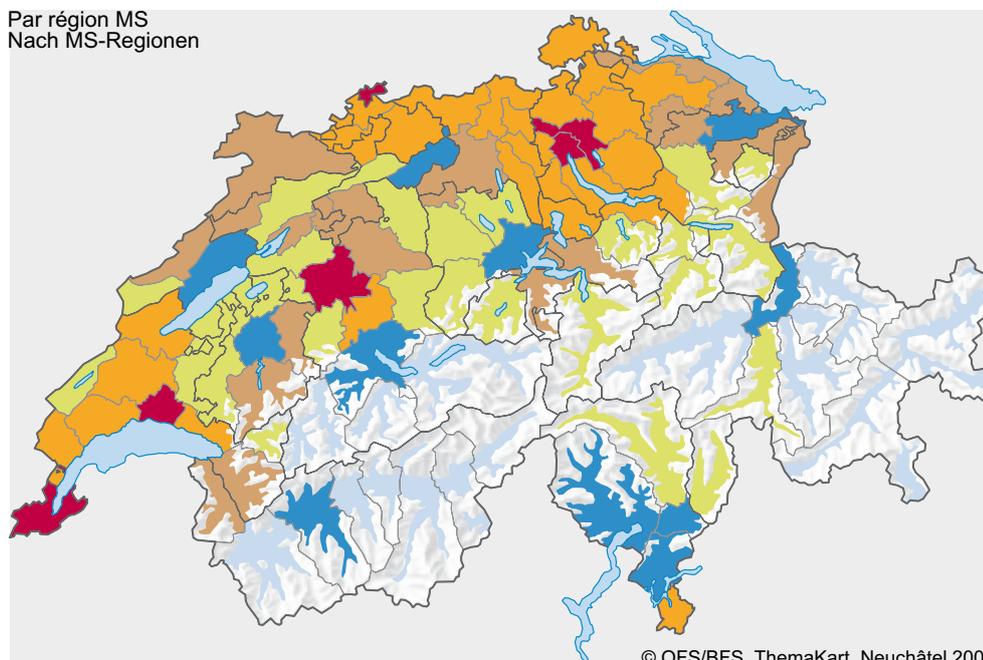
Le pool de données ne donne aucune information sur les diagnostics et ne contient pas de données individuelles sur les assurés. Il n'est donc pas possible d'effectuer un suivi de cas ou de traitements particuliers. Par ailleurs, la version du pool de données mise à la disposition de l'Observatoire suisse de la santé ne fournit pas non plus de données individuelles sur les fournisseurs de prestations. L'analyse se fonde donc uniquement sur des données agrégées – groupes d'assurés et groupes de fournisseurs de prestations.

Annexe 2 Régions de Mobilité Spatiale (Régions MS) de la Suisse et regroupement en 6 types de régions

Répartition des 106 régions MS en 6 types de régions
Verteilung der 106 MS-Regionen in 6 Regionstypen

Annexe A1
Anhang A1

Par région MS
Nach MS-Regionen



Types de régions
Regionstypen

- Centre avec Hôpital Universitaire
Zentrum mit Universitätsspital
- Région métropolitaine
Metropolraum
- Agglomération tertiaire
Tertiäre Agglomeration
- Région industrielle
Industrielle Region
- Région touristique
Touristische Region
- Région rurale
Rurale Region

Analyse: Obsan

© OFS/BFS, ThemaKart, Neuchâtel 2006 Source: OFS / Quelle: BFS

Ce regroupement se base sur la typologie des régions MS en 14 classes de l'OFS (2005):

| Typologie de l'étude de l'Obsan (Code-Type de région) | Typologie OFS |
|--|---|
| Centre avec Hôpital Universitaire (1) | → Aire métropolitaine, agglomération centrale |
| Région métropolitaine (2) | → Aire métropolitaine, zone suburbaine |
| | → Aire métropolitaine, zone périurbaine |
| | → Aire métropolitaine, agglomération moyenne |
| | → Aire métropolitaine, petite agglomération |
| Agglomération tertiaire (3) | → Région tertiaire de grande agglomération |
| | → Région tertiaire d'agglomération moyenne |
| Région industrielle (4) | → Région industrielle d'agglomération moyenne |
| | → Région industrielle de petite agglomération |
| Région touristique (5) | → Région touristique de petite agglomération |
| | → Région rurale agro-touristique |
| Région rurale (6) | → Région rurale agro-industrielle |
| | → Région rurale industrielle |
| | → Région rurale agricole |

Répartition des 106 régions MS selon la typologie de l'étude Obsan

| N° MS | Nom de la région | Code-Type de région | Nombre d habitants | N° MS | Nom de la région | Code-Type de région | Nombre d habitants |
|-------|----------------------|---------------------|--------------------|-------|-------------------|---------------------|--------------------|
| 1 | Zürich | 1 | 343 897 | 56 | Sarganserland | 6 | 40 206 |
| 2 | Glattal/Furttal | 1 | 160 656 | 57 | Linthgebiet | 2 | 56 163 |
| 3 | Limmattal | 2 | 74 068 | 58 | Toggenburg | 6 | 35 975 |
| 4 | Knonaueramt | 2 | 43 250 | 59 | Wil | 4 | 97 596 |
| 5 | Zimmerberg | 2 | 108 251 | 60 | Chur | 3 | 68 570 |
| 6 | Pfannenstiel | 2 | 98 523 | 61 | Prättigau | 5 | 14 767 |
| 7 | Zürcher Oberland | 2 | 146 449 | 62 | Davos | 5 | 10 966 |
| 8 | Winterthur | 2 | 162 126 | 63 | Schanfigg | 5 | 4 275 |
| 9 | Weinland | 2 | 28 114 | 64 | Mittelbünden | 5 | 10 834 |
| 10 | Zürcher Unterland | 2 | 90 139 | 65 | Viamala | 6 | 12 604 |
| 11 | Bern | 1 | 290 754 | 66 | Surselva | 5 | 26 065 |
| 12 | Erlach/Seeland | 6 | 50 531 | 67 | Engiadina bassa | 5 | 9 356 |
| 13 | Biel | 4 | 90 519 | 68 | Oberengadin | 5 | 22 436 |
| 14 | Jura bernois | 6 | 37 254 | 69 | Mesolcina | 6 | 7 662 |
| 15 | Oberaargau | 6 | 76 955 | 70 | Aarau | 4 | 217 469 |
| 16 | Burgdorf | 4 | 71 605 | 71 | Brugg-Zurzach | 2 | 74 562 |
| 17 | Oberes Emmental | 6 | 24 867 | 72 | Baden | 2 | 97 733 |
| 18 | Aaretal | 2 | 59 327 | 73 | Mutschellen | 2 | 57 282 |
| 19 | Schwarzwasser | 6 | 16 939 | 74 | Freiamt | 2 | 62 314 |
| 20 | Thun | 3 | 116 484 | 75 | Fricktal | 2 | 67 522 |
| 21 | Saanen-Obersimmental | 5 | 16 512 | 76 | Thurtal | 2 | 83 733 |
| 22 | Kandertal | 5 | 15 895 | 77 | Untersee | 4 | 52 020 |
| 23 | Oberland-Ost | 5 | 45 874 | 78 | Oberthurgau | 4 | 62 398 |
| 24 | Grenchen | 4 | 33 852 | 79 | Tre Valli | 6 | 28 739 |
| 25 | Laufental | 2 | 50 469 | 80 | Locarno | 3 | 64 419 |
| 26 | Luzern | 3 | 198 601 | 81 | Bellinzona | 3 | 44 489 |
| 27 | Sursee-Seetal | 6 | 67 234 | 82 | Lugano | 3 | 129 243 |
| 28 | Willisau | 6 | 51 544 | 83 | Mendrisio | 2 | 51 823 |
| 29 | Entlebuch | 6 | 16 601 | 84 | Lausanne | 1 | 237 857 |
| 30 | Uri | 6 | 35 111 | 85 | Morges | 2 | 66 095 |
| 31 | Innerschwyz | 4 | 62 833 | 86 | Nyon | 2 | 65 386 |
| 32 | Einsiedeln | 6 | 19 824 | 87 | Vevey/Lavaux | 2 | 80 531 |
| 33 | March | 2 | 58 767 | 88 | Aigle | 4 | 35 432 |
| 34 | Sarneraatal | 6 | 29 644 | 89 | Pays-d Enhaut | 6 | 4 472 |
| 35 | Nidwalden | 4 | 42 782 | 90 | Gros-de-Vaud | 2 | 50 453 |
| 36 | Glarner Unterland | 6 | 26 637 | 91 | Yverdon | 2 | 49 062 |
| 37 | Glarner Hinterland | 6 | 10 331 | 92 | La Vallée | 6 | 10 116 |
| 38 | Zug | 2 | 104 409 | 93 | La Broye | 6 | 60 004 |
| 39 | La Sarine | 3 | 85 256 | 94 | Goms | 5 | 5 337 |
| 40 | La Gruyère | 4 | 40 439 | 95 | Brig | 5 | 26 007 |
| 41 | Sense | 4 | 39 144 | 96 | Visp | 5 | 35 483 |
| 42 | Murten/Morat | 6 | 48 845 | 97 | Leuk | 5 | 12 131 |
| 43 | Glâne-Veveyse | 6 | 31 945 | 98 | Sierre | 5 | 40 268 |
| 44 | Oltén | 3 | 88 599 | 99 | Sion | 3 | 71 447 |
| 45 | Thal | 6 | 14 163 | 100 | Martigny | 5 | 52 870 |
| 46 | Solothurn | 4 | 91 129 | 101 | Monthey | 4 | 43 013 |
| 47 | Basel-Stadt | 1 | 186 624 | 102 | Neuchâtel | 3 | 102 893 |
| 48 | Unteres Baselbiet | 2 | 159 929 | 103 | La Chaux-de-Fonds | 4 | 66 632 |
| 49 | Oberes Baselbiet | 2 | 86 863 | 104 | Val-de-Travers | 6 | 12 151 |
| 50 | Schaffhausen | 2 | 73 884 | 105 | Genève | 1 | 425 539 |
| 51 | Appenzell A.Rh. | 4 | 54 761 | 106 | Jura | 4 | 69 143 |
| 52 | Appenzell I.Rh. | 6 | 13 174 | | | | |
| 53 | St.Gallen | 3 | 175 485 | | | | |
| 54 | Rheintal | 4 | 54 539 | | | | |
| 55 | Werdenberg | 4 | 33 676 | | | | |

Annexe 3 Méthode utilisée pour définir les Activité Plein Temps, par spécialité

1. Après avoir exclu de l'analyse les médecins n'ayant pas facturés de prestations dans l'année, la distribution des deux variables retenues (consultations et nombre de malades) pour chaque spécialité a d'abord été décrite pour l'ensemble de la Suisse, pour chaque année (1998 à 2004). Celle-ci s'est avérée de forme normale pour toutes les spécialités avec des valeurs (moyenne, écart-type) très variables d'une spécialité à l'autre. Quelques spécialités ne représentant que peu de personnes ont été regroupées avant de procéder à cette distribution. Deux catégories ont été faites:

| | | |
|----------------------------------|--|---------------------------|
| Spécialités de médecine interne: | Allergologie et immunologie | Néphrologie |
| | Angiologie | Médecine tropicale |
| | Infectiologie | |
| Spécialités de chirurgie: | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire | Chirurgie pédiatrique |
| | | Chirurgie maxillo-faciale |

2. Après avoir examiné les différentes valeurs des percentiles, les percentiles 75 du nombre de consultations et du nombre de patients traités dans l'année ont été retenus comme seuils. Cette démarche c'est faite pour chaque spécialité et pour chaque année entre 1998 et 2004.

3. En observant l'évolution des valeurs du percentile 75 entre 1998 et 2004, il s'est avéré que le nombre de malades et le nombre de consultations varient d'une année à l'autre. Les valeurs retenues pour représenter le taux d'activité 100% sont alors obtenues en calculant la moyenne entre la valeur du percentile 75 en 1998 et la valeur du percentile 75 de l'année d'étude (ici l'année 2004).

Cette étape permet d'amortir l'effet tendance, qui risquerait sinon de fausser l'interprétation des résultats. On peut l'illustrer par l'exemple fictif suivant: si une année l'ensemble des médecins ne travaillait plus 3 jours/semaine et ne réalisait plus que la moitié des consultations de l'année précédente, le percentile 75 diminuerait de moitié. Fixer le 100% d'activité au percentile 75 sans tenir compte des valeurs des années précédentes ne permettrait pas d'identifier cette évolution: on aurait le même nombre de médecin travaillant à 100% alors que ceux-ci ne travailleraient plus que 3 jours/semaine.

4. Deux taux d'activité peuvent alors calculés pour chaque médecin, en rapportant ses propres paramètres (nombre de consultations facturées dans l'année et nombre de patients soignés dans l'année) aux valeurs du percentile 75 de sa spécialité. La variation entre les deux taux obtenus s'est avérée être minime (généralement <10%). Le taux d'activité final a été défini comme la moyenne entre les deux taux spécifiques. Cette démarche se fait séparément pour chaque année.

5. Connaissant le taux d'activité final de chaque médecin, le taux d'activité d'une région, pour une spécialité donnée, représente la somme des taux activité des médecins installés et appartenant à cette spécialisation.

Exemple pour les médecins généralistes en 2004:

- Calcul des percentiles 75 de 1998:
 - Nombre de consultations: 6042
 - Nombre de patients: 1291
- Calcul des percentiles 75 de 2004:
 - Nombre de consultations: 5561
 - Nombre de patients: 1251
- Calculs des valeurs seuil pour 2004:
 - Nombre de consultations = $(6042+5561)/2=5801$
 - Nombre de patients = $(1291+1251)/2=1271$
- Calcul du taux d'activité du Dr. X, ayant facturé 6000 consultations, concernant 1335 malades:
 - Taux d'activité par rapport aux consultations: $6000/5801= 103\%$
 - Taux d'activité par rapport aux malades: $1335/1271= 105\%$
 - Taux d'activité final = $(103\% + 105\%)/2 = 104\%$**

Dans ce travail, le taux d'activité final est désigné comme Activité Plein Temps (APT) et ne fait référence qu'à l'activité réalisée au sein de l'AOS. C'est une mesure fictive différente des Emplois Pleins Temps (EPT) auquel il est souvent fait référence dans la littérature.

Une méthode analogue a été mise sur pied au Canada et y est régulièrement appliquée pour suivre l'évolution de l'offre médicale⁵⁷. Il est clair que ces définitions reposent sur des décisions arbitraires. Cependant, l'activité de chaque médecin étant déterminée de la même façon, les comparaisons par régions, voir d'une année à l'autre, restent possibles.

**Indicateurs définissant les Activité Plein Temps (APT):
Seuil approximatif correspondant à 1 APT, en 2004, par spécialité**

| | Consultations | Nombre de patients traités |
|--|---------------|----------------------------|
| Allergologie et immunologie | 3054 | 956 |
| Médecine interne sans spécialisation | 4862 | 1007 |
| Médecine générale | 5561 | 1253 |
| Anesthésiologie | 165 | 139 |
| Angiologie | 3054 | 956 |
| Chirurgie | 1650 | 514 |
| Dermatologie et vénéréologie | 5415 | 2383 |
| Endocrinologie et diabétologie | 3216 | 992 |
| Gastroentérologie | 2838 | 1312 |
| Cabinet de groupe | 5561 | 1253 |
| Gynécologie-obstétrique | 3378 | 1619 |
| Hématologie | 3270 | 620 |
| Chirurgie cardio-vasculaire | 580 | 385 |
| Infectiologie | 3054 | 956 |
| Cardiologie | 2414 | 933 |
| Chirurgie maxillo-faciale | 580 | 385 |
| Pédiatrie | 5043 | 1601 |
| Pédopsychiatrie | 1092 | 104 |
| Chirurgie pédiatrique | 580 | 385 |
| Oncologie | 3081 | 610 |
| Néphrologie | 3054 | 956 |
| Neurochirurgie | 1345 | 524 |
| Neurologie | 1556 | 906 |
| Ophthalmologie | 4847 | 2422 |
| Orthopédie | 1849 | 684 |
| Oto-rhino-laryngologie | 3755 | 1735 |
| Médecine physique et de réadaptation | 3549 | 865 |
| Chirurgie plastique et reconstructive | 1428 | 492 |
| Pneumologie | 3143 | 900 |
| Médecine praticienne | 3614 | 802 |
| Psychiatrie | 1507 | 140 |
| Rhumatologie | 4407 | 968 |
| Médecine tropicale | 3054 | 956 |
| Urologie | 2786 | 1177 |
| Médecine de base | 5080 | 1118 |
| Médecine de base Plus | 4873 | 1219 |
| Médecine spécialisée sans activité chirurgicale | 3390 | 1165 |
| Médecine spécialisée avec activité chirurgicale | 2824 | 1245 |
| Psychiatrie et pédopsychiatrie | 1449 | 135 |

⁵⁷ Canadian Institute for Health Information (2004): National physician database, full-time equivalent physicians report, Canada 2002-2003. Ottawa.

Annexe 4 Calcul de l'indicateur de densité d'APT en Médecine de base Plus et en Psychiatrie

Médecine de base Plus

Pour construire l'indicateur de densité d'APT pour la médecine de base Plus, il est impératif de tenir compte de la population cible de chacune des spécialités. Tandis que les praticiens de médecine générale s'adressent à l'ensemble de la population, les pédiatres et les gynécologues s'adressent à une population cible plus spécifique. Les hypothèses retenues dans ces analyses sont les suivantes: les pédiatres s'adressent aux enfants de moins de 16 ans, tandis que les gynécologues s'adressent aux femmes de 16 ans et plus. Afin de tenir compte des différentes populations cibles, un indicateur pour la densité de médecine de base PLUS (DP) est construit selon la formule suivante:

$$DP = \left(\frac{APT_{MG}}{P} + \frac{APT_{Péd.}}{\alpha \cdot P} + \frac{APT_{Gyn.}}{\beta \cdot P} \right) \cdot 10000$$

APT_{MG} : Nombre d'unité d'APT pour la médecine générale

$APT_{Péd.}$: Nombre d'unité d'APT en pédiatrie

$APT_{Gyn.}$: Nombre d'unité d'APT en gynécologie

P : Population résidante moyenne au milieu de l'année

α : Part de la population âgée de moins de 16 ans

β : Part de la population féminine âgée de 16 ans et plus

Cet indicateur représente la somme des indicateurs de densité pour la médecine générale, la pédiatrie et la gynécologie.

Psychiatrie

La catégorie psychiatrie comporte deux spécialités: la psychiatrie et psychothérapie, ainsi que la psychiatrie et psychothérapie d'enfants. Afin de tenir compte des populations cibles différentes pour ces deux catégories, l'indicateur de densité (I) est construit en tenant compte des population-cibles spécifiques (voir Annexe 3):

$$I = \left(\frac{APT_{Psy}}{P} + \frac{APT_{PsyEnf.}}{\alpha \cdot P} \right) \cdot 10000$$

APT_{Psy} : Nombre d'unité d'APT pour la spécialité psychiatrie et psychothérapie

$APT_{PsyEnf.}$: Nombre d'unité d'APT pour la spécialité psychiatrie et psychothérapie d'enfants

P : Population résidante moyenne au milieu de l'année

α : Part de la population âgée de moins de 16 ans

Annexe 5 Tableaux récapitulatifs des données démographiques manquantes pour les différents domaines de la médecine

Données manquantes pour la médecine de base Plus

| Médecine de base Plus | N | Information manquante | |
|-------------------------|-------|-----------------------|-----|
| | | Sexe | Age |
| Suisse | 8 797 | 345 | 347 |
| Centre avec HU | 2 778 | 150 | 151 |
| Région métropolitaine | 2 351 | 79 | 79 |
| Agglomération tertiaire | 1 323 | 42 | 42 |
| Région industrielle | 1 241 | 43 | 43 |
| Région touristique | 384 | 11 | 11 |
| Région rurale | 720 | 20 | 21 |

Données manquantes pour la médecine spécialisée sans activité chirurgicale

| Médecine spécialisée sans activité chirurgicale. | N | Information manquante | |
|--|-------|-----------------------|-----|
| | | Sexe | Age |
| Suisse | 2 223 | 100 | 100 |
| Centre avec HU | 956 | 38 | 38 |
| Région métropolitaine | 468 | 13 | 13 |
| Agglomération tertiaire | 417 | 30 | 30 |
| Région industrielle | 225 | 11 | 11 |
| Région touristique | 76 | 2 | 2 |
| Région rurale | 81 | 6 | 6 |

Données manquantes pour la médecine spécialisée avec activité chirurgicale

| Médecine spécialisée avec activité chirurg. | N | Information manquante | |
|---|-------|-----------------------|-----|
| | | Sexe | Age |
| Suisse | 2 475 | 122 | 123 |
| Centre avec HU | 993 | 38 | 38 |
| Région métropolitaine | 539 | 24 | 24 |
| Agglomération tertiaire | 456 | 30 | 30 |
| Région industrielle | 292 | 20 | 20 |
| Région touristique | 80 | 5 | 6 |
| Région rurale | 115 | 5 | 5 |

Données manquantes pour la psychiatrie

| Psychiatrie | N | Information manquante | |
|-------------------------|-------|-----------------------|-----|
| | | Sexe | Age |
| Suisse | 2 447 | 82 | 82 |
| Centre avec HU | 1 287 | 30 | 30 |
| Région métropolitaine | 530 | 14 | 14 |
| Agglomération tertiaire | 307 | 17 | 17 |
| Région industrielle | 231 | 12 | 12 |
| Région touristique | 31 | 4 | 4 |
| Région rurale | 61 | 5 | 5 |

Annexe 6 Calcul des temps hebdomadaires et des EPT par spécialité, dans l'enquête réalisée dans le canton de Genève

Afin d'effectuer l'analyse, il a été nécessaire de créer cinq catégories. Elles reflètent cinq types de réponses présentes dans l'enquête, soit:

- les médecins avec une seule spécialité qui ont indiqué travailler à plein temps;
- les médecins avec une seule spécialité qui ont indiqué travailler à temps partiel;
- les médecins qui n'ont pas indiqué de temps ou qui n'ont pas répondu;
- les médecins qui ont indiqué plusieurs spécialités et plusieurs temps d'activité;
- les médecins qui ont indiqué un temps dans une autre spécialité que celle où ils devraient normalement facturer via leur RCC.

Calcul des temps hebdomadaires, exemple pour les médecins généralistes:

| Médecins généralistes avec RCC | Nb de spécialités | Spécialité retenue pour le calcul | Nb de praticiens | Temps moyen d'activité de la spécialité retenue | EPT |
|--|-------------------|-----------------------------------|------------------|---|-------|
| Cat1: travaillant à plein temps | 1 | Médecine générale | 67 | 43,6 | 67,0 |
| Cat2: travaillant à temps partiel | 1 | Médecine générale | 28 | 21,5 | 13,8 |
| Cat3: sans indication de temps | non indiqué | Médecine générale | 23 | 37,1 | 19,6 |
| Cat4: avec plus d'une indication de temps | 2 ou plus | Médecine générale | 15 | 21,3 | 7,3 |
| Cat5: qui font autre chose | 1 ou plus | Médecine générale non mentionnée | 18 | 0 | 0 |
| Total | | Médecine générale | 151 | | 107,7 |

Cat1: le médecin généraliste travaillant à plein temps effectue en moyenne 43,6 heures hebdomadaires.

Cat2: le médecin généraliste travaillant à temps partiel effectue en moyenne 21,5 heures hebdomadaires.

Cat3: pour le médecin généraliste qui n'a pas indiqué de durée, nous avons calculé une durée hypothétique au pro rata des catégories précédentes. Cette troisième catégorie effectue environ 37,1 heures hebdomadaires. Le calcul est le suivant.

$(\text{nb médecins à plein temps} \times \text{nb d'heures pt}) + (\text{nb de médecins à temps partiel} \times \text{nb d'heures tp})$

$\text{nb de médecins à plein temps} + \text{nb de médecins à temps partiel}$

Cat4: pour calculer le nombre d'heures hebdomadaires effectué par cette catégorie nous avons calculé la moyenne des heures indiquées et effectives dans la spécialité «médecine générale». Cette quatrième catégorie effectue environ 21,3 heures par semaine. Le calcul est le suivant:

$\frac{\text{somme des heures indiquées en médecine générale par les généralistes ayant plusieurs temps}}{\text{nb de généralistes ayant plusieurs temps}}$

Cat5: ces sont les médecins qui sont au bénéfice d'un titre en médecine générale, mais qui exercent dans une autre spécialité que celle où ils «devraient» facturer.

Calcul des EPT par spécialité

Pour calculer un EPT en médecine générale nous avons utilisé la moyenne des heures hebdomadaires effectuées par les médecins travaillant à plein temps. Cette valeur nous permet ensuite de calculer les EPT des autres catégories décrites. L'exemple révèle ainsi les informations complémentaires suivantes:

- Dans le canton de Genève il y a 67 médecins généralistes travaillant à plein temps. Un EPT en médecine générale effectue en moyenne 43,6 heures par semaine à charge de l'assurance-maladie.
- Les généralistes travaillant à temps partiel sont 28 et correspondent à 13,8 EPT.
- Dans la troisième catégorie nous dénombrons 23 médecins pour 19,6 EPT.
- La quatrième catégorie compte 15 médecins correspondant à 7,3 EPT.
- Nous avons dans la dernière catégorie 18 médecins qui n'effectuent pas de médecine générale. Leur contribution au total des EPT de cette spécialité est nulle.

Résultats pour l'exemple

Dans le canton de Genève il y a, selon l'enquête, 151 médecins généralistes en activité avec un RCC correspondant à 107,7 EPT. (1 EPT effectue 43,6 heures de travail hebdomadaires). La part des EPT en pourcent est de 71,3%.

Plus ce ratio est élevé plus la spécialité utilise la totalité de ses forces de «travail». Plus ce ratio est faible, plus le temps partiel est élevé.

Lecture des résultats

Afin de simplifier la lecture des résultats, n'ont été retenue dans le document principale que le nombre de praticien total, les EPT totaux, le ratio part des EPT en %, le temps moyen pour un plein temps et le temps moyen pour un temps partiel, le temps moyen pour un EPT.

Annexe 7 Données complémentaires au chapitre 5

7.1 Matrice de corrélation de Pearson (N=98)

| | Rapport APT/Praticiens | Indice femmes-hommes des praticiens | Indice >55/<55 des praticiens | Nombre d'habitants au km ² | Nombre d'hôpitaux de soins généraux pour 1000 habitants | Indice femmes-hommes de la population | Indice >50/<50 de la population | Rapport médecine de base et spécialistes | Hôpital universitaire | Urbanité |
|---|------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------|--|-----------------------|----------|
| Rapport APT/Praticiens | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Indice femmes-hommes des praticiens | -0,43 | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Indice >55/<55 des praticiens | 0,04 | 0,03 | 1 | - | - | - | - | - | - | - |
| Nombre d'habitants au km ² | -0,31 | 0,45 | -0,04 | 1 | - | - | - | - | - | - |
| Nombre d'hôpitaux de soins généraux pour 1000 habitants | -0,07 | 0,04 | -0,09 | -0,15 | 1 | - | - | - | - | - |
| Indice femmes-hommes de la population | -0,54 | 0,33 | -0,08 | 0,40 | 0,11 | 1 | - | - | - | - |
| Indice >50/<50 de la population | -0,47 | 0,02 | -0,03 | 0,25 | 0,29 | 0,69 | 1 | - | - | - |
| Rapport médecine de base et spécialistes* | 0,18 | -0,28 | -0,06 | -0,24 | 0,04 | -0,35 | -0,09 | 1 | - | - |
| Hôpital universitaire | -0,36 | 0,38 | -0,03 | 0,75 | -0,07 | 0,42 | 0,18 | -0,03 | 1 | - |
| Urbanité | -0,35 | 0,41 | -0,10 | 0,39 | -0,22 | 0,34 | 0,03 | -0,10 | 0,25 | 1 |

* N=97, la région «Leuk» est retirée de l'analyse de corrélation (outlier)

Une relation linéaire importante est observée entre l'indice >50/<50 de la population et l'indice femmes-hommes de la population, ainsi qu'entre les variables hôpital universitaire et habitants au km². Une analyse des graphiques de dispersion n'a pas décelé d'autres types de corrélations. Les variables fortement corrélées entre elles ne sont pas insérées simultanément.

7.2 Etape de sélection selon la procédure «Stepwise»:

| | Etape 1 | Etape 2 | Etape 3 | Etape 4 |
|---|------------|------------|------------|------------|
| Constante | 130,66*** | 145,16*** | 144,80*** | 145,01*** |
| Indice femmes-hommes des praticiens | - | -72,53*** | -58,80*** | -57,75*** |
| Indice >55/<55 des praticiens | - | - | - | - |
| Nombre d'hôpitaux de soins généraux pour 1000 habitants | - | - | - | - |
| Indice femmes-hommes de la population | - | - | - | - |
| Indice >50/<50 de la population | -120,06*** | -118,27*** | -117,14*** | -117,25*** |
| Rapport médecine de base et spécialistes | | | | -0,02* |
| Urbanité | - | - | -6,67** | *-7,07** |
| R2 ajusté | 0,21 | 0,39 | 0,41 | 0,42 |
| C(p) de Mallow | 32,58 | 5,08 | 1,90 | 2,52 |

Significatif à **: 95%, ***: 99%

La procédure «backward» abouti aux mêmes résultats. Le modèle retenu est celui de l'étape 3. Les résidus de la régression sont distribués normalement, ont une espérance nulle et une variance constante. Les résidus ne dépendent pas des variables du modèle, toutefois le test de Durbin-Watson décèle une autocorrélation positive des résidus. Dans le cas d'analyses spatiales, une autocorrélation des résidus peut signifier qu'il existe un paramètre régional à ajouter au modèle. Les variables type de région MS et grandes régions selon l'OFS sont testées. Il s'avère que les grandes régions MS expliquent une partie importante de la variance restante et diminue de manière importante l'autocorrélation positive des résidus.

7.3 Moyenne du rapport APT/Praticiens par grande région avec les autres paramètres de la régression linéaire multiple fixés

| Grande région | Moyenne du rapport APT/Praticiens | Intervalle de confiance à 95% | |
|-------------------|-----------------------------------|-------------------------------|------|
| Région lémanique | 61,9 | 57,3 | 66,5 |
| Espace Mittelland | 72,2 | 68,3 | 76,1 |
| Nordwestschweiz | 80,3 | 73,6 | 87,1 |
| Zürich | 72,9 | 66,3 | 79,5 |
| Ostschweiz | 89,4 | 84,9 | 93,8 |
| Zentralschweiz | 75,3 | 68,7 | 82,0 |
| Ticino | 81,3 | 71,6 | 91,1 |

Les moyennes calculées pour chacune des 7 grandes régions (les autres paramètres étant constants) mettent en évidence une partie des disparités régionales du rapport APT/Praticiens. La région lémanique, l'Espace Mittelland et la grande région de Zürich sont celles qui présentent les moyennes du rapport APT/Praticiens les plus basses. Au contraire la région Ostschweiz présente la moyenne la plus élevée et est significativement plus élevée que les moyennes des autres grandes régions, à l'exception de la grande région Ticino

Anhang 8 Behandlungsinzidenzen nach Sprachregionen

Regionale Verteilung der Behandlungsinzidenzen und medizinische Fachrichtung

| | Hausärzte | Gynäkologie* | Pädiatrie** | Fachärzte ohne chirurgische Tätigkeit | Fachärzte mit chirurgischer Tätigkeit | Psychiatrie, Kinderpsychiatrie | Spital ambulant |
|-----------------------|-----------|--------------|-------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|-----------------|
| Sprachregionen | | | | | | | |
| Deutsch | 3,19 | 0,61 | 1,33 | 0,62 | 0,61 | 0,35 | 0,75 |
| Französisch | 2,09 | 0,55 | 1,29 | 0,61 | 0,52 | 0,40 | 0,76 |
| Italienisch | 3,32 | 0,65 | 2,23 | 0,83 | 0,70 | 0,30 | 0,90 |
| Rätoromanisch | 3,56 | 0,43 | 0,69 | 0,63 | 0,48 | 0,14 | 0,80 |

* Behandlungsinzidenz der weiblichen Population

** Behandlungsinzidenz von Kindern und Jugendlichen unter 19 Jahre

Quellen: BFS: ESPOP; Volkszählung 2000; santésuisse: Datenpool®. Analysen: IEFO

Anhang 9 Verteilung des Lokalisationsindex und Market Share Index nach Facharztkategorien und MS-Region Typen

| Fachrichtung | Typ der MS-Region | N | Inzidenz | LI | MSI |
|---------------------------------------|--------------------------------|----|----------|------|------|
| Allgemeinmedizin | Zentrum mit Universitätsspital | 6 | 2,70 | 0,87 | 0,85 |
| | Metropolraum | 28 | 2,84 | 0,81 | 0,85 |
| | tertiäre Agglomeration | 9 | 3,28 | 0,91 | 0,90 |
| | industrielle Agglomeration | 21 | 3,03 | 0,87 | 0,87 |
| | touristische Region | 16 | 3,20 | 0,85 | 0,86 |
| | rurale Region | 26 | 3,29 | 0,84 | 0,85 |
| Gynäkologie* | Zentrum mit Universitätsspital | 6 | 0,64 | 0,80 | 0,65 |
| | Metropolraum | 28 | 0,64 | 0,56 | 0,70 |
| | tertiäre Agglomeration | 9 | 0,60 | 0,81 | 0,77 |
| | industrielle Agglomeration | 21 | 0,55 | 0,65 | 0,73 |
| | touristische Region | 16 | 0,51 | 0,73 | 0,75 |
| | rurale Region | 26 | 0,47 | 0,46 | 0,73 |
| Pädiatrie** | Zentrum mit Universitätsspital | 6 | 1,91 | 0,89 | 0,84 |
| | Metropolraum | 28 | 1,41 | 0,75 | 0,83 |
| | tertiäre Agglomeration | 9 | 1,36 | 0,90 | 0,87 |
| | industrielle Agglomeration | 21 | 1,25 | 0,82 | 0,83 |
| | touristische Region | 16 | 0,71 | 0,75 | 0,83 |
| | rurale Region | 26 | 0,92 | 0,74 | 0,82 |
| nicht chirurgisch Tätige Fachärzte | Zentrum mit Universitätsspital | 6 | 0,82 | 0,82 | 0,73 |
| | Metropolraum | 28 | 0,62 | 0,55 | 0,74 |
| | tertiäre Agglomeration | 9 | 0,57 | 0,84 | 0,78 |
| | industrielle Agglomeration | 21 | 0,54 | 0,60 | 0,79 |
| | touristische Region | 16 | 0,51 | 0,61 | 0,72 |
| | rurale Region | 26 | 0,39 | 0,48 | 0,76 |
| Chirurgisch Tätige Fachärzte | Zentrum mit Universitätsspital | 6 | 0,67 | 0,82 | 0,69 |
| | Metropolraum | 28 | 0,60 | 0,58 | 0,73 |
| | tertiäre Agglomeration | 9 | 0,58 | 0,80 | 0,76 |
| | industrielle Agglomeration | 21 | 0,54 | 0,65 | 0,71 |
| | touristische Region | 16 | 0,53 | 0,45 | 0,74 |
| | rurale Region | 26 | 0,50 | 0,40 | 0,72 |
| Psychiatrie, Kinderpsychiatrie | Zentrum mit Universitätsspital | 6 | 0,61 | 0,78 | 0,67 |
| | Metropolraum | 28 | 0,34 | 0,45 | 0,65 |
| | tertiäre Agglomeration | 9 | 0,25 | 0,74 | 0,69 |
| | industrielle Agglomeration | 21 | 0,26 | 0,56 | 0,65 |
| | touristische Region | 16 | 0,14 | 0,40 | 0,61 |
| | rurale Region | 26 | 0,19 | 0,31 | 0,61 |
| Spital ambulant | Zentrum mit Universitätsspital | 6 | 1,04 | 0,77 | 0,59 |
| | Metropolraum | 28 | 0,75 | 0,45 | 0,64 |
| | tertiäre Agglomeration | 9 | 0,69 | 0,62 | 0,68 |
| | industrielle Agglomeration | 21 | 0,64 | 0,53 | 0,64 |
| | touristische Region | 16 | 0,64 | 0,49 | 0,74 |
| | rurale Region | 26 | 0,68 | 0,41 | 0,69 |

* Behandlungsinzidenz der weiblichen Population

** Behandlungsinzidenz von Kindern und Jugendlichen unter 19 Jahre

Quellen: BFS: ESPOP; Volkszählung 2000; santésuisse: Datenpool®. Analysen: IEFO

Annexe 10 Enquête Suisse sur la Santé

Menée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), l'Enquête suisse sur la santé a eu lieu respectivement en 1992-1993, en 1997 et en 2002. Elle porte sur les personnes âgées de 15 ans ou plus, domiciliées en Suisse et habitant dans un ménage privé disposant d'un raccordement téléphonique. L'enquête ne tient donc pas compte des personnes en situation de précarité ne disposant pas d'un téléphone fixe, mais écarte également toutes celles qui résident en institution ou en ménage collectif (hôpitaux, maisons de retraite, prisons, etc.). C'est pourquoi il est probable que les estimations à l'échelle nationale calculées sur la base de l'échantillon interrogé soient quelque peu biaisées par rapport à la réalité dans le sens d'une sous-évaluation du recours aux soins, notamment du fait de l'absence d'une partie des personnes les plus âgées de la population suisse. Cependant, étant donné que ce sont les soins médicaux ambulatoires et non stationnaires qui sont pris en compte dans cette étude, le biais d'échantillonnage n'est probablement pas si important.

Le tirage de l'échantillon, stratifié selon les cantons, repose tout d'abord sur la sélection aléatoire d'un ensemble de ménages privés sur la base de l'annuaire téléphonique électronique suisse, puis, dans un second temps, sur le choix d'une personne à interroger dans chaque ménage. Les langues utilisées pour l'enquête sont l'allemand, le français et l'italien. Les personnes interrogées sont tout d'abord priées de répondre à une partie téléphonique, après quoi un questionnaire écrit leur est adressé par courrier.

Lors de l'Enquête suisse sur la santé de 2002, 19 706 personnes ont été interviewées par téléphone, parmi lesquelles 16 141 ont également répondu au questionnaire écrit. Pour les deux questionnaires, des coefficients de pondération ont été construits afin d'ajuster les différentes catégories de répondants de l'échantillon à la structure effective de la population suisse globale (post-stratification). Les coefficients de pondération sont basés sur la structure par classe d'âge et par sexe de la population résidant en Suisse au 31 décembre 2001, à savoir 6 017 638 personnes âgées de 15 ans ou plus.



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Confédération suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Bundesamt für Statistik BFS
Office fédéral de la statistique OFS

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération suisse et des cantons