

Überprüfung und Aktualisierung der Versorgungsgrade

2. Sitzung mit den Stakeholders - 26. September 2023

Umfrage im Rahmen des Mandates von Obsan und BSS

Antwort von:

Kanton / Verein / Organisation:	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte
Abkürzung:	vsao
Adresse, PLZ Ort:	Bollwerk 10, 3001 Bern
Kontaktperson:	Philipp Thüler
Telefon Nr.:	031 350 44 82
E-Mail:	thueler@vsao.ch
Datum:	13.11.2023

Allgemeine Bemerkungen

Sehr geehrte Damen und Herren

Besten Dank für die Überprüfung der Methodik zur Berechnung der Versorgungsgrade und der erhaltenen Informationen anlässlich der Stakeholderveranstaltung vom 26.09.2023. Wir danken Ihnen für die Möglichkeit an der zweiten Umfrage der Stakeholder partizipieren zu können.

Für den vsao ist es ein grosses Anliegen, dass die Methodik, aber auch die Datengrundlage zur Berechnung der Versorgungsgrade weiterentwickelt wird. Die Rückmeldung des vsao finden Sie untenstehend. Generell möchten wir festhalten, dass bei den fachspezifischen Fragen zwingend die betroffenen medizinischen Fachgesellschaften in die Weiterentwicklung miteinbezogen werden. In diesem Zusammenhang ist noch die anlässlich der Informationsveranstaltung von der FMH gestellte Frage offen, in welchem Zusammenhang das Obsan-Bulletin von Mitte August 2023 und die darin vorgestellte Methode zur Überprüfung der Methodik der Versorgungsgraden steht. Des Weiteren erscheint es uns relevant, dass die Tendenz zur Reduzierung des Arbeitspensum schon jetzt in die Berechnung / Methodik einfliesst. Die Leistungen von nicht-ärztlichen Leistungserbringern sollte in die Überprüfung / Berechnung miteinbezogen werden. Diese Leistungen werden wohl regional sehr unterschiedlich ausgestaltet sein und müssten ins Model integriert werden.

Die bereits eingereichten Stellungnahmen / Rückmeldungen des vsao haben weiterhin ihre Gültigkeit. Insbesondere der Einbezug der Auslandabhängigkeit, der fehlenden Ausbildungsplätze, des Bevölkerungswachstums und der Effekt von unnötiger Mikroregulierung.

Diese Stellungnahme entspricht in weiten Teilen derjenigen der FMH, die wir hiermit ebenfalls unterstützen. Vielen Dank für die Prüfung und Berücksichtigung unserer Anliegen.

Umfrage zu den verschiedenen Themenbereichen

Zusätzliche Themen aus der 1. Stakeholder-Umfrage befinden sich am Ende der Tabelle. Bitte auch dort nur die Spalte "Zweite Umfrage: Bemerkungen zu den präsentierten Ansätzen" ausfüllen.

Themen Nr	Themenbereich	Anpassungsbedarf	Priorisierungsskala gemäss 1. Stakeholders- Umfrage : 0 = Keine Meinung 1 = nicht prioritär 2 = Geringe Priorität 3 = Mittlere Priorität 4 = Hohe Priorität Alle Stakeholders	Konkretisierung der Ansätze	Zweite Umfrage: Bemerkungen zu den präsentierten Ansätzen
1	Zuteilung von Mehrfachtitelträger/Innen zu Fachgebieten	<p>Die Analysen gemäss SASIS-Daten widersprechen teilweise den lokalen Kenntnissen der Versorgungssituation. Grund dafür kann sein, dass Ärztinnen und Ärzte mehrere Weiterbildungstitel haben, jedoch nicht in demjenigen tätig sind, den sie zuletzt erworben haben.</p> <p>(Weitere) konkrete Rückmeldungen zu diesem Thema: «Ungenügende Zuordnung der Leistungen zu den Fachbereichen: Die Zuordnungen basieren auf Annahmen und Schätzungen. Wie gut diese Zuordnung wirklich funktioniert, wird nicht erwähnt. Im spitalambulanten Bereich lassen sich gemäss Bericht ca. 50% des Leistungsvolumens mit einer GLN aus dem MedReg verknüpfen, wobei auch dort Unsicherheiten entstehen, wenn z.B. mehrere Facharzttitel vorliegen. Für mehr als die Hälfte der [spitalambulanten] Daten müssen somit Adjustierungen und Schätzungen vorgenommen werden.»</p>	3,7	<p>Korrektur der Zuteilung einzelner Leistungserbringer auf ein Fachgebiet gemäss Datenlieferungen der Kantone - Siehe Folien 4-5 der Präsentation von Obsan/BSS</p> <p><i>Anfrage an die Kantone wird separat durchgeführt.</i></p>	<p>Es stellt sich uns hier die Frage, wieso der Fokus "nur" auf die Gruppenpraxen und den spitalambulanten Bereich gelegt wird. Die Problematik ist aus unserer Sicht unabhängig von Praxisstruktur und Leistungsort.</p> <p>Die Datenqualität bei den Kantonen zu dieser Frage können wir nicht einschätzen. Im Rahmen der FMH-Ärzttestatistik wird das Hauptfachgebiet ebenfalls ausgewiesen - dies erfolgt aufgrund der Selbstdeklaration der Ärztinnen und Ärzte. Falls keine Selbstdeklaration vorhanden ist, erfolgt die Zuteilung nach den vordefinierten Regeln. Allenfalls könnte die FMH-Ärzttestatistik hier einen Hinweis liefern. Ebenso wird in der MAS-Erhebung diese Frage auch erhoben - Fokus auf die Praxen.</p> <p>Aus unserer Sicht wäre es relevant, bevor die Kantone allenfalls weitere redundante Erhebungen durchführen - die bestehenden Datengrundlagen miteinzubeziehen.</p>

2	Sprachregionale Unterschiede in der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Angebot	<p>Je nach Fachgebiet zeigen die Versorgungsgrade deutliche Unterschiede nach Sprachregion (z.B. in der Radiologie und in der Anästhesiologie). Aus der Diskussion der Ergebnisse mit den Kantonen gibt es Hinweise, dass Unterschiede mit Bezug auf die Organisation der Schnittstellen in der Versorgung teilweise regionale und insbesondere sprachregionale Variationen der Versorgungsgrade erklären können. Denkbar ist beispielsweise, dass in Regionen mit einem hohen Versorgungsgrad Leistungen ambulant erbracht werden, die andernorts im stationären Setting erbracht werden. Gerade vor dem Hintergrund der Strategien zur Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich auf kantonaler Ebene wie auch auf Bundesebene (Stichwort «ambulant vor stationär», AVOS) macht es Sinn, den Zusammenhang zwischen dem Ambulantisierungsgrad und den Versorgungsgraden vertieft zu analysieren. Auch wenn mit dem Gewichtungsfaktor grundsätzlich ein Instrument zur Verfügung steht, um regionale Besonderheiten mit Bezug auf die Schnittstellen der Versorgung zu berücksichtigen, macht es Sinn zu überprüfen, inwiefern der erwähnte Aspekt bereits im Versorgungsgrad einbezogen werden kann, zumal die erwähnten Unterschiede nicht einzelne Kantone, sondern die Sprachregionen betreffen. (Weitere) konkrete Rückmeldungen zu diesem Thema: «Es bestehen kantonale Unterschiede in den Regelungen «ambulant vor stationär». Eine eigentlich geforderte Erhöhung der Ambulantisierung kann zu erhöhten Versorgungsgraden führen.»</p>	3,4	<p>Einbezug von Prädiktoren zum Ambulantisierungsgrad im nationalen Regressionsmodell</p> <p>Radiologie: - Siehe Folien 6-10 und 19 der Präsentation von Obsan/BSS</p> <p>Invasive Fachgebiete (u.a. Chirurgie und Orthopädie) - Siehe Folien 6-7, 11-13 und 19-20 der Präsentation von Obsan/BSS</p> <p>Anästhesiologie: - Siehe Folien 6-7, 14-15 und 19-20 der Präsentation von Obsan/BSS</p> <p>Psychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie - Siehe Folien 6 - 7 und 16-20 der Präsentation von Obsan/BSS</p>	<p>Das Vorgehen insgesamt wird als sinnvoll eingeschätzt. Für den vsao stellt sich die Frage, wie der Fall definiert wird.</p> <p>Invasiv/Anästhesie: Vorgehen wird als korrekt eingeschätzt - anhand der technischen Grundleistung (hier gibt es vier Tarifpositionen, die relevant sind: 35.0010/30/40/50)</p> <p>Psychiatrie: Vorgehen wird als korrekt eingeschätzt - Hier stellt sich besonders die Frage nach dem erhöhten Bedarf in den letzten Jahren - wie wird der berücksichtigt (Wartezeiten trotz Anordnungsmodell)? Ist ein Vergleich der ambulanten Behandlungstage mit einem stationären Aufenthalt machbar? Patient:innen mit einem stationären Aufenthalt sind in der Psychiatrie meistens vor- und nachgelagert auch in ambulanter Behandlung.</p>
---	---	--	-----	--	---

3	Sprachregionale Unterschiede an den Schnittstellen zwischen Fachgebieten	Auch in Bezug auf die Aufgabenteilung zwischen medizinischen Fachgebieten gibt es Hinweise auf systematische sprachregionale Unterschiede. Von Seiten der Stakeholder wurde eingebracht, dass in der Deutschschweiz mehr radiologische Leistungen durch Gynäkologinnen und Gynäkologen selbst erbracht werden, während in der Westschweiz häufiger eine Zuweisung an die Radiologie erfolgt. Dadurch können sich sprachregionale Unterschiede der relativen Leistungsvolumen ergeben, welche die Interpretation der Versorgungsgrade erschweren. Auch wenn mit dem Gewichtungsfaktor grundsätzlich ein Instrument zur Verfügung steht, um regionale Besonderheiten mit Bezug auf die Schnittstellen der Versorgung zu berücksichtigen, macht es Sinn zu prüfen, inwiefern der erwähnte Aspekt bereits im Versorgungsgrad einbezogen werden kann, zumal die erwähnten Unterschiede nicht einzelne Kantone, sondern die Sprachregionen betreffen.	3	<p>Umgang mit spezifischen Schnittstellen bei der Berechnung der Versorgungsgrade.</p> <p>Radiologie / Gynäkologie: - Siehe Folien 21-24 der Präsentation von Obsan/BSS</p> <p>Allergologie / klinische Immunologie (Hinweis aus dem 1. Stakeholder-Umfrage): - Siehe Folien 21-22, 25-27 der Präsentation von Obsan/BSS</p>	<p>Der Unterschied vor allem bei Ultraschalleistungen ist aus unserer Sicht relevant. Hier verweisen wir auch darauf, dass allenfalls eine Erklärung bei den Fähigkeitsausweisen Ultraschall besteht. Die Datengrundlage zu den Fähigkeitsausweisen beim Tarifpool wäre hier zu analysieren. Es wäre wichtig, dass bei diesen fachspezifischen Fragen ein Austausch, ein Gespräch mit den betroffenen Fachgesellschaften stattfindet.</p> <p>Für den vsao stellt sich generell die Frage, wie die Schnittstellen zwischen den Fachgebieten bei der Berechnung der Versorgungsgrade adäquat einbezogen werden können. Die Eingriffe an der Wirbelsäule werden beispielsweise durch Ärzt:innen mit dem Facharzttitel Orthopädische Chirurgie und Ärzt:innen mit dem Facharzttitel Neurochirurgie durchgeführt.</p>
4	Out-of-Pocket-Leistungen	Im Datenpool und im Tarifpool der SASIS AG sind nur die von den Krankenversicherern erfassten OKP-Leistungen enthalten. Nicht enthalten sind Rechnungen, welche von den versicherten Personen nicht zur Rückerstattung weitergeleitet wurden (z.B. aufgrund einer hohen Franchise). Dies betrifft v.a. den praxisambulanten Bereich, wo Leistungen teilweise im Tiers Garant abgerechnet werden. Bei den Spitälern ist der Tiers Payant der Standard, sodass die SASIS-Daten nahezu vollständig sein sollten.	2,8	<p>Spitalambulant: Einbezug der Out-of-Pocket-Leistungen für den spitalambulanten Bereich über PSA-Daten.</p> <p>Praxisambulant (Hinweis aus der 1. Stakeholder-Umfrage) : Einbezug der NewIndex-Daten wird geprüft. Stand: Anfrage pendent bei NewIndex.</p> <p>- Siehe Folien 28-29 der Präsentation von Obsan/BSS</p>	Das vorgeschlagene Vorgehen scheint sinnvoll.
5	Nicht-OKP-Leistungen	In der Berechnung des Versorgungsgrades werden andere Gesetze (IVG, MVG oder UVG) und deren Tarife (u.a. AL, MIGEL, Medikamente) sowie ausländische Patientinnen und Patienten nicht berücksichtigt. Je nach Leistungserbringer und Standort haben diese Leistungen einen relativ grossen Anteil. Die fehlenden Rechnungen an Ausländer/innen sind beispielsweise in Kantonen wie Genf und Basel relevant und können so zu einer Überschätzung des Versorgungsgrads führen. (Weitere) konkrete Rückmeldungen in diesem Zusammenhang: «...Zudem wurden UV/IV/MV-Leistungen nicht berücksichtigt. In den AllKidS-Spitälern werden ca. 50% des Umsatzes durch IV-Leistungen erwirtschaftet (bezogen auf alle ambulanten und stationären Leistungen).»	2,6	<p>Spitalambulant: Deskriptive Analyse von Nicht-OKP-Leistungen mit PSA-Daten. Deskriptive Ergebnisse im Schlussbericht von Obsan/BSS, aber kein Einbezug in den Versorgungsgraden.</p> <p>- Siehe Folien 30-33 der Präsentation von Obsan/BSS</p>	Für den vsao ist es relevant, dass die Nicht-OKP-Leistungen auch im praxisambulanten Bereich in die Methodik miteinbezogen werden.
6a	Regionalisierung	Im Datenpool sowie im Tarifpool werden bei Spitälern mit mehreren Standorten die Leistungen teilweise über eine zentrale ZSR-Nummer abgerechnet. Folglich kann in den Daten nicht immer unterschieden werden, an welchem konkreten Standort die Leistung erbracht wurde. Dadurch wird die zuverlässige Berechnung der Versorgungsgrade nach Bezirk erschwert. Mitunter aus diesem Grund werden aktuell nur für einzelne (grosse) Fachgebiete die Versorgungsgrade auf Ebene Bezirk ausgewiesen.	3,1	<p>Patientenströme Spital ambulant gemäss PSA-Daten (anstatt Datenpool) - Siehe Folien 34-35 der Präsentation von Obsan/BSS</p>	Der Einbezug der PSA-Daten für die Festlegung der Patientenströme erachten wir als grundsätzlich ok.

6b	Regionalisierung	Für die Versorgungsplanung sind nicht immer die administrativen Regionen massgebend. Je nach Kanton sind alternative Regionalisierungen erwünscht. Beispiel: «Für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung ist der Kanton Graubünden in Gesundheitsversorgungsregionen unterteilt. Diese weichen gebietsmässig teilweise von den Bezirken ab. Für den Kanton Graubünden ist es deshalb essentiell, dass die Versorgungsgrade pro Gesundheitsversorgungsregion festgelegt werden.»	2,6	<p>Erhebung der gewünschten Regionalisierungen bei den Kantonen. Anstelle der Bezirke werden die vorgeschlagenen Regionalisierungen der Kantone verwendet. - Siehe Folien 34-35 der Präsentation von Obsan/BSS</p> <p>Umfrage bei den Kantonen bereits durchgeführt</p>	Die Berücksichtigung der kantonalen Eigenheiten bei der Regionalisierung erscheint uns sinnvoll. Es stellt sich jedoch die Frage, ob diese alternative Regionalisierung nicht bei allen Kantonen erfolgen muss bzw. zumindest angeboten werden muss. Der Kanton GR, welcher dies gefordert hat, ist bspw. nun gar nicht aufgeführt.
7	Ausschluss der Assistenzarztleistungen	Das Leistungsvolumen ist so zu definieren, dass dieses möglichst gut mit dem zeitlichen Behandlungsaufwand korreliert und zwischen den Regionen bestmöglich vergleichbar ist. Bisher waren nur die Leistungen von AssistenzärztInnen ausgeschlossen, die mit Hilfe der GLN-Nummern mit dem MedReg verknüpft werden konnten. Der beschriebene Ausschluss assistenzärztlicher Leistungen könnte verzerrend gewirkt haben, weil die Verfügbarkeit der GLN auf den ambulanten Rechnungen regional recht deutlich variiert.	XX	<p>Ausschlussverfahren auch bei den Leistungen, die nicht mit dem MedReg verknüpft sind. - Siehe Folien 36-37 der Präsentation von Obsan/BSS</p>	Das Ausschlussverfahren erscheint uns sinnvoll.
8	Morbiditätsindikatoren	In den Rückmeldungen aus der letzten Stakeholder-Umfrage haben sich die Versicherer / Leistungserbringer weitere Morbiditätsindikatoren im Modell gewünscht, um den Bedarf besser abzubilden. Im Zuge der Verfeinerung des Risikoausgleichs führte die SASIS AG die pharmazeutischen Kostengruppen (PCGs) als zusätzliche Morbiditätsindikatoren im Daten- und Tarifpool ein. Diese liefern Hinweise zur regionalen Prävalenz von 34 chronischen, medikamentös behandelten Krankheiten. Das nationale Regressionsmodell könnte durch diese Indikatoren stark verbessert werden.	XX	<p>Erweiterung des Modells um eine oder mehrere neue Variablen, die PCGs einbeziehen. - Siehe Folien 38 der Präsentation von Obsan/BSS</p>	Die Erweiterung erscheint uns sinnvoll (vorausgesetzt die Datenqualität ist genügend aussagekräftig).