



Rapport de régression Dr. méd. Jean Modèle

N° RCC.: A012345

Année statistique 2020 (traitement des données : 17 juin 2021)

Données personnelles et formation

Les informations telles que le nom, l'adresse, le groupe, etc., proviennent du registre des codes-créanciers de SASIS SA, de même que les informations concernant la formation (titres de formation, attestations de formation complémentaire, certificats d'aptitude technique et titres de formations approfondies).¹

Le groupe est l'activité principale inscrite dans le registre des codes-créanciers et renseigne sur le groupe de spécialistes avec lequel chaque numéro RCC est comparé pour une année statistique donnée. L'attribution à un groupe de comparaison est effectuée par le registre des codes-créanciers et dépend des titres de formation existants et reconnus en Suisse.

Données personnelles			
Numéro RCC	A012345	Groupe	53. Médecin-praticien
Nom	Jean	Canton	ZH
Prénom	Modèle	Valeur du point	0,96
Complément du nom		Site Internet	
Titre de civilité	Monsieur	Rue/n°	Rue 1
Titre	Dr. méd.	NPA/localité	1234 Localité
En activité depuis	01.01.1900	En activité jusqu'au	
Forme juridique	Raison individuelle	Examen d'Etat	01.01.1990 ZH
TP/TG	Tiers garant	Année de naissance	1970

Titre de formation			
Titre de formation 1		01.01.1900	Berne
Titre de formation 2		...	...
Titre de formation ...		...	...

Attestations de formation complémentaire/Certificats d'aptitude technique			
Attestation de formation complémentaire 1		01.01.1900	Zurich
Attestation de formation complémentaire 2		...	...
Attestation de formation complémentaire ...		...	...

Titres de formations approfondies			
Titre de formation approfondie 1		...	...
Titre de formation approfondie 2		...	...
Titre de formation approfondie ...		...	...

¹ Si les données personnelles et/ou la formation ne sont plus d'actualité, nous vous prions de vous adresser directement au registre des codes-créanciers de SASIS SA.

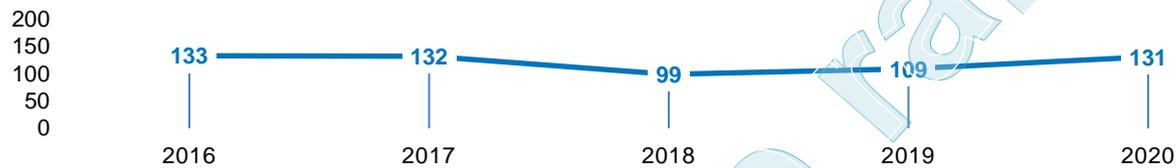
Indices

L'indice de régression est une méthode statistique de comparaison nationale des coûts (par groupe de spécialistes) qui tient compte d'une part de la morbidité au sein de l'effectif de patients et d'autre part des facteurs spécifiques du cabinet médical, à savoir le canton d'implantation et le groupe de spécialistes. Les facteurs de morbidité sont l'âge, le sexe, les franchises à option, le séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente ainsi que les groupes de coûts pharmaceutiques (Pharmaceutical Cost Groups, PCG). Une valeur d'indice de 100 correspond à la moyenne de chaque groupe de comparaison (groupe de spécialistes).

L'économicité est considérée au moyen du total des coûts. Sont donc évalués non seulement les coûts directs, mais également les coûts indirects, sur lesquels le médecin peut exercer une influence considérable (médicaments, laboratoire, physiothérapie et autres coûts). Les coûts des médicaments ne comprennent que les médicaments délivrés directement et les médicaments prescrits au moyen du numéro RCC qui ont été délivrés dans une pharmacie. Tous les autres frais de médicaments prescrits (par exemple hôpital) ne sont pas pris en compte dans le calcul.

Type de coûts	Indice de régression ²
Total des coûts (directs et indirects, corr. VPT)	131
Total des coûts directs (directs, corr. VPT)	81
Coûts des médecins (directs, corr. VPT)	129
Médicaments (directs et indirects)	86
Laboratoire (directs et indirects)	94
Physiothérapie (directs et indirects)	102

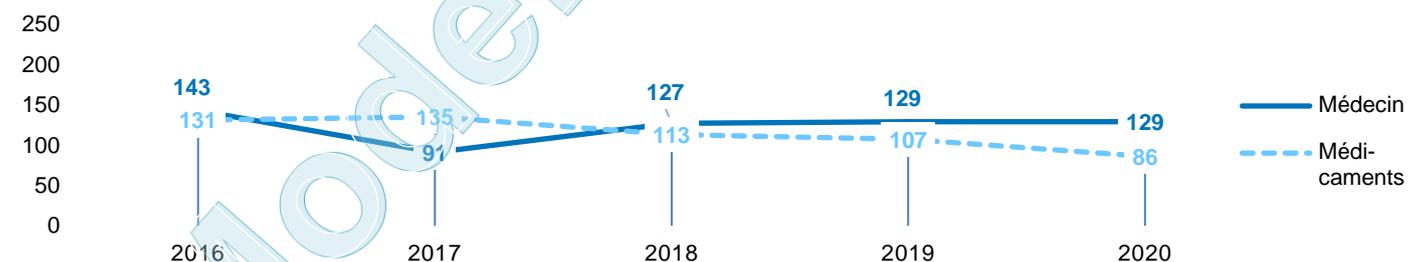
Indice de régression Total des coûts



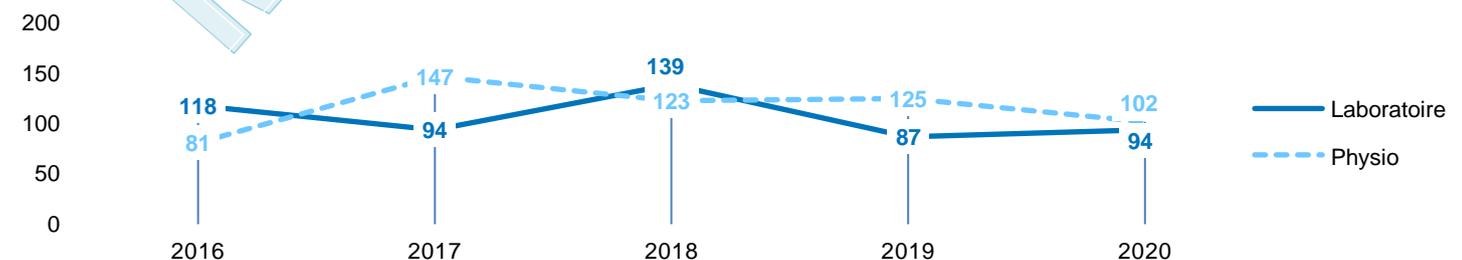
Indice de régression Total des coûts directs



Indices de régression Coûts des médecins et médicaments



Indices de régression Laboratoire et physiothérapie



² A titre de comparaison, voici les indices ANOVA valables jusqu'à l'année statistique 2016 incluse selon la convention relative à la méthode: total des coûts 167, coûts des médecins 200, médicaments 100.

Coûts et indicateurs concernant le cabinet médical

Des indicateurs importants concernant le cabinet médical sont indiqués en détail dans les tableaux et, le cas échéant, comparés au groupe de comparaison (groupe de spécialistes selon le registre des codes-créanciers) à l'échelle nationale. La comparaison est présentée par rapport au nombre de malades.

Une distinction est faite entre les coûts directs et les coûts indirects. Les coûts directs incluent tous les coûts générés directement au cabinet médical (généralement coûts des médecins, médicaments délivrés directement, laboratoire au cabinet médical ou autres coûts directs). Les coûts indirects ne sont pas générés directement au cabinet médical, mais à son initiative (généralement médicaments délivrés sur ordonnance, laboratoire externe, physiothérapie ou autres).

Le total des coûts inclut la somme des coûts directs et indirects du cabinet médical. Ils sont subdivisés comme suit: coûts des médecins (somme des prestations Tarmed fournies), médicaments (médicaments délivrés directement et coûts des médicaments prescrits), laboratoire (coûts de laboratoire générés directement au cabinet médical et coûts d'analyses de laboratoire prescrites), physiothérapie (coûts indirects de physiothérapie) et autres coûts. Les autres coûts incluent tous les coûts générés directement par le cabinet médical qui ne sont pas définis par l'intermédiaire de Tarmed (par ex. forfaits Tarmed) ainsi que les coûts directs et indirects des moyens et appareils (LiMA).

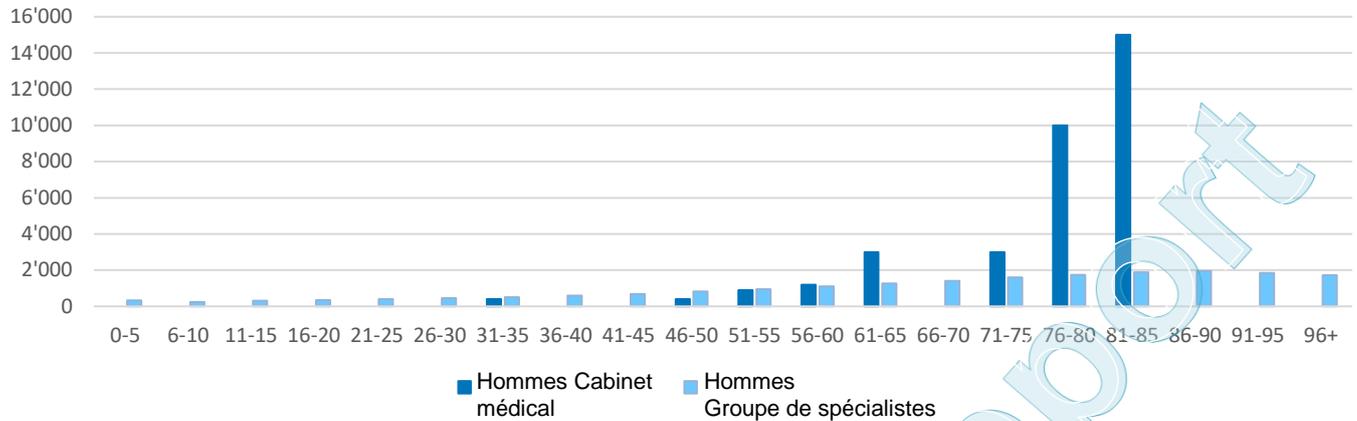
Année statistique	2016	2017	2018	2019	2020
Groupe (groupe de spécialistes selon le registre des codes-créanciers)	53	53	53	53	53
Taille du groupe (nombre de n° RCC dans le groupe de spécialistes)	1'253	1'301	1'239	1'251	1'199
Nombre de malades	1'080	1'020	1'060	990	950
Nombre de malades dans le groupe	605	620	610	600	610
Prestations de base (somme de tous les contacts avec les patients)	5'400	5'300	5'200	5'700	5'400
Visites à domicile (contacts avec les patients hors du cabinet)	150	140	90	70	90
Consultations (contacts avec les patients au cabinet médical ou au tél.)	5'250	5'160	5'110	5'630	5'310
Prest. de base moyennes par malade	5.0	5.2	4.9	5.8	5.7
Prest. de base moyennes par malade dans le groupe	3.7	3.6	3.9	4.0	3.8
Total des coûts (directs et indirects)	1'347'000	1'367'500	1'377'000	1'317'000	1'316'500
Total des coûts directs	1'018'500	1'030'750	1'023'500	951'000	926'250
Total des coûts indirects	328'500	336'750	353'500	366'000	390'250
Moyenne des coûts totaux par malade	1'247	1'341	1'299	1'330	1'386
Moyenne des coûts totaux par malade (corr. VPT) ³	1'208	1'300	1'261	1'293	1'349
Moyenne des coûts totaux par malade (corr. VPT)	919	935	956	956	955
Coûts des médecins (directs)	570'000	560'000	540'000	490'000	470'000
Moyenne des coûts des médecins par prest. de base	106	106	104	86	87
Moyenne des points tarifaires par prest. de base	110	110	108	90	91
Moyenne des points tarifaires par prest. de base (groupe)	105	107	96	94	98
Moyenne des coûts des médecins par malade	528	549	509	495	495
Points tarifaires en moyenne par malade	550	572	531	516	515
Points tarifaires en moyenne par malade dans le groupe	388	388	376	373	367
Médicaments (directs et indirects)	520'000	550'000	560'000	520'000	500'000
Coûts des médicaments délivrés directement	390'000	412'500	420'000	390'000	375'000
Moyenne des coûts totaux de médicaments par malade	481	539	528	525	526
Moyenne des coûts totaux de médic. par malade (groupe)	353	360	369	367	374
Laboratoire (directs et indirects)	230'000	230'000	250'000	280'000	320'000
Prest. de lab. fournies directement (labo. au cab. médical)	57'500	57'500	62'500	70'000	80'000
Moyenne des coûts totaux de laboratoire par malade	213	225	236	283	337
Moyenne des coûts totaux de labo. par malade (groupe)	126	134	138	141	144
Physiothérapie (directs et indirects)	25'000	26'000	25'000	25'000	24'000
Prestations de physiothérapie fournies directement	0	0	0	0	0
Moyenne des prest. de physiothérapie totales par malade	23	25	24	25	25
Moyenne des prest. de physio. totales/malade (groupe)	66	69	75	81	79
Autres coûts (y c. LiMA)	2'000	1'500	2'000	2'000	2'500

³ Corr. VPT signifie «correction de la valeur du point tarifaire TARMED».

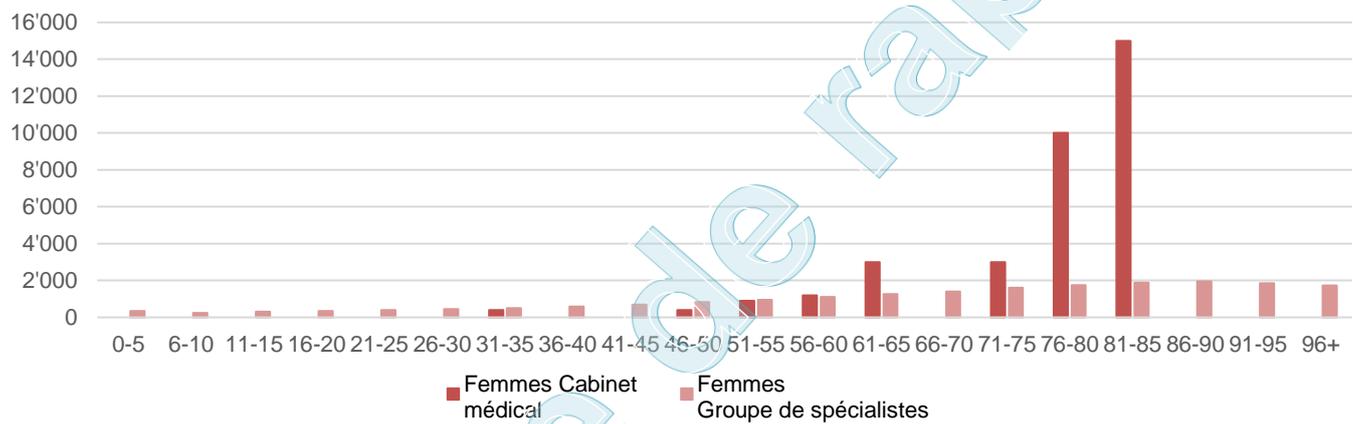
Coûts totaux en fonction des groupes d'âge et du sexe

Les graphiques qui suivent illustrent la répartition des coûts totaux par malade en fonction du sexe entre le cabinet médical (bleu foncé pour les hommes malades et rouge foncé pour les femmes malades) et le groupe de spécialistes correspondant (bleu clair pour les hommes malades et rouge clair pour les femmes malades).

Hommes: coûts totaux par groupes d'âge



Femmes: coûts totaux par groupes d'âge



Indicateurs de morbidité

Indicateurs de morbidité: séjours hospitaliers durant l'année précédente et franchise

Les assurés ont le choix entre six franchises. Celles-ci sont divisées en deux groupes aux fins de l'analyse de régression: «peu élevée» (franchise ordinaire et première franchise à option; soit 300 CHF et 500 CHF pour les adultes), et «élevée» (franchises supérieures à 500 CHF). Une franchise à option basse laisse supposer une plus grande morbidité de l'effectif des patients.

L'indicateur «Séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente» indique si le patient a effectué un séjour stationnaire d'au moins trois nuits consécutives au cours de l'année précédente. Ce critère de morbidité a généralement une influence positive sur les coûts par patient.

Séjour dans un hôpital au cours de l'année précédente et franchise	2016	2017	2018	2019	2020
Part de consultations avec une franchise élevée	48.8%	48.3%	48.6%	50.0%	51.2%
Part de consultations avec une franchise élevée dans le groupe	48.8%	48.7%	49.7%	50.1%	50.2%
Part de malades ayant séjourné en hôpital ou EMS l'année précédente	10.5%	10.5%	10.5%	10.5%	10.5%
Part de malades ayant séjourné en hôpital ou EMS l'année préc. (groupe)	10.5%	10.5%	10.5%	10.5%	10.5%

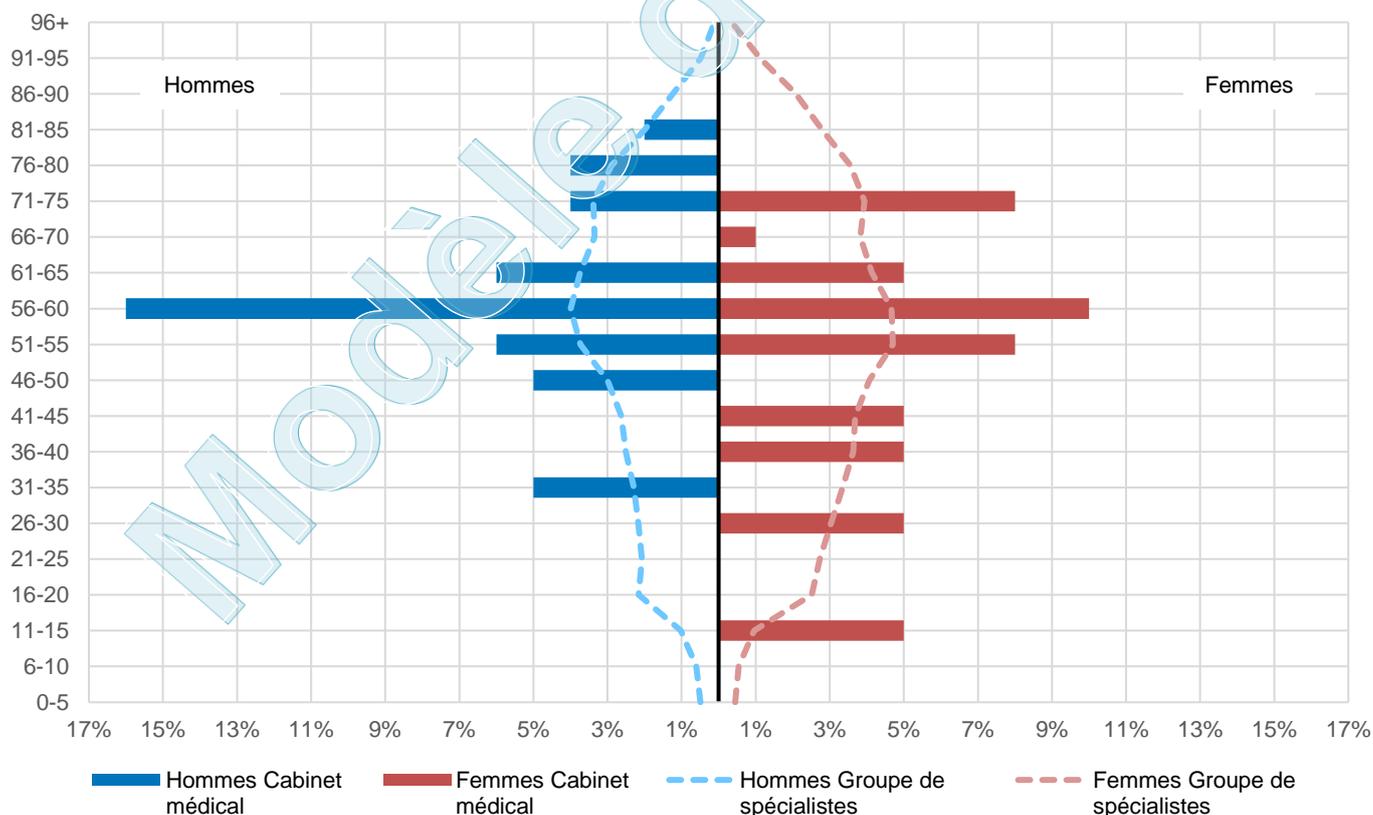
Indicateurs de morbidité: âge et sexe

L'influence de ces facteurs varie en fonction du groupe de spécialistes.

Durchschnittsalter und Geschlecht	2016	2017	2018	2019	2020
Age moyen des malades	48.8	48.3	48.6	50.0	51.2
Age moyen des malades dans le groupe	48.8	48.7	49.7	50.1	50.2
Part de femmes malades	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
Part de femmes malades dans le groupe	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%

Répartition des malades par âge et par sexe

Le graphique suivant illustre la répartition des malades (en %) entre le cabinet médical et le groupe de spécialistes correspondant. Les barres représentent le pourcentage de femmes malades (barres rouges) et d'hommes malades (barres bleues) du cabinet médical par groupe d'âge. Les lignes en pointillé représentent le pourcentage de femmes malades (ligne rouge) et d'hommes malades (ligne bleue) dans le groupe de spécialistes par groupe d'âge (au niveau national).



Indicateurs de morbidité PCG – Pharmaceutical Cost Groups

Les groupes de coûts pharmaceutiques visent à tenir compte indirectement de la fréquence de certaines maladies chroniques dans un collectif de patients au moyen d'indicateurs qui reposent sur des factures de médicaments. Ce facteur permet de déduire directement la morbidité de l'effectif des patients. Le système de classification des PCG est établi par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et est régulièrement actualisé. Il est également utilisé pour la compensation des risques entre les assureurs-maladie.

Le nombre de doses par jour (Defined Daily Dose, abrégé DDD) est indiqué par malade pour chaque PCG. Pour qu'un PCG puisse être pris en compte sur le plan statistique, ce groupe de médicaments doit être utilisé par un nombre minimal de médecins du groupe de spécialistes. Si un PCG est pris en compte dans le groupe de spécialistes, la mention «oui» est indiquée dans la dernière colonne du tableau.

PCG – Pharmaceutical Cost Groups	DDD ⁴ /mal. Médecin	DDD ⁴ /mal. dans le groupe	PCG pris en compte dans le groupe
1 ABH - Addiction sans nicotine	0.2	0.2	Oui
2 ADH - TDAH	0.4	0.4	Oui
3 AIK - Maladies auto-immunes	0.1	0.1	Non
4 ALZ - Alzheimer	0.4	0.4	Oui
5 AST - Asthme	1	5.2	Oui
6 BSR - Trouble bipolaire ordinaire	0.1	0.1	Non
7 CAR - Maladies cardiaques	2.5	1.9	Oui
8 COP - BPCO / asthme aigu	1.5	2.2	Oui
9 DEP - Dépression	21.9	12.9	Oui
10 DM1 - Diabète de type 1	3.8	2.4	Oui
11 DM2 - Diabète de type 2	8.6	14.4	Oui
12 EPI - Epilepsie	1	1.6	Oui
13 GLA - Glaucome	1	0.7	Oui
14 HCH - Cholestérol élevé	40.9	34.1	Oui
15 HIV - VIH / sida	0.1	0.1	Non
16 HYP - Hypertension	59	73.7	Oui
17 KHO - Tumeurs hormono-dépendantes	0.3	0.3	Oui
18 KRE - Cancer ⁴	0	0.0	Non
19 KRK - Cancer complexe ⁴	0	0.0	Non
20 MCR - Maladie de Crohn / colite ulcéreuse	0.4	0.4	Oui
21 MSK - Sclérose en plaques	0	0.0	Non
22 NIE - Néphropathie	0.1	0.1	Non
23 PAH - Hypertension (artérielle) pulmonaire	0	0.0	Non
24 PAR - Parkinson	0.6	0.7	Oui
25 PSO - Psoriasis	0.2	0.3	Oui
26 PSY - Psychose	1.5	1.5	Oui
27 RHE - Rhumatisme	0.3	0.4	Oui
28 SMC - Douleurs chroniques sans opioïdes	7.4	9.2	Oui
29 SMN - Douleur neuropathique	1.4	1.0	Oui
30 THY - Maladies thyroïdiennes	7.2	6.0	Oui
31 TRA - Transplantations	0.1	0.1	Non
32 WAS - Trouble de la croissance	0	0.0	Non
33 ZFP - Fibrose kystique / enzymes pancréatiques	0.2	0.2	Non
34 ZNS - Maladies du système nerveux central sans SEP	0.3	1.0	Oui

⁴ L'OFSP ne fixe plus la limite minimale de la compensation des risques pour KRE et KRK en DDD, mais en nombre d'emballages. Contrairement aux autres PCG, les valeurs de KRE et KRK se réfèrent par conséquent au nombre d'emballages.