



santésuisse

Rapporto di regressione dott. med. Hans Muster

N. RCC: A012345

Anno statistico 2020 (preparazione dei dati: 17.06.2021)

Dati personali e formazione

Le informazioni quali il nome, l'indirizzo, il gruppo ecc. sono tratte dal Registro dei codici creditori di SASIS SA; lo stesso vale per le informazioni sulla formazione (titolo di perfezionamento, attestato di formazione complementare/attitudine tecnica e formazione approfondita).¹

Nel Registro dei codici creditori, il gruppo viene definito come attività principale e spiega con quale gruppo di specialità viene raffrontato il rispettivo numero RCC nell'anno statistico. L'attribuzione a un gruppo di comparazione viene effettuata dal Registro dei codici creditori in funzione dei titoli di perfezionamento esistenti e riconosciuti in Svizzera.

Données personnelles

Numero RCC	A012345	Gruppo	53. medico generico
Nome	Hans	Cantone	ZH
Cognome	Muster	Valore del punto	.96
Nome aggiuntivo		Home page	
Titolo personale	Signor	Via / n.	Via 1
Titolo professionale	Dott. med.	NPA / località	1234 Località
Attività dal	01.01.1990	Attività fino al	
Forma giuridica	impresa individuale	Esame di stato	01.01.1990 ZH
TP/TG	tiers garant	Anno di nascita	1970

Titoli di perfezionamento

Titolo di perfezionamento 1	01.01.1900	Berne
Titolo di perfezionamento 2	...	...
Titolo di perfezionamento ...	...	...

Attestati di formazione complementare / attitudine tecnica

Attestato di formazione complementare 1	01.01.1900	Zurich
Attestato di formazione complementare 2	...	...
Attestato di formazione complementare ...	...	...

Formazioni approfondite

Formazione approfondita 1	...	...
Formazione approfondita 2	...	...
Formazione approfondita ...	...	...

¹ Se i dati personali e/o i titoli di formazione non sono aggiornati, si prega di contattare il Registro dei codici creditori di SASIS SA.

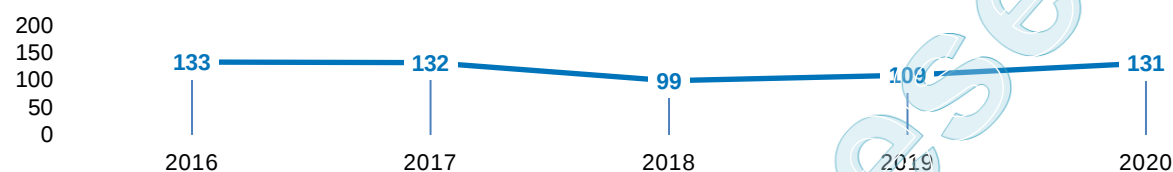
Indici

L'indice di regressione raffronta i costi su scala nazionale (per gruppo di specialità) tenendo conto a livello statistico della morbidità dei pazienti e dei fattori specifici dello studio medico, quali il Cantone in cui ha sede lo studio e il gruppo di specialità. I fattori di morbidità sono: età, sesso, franchigia opzionale, soggiorno in un ospedale o casa di cura nell'anno precedente nonché i "pharmaceutical cost groups" (PCG). Il valore indice pari a 100 corrisponde alla media del relativo gruppo di comparazione (gruppo di specialità).

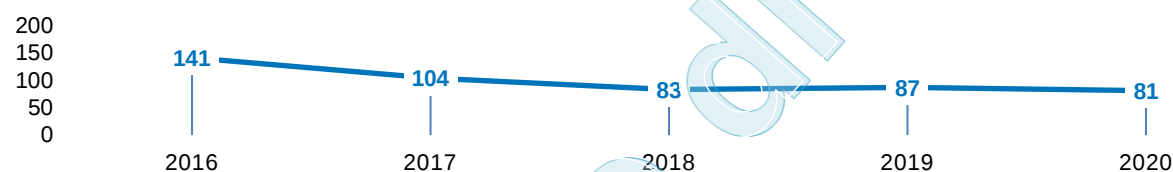
L'economicità è considerata sulla base dei costi totali. Questo significa che non si valutano soltanto i costi diretti, ma anche quei costi prescritti sui quali il medico può incidere in maniera determinante (medicamenti, laboratorio, fisioterapia e altri). I costi dei medicamenti comprendono solo i medicamenti dispensati direttamente e i medicamenti prescritti tramite il rispettivo numero RCC ritirati in farmacia. Tutti gli altri medicamenti prescritti (per es. ospedale) non rientrano nel calcolo.

Tipo di costo	Indice di regressione ²
Costi totali (diretti e prescritti, corr. VdP)	131
Costi diretti totali (diretti, corr. VdP)	81
Costi del medico (diretti, corr. VdP)	129
Medicamenti (diretti e prescritti)	86
Laboratorio (diretti e prescritti)	94
Fisioterapia (diretti e prescritti)	102

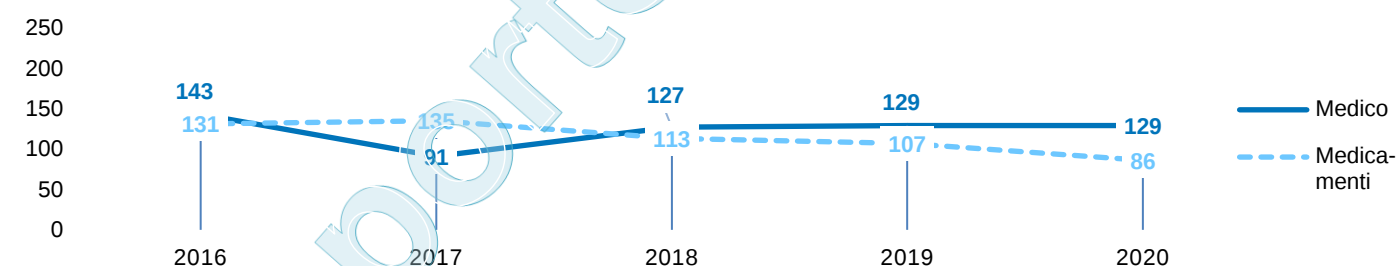
Indice di regressione costi totali



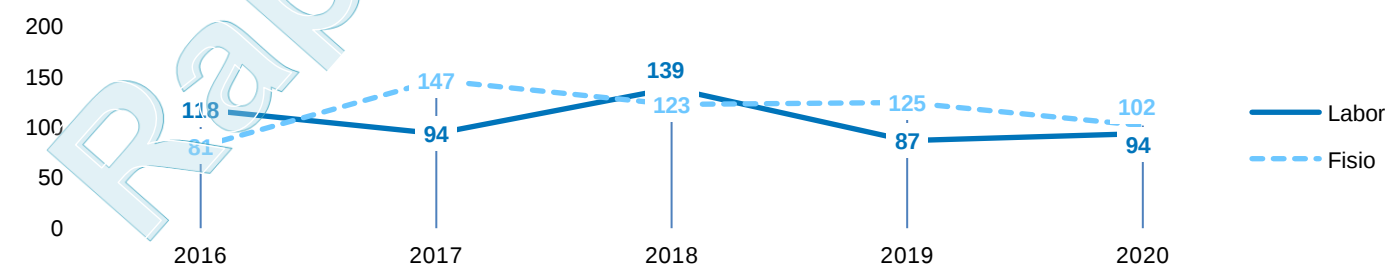
Indice di regressione costi diretti totali



Indici di regressione costi del medico e medicamenti



Indici di regressione laboratorio e fisioterapia



² A titolo di raffronto, gli indici ANOVA applicati per convenzione di metodo fino all'anno statistico 2016 compreso: costi totali 167, costi del medico 200, medicamenti 100.

Costi e indicatori riferiti allo studio medico

Le tabelle riportano in modo dettagliato una serie di indicatori importanti riferiti allo studio medico e, se necessario, raffrontati con il gruppo di comparazione (gruppo di specialità secondo il Registro dei codici creditori) su scala nazionale. Il raffronto è raffigurato in rapporto al numero dei pazienti.

Per quanto riguarda i costi si distingue tra costi diretti e costi prescritti. I costi diretti comprendono tutti i costi generati direttamente nello studio medico (di norma i costi del medico, i medicinali dispensati direttamente nello studio, il laboratorio dello studio o rimanenti costi diretti). I costi prescritti non vengono generati direttamente nello studio medico, ma prescritti in esso (di regola medicinali su ricetta, laboratorio esterno, fisioterapia o restanti costi).

I costi totali comprendono la somma di tutti i costi diretti e prescritti dallo studio medico. Vengono suddivisi in costi del medico (somma delle prestazioni Tarmed fornite), medicinali (medicinali dispensati direttamente e costi per i medicinali prescritti), laboratorio (costi diretti di laboratorio nello studio e costi di laboratorio prescritti), fisioterapia (costi per fisioterapia prescritti) e restanti costi. I restanti costi comprendono tutti i costi generati direttamente dallo studio medico che non sono definiti tramite Tarmed (per es. importi forfettari Tarmed) e i costi diretti e prescritti per i mezzi e gli apparecchi (EMAp).

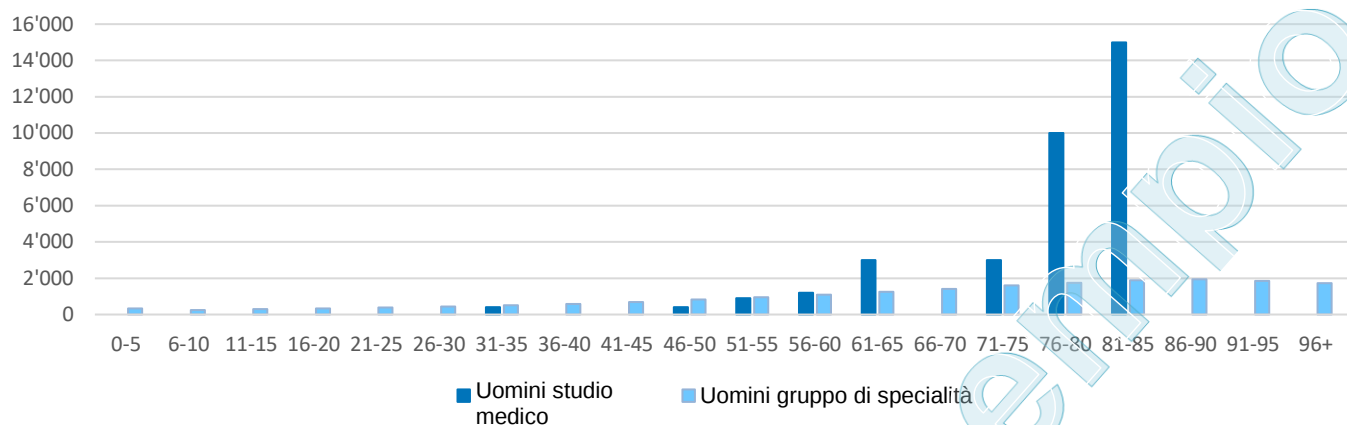
Anno statistico	2016	2017	2018	2019	2020
Gruppo di specialità secondo RCC	53	53	53	53	53
Numero di medici nel gruppo (No. Totale RCC)	1'253	1'301	1'239	1'251	1'199
Numero pazienti	1'080	1'020	1'060	990	950
Numero pazienti nel gruppo	605	620	610	600	610
Prestazioni di base (Consultazioni totali)	5'400	5'300	5'200	5'700	5'400
Visite a domicilio	150	140	90	70	90
Consultazioni nello studio	5'250	5'160	5'110	5'630	5'310
Media prestazioni di base per paziente	5.0	5.2	4.9	5.8	5.7
Media prestazioni di base per pazienti nel gruppo	3.7	3.6	3.9	4.0	3.8
Costi totali (diretti e prescritti)	1'347'000	1'367'500	1'377'000	1'317'000	1'316'500
Costi diretti totali	1'018'500	1'030'750	1'023'500	951'000	926'250
Costi prescritti totali	328'500	336'750	353'500	366'000	390'250
Costi totali medi per paziente	1'247	1'341	1'299	1'330	1'386
Costi totali medi per paziente (corr. VdP) ³	1'208	1'300	1'261	1'293	1'349
Costi totali medi per pazienti nel gruppo (corr. VdP)	919	935	956	956	955
Costi del medico (diretti)	570'000	560'000	540'000	490'000	470'000
Costi del medico medi per prestazione base	106	106	104	86	87
Punti medi forniti per prestazione di base	110	110	108	90	91
Punti medi forniti per prestazione di base nel gruppo	105	107	96	94	98
Costi del medico medi per paziente	528	549	509	495	495
Punti medi forniti per paziente	550	572	531	516	515
Punti medi forniti per pazienti nel gruppo	388	388	376	373	367
Medicamenti (diretti e prescritti)	520'000	550'000	560'000	520'000	500'000
Costi medicinali dispensati direttamente	390'000	412'500	420'000	390'000	375'000
Costi totali medi dei medicinali per paziente	481	539	528	525	526
Costi totali medi dei medicinali per pazienti nel gruppo	353	360	369	367	374
Laboratorio (diretti e prescritti)	230'000	230'000	250'000	280'000	320'000
Prestazioni di laboratorio fornite direttam. (studio med.)	57'500	57'500	62'500	70'000	80'000
Costi totali medi di laboratorio per paziente	213	225	236	283	337
Costi totali medi di laboratorio per pazienti nel gruppo	126	134	138	141	144
Fisioterapia (diretti e prescritti)	25'000	26'000	25'000	25'000	24'000
Prestazioni di fisioterapia fornite direttamente	0	0	0	0	0
Costi totali medi di fisioterapia per paziente	23	25	24	25	25
Costi totali medi di fisioterapia per pazienti nel gruppo	66	69	75	81	79
Altri costi (incl. EMAP)	2'000	1'500	2'000	2'000	2'500

³ corr. VdP: valore del punto TARMED corretto

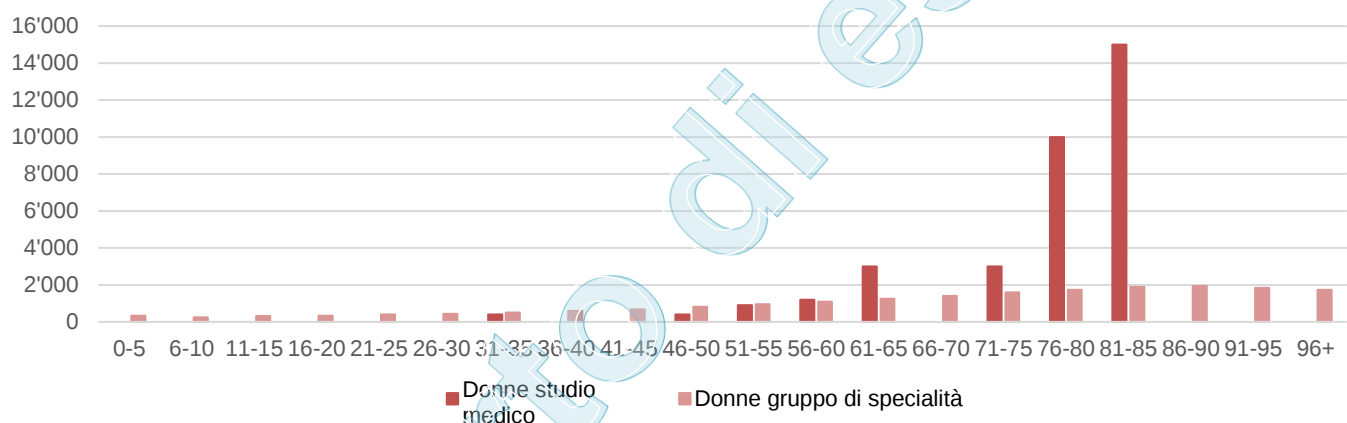
Costi totali secondo fasce di età e sesso

I grafici riportano la distribuzione dei costi totali in funzione del sesso per pazienti nello studio medico (blu per pazienti di sesso maschile e rosso per pazienti di sesso femminile) rispetto al relativo gruppo di specialità (celeste per pazienti di sesso maschile e rosa per pazienti di sesso femminile).

Uomini: costi totali per fasce d'età



Donne: costi totali per fasce d'età



Indicatori di morbidità

Indicatori di morbidità soggiorno in ospedale nell'anno precedente e franchigia

Gli assicurati possono scegliere tra sei livelli di franchigia che vengono riassunti in due gruppi per l'analisi di regressione: «poco elevata» (franchigia ordinaria e prima franchigia opzionale; per gli adulti CHF 300 e CHF 500), ed «elevata» (maggiore di CHF 500). Una franchigia più bassa denota una maggiore morbidità dei pazienti.

L'indicatore «soggiorno in ospedale o casa di cura nell'anno precedente» specifica se il paziente ha avuto un soggiorno stazionario di almeno tre notti consecutive nell'anno precedente. Questo criterio di morbidità esplica di regola un impatto positivo sui costi per paziente.

Soggiorno in ospedale nell'anno precedente e franchigia	2016	2017	2018	2019	2020
Quota consultazioni con franchigia elevata	48.8%	48.3%	48.6%	50.0%	51.2%
Quota consultazioni con franchigia elevata nel gruppo	48.8%	48.7%	49.7%	50.1%	50.2%
Quota pazienti con soggiorno in ospedale/casa cura anno prec.	10.5%	10.5%	10.5%	10.5%	10.5%
Quota pazienti con soggiorno in ospedale/casa cura anno prec gruppo	10.5%	10.5%	10.5%	10.5%	10.5%

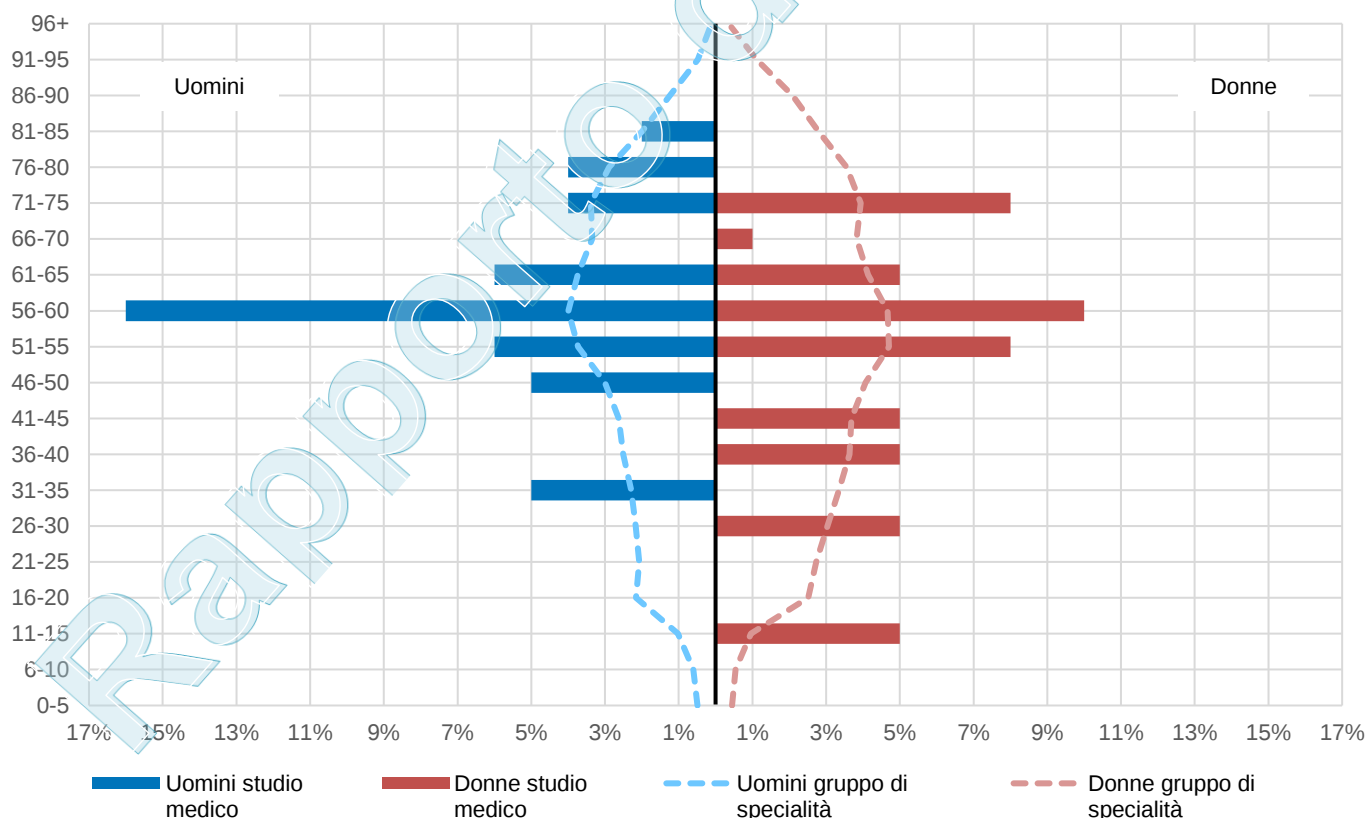
Indicatori di morbidità età e sesso

L'incidenza di questo fattore varia in funzione del gruppo di specialità.

Età media e sesso	2016	2017	2018	2019	2020
Età media pazienti	48.8	48.3	48.6	50.0	51.2
Età media pazienti nel gruppo	48.8	48.7	49.7	50.1	50.2
Percentuale pazienti di sesso femminile	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
Percentuale pazienti di sesso femminile nel gruppo	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%

Distribuzione dei pazienti per età e sesso

Il grafico qui di seguito illustra la distribuzione percentuale dei pazienti presso lo studio medico rispettivamente presso il corrispondente gruppo di specialità. Le barre rappresentano la percentuale di pazienti di sesso femminile (barre rosse) e di sesso maschile (barre azzurre) per categorie di età nello studio medico. Le linee tratteggiate rappresentano la percentuale di pazienti di sesso femminile (linea rossa) e maschile (linea azzurra) per categoria di età nel gruppo di specialità (nazionale).



Indicatori di morbidità PCG – Pharmaceutical Cost Groups

I gruppi di costo farmaceutici servono a rappresentare in modo indiretto, tramite gli indicatori basati sulla fatturazione dei medicinali, la frequenza di determinate malattie croniche in un collettivo di pazienti. Questo criterio permette di trarre delle conclusioni in merito alla morbidità dei pazienti. Il sistema di classificazione dei PCG è compilato e aggiornato periodicamente dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Viene inoltre impiegato per la compensazione dei rischi tra gli assicuratori malattia.

La sigla DDD sta per Defined Daily Dose ed è riportata per ciascun paziente/PCG. Perché si tenga conto statisticamente di un PCG, il gruppo di medicinali deve essere applicato da un determinato numero minimo di medici del gruppo di specialità. Il PCG è indicato nell'ultima colonna a destra con "sì" se è considerato nell'indice di regressione nel gruppo di specialità.

PCG – Pharmaceutical Cost Groups		DDD ⁴ /paz. medico	DDD ⁴ /paz. gruppo	PCG considerato nel gruppo
1	ABH - Dipendenza (esclusa la nicotina)	0.2	0.2	sì
2	ADH - ADHS	0.4	0.4	sì
3	AIK - Malattie autoimmuni	0.1	0.1	no
4	ALZ - Alzheimer	0.4	0.4	sì
5	AST - Asma	1	5.2	sì
6	BSR - Disturbo bipolare regolare	0.1	0.1	no
7	CAR - Cardiopatia	2.5	1.9	sì
8	COP - BPCO / grave asma	1.5	2.2	sì
9	DEP - Depressione	21.9	12.9	sì
10	DM1 - Diabete tipo 1	3.8	2.4	sì
11	DM2 - Diabete tipo 2	8.6	14.4	sì
12	EPI - Epilessia	1	1.6	sì
13	GLA - Glaucoma	1	0.7	sì
14	HCH - Ipercolesterolemia	40.9	34.1	sì
15	HIV - HIV / AIDS	0.1	0.1	no
16	HYP - Ipertonia	59	73.7	sì
17	KHO - Tumori sensibili agli ormoni	0.3	0.3	sì
18	KRE - Cancro ⁴	0	0.0	no
19	KRK - Cancro complesso ⁴	0	0.0	no
20	MCR - Morbus Crohn / colite ulcerosa	0.4	0.4	sì
21	MSK - Sclerosi multipla	0	0.0	no
22	NIE - Nefropatia	0.1	0.1	no
23	PAH - Ipertensione (arteriosa) polmonare	0	0.0	no
24	PAR - Morbo di Parkinson	0.6	0.7	sì
25	PSO - Psoriasi	0.2	0.3	sì
26	PSY - Psicosi	1.5	1.5	sì
27	RHE - Reumatismi	0.3	0.4	sì
28	SMC - Dolori cronici (esclusi gli oppioidi)	7.4	9.2	sì
29	SMN - Dolore neuropatico	1.4	1.0	sì
30	THY - Malattie della tiroide	7.2	6.0	sì
31	TRA - Trapianti	0.1	0.1	no
32	WAS - Disturbi della crescita	0	0.0	no
33	ZFP - Fibrosi cistica / enzimi pancreatici	0.2	0.2	no
34	ZNS - Malattie del sistema nervoso centrale (sclerosi multipla esclusa)	0.3	1.0	sì

⁴ L'UFSP non fissa più in DDD il limite minimo nella compensazione dei rischi per KRE e KRK, ma secondo la quantità di confezioni. Contrariamente ai restanti PCG, i valori per KRE e KRK si riferiscono quindi alla quantità di confezioni.