



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

OBSAN DOSSIER 14

14

Offre et recours aux soins dans les cabinets médicaux de 2005 à 2007

Maik Roth

L'**Observatoire suisse de la santé (Obsan)** est une institution 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.

Paraissent dans la **série «Obsan Dossier»** des rapports de recherche destinés aux spécialistes de la santé. La réalisation des rapports est assurée par l'Obsan ou confiée à des experts externes. Le contenu des rapports est de la responsabilité de leurs auteurs. Les Dossiers de l'Obsan ne sont normalement disponibles que sous forme électronique (pdf).

Impressum

Editeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteur

Maik Roth (Obsan)

Série et numéro

Obsan Dossier 14

Référence bibliographique

Roth, M. (2010). *Offre et recours aux soins dans les cabinets médicaux de 2005 à 2007* (Obsan Dossier 14). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements/informations

Observatoire suisse de la santé
Office fédéral de la statistique
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
Tél. 032 713 60 45
E-mail: obsan@bfs.admin.ch
Internet: www.obsan.ch

Page de couverture

Roland Hirter, Berne

Téléchargement du fichier PDF

www.obsan.ch > Publications
(ce document est disponible uniquement sous forme électronique)

Numéro de la publication

1038-1001-05

ISBN

978-3-907872-80-2

© Obsan 2010



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

Offre et recours aux soins dans les cabinets médicaux de 2005 à 2007

Maik Roth

Obsan Dossier 14
Neuchâtel, 2010

Table des matières

Résumé.....	7
Zusammenfassung.....	11
1 Introduction	15
1.1 Délimitation du projet.....	16
1.2 Structure du rapport.....	17
2 Méthodologie	19
2.1 Source de données.....	19
2.2 Unités d'étude.....	20
2.3 Indicateurs utilisés.....	20
3 Résultats pour la médecine de base	23
3.1 Offre.....	23
3.1.1 Nombre de codes créanciers.....	23
3.1.2 Activité plein temps et taux moyen d'activité.....	24
3.1.3 Densité d'activité plein temps.....	25
3.2 Recours.....	26
3.2.1 Volume de consultations.....	26
3.2.2 Consultations par habitant.....	27
3.2.3 Consultations par patient.....	28
3.2.4 Proximité des consultations.....	28
3.3 Synthèse.....	29
4 Résultats pour la gynécologie	31
4.1 Offre.....	31
4.1.1 Nombre de codes créanciers.....	31
4.1.2 Activité plein temps et taux moyen d'activité.....	31
4.1.3 Densité d'activité plein temps.....	32
4.2 Recours.....	33
4.2.1 Volume de consultations.....	33
4.2.2 Consultations par habitante.....	33
4.2.3 Consultations par patiente.....	34
4.2.4 Proximité des consultations.....	34
4.3 Synthèse.....	35
5 Résultats pour la pédiatrie	37
5.1 Offre.....	37
5.1.1 Nombre de codes créanciers.....	37
5.1.2 Activité plein temps et taux moyen d'activité.....	37
5.1.3 Densité d'activité plein temps.....	38
5.2 Recours.....	39
5.2.1 Volume de consultations.....	39
5.2.2 Consultations par habitant.....	40
5.2.3 Consultations par patient.....	40
5.2.4 Proximité des consultations.....	40
5.3 Synthèse.....	41
6 Résultats pour la médecine spécialisée sans chirurgie	43
6.1 Offre.....	43
6.1.1 Nombre de codes créanciers.....	43
6.1.2 Activité plein temps et taux moyen d'activité.....	43
6.1.3 Densité d'activité plein temps.....	44
6.2 Recours.....	45
6.2.1 Volume de consultations.....	45
6.2.2 Consultations par habitant.....	45
6.2.3 Consultation par patient.....	46
6.2.4 Proximité des consultations.....	46
6.3 Synthèse.....	47

7	Résultats pour la médecine spécialisée avec chirurgie	49
7.1	Offre	49
7.1.1	Nombre de codes créanciers.....	49
7.1.2	Activité plein temps et taux moyen d'activité.....	49
7.1.3	Densité d'activité plein temps	50
7.2	Recours	51
7.2.1	Volume de consultations.....	51
7.2.2	Consultations par habitant.....	52
7.2.3	Consultations par patient.....	52
7.2.4	Proximité des consultations	52
7.3	Synthèse	53
8	Synthèse des résultats	55
8.1	Résultats en général	55
8.2	Rapport entre la médecine de base et la médecine spécialisée	55
9	Discussion	57
10	Références	61
11	Annexes	63

Index des figures

Figure 1	Densité d'activité plein temps 1998-2007, médecine de base	26
Figure 2	Densité d'activité plein temps 1998-2007, gynécologie.....	33
Figure 3	Densité d'activité plein temps 1998-2007, pédiatrie	39
Figure 4	Densité d'activité plein temps 1998-2007, médecine spécialisée sans chirurgie.....	45
Figure 5	Densité d'activité plein temps 1998-2007, médecine spécialisée avec chirurgie.....	51
Figure 6	Densité d'activité plein temps 1998-2007 selon la catégorie de prestataires.....	55

Index des tableaux

Tableau 1	Liste des variables et indicateurs utilisés	22
Tableau 2	Evolution du nombre de codes créanciers, 2005-2007, par type de régions MS. Médecine de base.	23
Tableau 3	Evolution du nombre d'activité plein temps et du taux d'activité par code créancier, 2005-2007, par type de régions. Médecine de base.	24
Tableau 4	Evolution de la densité d'activité plein temps, 2005-2007, par type de régions. Médecine de base.	25
Tableau 5	Evolution du nombre de consultations, 2005-2007, par type de régions. Médecine de base.	27
Tableau 6	Consultations par habitant selon l'âge et le sexe, consultations totales standardisées en 2007 et évolution du recours 2005-2007, par type de régions. Médecine de base.	28
Tableau 7	Part (en %) de consultations effectuées dans la région MS de domicile du patient, 2005-2007, par type de régions. Médecine de base.	29
Tableau 8	Evolution du nombre de codes créanciers, 2005-2007, par type de régions. Gynécologie.	31
Tableau 9	Evolution du nombre d'activités plein temps et du taux d'activité par code créancier, 2005-2007, par type de régions. Gynécologie.....	32

Tableau 10	Evolution de la densité d'activité plein temps, 2005-2007, par type de régions. Gynécologie.....	32
Tableau 11	Evolution du nombre de consultations, 2005-2007, par type de régions. Gynécologie.....	33
Tableau 12	Consultations par habitante selon l'âge et le sexe en 2007 et évolution du recours 2005-2007, par type de régions. Gynécologie.....	34
Tableau 13	Part (en %) de consultations effectuées dans la région MS de domicile de la patiente, 2005-2007, par type de régions. Gynécologie.....	35
Tableau 14	Evolution du nombre de codes créanciers, 2005-2007, par type de régions. Pédiatrie.....	37
Tableau 15	Evolution du nombre d'activités plein temps et du taux d'activité par code créancier, 2005-2007, par type de régions. Pédiatrie.	38
Tableau 16	Evolution de la densité d'activité plein temps, 2005-2007, par type de régions. Pédiatrie.....	38
Tableau 17	Evolution du nombre de consultations, 2005-2007, par type de régions. Pédiatrie.	39
Tableau 18	Consultations ¹ par enfant (0-18 ans) et évolution du recours 2005-2007, par type de régions. Pédiatrie.....	40
Tableau 19	Part (en %) de consultations effectuées dans la région MS de domicile du patient, 2005-2007, par type de régions. Pédiatrie.	41
Tableau 20	Evolution du nombre de codes créanciers, 2005-2007, par type de régions. Médecine spécialisée sans chirurgie.....	43
Tableau 21	Evolution du nombre d'activités plein temps et du taux d'activité par code créancier, 2005-2007, par type de régions. Médecine spécialisée sans chirurgie.....	44
Tableau 22	Evolution de la densité d'activité plein temps, 2005-2007, par type de régions. Médecine spécialisée sans chirurgie.....	44
Tableau 23	Evolution du nombre de consultations, 2005-2007, par type de régions. Médecine spécialisée sans chirurgie.....	45
Tableau 24	Consultations par habitant selon l'âge et le sexe en 2007 et évolution du recours 2005-2007, par type de régions. Médecine spécialisée sans chirurgie.	46
Tableau 25	Part (en %) de consultations effectuées dans la région MS de domicile du patient, 2005-2007, par type de régions. Médecine spécialisée sans chirurgie.	47
Tableau 26	Evolution du nombre de codes créanciers entre 2005 et 2007, par type de régions. Médecine spécialisée avec chirurgie.....	49
Tableau 27	Evolution du nombre d'activités plein temps et du taux moyen d'activité, entre 2005 et 2007, par type de régions. Médecine spécialisée avec chirurgie.....	50
Tableau 28	Evolution de la densité d'activité plein temps, entre 2005 et 2007, par type de régions. Médecine spécialisée avec chirurgie.....	50
Tableau 29	Evolution du nombre de consultations entre 2005 et 2007, par type de régions. Médecine spécialisée avec chirurgie.....	51
Tableau 30	Consultations par habitant par âge en 2007 et évolution du recours depuis 2005, par type de régions. Médecine spécialisée avec chirurgie.....	52
Tableau 31	Part (en %) de consultations effectuées dans la région MS de domicile du patient, 2005-2007, par type de régions. Médecine spécialisée avec chirurgie.	53
Tableau 32	Nombre d'activité plein temps (APT) en médecine de base pour un spécialiste sans chirurgie en APT et évolution (en %), 2005-2007.....	56
Tableau 33	Nombre d'activité plein temps (APT) en médecine de base pour un spécialiste avec chirurgie en APT et évolution (en %), 2005-2007.....	56

Résumé

Le premier travail de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) ayant pour thème la démographie médicale avait montré un relatif équilibre entre l'offre et le recours aux soins médicaux ambulatoires en 2004 (Jaccard Ruedin, Roth et al. 2007). De plus, l'évolution de l'offre ambulatoire entre 1998 et 2004 montrait un accroissement du nombre de prestataires et un effet limité de l'introduction en 2002 du gel de l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux (Bétrisey et Jaccard Ruedin 2007). L'évolution future de l'offre et du recours en soins ambulatoires à l'horizon 2030 a fait l'objet d'une étude qui montrait un déséquilibre croissant à l'avenir pour la médecine de base (Seematter-Bagnoud, Junod et al. 2008). Qu'en est-il aujourd'hui ? L'Obsan a fait du suivi des données du domaine ambulatoire des soins une priorité et a souhaité poursuivre les travaux entrepris en 2005 afin d'observer de manière constante l'évolution de l'offre et du recours.

L'objectif de ce travail consiste à décrire de manière détaillée l'évolution de l'offre et du recours aux soins dans les cabinets médicaux entre 2005 et 2007, à un échelon régional, pour cinq catégories de prestataires. L'offre de soins ambulatoires est également comparée aux travaux précédents, ce qui permet de suivre son évolution entre 1998 et 2007.

Méthode

L'analyse porte sur les données du pool de données de santé suisse et ne concerne que l'activité des cabinets médicaux facturée à l'assurance obligatoire des soins (AOS). Le rapport présente des indicateurs pour l'offre et le recours aux soins médicaux par type de régions MS et par catégorie de prestataires.

Les **séries temporelles** utilisées dans ce travail vont de 1998 à 2007 pour l'offre en soins et de 2005 à 2007 pour le recours aux soins.

Les praticiens¹ sont identifiés par leur code créancier et le dernier titre fédéral obtenu. Ils ont facturé au moins une consultation dans l'année considérée et sont regroupés en cinq **catégories de prestataires** (répartition voir tableau 1): médecine de base, pédiatrie, gynécologie², médecine spécialisée sans chirurgie et médecine spécialisée avec chirurgie.

L'**unité géographique** utilisée pour présenter les résultats est la région MS (mobilité spatiale) de l'Office fédéral de la statistique (OFSP), les régions MS sont regroupées en six types : les centres avec hôpital universitaire, les aires métropolitaines, les agglomérations tertiaires, les régions industrielles, les régions touristiques et les régions rurales.

Les **indicateurs** utilisés décrivent d'une part l'offre en soins et d'autre part le recours aux soins médicaux ambulatoires dans les cabinets médicaux. Les indicateurs de l'offre sont : le nombre de codes créanciers (CC), le nombre d'activité plein temps (APT), la densité d'activité plein temps (APT/10'000 habitants), le taux moyen d'activité (APT/CC) et le skill-mix (rapport entre la médecine de base et la médecine spécialisée). Les indicateurs du recours aux soins sont : le nombre de consultations, le taux de recours par âge et sexe (consultations par habitant), le taux de consultations standardisé par âge, l'intensité des consultations (consultations par patient) et la proximité des consultations (pourcentage de consultations effectuées dans la région de domicile du patient).

La méthode utilisée pour calculer l'activité plein temps consiste à pondérer chaque praticien (identifié par son code créancier) par le volume d'activité (nombre de consultations et nombre de patients) qu'il a réalisé dans l'année (Jaccard Ruedin, Roth et al. 2007).

¹ Afin de faciliter la lecture, les termes masculins de médecin, praticien et patient font références aux deux sexes dans ce résumé.

² Le terme de gynécologie comprend la gynécologie et l'obstétrique.

Résultats

Globalement, les tendances observées entre 1998 et 2004 se sont poursuivies entre 2005 et 2007. Le nombre de codes créanciers et de praticiens calculés en activité plein temps a continué d'augmenter. Le taux moyen d'activité est resté presque constant entre 2005 et 2007. L'évolution de la densité d'activité plein temps est en revanche plus hétérogène et il convient de nuancer les résultats en fonction de la catégorie de prestataires analysée.

En **médecine de base**, le nombre de codes créanciers, le nombre d'activité plein temps (APT) et le taux d'activité sont restés presque constants entre 2005 et 2007 (Tableau R1). Si l'on rapporte le nombre d'APT à la population (densité d'activité plein temps), plusieurs tendances s'observent entre 1998 et 2007. Jusqu'à l'année 2000, la densité d'APT a augmenté, puis est restée presque constante jusqu'en 2004, elle a ensuite reculé entre 2005 et 2007. A l'inverse des autres catégories de prestataires, la médecine de base présente des densités d'APT en 2006 et 2007 inférieures à 1998. La population résidente a en effet continué d'augmenter alors que le nombre d'APT est resté constant, ceci ayant pour conséquence une diminution de la densité d'activité plein temps. En ce qui concerne le recours aux soins, le nombre de consultations par habitant standardisé par âge a tendance à diminuer entre 2005 et 2007 (Tableau R2). L'intensité des consultations (consultations par patient) diminue également sur la période considérée ceci en raison d'une augmentation du nombre de patients alors que le nombre de consultations offertes diminue. La médecine de base garde son rôle de médecine de proximité avec 86,7% des consultations effectuées dans la région de domicile des patients.

Si l'on compare le nombre de prestataires en activité plein temps en médecine de base par rapport à la médecine spécialisée avec et sans chirurgie, ce rapport tend à diminuer entre 1998 et 2007. Ceci s'explique par le fait que le nombre d'activité plein temps en médecine spécialisée augmente plus vite que le nombre d'APT en médecine de base durant la même période.

Tableau R1 Evolution (en %) 2005-2007 des indicateurs de l'offre de soins par catégorie de prestataires pour la Suisse

Catégorie de prestataires	Codes créanciers		Activité plein temps		Taux moyen d'activité		Densité d'APT ¹	
	2007	Diff. 05-07	2007	Diff. 05-07	2007	Diff. 05-07	2007	Diff. 05-07
	<i>N</i>	<i>en %</i>	<i>N</i>	<i>en %</i>	<i>En %</i>	<i>en points %</i>	<i>N</i>	<i>en %</i>
Médecine de base	7066	0.2	4628	0.0	65.5	0.0	6.1	-1.3
Gynécologie	1126	5.5	735	2.5	65.2	-1.9	2.3	1.2
Pédiatrie	878	4.9	552	8.4	62.9	2.0	3.4	6.7
Médecine spécialisée sans chirurgie	2439	3.4	1535	3.5	62.9	0.0	2.0	1.9
Médecine spécialisée avec chirurgie	2620	3.6	1709	3.0	65.2	-0.3	2.3	1.5

1. Gynécologie : densité d'APT pour 10'000 femmes (> 15 ans). Pédiatrie : densité d'APT pour 10'000 enfants (0-18 ans)

Source : pool de données santésuisse. Analyses : Obsan

En **gynécologie**, le nombre de codes créanciers, le nombre d'activité plein temps et la densité d'activité plein temps continuent d'augmenter entre 2005 et 2007, comme observé à la période précédente (1998-2004). Le taux d'activité a en revanche diminué dans les régions touristiques et rurales et ceci pour plusieurs raisons. Cette diminution peut être due à une baisse volontaire de l'activité des prestataires ou à un transfert de consultations vers le secteur ambulatoire des hôpitaux. Par ailleurs, un effet de franchise n'est pas exclu. Le recours aux soins de gynécologie a aussi diminué entre 2005 et 2007, tout comme l'intensité des consultations. En moyenne les patientes consultent 2 fois par année leur gynécologue. Dans le même temps, la mobilité des patientes s'est accrue de 2005 à 2007 et presque un tiers des consultations n'ont pas lieu dans la région de domicile des patientes.

Tableau R2 Evolution (en %) 2005-2007 des indicateurs du recours aux soins par catégorie de prestataires pour la Suisse

Catégorie de prestataires	Nombre de consultations		Consultations par habitant ¹ (standardisées)		Flux des patients		Consultations par patient	
	2007	Diff. 05-07	2007	Diff. 05-07	2007	Diff. 05-07	2007	Diff. 05-07
	<i>en mio</i>	<i>en %</i>	<i>N</i>	<i>en %</i>	<i>en %</i>	<i>en points %</i>	<i>N</i>	<i>en %</i>
Médecine de base	23.0	-1.4	3.1	-2.9	86.7	0.2	4.1	-4.8
Gynécologie	2.4	-1.1	0.8	-2.6	68.7	-0.4	2.0	-2.0
Pédiatrie	2.8	11.8	1.6	10.1	83.4	-0.2	2.9	1.3
Médecine spécialisée sans chirurgie	4.8	1.0	0.6	0.0	72.3	-0.2	2.5	-4.6
Médecine spécialisée avec chirurgie	4.8	2.7	0.6	0.0	70.0	-0.2	2.1	-1.6

1. Gynécologie : consultations par habitante (>15 ans). Pédiatrie : consultations par enfant (0-18 ans)

Source : pool de données santésuisse. Analyses : Obsan

Au regard des autres disciplines médicales, la **pédiatrie** enregistre une croissance importante à la fois du nombre de codes créanciers, d'activité plein temps et de densité d'activité plein temps. Le taux moyen d'activité augmente également. Le recours aux soins pédiatriques a progressé de 10% entre 2005 et 2007, cette dynamique s'observant dans tous les types de régions. L'augmentation du volume de consultations est due, d'une part à l'augmentation du taux de recours (consultations par enfant) et d'autre part à l'augmentation du nombre de consultations par patient (intensité). La pédiatrie comme la médecine de base joue un rôle de proximité avec 83,4% des consultations effectuées dans la région de domicile des enfants.

En **médecine spécialisée sans chirurgie**, le nombre de codes créanciers, le nombre d'APT et la densité d'APT ont augmenté de 2005 à 2007. Le taux d'activité est, quant à lui, resté constant. C'est dans cette catégorie de prestataires que la densité d'APT augmente le plus entre 1998 et 2007. En ce qui concerne le recours aux soins, le volume de consultations augmente entre 2005 et 2007. Pour la même période, le nombre de consultations par habitant reste constant alors que l'intensité des consultations diminue. Les disparités régionales de recours aux soins spécialisés sont importantes. Le recours est par exemple deux fois plus élevé dans les centres avec hôpital universitaire que dans les régions rurales. Ce faible recours aux spécialistes dans les régions rurales s'explique par une densité plus faible de spécialistes, qui nécessite pour les patients une plus grande mobilité.

En **médecine spécialisée avec chirurgie**, comme pour la médecine spécialisée sans chirurgie, le nombre de codes créanciers, d'activité plein temps et la densité d'activité plein temps ont augmenté entre 2005 et 2007. Le taux d'activité est resté presque constant. Quant au recours aux consultations, il est également resté constant à 0,6 consultation par habitant pour la même période, tandis que le nombre de consultations par patient a légèrement diminué. Le volume de consultations a en revanche augmenté de 2,6%. Cette augmentation du volume s'explique par l'évolution démographique. En effet, le nombre de consultations par habitant en médecine spécialisée est plus élevé à partir de 65 ans et la population de cette classe d'âges s'accroît. Enfin la majorité des consultations en médecine spécialisée avec chirurgie est effectuée dans la région de domicile des patients, à l'exception des patients des régions rurales qui doivent majoritairement se déplacer pour consulter leur spécialiste.

Conclusion

Ce travail a pour objectif de présenter les principaux indicateurs de l'offre et du recours aux soins ambulatoires dans les cabinets médicaux. Le suivi des tendances observées depuis 1998 n'a été possible que pour l'offre en soins médicaux, les données du recours aux soins n'étant disponibles que pour les années 2005 à 2007.

Au vu des résultats présentés, la médecine de base est la seule catégorie qui montre des signes de diminution de l'offre en soins médicaux dans l'AOS et ceci seulement au cours des deux dernières années d'études (2006 et 2007). La levée de la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations³ pour la médecine de premier recours devrait désormais freiner une possible diminution de l'offre en médecine de base. L'augmentation du nombre de patients choisissant un modèle de type « médecine de famille » ou un réseau de soins pourrait accroître la demande de consultations en médecine de base à l'avenir. Un suivi de l'évolution future de l'offre sera nécessaire afin de mettre en évidence les effets de ces changements pour la médecine de base. La pédiatrie également considérée comme médecine de premier recours est la catégorie qui enregistre en revanche la plus forte croissance de l'offre en soins entre 2005 et 2007 et devra aussi faire l'objet d'un suivi.

L'offre de soins médicaux AOS est aussi en hausse pour la médecine spécialisée. Entre 1998 et 2007, la densité d'activité plein temps a ainsi augmenté pour la gynécologie, la médecine spécialisée sans et avec chirurgie. L'augmentation de l'offre plus rapide pour la médecine spécialisée que pour la médecine de base a pour conséquence une diminution importante du rapport entre les deux catégories de prestataires dans la plupart des régions sur la période observée. Cette tendance s'observe également dans la plupart des pays de l'OCDE (OFSP 2010). Le nombre de praticiens en médecine spécialisée (gynécologie, médecine spécialisée avec et sans chirurgie) augmente indépendamment de la limitation de l'admission de nouveaux prestataires.

Le recours aux soins médicaux dans l'AOS observé entre 2005 et 2007 est en recul pour les prestataires de médecine de base (-2,9%) et de gynécologie (-2,6%). Le recul observé dans ces deux catégories a toutefois deux explications différentes. Pour la médecine de base, le recours aux soins est corrélé avec une baisse de la densité de prestataires en activité plein temps. Pour la gynécologie, ce recul est lié à une diminution du taux moyen d'activité. En pédiatrie, le recours aux soins est en forte hausse (9%) principalement en raison d'une augmentation de l'intensité des consultations. Les enfants ont tendance à consulter plus fréquemment leur pédiatre chaque année. Enfin, le taux de recours standardisé par âge en médecine spécialisée reste le même sur la période observée, tandis que l'intensité des consultations diminue. Le volume de consultations a toutefois tendance à augmenter principalement en raison d'un accroissement de la patientèle âgée.

3 Ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. Modification du 14 janvier 2009. (RS 832.103).

Zusammenfassung

Die erste Arbeit des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) zum Thema Ärztedemografie (Jaccard Ruedin, Roth et al. 2007) hatte gezeigt, dass im Jahr 2004 zwischen Angebot und Inanspruchnahme ambulanter Leistungen in der Schweiz ein relativ ausgeglichenes Verhältnis bestand. Ausserdem machte die Entwicklung des ambulanten Angebots von 1998 bis 2004 eine Zunahme der Anzahl Leistungserbringer und die beschränkte Wirkung des 2002 erlassenen Ärzte-Zulassungsstopps deutlich (Bétrisey et Jaccard Ruedin 2007). Eine weitere Studie über die Entwicklung des Angebots und der Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen bis ins Jahr 2030 ergab ein künftig zunehmendes Ungleichgewicht in der Grundversorgung (Seematter-Bagnoud, Junod et al. 2008). Wie aber sieht die Situation heute aus? Das Obsan hat das Datenmonitoring in der ambulanten Gesundheitsversorgung zu einem Schwerpunktthema gemacht und möchte die 2005 durchgeführten Arbeiten fortsetzen, um die Entwicklung von Angebot und Inanspruchnahme der Leistungen konstant zu beobachten.

Mit dieser Arbeit soll die Entwicklung von Angebot und Inanspruchnahme der ambulanten Leistungen in Arztpraxen von 2005 bis 2007 für fünf Kategorien von Leistungserbringern auf regionaler Ebene detailliert beschrieben werden. Durch den Vergleich des Angebots ambulanter medizinischer Leistungen mit früheren Arbeiten kann dessen Entwicklung von 1998 bis 2007 verfolgt werden.

Methode

Die Analyse beruht auf Daten aus dem Datenpool von santésuisse und betrifft somit nur die ärztliche Tätigkeit in der Privatpraxis, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) verrechnet wird. Im Bericht werden Indikatoren zum Angebot und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach MS-Region und Leistungserbringerkategorie aufgeführt.

Die verwendeten **Zeitreihen** in vorliegender Arbeit beinhalten die Jahre 1998 bis 2007 zum Angebot sowie die Jahre 2005 bis 2007 zur Innanspruchnahme medizinischer Leistungen.

Die Ärztinnen und Ärzte werden anhand ihrer ZSR-Nummer und dem letzten erworbenen eidgenössischen Facharztstitel erfasst. Sie haben im untersuchten Jahr mindestens eine Konsultation verrechnet und werden in folgende fünf **Kategorien von Leistungserbringern** zusammengefasst (Einteilung siehe Tabelle 1): Grundversorgung, Pädiatrie, Gynäkologie¹, Fachmedizin ohne Chirurgie und Fachmedizin mit Chirurgie.

Die zur Darstellung der Ergebnisse verwendete **geografische Grundeinheit** sind die 106 MS-Regionen (Mobilité spatiale) des Bundesamtes für Statistik (BFS). Diese Regionen werden entsprechend ihren sozioökonomischen Merkmalen in sechs Regionentypen gegliedert: Zentrum mit Universitätsspital, Metropolraum, Tertiäre Agglomeration, Industrielle Region, Touristische Region und Ländliche Region.

Die verwendeten **Indikatoren** beschreiben einerseits das Angebot im Bereich der ambulanten Versorgung, andererseits die Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in Arztpraxen. Für das Angebot kommen folgende Indikatoren zur Anwendung: Anzahl ZSR-Nummern, Anzahl Vollzeitaktivitäten (VZA), Vollzeitaktivitäts-Dichte (VZA/10'000 Einwohner/innen), durchschnittlicher Aktivitätsgrad (VZA/ZSR) und Skill-Mix (Verhältnis zwischen Allgemein- und Fachmedizin).

¹ Der Begriff entspricht hier Gynäkologie und Geburtshilfe.

Bei den Indikatoren für die Inanspruchnahme der Leistungen handelt es sich um die Anzahl Konsultationen, die mittlere Rate der Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht (Konsultationen pro Einwohner/in), die altersstandardisierte Rate der Innanspruchnahme, die Behandlungsintensität (Konsultationen pro Patient/in) und die Patientenmobilität (Anteil der in der Wohnregion der Patientinnen und Patienten durchgeführten Konsultationen).

Zur Berechnung der Vollzeitaktivität wird jeder Leistungserbringer (der durch seine ZSR-Nummer identifiziert wird) anhand des Aktivitätsvolumens (Anzahl Konsultationen und Patientinnen und Patienten) im betreffenden Jahr gewichtet (Jaccard Ruedin, Roth et al. 2007).

Ergebnisse

Die für den Zeitraum von 1998 bis 2004 beobachteten Tendenzen setzten sich im Allgemeinen auch von 2005 bis 2007 fort. Während die Anzahl ZSR-Nummern und die in Vollzeitaktivität gemessene Anzahl Ärztinnen und Ärzte weiter stieg, blieb der durchschnittliche Aktivitätsgrad von 2005 bis 2007 weitgehend stabil. Die Entwicklung der VZA-Dichte verlief hingegen uneinheitlicher, so dass die Ergebnisse nach Kategorie der Leistungserbringer gegliedert werden müssen.

In der **Grundversorgung** sind die Anzahl ZSR-Nummern, die Anzahl Vollzeitaktivitäten und der Aktivitätsgrad von 2005 bis 2007 nahezu konstant geblieben (Tabelle Z1). Setzt man die Anzahl Vollzeitaktivitäten mit der Bevölkerung in Beziehung (VZA-Dichte), ergeben sich für den Zeitraum von 1998 bis 2007 mehrere Tendenzen. Bis ins Jahr 2000 nahm die VZA-Dichte zu, blieb dann bis 2004 nahezu konstant, bevor sie von 2005 bis 2007 zurückging. Im Gegensatz zu den anderen Kategorien von Leistungserbringern ist die VZA-Dichte in der Grundversorgung 2006 und 2007 geringer als 1998. Dieser Rückgang ist darauf zurückzuführen, dass die Wohnbevölkerung gestiegen, die Anzahl VZA hingegen stabil geblieben ist. Was die Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen anbelangt, so hat die standardisierte Anzahl der Konsultationen pro Einwohner/in von 2005 bis 2007 tendenziell abgenommen (Tabelle Z2). Auch die Behandlungsintensität (Konsultationen pro Patient/in) verringerte sich im untersuchten Zeitraum. Grund dafür ist die Zunahme der Patientenzahl bei gleichzeitigem Rückgang der durchgeführten Konsultationen. Mit 87 Prozent der Konsultationen, die in der Wohnregion der Patienten durchgeführt werden, spielt die Grundversorgung weiterhin ihre Rolle als patientennahe Medizin.

Vergleicht man die Anzahl Vollzeitaktivitäten in der Grundversorgung mit der Anzahl Vollzeitaktivitäten in der Fachmedizin mit oder ohne Chirurgie, fällt auf, dass das Verhältnis von 1998 bis 2007 zurückgegangen ist. Die Erklärung für diesen Unterschied ist darin zu suchen, dass die Anzahl Vollzeitaktivitäten in der Fachmedizin schneller steigt als die Anzahl Vollzeitaktivitäten in der Grundversorgung.

Tabelle Z1 Entwicklung (in %) von 2005 bis 2007 der Indikatoren für das Angebot medizinischer Leistungen nach Kategorie der Leistungserbringer in der Schweiz

Kategorie des Leistungserbringers	ZSR-Nummern		Vollzeitaktivität		Durchschnittlicher Aktivitätsgrad		VZA-Dichte ¹	
	2007	Diff. 05-07	2007	Diff. 05-07	2007	Diff. 05-07	2007	Diff. 05-07
	<i>N</i>	<i>in %</i>	<i>N</i>	<i>in %</i>	<i>in %</i>	<i>in %-Punkten</i>	<i>N</i>	<i>in %</i>
Grundversorgung	7066	0.2	4628	0.0	65.5	0.0	6.1	-1.3
Gynäkologie	1126	5.5	735	2.5	65.2	-1.9	2.3	1.2
Pädiatrie	878	4.9	552	8.4	62.9	2.0	3.4	6.7
Fachmedizin ohne Chirurgie	2439	3.4	1535	3.5	62.9	0.0	2.0	1.9
Fachmedizin mit Chirurgie	2620	3.6	1709	3.0	65.2	-0.3	2.3	1.5

1. Gynäkologie: VZA-Dichte für 10'000 Frauen (> 15 Jahre). Pädiatrie: VZA-Dichte für 10'000 Kinder (0-18 Jahre).

Quelle: Datenpool santésuisse. Analysen: Obsan

Wie im Zeitraum von 1998 bis 2004 nahmen die Anzahl ZSR-Nummern, die Anzahl Vollzeitaktivitäten und die VZA-Dichte in der **Gynäkologie** von 2005 bis 2007 weiter zu. Zurückgegangen ist hingegen der Aktivitätsgrad in den touristischen und ländlichen Regionen. Dafür gibt es mehrere Erklärungen: Die Abnahme kann auf eine absichtliche Reduktion des Aktivitätsgrades der Leistungserbringer oder eine Verschiebung der Konsultationen hin zu den ambulanten Diensten der Spitäler zurückzuführen sein. Ein Franchiseeffekt ist nicht auszuschliessen. Ebenso sind die Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen und die Behandlungsintensität von 2005 bis 2007 zurückgegangen. Patientinnen suchen ihren Gynäkologen oder ihre Gynäkologin im Durchschnitt zwei Mal im Jahr auf. Gleichzeitig hat die Mobilität der Patientinnen von 2005 bis 2007 zugenommen: Fast ein Drittel aller Konsultationen finden nicht in der Wohnregion der Patientinnen statt.

Tabelle Z2 Entwicklung (in %) von 2005 bis 2007 der Indikatoren für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach Kategorie der Leistungserbringer in der Schweiz

Kategorie des Leistungserbringers	Anzahl Konsultationen		Konsultationen nach Einwohner ¹ (altersstandardisiert)		Patientenfluss		Konsultationen pro Patient	
	2007	Diff. 05-07	2007	Diff. 05-07	2007	Diff. 05-07	2007	Diff. 05-07
	<i>in Mio</i>	<i>in %</i>	<i>N</i>	<i>in %</i>	<i>in %</i>	<i>in %-Punkten</i>	<i>N</i>	<i>in %</i>
Grundversorgung	23.0	-1.4	3.1	-2.9	86.7	0.2	4.1	-4.8
Gynäkologie	2.4	-1.1	0.8	-2.6	68.7	-0.4	2.0	-2.0
Pädiatrie	2.8	11.8	1.6	10.1	83.4	-0.2	2.9	1.3
Fachmedizin ohne Chirurgie	4.8	1.0	0.6	0.0	72.3	-0.2	2.5	-4.6
Fachmedizin mit Chirurgie	4.8	2.7	0.6	0.0	70.0	-0.2	2.1	-1.6

1. Gynäkologie: Konsultationen pro Einwohnerin (> 15 Jahre). Konsultationen pro Kind (0-18 Jahre).

Quelle: Datenpool santésuisse. Analysen: Obsan

Bei den anderen medizinischen Fachrichtungen weist die **Pädiatrie** ein markantes Wachstum der Anzahl ZSR-Nummern, Vollzeitaktivitäten und der VZA-Dichte auf. Auch der Aktivitätsgrad verzeichnet eine Zunahme. Die Inanspruchnahme pädiatrischer Leistungen ist von 2005 bis 2007 um 10 Prozent gestiegen, wobei alle Regionentypen von dieser Dynamik betroffen sind. Die Zunahme der Konsultationen ist einerseits auf eine vermehrte Inanspruchnahme und andererseits auf die grössere Anzahl Konsultationen pro Kind zurückzuführen. Mit 83,4 Prozent der Konsultationen, die in der Wohnregion der Kinder durchgeführt werden, gewährleistet die Pädiatrie genauso wie die Grundversorgung eine patientennahe Betreuung.

In der **Fachmedizin ohne Chirurgie** haben die Anzahl ZSR-Nummern, die Anzahl VZA und die VZA-Dichte von 2005 bis 2007 zugenommen. Der Aktivitätsgrad ist hingegen konstant geblieben. In dieser Kategorie von Leistungserbringern ist die VZA-Dichte von 1998 bis 2007 am stärksten gestiegen. Was die Inanspruchnahme der Leistungen angeht, so hat sich das Leistungsvolumen von 2005 bis 2007 erhöht. Im gleichen Zeitraum ist die Anzahl Konsultationen pro Einwohner/in stabil geblieben und die Behandlungsintensität gesunken. Bei der Inanspruchnahme von fachmedizinischen Leistungen bestehen grosse regionale Unterschiede. So werden fachmedizinische Leistungen in Zentren mit einem Universitätsspital doppelt so häufig in Anspruch genommen wie in ländlichen Regionen. Die schwache Inanspruchnahme in ländlichen Regionen ist durch die geringere Dichte an Fachärztinnen und Fachärzten zu erklären, was von den Patientinnen und Patienten mehr Mobilität verlangt.

Wie bei der Fachmedizin ohne Chirurgie haben sich die Anzahl ZSR-Nummern, die Anzahl Vollaktivitäten und die VZA-Dichte auch in der **Fachmedizin mit Chirurgie** von 2005 bis 2007 erhöht. Der Aktivitätsgrad ist nahezu konstant geblieben. Ebenfalls stabil war in diesem Zeitraum die Inanspruchnahme der Leistungen mit 0,6 Konsultationen pro Einwohner/in, während die Anzahl Konsultationen pro Patient/in einen leichten Rückgang verzeichnete. Zugenommen hat hingegen die Anzahl Konsulta-

tionen (+2,6%). Das grössere Leistungsvolumen ist demografisch bedingt, denn die Anzahl Konsultationen pro Einwohner/in in der Fachmedizin nimmt ab 65 Jahren zu und die Bevölkerung dieser Altersklasse wächst. Die Konsultationen werden mehrheitlich in der Wohnregion der Patienten durchgeführt. Eine Ausnahme bilden die Patientinnen und Patienten in ländlichen Regionen, die überwiegend in andere Regionen reisen müssen, um eine Fachärztin oder einen Facharzt aufzusuchen.

Schlussfolgerungen

Diese Arbeit präsentiert die wichtigsten Indikatoren für das Angebot und die Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in Arztpraxen. Die Erfassung der Trends seit 1998 war nur für das Angebot medizinischer Leistungen möglich, Daten für die Inanspruchnahme lagen lediglich für die Jahre 2005 bis 2007 vor.

Wie aus den dargelegten Ergebnissen hervorgeht, ist die Grundversorgung die einzige Kategorie mit einem sinkenden Angebot medizinischer Leistungen in der OKP, wobei sich dieser Rückgang nur auf die beiden letzten Jahre (2006 und 2007) des Berichtszeitraums bezieht. Die Aufhebung des Zulassungsstopps für die Grundversorgung² dürfte die rückläufige Entwicklung bremsen. Auch die voraussichtliche Zunahme an Patienten, die in einem Ärztenetzwerk versichert sind, könnte über eine Zunahme des Bedarfs der Abnahme der Ärztezahl in der Grundversorgung entgegenwirken. Damit die Auswirkungen dieser Änderungen auf die Grundversorgung erfasst werden können, muss die künftige Entwicklung im Auge behalten werden. Am stärksten war das Wachstum des Leistungsangebots von 2005 bis 2007 in der Pädiatrie, die ebenfalls Teil der medizinischen Grundversorgung ist. Auch sie muss in Zukunft beobachtet werden.

In der Fachmedizin hat das Angebot der medizinischen OKP-Leistungen ebenfalls zugenommen. Von 1998 bis 2007 ist die VZA-Dichte sowohl in der Gynäkologie als auch in der Fachmedizin mit und ohne Chirurgie gestiegen. Die gemessen an der Grundversorgung schnellere Zunahme des fachmedizinischen Angebots hatte im Beobachtungszeitraum in den meisten Regionen einen erheblichen Rückgang des Verhältnisses zwischen den beiden Kategorien von Leistungserbringern zur Folge. Dieselbe Tendenz ist in den meisten OECD-Ländern zu beobachten (BAG 2010). Der Anzahl Fachärzte (Gynäkologie, Fachmedizin mit und ohne Chirurgie) steigt unabhängig von der Zulassungsbeschränkung für ambulante Leistungserbringer.

In der Grundversorgung (-2,9%) und in der Gynäkologie (-2,6%) wurden medizinische OKP-Leistungen von 2005 bis 2007 weniger häufig beansprucht. Dafür gibt es unterschiedliche Gründe. In der Grundversorgung ist die Inanspruchnahme der Leistungen aufgrund einer geringeren VZA-Dichte verbunden, in der Gynäkologie hingegen ist die rückläufige Entwicklung auf den Rückgang des durchschnittlichen Aktivitätsgrades zurückzuführen. Die Pädiatrie verzeichnet hauptsächlich aufgrund einer Zunahme der Behandlungsintensität einen starken Anstieg der Anzahl Konsultationen (+9%). Kinder suchen die Pädiatrie aufs Jahr gesehen tendenziell häufiger auf. In der Fachmedizin ist die standardisierte Anzahl Konsultationen nach Alter im Beobachtungszeitraum bei einer rückläufigen Behandlungsintensität gleich geblieben. Das Leistungsvolumen nimmt jedoch tendenziell zu, was im Wesentlichen auf das Wachstum der älteren Patientenschaft zurückzuführen ist.

² Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Änderung vom 14. Januar 2009 (SR 832.103).

1 Introduction

La médecine ambulatoire est un domaine des soins statistiquement peu décrit en Suisse. L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a réalisé une première description exhaustive de l'offre et du recours, pour l'année 2004, à partir des consultations facturées à l'assurance obligatoire des soins (Jaccard Ruedin, Roth et al. 2007). Un deuxième travail a examiné l'évolution de l'offre entre 1998 et 2004 pour toute la Suisse (Bétrisey et Jaccard Ruedin 2007). Enfin, une étude a projeté l'évolution possible de l'offre et du recours aux soins ambulatoires à l'horizon 2030 (Seematter-Bagnoud, Junod et al. 2008).

Ces travaux font état de phénomènes de disparités géographiques entre les zones urbaines et périphériques, ainsi que de différences de pratiques dans les régions ('skill mix' : rapport entre certains spécialistes/médecins de premier recours). De plus, ils mettent en évidence une baisse du taux d'activité des praticiens¹ qui ne permet pas d'exclure l'apparition d'une pénurie de l'offre dans les régions périphériques et qui rend nécessaire un suivi de ces tendances. C'est pourquoi l'Obsan a souhaité dans ce travail étendre ces analyses aux années 2005 à 2007.

En 2002, des mesures législatives visant à limiter l'accès à la pratique médicale ambulatoire ont été introduites. Un gel de l'admission de nouveaux praticiens autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins a été instauré en juillet 2002 pour trois ans et reconduit jusqu'en 2009. En 2010, le gel de l'admission a été modifié et ne concerne désormais que la médecine spécialisée². Un des arguments pour mettre en place ces mesures restrictives est la crainte d'une « demande induite par l'offre » due à l'élévation de la densité des praticiens. Le système de paiement à l'acte favorise un tel effet (Sorensen et Grytten 2003) : le praticien peut, en théorie, compenser la réduction de patients en gonflant de manière quantitative ou qualitative les prestations qu'il réalise (Crivelli et Domenighetti 2003). L'inverse est également possible, soit « l'offre induite par la demande » : le praticien adapte sa pratique médicale aux attentes des patients, soit en termes d'analyses réalisées soit en termes de volume de consultations (Domenighetti et Pipitone 2002). L'existence de tels effets n'ont pas été démontrés avec certitude et les résultats de la littérature sont contradictoires (Grytten et Sorensen 2007).

En raison de la diminution attendue, dans les années à venir, du nombre de professionnels de la santé (Jaccard Ruedin, Weaver et al. 2009), notamment des médecins de premier recours (Seematter-Bagnoud, Junod et al. 2008), la question de l'accessibilité aux soins de santé devient une préoccupation importante pour la population suisse. Par ailleurs, la féminisation de la profession de médecin dans toutes les disciplines médicales (Kraft et Hersberger 2009) aura des conséquences sur le volume de consultations offertes, les praticiennes délivrant moins de consultations que leurs confrères (Roter et Hall 2004). Les jeunes médecins souhaitent trouver un meilleur équilibre que leurs prédécesseurs entre vie professionnelle et vie privée, ils préfèrent exercer leur profession en groupe ou en institution et à temps partiel (Buddeberg-Fischer, Stamm et al. 2008). Il est alors important d'utiliser une méthode adéquate pour saisir l'activité médicale afin d'identifier les changements qui s'y opèrent.

Le présent rapport documente la méthode de calcul de l'offre en soins médicaux ambulatoires selon la même approche que celle utilisée pour les années 1998-2004 (Annexe 4) et la méthode de calcul du recours aux soins. Il décrit et présente les principaux résultats pour les années 2005 à 2007. L'année 2008 est volontairement laissée de côté en raison de l'abandon des livraisons de données à santé-suisse d'une grande assurance, principalement active en Suisse romande.

¹ Afin de faciliter la lecture, les termes masculins de médecin, praticien et patient font références aux deux sexes dans ce rapport.

² Ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. Modification du 21 octobre 2009 (RS 832.103).

L'objectif de ce travail consiste à décrire de manière détaillée l'évolution de l'offre et du recours aux soins ambulatoires des cabinets médicaux entre 2005 et 2007, à un échelon régional, en tenant compte du taux d'activité des prestataires et des interactions entre les différentes catégories de prestataires. L'offre de soins ambulatoires est également comparée aux travaux précédents et permet de suivre son évolution entre 1998 et 2007. Les travaux serviront à répondre aux questions suivantes :

- Quelle est l'évolution de l'offre par catégorie de prestataires et par type de régions entre 1998 et 2007 ?
- Quelle est l'évolution du recours aux soins fournis entre 2005 et 2007 par catégorie de prestataires, en fonction de l'âge et du sexe des patients.
- Quelle est la mobilité des patients entre les régions selon les catégories de prestataires ?
- Quel est le rapport entre la médecine de base et la médecine spécialisée dans les différents types de régions ?

1.1 Délimitation du projet

Ces résultats ne reposent que sur l'activité facturée à l'assurance obligatoire des soins (AOS), ils sous-estiment donc l'activité des praticiens car l'activité facturée à l'assurance accident, à l'assurance invalidité ou encore aux assurances privées n'est pas incluse. S'agissant des consultations payées par les patients (out-of-pocket), seules les consultations dont les assurés ont transmis la facture à leur assureur figurent dans les données. L'analyse ne tient pas compte du type de prestations réalisées. Or, pour une spécialité donnée, l'éventail des activités réalisées peut varier d'un médecin à l'autre, d'une région à l'autre ou encore d'une année à l'autre. Malheureusement, les sources de données disponibles au moment de la réalisation de ce travail ne permettaient pas encore de tenir compte de cet aspect³. L'estimation du taux d'activité repose sur le volume de consultations facturées et le nombre de patients traités, mais il n'est pas possible de tenir compte de la durée de ces consultations ou de la morbidité des patients. L'approche choisie reste une approximation du taux réel d'activité et le choix du percentile 75 pour déterminer une activité médicale à 100% est arbitraire (Annexe 4). Néanmoins, la même valeur étant appliquée à l'ensemble des régions, celles-ci restent comparables. L'interprétation des résultats devra toutefois tenir compte du fait que cette méthode ne fournit pas d'indication sur les heures de travail administratif ou le travail réalisé à la charge d'autres assurances que l'AOS (assurances complémentaires, AVS, AI, accident, etc.) ou encore l'activité réalisée en milieu hospitalier. Cet indicateur ne reflète donc qu'une partie de l'ensemble de l'activité médicale des cabinets. Les résultats obtenus représenteront donc le seuil minimal d'une spécialité donnée. Il est aussi important de préciser que l'analyse repose sur les numéros de codes créanciers et non sur les personnes physiques. Le nombre de codes créanciers ne correspond pas exactement au nombre de praticiens (exemple : cabinet de groupe).

Les résultats montrent peu de changements dans la série de données à partir de l'année 2004, cependant une rupture n'est pas à exclure. Les données sont issues de deux extractions différentes (1998-2004 et 2005-2007) et l'introduction du nouveau tarif médical (TARMED) en 2004 a eu deux conséquences : d'une part, l'introduction de nouveaux systèmes de facturation a créé un report d'une partie des factures en 2005. Ce phénomène a principalement été observé dans le domaine ambulatoire des hôpitaux, mais il n'est pas à exclure dans les cabinets médicaux. D'autre part, la définition des consultations a été adaptée à la nouvelle tarification unique (Annexe 5). Notons aussi que les franchises de 2000 et 2500 francs ont été introduites en 2005 ce qui a pour conséquence de réduire le nombre de factures transmises aux assurances-maladie. La plupart des assurances-maladie recom-

³ Le genre d'activités réalisées pourrait être à présent estimé à l'aide des données de facturation (pool tarifaire de santé-suisse, pool de données de Newindex).

mande aux patients de transmettre les factures que lorsque le montant de leur franchise est atteint. Or, les factures conservées par les patients ne sont pas enregistrées dans le pool de données et le volume de consultations peut par conséquent être sous-estimé. Les données du recours aux soins avant 2005 n'ont pas été mises à la disposition de l'Obsan et il est par conséquent impossible de mesurer l'effet de l'introduction de ces nouvelles franchises sur les résultats.

Il n'a pas été possible d'analyser les données de la psychiatrie pour les années 2005 à 2007 en raison d'un problème survenu à partir de 2004 lors de la saisie du nombre de consultations par une grande assurance-maladie. Les consultations délivrées par les hôpitaux n'étaient pas disponibles pour ce projet. Les résultats présentés ici ne concernent par conséquent que la pratique en cabinet médical.

1.2 Structure du rapport

Le rapport présente dans un premier temps la méthode utilisée : les sources de données et les indicateurs calculés. Dans un deuxième temps les résultats sont présentés pour chacune des 5 catégories de prestataires selon la même structure : les indicateurs de l'offre en soins, puis ceux du recours aux soins et enfin un bref résumé. La partie 8 présente les résultats en général et le rapport entre la médecine de base et la médecine spécialisée. Les résultats sont discutés en fin de document.

2 Méthodologie

Ce document présente une analyse descriptive des données sur l'offre et le recours aux soins entre 2005 et 2007. Des comparaisons de l'évolution entre 1998 et 2007 ont été effectuées pour les indicateurs qui le permettaient.

2.1 Source de données

1. Pool de données de santésuisse

Le pool de données de santésuisse rassemble des données de facturation, mais pas de données épidémiologiques (Annexe 2). Le type d'activité réalisée par le prestataire est estimé en fonction de sa spécialité, des indications plus précises de l'activité réalisée n'étant pas disponibles. Les prestataires de soins sont identifiés selon leur dernière spécialité déclarée. Le pool de données ne concerne que les soins fournis dans le cadre de la LAMal (pas de données concernant le domaine accident, invalidité ou celui des assurances privées). Le nombre de consultations médicales payées directement par les ménages (out-of-pocket) est inconnu, il faut donc postuler une répartition homogène des consultations non comptabilisées. La concordance entre le code créancier et les prestataires manque de précision : un code peut représenter plusieurs prestataires, un prestataire peut avoir plusieurs codes.

La méthode de calcul de l'activité plein temps est plus appropriée pour la médecine de base, la pédiatrie et la gynécologie que pour la médecine spécialisée. Les médecins spécialistes ont souvent une activité en cabinet médical et en plus une activité dans un établissement hospitalier. Ils peuvent ainsi facturer leurs prestations sous deux codes créanciers différents. Par ailleurs, les médecins spécialistes facturent une plus grande partie de leurs prestations à d'autres types d'assurances (assurances complémentaires, assurance accident, etc.) en comparaison des autres prestataires (médecine de base, pédiatrie, gynécologie).

2. Registre des codes créanciers de santésuisse

Cette base de données administratives est utilisée par les prestataires et les assureurs-maladie pour le décompte des prestations. Les médecins admis à l'assurance obligatoire des soins y sont identifiés selon un numéro de code créancier personnel. Le pool de données de santésuisse utilise les données administratives du registre des codes créanciers tels que le titre postgrade fédéral le plus récent et l'adresse du lieu d'activité des prestataires.

Les médecins n'ayant facturé aucune consultation durant l'année sont exclus de nos analyses.

L'utilisation des codes créanciers comporte certaines limites : les médecins qui remettent leur cabinet peuvent garder leur numéro de code créancier et le nombre de codes créanciers ne reflète donc pas directement le nombre de médecins installés en cabinet. Le code créancier ne fournit pas d'indications sur le nombre de médecins facturant des prestations sous un même code (cabinets de groupe, 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 une activité en cabinet et dans un hôpital.

3. Données démographiques de l'Office fédéral de la statistique (OFS)

La répartition de la population par classe d'âges dans les régions MS (mobilité spatiale) est obtenue en attribuant à la population des années 2005 à 2007 la structure d'âge et de sexe obtenue durant le recensement fédéral de la population de 2000.

2.2 Unités d'étude

1. Unité géographique

L'OFS définit 106 régions MS (mobilité spatiale) qui se caractérisent par une certaine homogénéité spatiale et obéissent aux principes de petits bassins d'emploi avec une orientation fonctionnelle vers les centres régionaux. Celles-ci constituent des unités géographiques plus petites que les 26 cantons ou les régions de primes de l'assurance maladie définies par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et constituent des unités d'analyse pertinentes au niveau microrégional. Certaines régions MS s'étendent au-delà des frontières cantonales.

Selon leurs spécificités géographiques et socio-économiques, l'OFS propose différentes classifications des 106 régions MS. Pour la présente étude, les 6 types de régions utilisés dans les études précédentes de l'offre ambulatoire ont été retenus (Jaccard Ruedin, Roth et al. 2007). Une carte présente la répartition de ces régions pour la Suisse (Annexe 1).

2. Groupes de prestataires

Les spécialités ont été groupées selon cinq catégories. Elles correspondent aux mêmes catégories définies dans les travaux précédents de l'Obsan (Annexe 3) :

- a) **Médecine de base**
- b) **Pédiatrie**
- c) **Gynécologie⁴**
- d) **Médecine spécialisée sans chirurgie**
- e) **Médecine spécialisée avec chirurgie**

Contrairement aux rapports précédents, il n'a pas été possible d'analyser les données de la psychiatrie pour les années 2005 à 2007 en raison d'une erreur de saisie du nombre de consultations survenue à partir de 2004. Par ailleurs, les données concernant les consultations ambulatoires en hôpitaux n'étaient pas disponibles pour ce travail.

2.3 Indicateurs utilisés

Les indicateurs sont calculés pour différents niveaux géographiques en partant du niveau communal et pour autant que le seuil d'agrégation des données soit respecté (soit plus de 5 prestataires par région considérée). Le tableau 1 présente un résumé des indicateurs utilisés.

Indicateurs de l'offre de soins

Nombre de codes créanciers (CC)

Nombre de médecins inscrits au registre des codes créanciers, lesquels doivent avoir réalisé au moins une consultation dans l'année pour être retenus. Les codes créanciers sont attribués aux prestataires de soins et services par santésuisse pour leur permettre de facturer leurs prestations à l'assurance obligatoire des soins (AOS). L'attribution concerne également des médecins qui remettent

⁴ Le terme de gynécologie comprend la gynécologie et l'obstétrique

leur cabinet et qui conservent leur code créancier pour ne facturer que quelques consultations dans l'année. D'où l'intérêt de calculer le nombre de prestataires en activité plein temps afin de supprimer ce biais.

Nombre de prestataires calculés en activité plein temps (APT)

Le nombre de prestataires est mesuré en activité plein temps en fonction de l'activité facturée à l'assurance obligatoire des soins : nombre de consultations et de patients traités (Annexe 4). La méthode de calcul est appliquée au niveau suisse et rend possible des comparaisons régionales.

Densité d'activité plein temps

Il s'agit du nombre d'APT divisé par 10'000 habitants ou 10'000 unités la population de référence, soit les femmes de plus de 15 ans pour la gynécologie et les enfants de 0 à 18 ans pour la pédiatrie. Cet indicateur renseigne sur la densité de l'offre en tenant compte de l'activité réalisée.

Taux moyen d'activité

Ce taux est déterminé en divisant le nombre d'activité plein temps (APT) par le nombre de codes créanciers. Il donne le taux d'activité moyen des médecins au sein de l'AOS. Le taux moyen d'activité ne fait pas référence au temps de travail (en heures) des médecins, mais à leur activité en termes de volume de consultations et de patients.

Skill-mix

Cet indicateur permet de connaître la distribution de la médecine spécialisée par rapport à la médecine de base dans une région. Il s'agit du rapport entre le nombre d'APT en médecine de base et le nombre d'APT en médecine spécialisée avec ou sans chirurgie.

Indicateurs du recours aux soins

Nombre de consultations

Il s'agit du nombre de consultations médicales et de visites à domicile pendant l'année d'étude (Annexe 5). Le nombre de consultations est extrapolé à 100% selon les données de la compensation des risques de l'Institution commune LAMa⁵ (Annexe 2).

Consultations par habitant selon l'âge et le sexe

Nombre de consultations par habitant par classe d'âges et sexe. Cet indicateur est présenté pour cinq classes d'âges : 0-18 ans ; 19-40 ans ; 41-65 ans ; 66-80 ans et plus de 80 ans. Il est aussi appelé « taux de recours aux soins ».

Consultations par habitant standardisées par âge

Afin de permettre des comparaisons du nombre de consultations par habitant entre les régions, il est avantageux d'éliminer les différences qui peuvent être dues à la structure d'âge de la population. La méthode la plus adéquate consiste à standardiser les taux de recours (consultations par habitant) selon la structure d'âge de la population suisse. Pour définir la population standard suisse, nous avons utilisé la population de 2000 par classe d'âges de cinq années. Cette structure d'âge est ensuite appliquée aux données de l'Enquête suisse sur la population (ESPOP) pour les années 2005 à 2007. Deux populations standards sont prises en compte : une population standard composée de 23 classes d'âges et une population standard pour les femmes de plus de 15 ans composée de 20 classes d'âges.

⁵ <http://www.kvg.org>

Consultations par patient

Nombre moyen de consultations réalisées par patient. Il s'agit du rapport entre le nombre de consultations effectuées et le nombre de patients examinés. Cet indicateur ne peut être calculé qu'au niveau suisse et n'est pas présenté dans un tableau. Il est aussi appelé « intensité du recours aux soins ».

Proximité des consultations

Cet indicateur rend compte de la proximité des consultations par rapport au lieu de domicile du patient. Il s'agit de la part en % des consultations effectuées auprès des prestataires établis dans la région de domicile par rapport à l'ensemble des consultations des patients domiciliés dans la région.

Tableau 1 Liste des variables et indicateurs utilisés

Variables		Année	Source utilisée
1. Unité géographique			
Région MS	1. Centre avec hôpital universitaire (CHU)	2000	Recensement fédéral de la population; OFS
	2. Aire Métropolitaine (AM)		
	3. Agglomération Tertiaire (AT)		
	4. Région Industrielle (IND)		
	5. Région Touristique (TOUR)		
	6. Région Rurale (RUR)		
2. Prestataires de soins (avec code créancier)			
1. Médecine de base	Médecine générale, médecine interne, médecine praticienne sans spécialisation, cabinets de groupe.	1998-2007	Registre des codes créanciers; santésuisse
2. Gynécologie	Gynécologie et obstétrique		
3. Pédiatrie	Pédiatrie		
4. Médecine spécialisée avec chirurgie	Chirurgie, neurochirurgie, ophtalmologie, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ORL, urologie, chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie pédiatrique, chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, chirurgie de la main.		
5. Médecine spécialisée sans chirurgie	Dermatologie et vénéréologie, endocrinologie-diabétologie, pneumologie, neurologie, médecine tropicale et médecine des voyages, rhumatologie, angiologie, cardiologie, hématologie, gastroentérologie, médecine interne, spéc. troubles du métabolisme, médecine physique et réadaptation, allergologie et immunologie clinique, infectiologie, oncologie médicale, néphrologie, neuropathologie.		
3. Indicateurs de l'offre de soins			
Nombre de codes créanciers	Nombre de médecins inscrits au registre des codes créanciers ayant facturé au moins une consultation dans l'année	1998-2007	Pool de données santé-suisse ESPOP
Nombre d'APT	Nombre de prestataires calculés en activité plein temps		
Densité d'APT	Nombre d'activité plein temps / 10'000 habitants		
Taux moyen d'activité	Rapport entre le nombre d'APT et le nombre de codes créanciers		
Skill-mix	Rapport entre le nombre d'APT en médecine de base et le nombre d'APT en médecine spécialisée		
4. Indicateurs du recours aux soins			
Nombre de consultations	Nombre de consultations et visites à domicile	2005-2007	Pool de données santé-suisse ESPOP
Consultations par habitant	Nombre de consultations par habitant selon 5 classes d'âges (0-18; 19-40; 41-65; 66-80 et 80+ ans) et selon le sexe.		
Consultations par habitant standardisées par âge	Nombre de consultations par habitant standardisées par âge		
Consultations par patient	Nombre de consultations par patient (seulement disponible pour l'ensemble de la Suisse).		
Proximité des consultations	Pourcentage de consultations effectuées dans la région de domicile du patient		

3 Résultats pour la médecine de base

3.1 Offre

L'offre en soins médicaux est présentée au travers de quatre indicateurs : le nombre de codes créanciers, le nombre d'activité plein temps, le taux moyen d'activité et la densité d'activité plein temps. Les résultats présentés dans cette partie se basent sur la région d'établissement des prestataires.

3.1.1 Nombre de codes créanciers

Le nombre de cabinets médicaux est comptabilisé à l'aide des données du registre des codes créanciers (RCC) de santésuisse. Il s'agit des cabinets médicaux ayant reçu un code créancier et donc autorisés à facturer leurs prestations à l'assurance obligatoire des soins (AOS).

Tableau 2 Evolution du nombre de codes créanciers, 2005-2007, par type de régions MS. Médecine de base.

Type de régions	2005	2006	2007	Distribution en 2007 en %	Evolution 2005-2007 en %
	N	N	N		
Centre avec hôpital universitaire (CHU)	2106	2069	2062	29.2	-2.1
Aire métropolitaine (AM)	1911	1925	1937	27.4	1.4
Agglomération tertiaire (AT)	1076	1075	1068	15.1	-0.7
Région industrielle (IND)	992	1008	1025	14.5	3.3
Région touristique (TOUR)	341	350	344	4.9	0.9
Région rurale (RUR)	626	635	630	8.9	0.6
Total	7052	7062	7066	100.0	0.2

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan.

Le nombre de cabinets médicaux en médecine de base inscrits au registre des codes créanciers n'a augmenté que de 0,2%, passant de 7052 à 7066 entre 2005 et 2007 (Tableau 2). Cette augmentation est très modérée en comparaison avec les années précédentes (Bétrisey et Jaccard Ruedin 2007) et les autres groupes de prestataires (gynécologie, pédiatrie et médecine spécialisée).

Environ 57% des codes créanciers sont localisés dans les centres avec hôpital universitaire et les aires métropolitaines. En comparaison avec les autres groupes de prestataires, la médecine de base est mieux répartie géographiquement que les autres groupes de prestataires, puisqu'au minimum un code créancier existe dans chaque région MS. Entre 2005 et 2007, le nombre de codes créanciers a diminué dans les centres avec hôpital universitaire (-2,1%) et les agglomérations tertiaires (-0,7%), tandis qu'il a progressé dans les autres types de régions. Les grandes villes comme Genève, Zurich, Bâle, Berne enregistrent un recul du nombre de codes créanciers en médecine de base. Ce recul est parfois compensé par une augmentation du nombre de codes créanciers dans les communes attenantes aux grandes villes localisées principalement dans les aires métropolitaines.

Depuis 1998, tous les types de régions ont vu leur nombre de codes créanciers augmenter jusqu'en 2005, puis se stabiliser en 2006 et 2007. Peu avant l'introduction du gel des admissions,⁶ le registre des codes créanciers avait enregistré une hausse de demandes de nouveaux codes créanciers. Cette hausse n'est toutefois pas attribuable aux demandes intervenues avant l'introduction du gel des ad-

⁶ Ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire du 3 juillet 2002 (RS 832.103).

missions puisque selon la méthode utilisée ici, seuls les codes créanciers qui ont facturé au moins une consultation dans l'année sont considérés.

3.1.2 Activité plein temps et taux moyen d'activité

Le nombre d'activité plein temps (APT) a été calculé selon la méthode décrite en annexe (Annexe 4). Cette méthode tient compte de l'activité des cabinets médicaux (ou des codes créanciers) mesurée en nombre de consultations et en nombre de patients afin d'attribuer un poids à chaque cabinet médical. Autrement dit, on comptabilisera par exemple 0,5 APT pour un cabinet qui facture la moitié moins de consultations (et soigne la moitié moins de patients) que la moyenne de ses confrères. Pour la médecine de base, le nombre de codes créanciers s'élevait à 7066 en 2007 (Tableau 2), ce qui équivaut, selon notre méthode, à 4628 cabinets médicaux en activité plein temps ou 4628 APT (Tableau 3). Alors que le nombre de codes créanciers augmente dans les régions touristique et rurale, le nombre d'activité plein temps diminue. Cela signifie que l'augmentation du nombre de codes créanciers ne compense pas la baisse d'activité dans ces régions.

Tableau 3 Evolution du nombre d'activité plein temps et du taux d'activité par code créancier, 2005-2007, par type de régions. Médecine de base.

Type de régions	Nombre d'APT				Taux moyen d'activité			
	2005	2006	2007	Diff. 05-07	2005	2006	2007	Diff. 05-07
	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>en %</i>	<i>en %</i>	<i>en %</i>	<i>en %</i>	<i>en points %</i>
Centre avec hôpital universitaire	1013	983	1006	-0.7	48.1	47.5	48.8	0.7
Aire métropolitaine	1271	1277	1311	3.2	66.5	66.3	67.7	1.2
Agglomération tertiaire	770	756	749	-2.7	71.5	70.3	70.1	-1.4
Région industrielle	802	804	810	1.0	80.9	79.7	79.1	-1.8
Région touristique	245	240	241	-1.8	71.8	68.6	69.9	-1.9
Région rurale	516	510	511	-1.0	82.5	80.4	81.1	-1.3
Total	4617	4570	4628	0.2	65.5	64.7	65.5	0.0

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan.

Le taux moyen d'activité est défini ici comme le nombre de praticiens en activité plein temps (APT) divisé par le nombre de codes créanciers. Il s'agit uniquement de la part de l'activité facturée à l'AOS. Le taux moyen d'activité en médecine de base s'élève à 65,5% en 2007 et est resté constant depuis 2005. Il est le plus bas dans les centres avec hôpital universitaire et le plus élevé dans les régions rurales. Un taux moyen d'activité élevé comme observé dans les régions industrielles (79,1% en 2007) et rurales (81,1% en 2007) signifie que les praticiens établis dans ces régions ont une activité plus intensive pour l'AOS en termes de consultations et patients que leurs confrères établis dans les autres types de régions. Entre 2005 et 2007, le taux moyen d'activité a tendance à diminuer dans les régions où l'activité est la plus intensive (agglomération tertiaire, régions industrielle, touristique et rurale).

Si les praticiens avaient tendance à diminuer leur taux d'activité en médecine de base dans la période d'observation précédente de 1998 à 2004 (Bétrisey et Jaccard Ruedin 2007), le taux d'activité moyen et le nombre d'APT restent presque constants au niveau national entre 2005 et 2007. Les différences régionales observées entre 2005 et 2007 sont de mêmes proportions que celles des années précédentes.

3.1.3 Densité d'activité plein temps

La densité de l'APT diminue de 1,3% entre 2005 et 2007 (Tableau 4). Etant donné que le taux d'activité est resté stable et que le nombre d'APT n'a que légèrement augmenté au niveau suisse (0,2%), la raison principale de d'une diminution de la densité d'APT provient de la croissance de la population résidente (1,5%). Cette baisse s'observe entre 2005 et 2007 dans tous les types de régions à l'exception des aires métropolitaines. 60 régions sur 106 voient leur densité d'APT diminuer. Les agglomérations tertiaires, les régions touristiques et rurales présentent, proportionnellement au total des régions concernées, un nombre important de régions avec une diminution de la densité d'APT. Au contraire, on observe une augmentation de la densité dans 18 régions MS de type aire métropolitaine et 3 de type centre avec hôpital universitaire. En Suisse, la densité d'activité plein temps a d'abord augmenté entre 1998 et 2000, elle est ensuite restée constante entre 2001 et 2004, puis a diminué entre 2005 et 2007 pour revenir à un niveau inférieur à celui de 1998 (Figure 1). Au niveau des six types de régions MS, cette tendance est la même, à l'exception des régions de type aire métropolitaine pour lesquelles la densité a diminué depuis 2000 et les régions touristiques pour lesquelles la densité d'APT a augmenté constamment depuis 1998.

Tableau 4 Evolution de la densité d'activité plein temps, 2005-2007, par type de régions. Médecine de base.

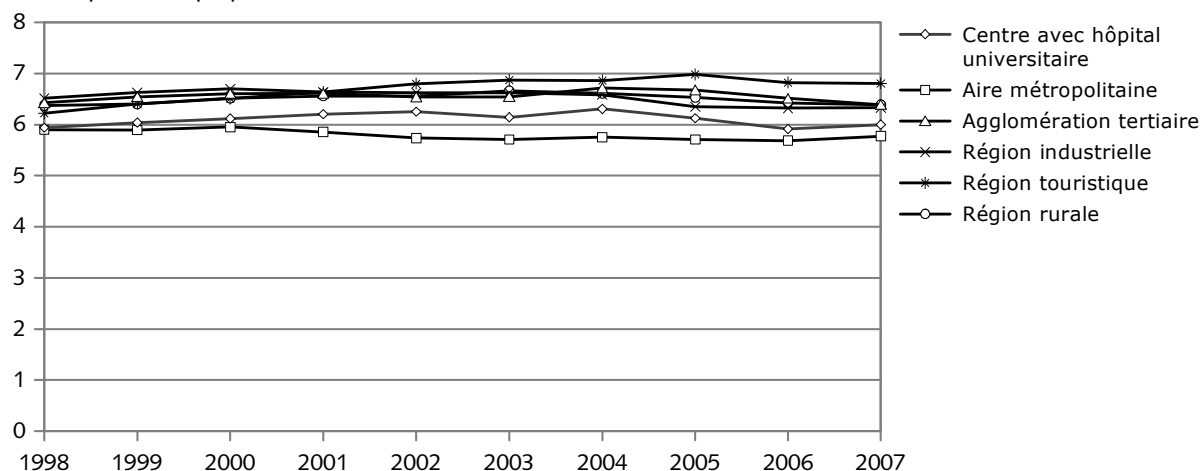
Type de régions	Densité d'APT (APT/10'000 habitants)				Nombre de régions concernées	
	2005	2006	2007	% diff. 05-07	Densité APT ↑	Densité APT ↓
Centre avec hôpital universitaire	6.1	5.9	6.0	-2.0	3	3
Aire métropolitaine	5.7	5.7	5.8	1.1	18	10
Agglomération tertiaire	6.7	6.5	6.4	-4.3	1	10
Région industrielle	6.4	6.3	6.3	-0.3	9	10
Région touristique	7.0	6.8	6.8	-2.4	6	10
Région rurale	6.5	6.4	6.4	-2.1	9	17
Total	6.2	6.1	6.1	-1.3	46	60

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan.

En comparaison avec les autres catégories de prestataires, c'est en médecine de base que la densité d'APT est restée très proche des valeurs observées en 1998 et peu de variations ont été observées entre 1998 et 2007. C'est aussi la seule catégorie pour laquelle la densité d'APT observée en 2006 et 2007 au niveau national est inférieure à celle observée en 1998 (6,2 APT pour 10'000 habitants).

Figure 1 Densité d'activité plein temps 1998-2007, médecine de base

Activité plein temps pour 10'000 habitants



Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan

Les différences de densité d'APT entre les types de régions sont relativement faibles en médecine de base. Comme déjà montré précédemment (Bétrisey et Jaccard Ruedin 2007), l'offre en médecine de base est répartie de façon plutôt homogène sur le territoire. Toutefois, la densité oscille en 2007 entre 5,8 (Aire métropolitaine) et 6,8 APT pour 10'000 habitants (Région touristique), tandis qu'en 1998, la densité d'APT oscillait entre 5,9 (Aire métropolitaine et Centre avec hôpital universitaire) et 6,5 (Région industrielle) APT pour 10'000 habitants. Cela signifie que les disparités régionales en médecine de base ont progressé ces dix dernières années. Les différences entre les types de régions se situent dans le taux moyen d'activité. Ce dernier est plus élevé dans les régions périphériques (régions industrielles, touristiques et rurales), car il y a moins de praticiens avec un taux d'activité élevé qui assurent ce niveau d'offre. Tandis que les praticiens sont plus nombreux avec un taux d'activité plus faible et assurent le même niveau d'offre dans les régions urbaines (centre avec hôpital universitaire, aire métropolitaine et agglomérations tertiaires).

3.2 Recours

Cette partie documente le recours aux consultations médicales ambulatoires des cabinets médicaux par la population. Il s'agit d'examiner le volume de consultations, le recours selon l'âge et le sexe et la mobilité des patients. Ces analyses sont réalisées en tenant compte du lieu de domicile des patients, indépendamment de la région où a lieu la consultation.

3.2.1 Volume de consultations

En 2007, environ 23 millions de consultations ont été effectuées en médecine de base (Tableau 5). Ces dernières représentent 61% de toutes les consultations considérées (Annexe 3). Presque la moitié de ces consultations en médecine de base (49,5%) sont effectuées par les patients domiciliés dans les centres avec hôpital universitaire et les aires métropolitaines.

Le nombre de consultations recule entre 2005 et 2006, puis il augmente entre 2006 et 2007 (2,2%). Deux raisons principales peuvent expliquer cette évolution. Premièrement, l'introduction de deux nouvelles franchises élevée (2000 et 2500 CHF) et deuxièmement, l'introduction du nouveau tarif médical (TARMED).

Tableau 5 Evolution du nombre de consultations, 2005-2007, par type de régions. Médecine de base.

Type de régions ¹	2005	2006	2007	Distribution	Evolution
	<i>en milliers</i>	<i>en milliers</i>	<i>en milliers</i>	<i>en %</i>	<i>en %</i>
Centre avec hôpital universitaire (CHU)	4762	4539	4682	20.3	-1.7
Aire métropolitaine (AM)	6599	6437	6715	29.2	1.8
Agglomération tertiaire (AT)	3907	3729	3713	16.1	-5.0
Région industrielle (IND)	4078	4000	4052	17.6	-0.6
Région touristique (TOUR)	1185	1154	1149	5.0	-3.0
Région rurale (RUR)	2703	2596	2636	11.5	-2.5
Total	23'328	22'526	23'011	100.0	-1.4

1. Entre 2005 et 2007, moins de 0,5% des consultations ne peuvent pas être attribuées à un type de régions MS.

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan.

3.2.2 Consultations par habitant

Le taux de recours standardisé par âge aux prestations de médecine de base est de 3,1 consultations par habitant en 2007 (Tableau 6). Ce dernier a reculé d'environ 3% depuis 2005 et ceci pour toutes les classes d'âges à l'exception des personnes âgées de 80 ans et plus. Le taux de recours standardisé par âge des femmes (3,3 consultations) est plus élevé que celui des hommes (2,8 consultations). La différence de recours entre hommes et femmes est plus importante pour les classes d'âges de 19 à 65 ans puis s'estompe au-delà. Par rapport à 2005, le taux de recours diminue dans toutes les classes d'âges sauf pour les hommes de plus de 65 ans.

En 2007, les différences régionales sont peu marquées pour la médecine de base, bien que le recours soit plus élevé dans les régions périphériques (Région industrielle, touristique et rurale) que dans les régions urbaines (Centre avec hôpital universitaire, aire métropolitaine et agglomération tertiaire). Le taux de recours est en recul dans pratiquement tous les types de régions et toutes les classes d'âges entre 2005 et 2007. Seules quelques augmentations du taux de recours sont observées dans les aires métropolitaines et les régions industrielles pour les classes d'âges élevées. Notons que la diminution du taux de recours est importante pour les jeunes (-4,4%) et les jeunes adultes (-6,9) et ceci indépendamment du type de régions.

Tableau 6 Consultations par habitant selon l'âge et le sexe, consultations totales standardisées en 2007 et évolution du recours 2005-2007, par type de régions. Médecine de base.

Type de régions	Consultations par habitant 2007						Evolution 2005-2007 (en %)					
	0-18	19-40	41-65	66-80	80+	Total ¹	0-18	19-40	41-65	66-80	80+	Total ¹
Centre avec hôpital universitaire	0.7	1.6	3.2	5.8	10.9	2.7	-5.1	-6.6	-2.1	-2.5	0.4	-2.9
Aire métropolitaine	1.1	1.8	3.4	6.8	11.5	3.0	-2.7	-4.3	0.3	1.7	3.5	0.0
Agglomération tertiaire	1.0	1.8	3.7	6.9	11.6	3.1	-8.8	-11.3	-5.8	-4.5	-3.6	-6.3
Région industrielle	1.2	1.9	3.8	6.8	10.9	3.2	-5.6	-5.5	-0.5	-1.0	1.1	-1.8
Région touristique	1.4	1.9	3.8	6.7	10.8	3.2	-4.7	-8.8	-1.6	-3.6	-1.6	-3.6
Région rurale	1.4	1.9	4.0	7.0	11.6	3.3	-4.7	-7.8	-1.7	-3.7	-1.9	-3.7
Hommes	1.1	1.3	3.2	6.5	11.5	2.8	-5.4	-10.3	-2.2	0.5	2.4	-2.5
Femmes	1.1	2.2	4.0	6.7	11.2	3.3	-4.3	-4.7	-1.7	-3.1	-0.9	-2.6
Total	1.1	1.8	3.6	6.6	11.3	3.1	-4.4	-6.9	-1.9	-1.6	0.2	-2.9

1. Consultations par habitant standardisées par âge

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan.

3.2.3 Consultations par patient

Cet indicateur calcule le rapport entre le nombre de consultations effectuées et le nombre de patients examinés. Il donne une indication sur l'intensité des consultations. Cet indicateur ne peut être calculé qu'au niveau suisse et n'est pas présenté dans un tableau.

En 2007, le nombre de consultations par patient est de 4,1 en médecine de base en Suisse. En comparaison avec les autres catégories de prestataires, il s'agit de l'intensité de consultation par patient la plus élevée. Depuis 2005, le nombre de consultations, par habitant a diminué d'environ 5% en raison d'une augmentation du nombre de patients (3,6%) combiné à une baisse (-1,4%) du nombre de consultations offertes par les prestataires en médecine de base.

3.2.4 Proximité des consultations

La part de consultations effectuées dans la région MS de domicile du patient donne une indication sur la mobilité des patients et/ou de la disponibilité de l'offre dans la région de domicile. Un pourcentage élevé signifie que les patients sont peu mobiles ou que l'offre est suffisante dans la région de domicile. Si le pourcentage est faible, cela signifie que les patients sont plus mobiles. Ces derniers consultent plus souvent en dehors de leur région de domicile, a priori car l'offre de soins y est plus importante. Un changement de ce pourcentage signifie une augmentation ou une diminution de la mobilité des patients.

En Suisse, environ 87% des consultations en médecine de base ont lieu dans la région de domicile du patient (Tableau 7). Ce pourcentage reflète le rôle de proximité de la médecine de base. Il varie peu d'un type de régions MS à l'autre, les agglomérations tertiaires et les régions rurales présentent les taux les plus faibles avec respectivement 83% et 85%. Notons que pour ce rapport, nous avons choisi l'unité géographique de la région MS, car une analyse des indicateurs au niveau communal serait trop détaillée. Cela implique toutefois pour les patients une certaine mobilité dans la région MS.

L'évolution entre 2005 et 2007 reste marginale. Les centres avec hôpital universitaire et les agglomérations tertiaires connaissent les valeurs les plus importantes d'évolution du nombre de consultations effectuées dans la région de domicile du patient avec respectivement 0,5 et 0,6 point de pourcentage en plus depuis 2005.

Tableau 7 Part (en %) de consultations effectuées dans la région MS de domicile du patient, 2005-2007, par type de régions. Médecine de base.

Type de régions	2005	2006	2007	Evolution 2005-2007
	<i>en %</i>	<i>en %</i>	<i>en %</i>	<i>en points %</i>
Centre avec hôpital universitaire	88.7	88.7	89.2	0.5
Aire métropolitaine	82.2	82.8	82.8	0.6
Agglomération tertiaire	91.0	91.0	90.8	-0.3
Région industrielle	87.6	87.9	87.8	0.2
Région touristique	87.7	87.9	87.8	0.1
Région rurale	84.6	84.9	84.7	0.1
Total	86.5	86.7	86.7	0.2

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan.

3.3 Synthèse

Entre 2005 et 2007, le nombre de codes créanciers en médecine de base reste presque constant au niveau national. La hausse du nombre de codes créanciers observée depuis 1998 tend à se stabiliser en 2006 et 2007. C'est dans les grandes villes (Genève, Zürich, Bâle, Berne, etc.) que la diminution absolue est la plus importante. Le recul de codes créanciers observé dans les centres urbains est compensé par une hausse dans les communes attenantes. Le nombre d'activité plein temps et le taux moyen d'activité en médecine de base sont également restés constants de 2005 à 2007. La population résidante a toutefois continué d'augmenter et ceci a eu pour conséquence une diminution de la densité d'activité plein temps. Entre 1998 et 2000, la densité d'activité plein temps a d'abord augmenté, puis elle est restée presque constante de 2001 à 2004, pour ensuite reculer entre 2005 et 2007. Notons qu'en comparaison des autres catégories de prestataires (voir suite du rapport), la médecine de base est la seule catégorie qui affiche des densités d'APT en 2006 et 2007 inférieures à 1998. En d'autres termes, l'offre tend à diminuer ces deux dernières années.

En ce qui concerne le recours aux soins de la médecine de base, le volume de consultations diminue entre 2005 et 2007. Le nombre standardisé de consultations par habitant diminue également, à l'exception des hommes âgés de plus de 65 ans. L'intensité des consultations diminue également sur la période considérée ceci en raison d'une augmentation du nombre de patients alors que le nombre de consultations offertes diminue. La médecine de base garde son rôle de médecine de proximité avec 87% des consultations effectuées dans la région de domicile des patients.

4 Résultats pour la gynécologie

4.1 Offre

4.1.1 Nombre de codes créanciers

En 2007, le nombre de codes créanciers en gynécologie s'élève à 1126, soit 5,5% de plus qu'en 2005. Comme mis en évidence dans les travaux précédents (Bétrisey et Jaccard Ruedin 2007), le nombre de codes créanciers en gynécologie continue d'augmenter.

Environ deux tiers des cabinets de gynécologie sont établis dans les centres avec hôpital universitaire et les aires métropolitaines. Peu de cabinets médicaux sont localisés dans les régions touristiques ou rurales, c'est toutefois dans ces deux types de régions que l'on observe les taux de croissance les plus élevés avec respectivement 13,3% et 12,7% (Tableau 8).

Tableau 8 Evolution du nombre de codes créanciers, 2005-2007, par type de régions. Gynécologie.

Type de régions	2005	2006	2007	Distribution en 2007	Evolution 2005-2007
	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>en %</i>	<i>en %</i>
Centre avec hôpital universitaire	416	426	431	38.3	3.6
Aire métropolitaine	266	274	280	24.9	5.3
Agglomération tertiaire	150	157	163	14.5	8.7
Région industrielle	150	152	156	13.9	4.0
Région touristique	30	33	34	3.0	13.3
Région rurale	55	57	62	5.5	12.7
Total	1067	1099	1126	100.0	5.5

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan.

4.1.2 Activité plein temps et taux moyen d'activité

Par rapport à la période d'observation précédente (1998-2004) qui montrait une augmentation d'APT pour tous les types de régions (Bétrisey et Jaccard Ruedin 2007), le constat pour les années 2005 à 2007 est contrasté. L'augmentation du nombre d'APT dans les centres avec hôpital universitaire (3,1%) et les aires métropolitaines (6,2%) est plus importante que la moyenne nationale (2,5%), tandis que les agglomérations tertiaires et les régions rurales présentent un recul du nombre d'APT, respectivement de -1,2 et -1,7% (Tableau 9).

Le taux moyen d'activité en gynécologie s'élève à 65,2% en 2007 et a diminué d'environ 2 points de pourcentage par rapport à 2005. Les taux moyens d'activité les plus élevés se trouvent dans les régions touristiques, suivis des régions industrielles. Les taux les plus bas sont observés dans les centres avec hôpital universitaire et les régions rurales. A l'exception des aires métropolitaines, qui voient le taux moyen d'activité en gynécologie augmenter, tous les autres types de régions sont touchés par un net recul du taux moyen d'activité, particulièrement les régions touristiques et rurales ainsi que les agglomérations tertiaires.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer la diminution du taux d'activité. Cependant, il n'est pas possible de déterminer lequel en est à l'origine. Le taux d'activité peut être réduit de façon volontaire, mais il peut aussi s'agir d'un transfert d'activité vers le secteur hospitalier ou privé. Notons par ailleurs que les projections à l'horizon 2030 du nombre de médecins possédant un titre fédéral de gynécologie prévoyant une forte féminisation de cette profession peuvent en être la cause (Seematter-Bagnoud, Junod et al. 2008). Enfin, la franchise peut également jouer un rôle. En effet, si une facture n'est pas transmise à l'assurance-maladie, il n'est pas possible de comptabiliser l'activité exacte du praticien et celle-ci est sous-estimée.

Tableau 9 Evolution du nombre d'activité plein temps et du taux d'activité par code créancier, 2005-2007, par type de régions. Gynécologie.

Type de régions	Nombre d'APT				Taux moyen d'activité			
	2005	2006	2007	Diff. 05-07	2005	2006	2007	Diff. 05-07
	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>en %</i>	<i>en %</i>	<i>en %</i>	<i>en %</i>	<i>en points %</i>
Centre avec hôpital universitaire	248	245	255	3.1	59.5	57.6	59.2	-0.3
Aire métropolitaine	173	176	184	6.2	65.0	64.1	65.6	0.6
Agglomération tertiaire	129	129	127	-1.2	86.0	82.2	78.2	-7.8
Région industrielle	100	101	101	1.3	66.7	66.7	65.0	-1.7
Région touristique	27	27	28	2.1	90.2	82.3	81.2	-9.0
Région rurale	40	40	39	-1.7	72.2	70.8	63.0	-9.2
Total	716	719	735	2.5	67.1	65.4	65.2	-1.9

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan.

4.1.3 Densité d'activité plein temps

L'offre en gynécologie mesurée en APT est rapportée à la population féminine âgée de plus de 15 ans. Au niveau national, la densité d'APT en gynécologie s'élève à 2,3 pour 10'000 habitantes (Tableau 10) et augmente peu entre 2005 et 2007 (+1,2%). Pour 2007, la densité d'APT varie en fonction du type de régions, par exemple la densité d'APT des centres avec hôpital universitaire comparée aux régions rurales est plus élevée de 2,2 APT/10'000 habitantes. L'évolution entre 2005 et 2007 de la densité d'APT est relativement modérée dans tous les types de régions, une augmentation de 4,2 % est toutefois observée dans les aires métropolitaines. La densité d'APT a tendance à diminuer dans 40 régions MS tandis qu'elle augmente dans 53 régions MS. Enfin, 13 régions n'ont pas de cabinet en gynécologie.

Tableau 10 Evolution de la densité d'activité plein temps, 2005-2007, par type de régions. Gynécologie.

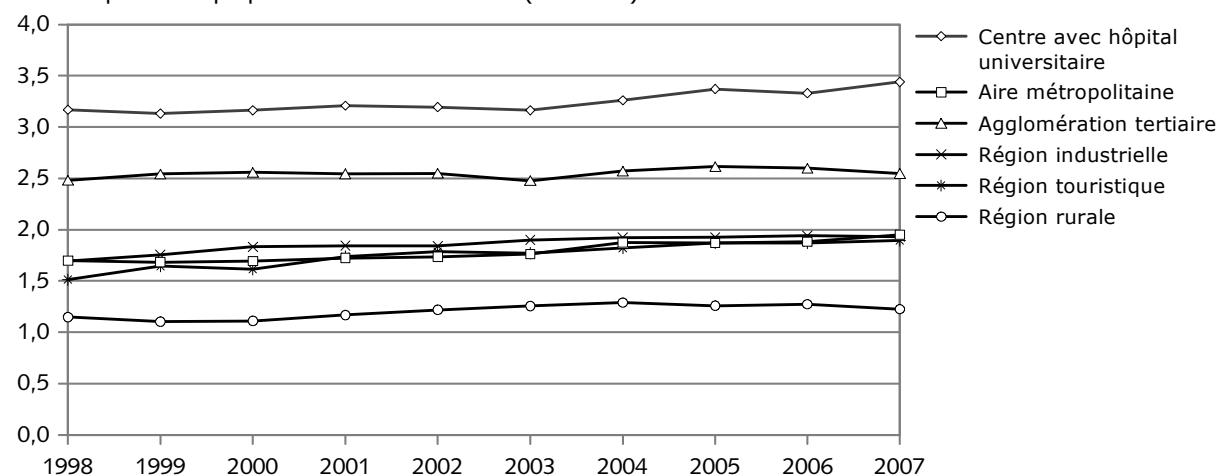
Type de régions	Densité d'APT (APT/10'000 habitantes > 15 ans)				Nombre de régions concernées	
	2005	2006	2007	% diff 05-07	Densité APT ↑	Densité APT ↓
	Centre avec hôpital universitaire	3.4	3.3	3.4	2.1	4
Aire métropolitaine	1.9	1.9	1.9	4.2	20	7
Agglomération tertiaire	2.6	2.6	2.5	-2.6	4	7
Région industrielle	1.9	1.9	1.9	0.2	10	9
Région touristique	1.9	1.9	1.9	1.4	7	4
Région rurale	1.3	1.3	1.2	-2.7	8	11
Total	2.3	2.3	2.3	1.2	53	40

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan.

Entre 1998 et 2007, la densité d'APT a augmenté d'environ 10% (Figure 2). Cette tendance s'observe également dans tous les types de régions. Selon le type de régions, cette augmentation oscille entre 25,2% dans les régions touristiques et 2,7% dans les agglomérations tertiaires.

Figure 2 Densité d'activité plein temps 1998-2007, gynécologie

Activité plein temps pour 10'000 habitantes (>15 ans)



Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan

4.2 Recours

4.2.1 Volume de consultations

En 2007, 2,4 millions de consultations ont été effectuées dans les cabinets médicaux de gynécologie (Tableau 11), soit 6,4% de toutes les consultations considérées (Annexe 3). Plus de la moitié des consultations en gynécologie (56,5%) sont effectuées par des patientes domiciliées dans les deux régions urbaines : centre avec hôpital universitaire et aire métropolitaine.

Le volume de consultations est presque constant entre 2005 et 2007 (-1,1%). Notons que le volume augmente dans les aires métropolitaines (+2%), tandis qu'il tend à diminuer dans les autres types de régions.

Tableau 11 Evolution du nombre de consultations, 2005-2007, par type de régions. Gynécologie.

Type de régions ¹	2005	2006	2007	Distribution	Evolution
	en milliers	en milliers	en milliers	en %	2005-2007
Centre avec hôpital universitaire	615	574	601	24.7	-2.3
Aire métropolitaine	757	735	772	31.7	2.0
Agglomération tertiaire	392	383	383	15.7	-2.3
Région industrielle	376	369	366	15.0	-2.8
Région touristique	103	100	102	4.2	-1.4
Région rurale	203	201	200	8.2	-1.5
Total	2'459	2'372	2'432	100.0	-1.1

1. Entre 2005 et 2007, moins de 0,6% des consultations ne peuvent pas être attribuées à un type de régions MS.

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan.

4.2.2 Consultations par habitante

En moyenne une femme recourt à 0,8 consultation de gynécologie en 2007 (Tableau 12), ce taux est en recul de 2,6% par rapport à 2005. Les femmes âgées de 19 à 40 ans recourent en moyenne à 1,1 consultation en 2007, le taux de recours est ensuite décroissant avec l'âge. Entre 2005 et 2007, le

taux de recours augmente de plus de 5% pour les femmes âgées de plus de 65 ans et de plus de 7% pour les femmes âgées de plus de 80 ans.

Le taux de recours standardisé par âge varie très peu selon le type de régions. Il oscille en moyenne entre 0,8 consultation par habitante dans les centres avec hôpital universitaire et 0,6 consultation dans les régions rurales.

Tableau 12 Consultations par habitante selon l'âge et le sexe en 2007 et évolution du recours 2005-2007, par type de régions. Gynécologie.

Type de régions	Consultations par habitante 2007						Evolution 2005-2007 (en %)					
	0-18	19-40	41-65	66-80	80+	Total ¹	0-18	19-40	41-65	66-80	80+	Total ¹
Centre avec hôpital universitaire	0.1	1.1	0.8	0.5	0.2	0.8	0.0	-2.6	-3.8	0.0	5.3	-2.4
Aire métropolitaine	0.1	1.2	0.7	0.4	0.2	0.8	14.3	-1.7	1.4	10.5	7.1	0.0
Agglomération tertiaire	0.1	1.1	0.7	0.4	0.1	0.8	0.0	-5.1	-4.1	5.4	16.7	-2.5
Région industrielle	0.1	1.1	0.6	0.3	0.1	0.7	-14.3	-5.4	-1.6	3.6	10.0	-4.1
Région touristique	0.1	1.0	0.6	0.3	0.1	0.7	0.0	-2.8	-1.5	6.9	9.1	-2.8
Région rurale	0.1	1.0	0.6	0.2	0.1	0.6	0.0	-4.0	0.0	4.3	0.0	-3.1
Total	0.1	1.1	0.7	0.4	0.2	0.8	0.0	-3.5	-2.8	5.4	7.1	-2.6

1. Consultations par habitante standardisées par âge

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan.

4.2.3 Consultations par patiente

En gynécologie, 2,0 consultations par patiente sont comptabilisées en 2007 pour la Suisse (non présenté dans un tableau). Depuis 2005, l'intensité des consultations en gynécologie a légèrement diminué (-2,0%). Comme pour la médecine de base, cette diminution s'explique par une faible augmentation du nombre de patientes sur la même période (1,0%) et une diminution du nombre de consultations offertes (-1,1%).

4.2.4 Proximité des consultations

En comparaison avec la médecine de base, la mobilité des patientes de gynécologie est plus élevée. Au niveau suisse, environ 69% des consultations de gynécologie sont effectuées dans la région de domicile des patientes (Tableau 13). Ce pourcentage varie de façon importante d'un type de régions MS à l'autre. En effet, les patientes domiciliées dans les centres avec hôpital universitaire et les agglomérations tertiaires consultent plutôt dans leur région de domicile tandis que celles domiciliées dans les aires métropolitaines et les régions rurales ont tendance à consulter en dehors de leur région de domicile.

L'évolution observée entre 2005 et 2007 montre peu de changements. La mobilité des patientes tend toutefois à augmenter dans les agglomérations tertiaires et les régions rurales, puisque la part de consultations dans la région de domicile diminue respectivement de 1,2 et 1,3 point de pourcentage.

Tableau 13 Part (en %) de consultations effectuées dans la région MS de domicile de la patiente, 2005-2007, par type de régions. Gynécologie

Type de régions	2005	2006	2007	Evolution 2005-2007
	<i>en %</i>	<i>en %</i>	<i>en %</i>	<i>en points %</i>
Centre avec hôpital universitaire	84.6	84.8	84.7	0.1
Aire métropolitaine	56.1	56.2	56.4	0.4
Agglomération tertiaire	83.7	83.1	82.5	-1.2
Région industrielle	68.7	68.5	68.4	-0.3
Région touristique	67.2	66.4	66.6	-0.6
Région rurale	44.8	45.5	43.5	-1.3
Total	69.1	69.0	68.7	-0.4

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan.

4.3 Synthèse

Entre 2005 et 2007, le nombre de codes créanciers, d'activité plein temps et la densité d'activité plein temps continuent d'augmenter comme déjà observé pendant la période précédente (1998-2004). Le taux d'activité a en revanche diminué dans les régions touristiques et rurales et ceci pour plusieurs raisons. Cette diminution peut être due à une diminution volontaire de l'activité des prestataires ou à un transfert de consultations vers le secteur ambulatoire des hôpitaux. Un effet de franchise n'étant pas exclu. Le recours aux soins de gynécologie a aussi diminué entre 2005 et 2007, tout comme l'intensité des consultations. En moyenne les patientes consultent 2 fois par année les praticiens de gynécologie. Dans le même temps, la mobilité des patientes s'est accrue. En 2007, 31,3% des consultations n'ont pas lieu dans la région de domicile des patientes.

5 Résultats pour la pédiatrie

5.1 Offre

5.1.1 Nombre de codes créanciers

Le nombre de cabinets de pédiatrie a progressé de 837 à 878 entre 2005 et 2007, soit une augmentation d'environ 5% (Tableau 14). En 1998, le nombre de codes créanciers de pédiatrie était de 663 et a constamment augmenté jusqu'en 2007 (Bétrisey et Jaccard Ruedin 2007).

Tableau 14 Evolution du nombre de codes créanciers, 2005-2007, par type de régions. Pédiatrie.

Type de régions	2005	2006	2007	Distribution en 2007	Evolution 2005-2007
	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>en %</i>	<i>en %</i>
Centre avec hôpital universitaire	306	316	333	37.9	8.8
Aire métropolitaine	230	238	236	26.9	2.6
Agglomération tertiaire	132	135	133	15.1	0.8
Région industrielle	109	108	114	13.0	4.6
Région touristique	20	18	17	1.9	-15.0
Région rurale	40	43	45	5.1	12.5
Total	837	858	878	100.0	4.9

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan.

Environ 65% des cabinets de pédiatrie se localisent dans les centres avec hôpital universitaire et les aires métropolitaines. Par rapport à l'année 2005, le nombre de cabinets de pédiatrie a augmenté dans tous les types de régions dans des proportions différentes, une seule exception concerne les régions touristiques (-15%, -3 codes créanciers). L'augmentation est la plus marquée dans les régions rurales avec l'attribution de 5 nouveaux codes créanciers (12,5%). Le nombre de cabinets reste relativement constant dans les aires métropolitaines et les agglomérations tertiaires.

5.1.2 Activité plein temps et taux moyen d'activité

Le nombre d'activité plein temps en pédiatrie enregistre une hausse marquée de 8,4% entre 2005 et 2007 (Tableau 15). Une hausse similaire (9,4%) était observée entre 1998 et 2004 (Bétrisey et Jaccard Ruedin, 2007). Cette augmentation du nombre d'activité plein temps s'observe dans tous les types de régions, mais de manière plus importante dans les régions métropolitaines (12,3%) et les régions industrielles (10,3%).

Le taux moyen d'activité s'élève à 62,9% en 2007 et est légèrement en hausse depuis 2005 (2 points de pourcentage en plus), contrairement à ce qui avait été observé pour les années 1998 à 2004 (Bétrisey et Jaccard Ruedin 2007). Il varie fortement selon le type de régions : il s'élève à 47% dans les centres avec hôpital universitaire et à 92,4% dans les régions touristiques. Les régions touristiques présentent la plus forte hausse du taux moyen d'activité avec 16,2 points de pourcentage en plus et seuls les centres avec hôpital universitaire et les régions rurales voient leur taux moyen d'activité diminuer.

Notons que pour la pédiatrie, le biais dû aux franchises est moins marqué que pour les autres catégories de prestataires. Le montant de la franchise maximale étant plus bas pour les enfants (600 francs) que pour les adultes (2500 francs), les factures sont plus souvent transmises aux assurances-maladie.

Tableau 15 Evolution du nombre d'activité plein temps et du taux d'activité par code créancier, 2005-2007, par type de régions. Pédiatrie.

Type de régions	Nombre d'APT				Taux moyen d'activité			
	2005	2006	2007	Diff. 05-07	2005	2006	2007	Diff. 05-07
	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>en %</i>	<i>en %</i>	<i>en %</i>	<i>en %</i>	<i>en points %</i>
Centre avec hôpital universitaire	145	150	156	7.6	47.5	47.4	47.0	-0.5
Aire métropolitaine	151	161	169	12.3	65.6	67.6	71.8	6.2
Agglomération tertiaire	86	88	90	4.5	65.0	65.0	67.4	2.4
Région industrielle	76	79	83	10.3	69.4	73.4	73.2	3.8
Région touristique	15	15	16	3.0	76.2	84.7	92.4	16.2
Région rurale	36	37	37	2.8	90.8	86.2	83.0	-7.8
Total	509	530	552	8.4	60.8	61.8	62.9	2.0

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan.

5.1.3 Densité d'activité plein temps

La densité d'APT est calculée en rapportant les APT à la population âgée de 0 à 18 ans. Elle est en moyenne de 3,4 APT pour 10'000 enfants en 2007 (Tableau 16). La densité d'APT a augmenté de 6,7% entre 2005 et 2007 et concerne tous les types de régions. L'augmentation est la plus importante dans les aires métropolitaines (10,0%) et les régions industrielles (8,9%), alors que l'offre est relativement stable dans les agglomérations tertiaires et les régions rurales. Au niveau des régions MS, 64 régions ont vu leur densité d'APT augmenter, tandis qu'elle a diminué dans 25 régions MS. Toutes les régions MS de type centre avec hôpital universitaire ont vu leur densité d'APT croître.

La densité d'APT en pédiatrie a fortement augmenté depuis 1998. Elle passe de 3,0 APT pour 10'000 enfants en 1998 à 3,4 en 2007, soit une augmentation de 13,5% (Bétrisey et Jaccard Ruedin 2007). Cette tendance s'observe dans tous les types de régions (Figure 3) et s'explique par l'augmentation du nombre de cabinets de pédiatrie (codes créanciers), du nombre de consultations (Tableau 17) et de l'intensité des consultations par patient (partie 5.2.3).

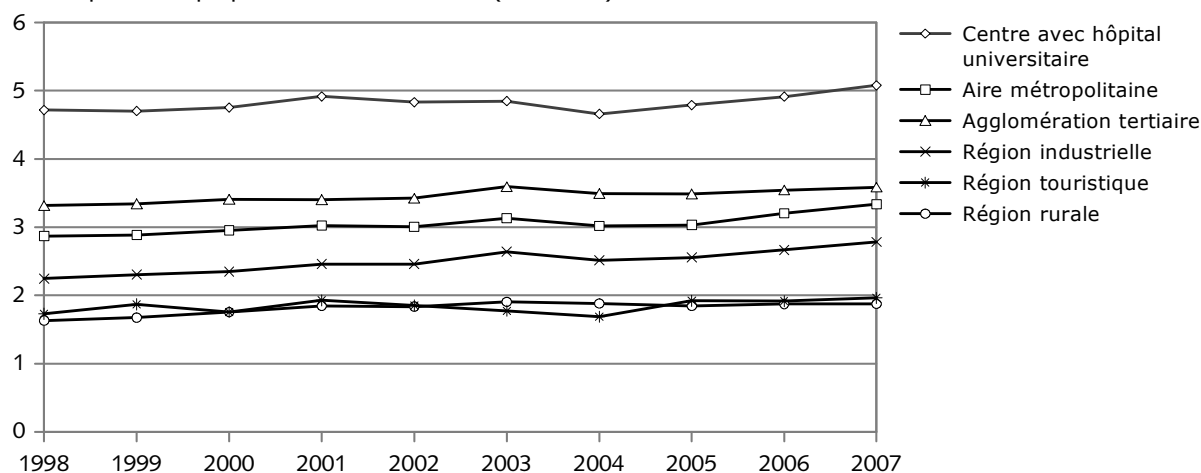
Tableau 16 Evolution de la densité d'activité plein temps, 2005-2007, par type de régions. Pédiatrie.

Type de régions	Densité d'APT (APT/10'000 habitants 0-18 ans)				Nombre de régions concernées	
	2005	2006	2007	% diff. 05-07	Densité APT ↑	Densité APT ↓
	Centre avec hôpital universitaire	4.8	4.9	5.1	6.0	6
Aire métropolitaine	3.0	3.2	3.3	10.0	20	7
Agglomération tertiaire	3.5	3.5	3.6	2.8	6	5
Région industrielle	2.6	2.7	2.8	8.9	17	2
Région touristique	1.9	1.9	2.0	2.2	4	4
Région rurale	1.8	1.9	1.9	1.6	11	7
Suisse	3.1	3.3	3.4	6.7	64	25

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan.

Figure 3 Densité d'activité plein temps 1998-2007, pédiatrie

Activité plein temps pour 10'000 habitants (0-18 ans)



Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan

5.2 Recours

5.2.1 Volume de consultations

En 2007, 2,8 millions de consultations ont été effectuées dans les cabinets médicaux de pédiatrie (Tableau 17), soit 7,3% de toutes les consultations considérées (Annexe 3). La majorité des consultations de pédiatrie (58,4%) sont effectuées par des patients domiciliés dans les centres avec hôpital universitaire et les aires métropolitaines.

En comparaison avec les autres spécialités, la croissance du nombre de consultations en pédiatrie est importante entre 2005 et 2007 (11,8%). Cette augmentation du volume de consultations s'observe dans tous les types de régions. C'est toutefois dans les centres avec hôpital universitaire (12,3%), les aires métropolitaines (15,2%) et les régions industrielles (13,0%) que l'augmentation du volume est la plus importante avec des taux de croissance qui dépassent la moyenne suisse (11,8%).

Tableau 17 Evolution du nombre de consultations, 2005-2007, par type de régions. Pédiatrie.

Type de régions ¹	2005	2006	2007	Distribution en 2007 en %	Evolution 2005-2007 en %
	en milliers	en milliers	en milliers		
Centre avec hôpital universitaire	649	672	729	26.2	12.3
Aire métropolitaine	776	821	893	32.2	15.2
Agglomération tertiaire	406	411	438	15.8	7.9
Région industrielle	363	379	410	14.8	13.0
Région touristique	79	82	87	3.1	9.3
Région rurale	202	202	213	7.7	5.4
Total	2'485	2'575	2'777	100.0	11.8

1. Entre 2005 et 2007, moins de 0,5% des consultations ne peuvent pas être attribuées à un type de régions MS.

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan

5.2.2 Consultations par habitant

Si l'on rapporte le volume de consultations au nombre d'enfants de 0 à 18 ans, le taux de recours aux prestations de pédiatrie est en moyenne de 1,6 consultation par enfant en 2007 (Tableau 18). Ce dernier varie de façon importante selon le type de régions. En effet, il est plus élevé qu'en moyenne suisse dans les centres avec hôpital universitaire, les aires métropolitaines et les régions industrielles avec respectivement, 2,3, 1,7 et 1,7 consultations par enfant. Il est le plus bas dans les régions périphériques comme les régions touristiques et rurales avec respectivement 1,1 et 1,0 consultation par enfant. Les garçons (1,7 consultation) ont tendance à consulter un peu plus souvent que les filles (1,6 consultation).

Depuis 2005, le taux de recours aux consultations pédiatriques a augmenté en moyenne suisse d'environ 10%, ceci indépendamment du sexe de l'enfant. Les régions rurales et les agglomérations tertiaires présentent une croissance plus modérée du taux de recours par rapport à l'année 2005 (4% et 6,3%).

Tableau 18 Consultations par enfant (0-18 ans) et évolution du recours 2005-2007, par type de régions. Pédiatrie.

Type de régions	Consultations ¹ par enfant de 0 à 18 ans			Evolution 2005-2007
	2005	2006	2007	en %
Centre avec hôpital universitaire	2.1	2.1	2.3	10.7
Aire métropolitaine	1.5	1.6	1.7	12.5
Agglomération tertiaire	1.6	1.6	1.7	6.3
Région industrielle	1.2	1.3	1.3	11.7
Région touristique	1.0	1.0	1.1	9.2
Région rurale	1.0	1.0	1.0	4.0
Garçons	1.6	1.6	1.7	9.0
Filles	1.4	1.5	1.6	10.5
Suisse	1.5	1.5	1.6	10.1

1. La standardisation par âge donne les mêmes résultats pour la classe d'âges de 0 à 18 ans. C'est pourquoi les données ne sont pas standardisées par âge.

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan

5.2.3 Consultations par patient

En pédiatrie, le nombre de consultations par patient est de 2,9 par année en 2007 (non présenté dans un tableau). La pédiatrie est la seule catégorie de prestataires pour laquelle l'intensité des consultations s'est accrue depuis 2005 (1,3%). L'augmentation observée du volume de consultations (Tableau 17) est donc due non seulement à une augmentation du taux de recours (10,1%) mais également à une augmentation du nombre de consultations par patient (intensité).

5.2.4 Proximité des consultations

Avec un pourcentage moyen de consultations de 83% dans la région de domicile des patients (Tableau 19), la pédiatrie comme la médecine de base est aussi une médecine de proximité. Le pourcentage de consultations dans la région de domicile oscille entre 68% dans les régions rurales et 91% dans les centres avec hôpital universitaire.

Les régions rurales enregistrent la plus forte diminution de ce pourcentage (-2,4 points de pourcentage) avec implicitement une augmentation de la mobilité des patients domiciliés dans ces régions. Au

contraire, les régions touristiques enregistrent une augmentation de 1,6 point de pourcentage des consultations dans la région de domicile.

Tableau 19 Part (en %) de consultations effectuées dans la région MS de domicile du patient, 2005-2007, par type de régions. Pédiatrie

Type de régions	2005	2006	2007	Evolution 2005-2007
	<i>en %</i>	<i>en %</i>	<i>en %</i>	<i>en points %</i>
Centre avec hôpital universitaire	91.5	91.5	91.2	-0.2
Aire métropolitaine	77.8	78.0	77.9	0.2
Agglomération tertiaire	91.0	90.8	90.7	-0.3
Région industrielle	84.7	84.7	84.4	-0.2
Région touristique	70.0	69.8	71.6	1.6
Région rurale	70.3	69.4	67.9	-2.4
Total	83.7	83.6	83.4	-0.2

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan

5.3 Synthèse

Au regard des autres disciplines médicales, la pédiatrie enregistre une croissance importante à la fois du nombre de codes créanciers, d'activité plein temps et de la densité d'activité plein temps. Le recours aux soins pédiatriques a progressé de 10% entre 2005 et 2007, cette dynamique s'observant dans tous les types de régions. L'augmentation du volume de consultations est due d'une part à l'augmentation du taux de recours et d'autre part à l'augmentation du nombre de consultations par enfant. Notons aussi que cette discipline est la moins affectée par le biais de franchise. La pédiatrie comme la médecine de base joue un rôle de proximité avec 83,4% des consultations effectuées dans la région de domicile des enfants.

6 Résultats pour la médecine spécialisée sans chirurgie

6.1 Offre

6.1.1 Nombre de codes créanciers

Cette catégorie comprend les titres fédéraux des sous-spécialités en médecine interne (allergologie, angiologie, cardiologie, etc.), la dermatologie et la médecine tropicale (Tableau 1). Le nombre de codes créanciers est passé de 2358 à 2439 entre 2005 et 2007, soit une augmentation de 3,4% (Tableau 20). Cette tendance à une augmentation du nombre de codes créanciers s'observait déjà entre 1998 et 2004 (Bétrisey et Jaccard Ruedin 2007).

Environ 64% des codes créanciers en médecine spécialisée sans activité chirurgicale sont localisés dans les centres avec hôpital universitaire et les aires métropolitaines. Le nombre de codes créanciers a augmenté dans tous les types de régions à l'exception des régions touristiques et rurales. Notons toutefois que seuls 7% des codes créanciers sont localisés dans ces deux types de régions.

Tableau 20 Evolution du nombre de codes créanciers, 2005-2007, par type de régions. Médecine spécialisée sans chirurgie.

Type de régions	2005	2006	2007	Distribution en 2007 En %	Evolution 2005-2007 En %
	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>		
Centre avec hôpital universitaire	987	1005	1011	41.5	2.4
Aire métropolitaine	521	541	551	22.6	5.8
Agglomération tertiaire	440	451	454	18.6	3.2
Région industrielle	243	257	263	10.8	8.2
Région touristique	79	80	73	3.0	-7.6
Région rurale	88	85	87	3.6	-1.1
Total	2358	2419	2439	100.0	3.4

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan.

6.1.2 Activité plein temps et taux moyen d'activité

Le nombre d'APT a quelque peu augmenté (+3,5%) entre 2005 et 2007 et ceci dans tous les types de régions à l'exception des régions rurales (Tableau 21). Le recul observé dans ces dernières ne représente toutefois en valeur absolue qu'une unité d'APT en moins par rapport à 2005.

Le taux moyen d'activité pour la médecine spécialisée sans activité chirurgicale s'élève à 62,9% en 2007. Ce dernier est resté constant depuis 2005 et ceci dans presque tous les types de régions. Les régions touristiques ont vu leur taux moyen d'activité croître de 6,8 points de pourcentage. Le taux moyen d'activité diminue dans les agglomérations tertiaires (-1,3 point de pourcentage) et dans les régions industrielles (-1,0 point de pourcentage).

Tableau 21 Evolution du nombre d'activité plein temps et du taux d'activité par code créancier, 2005-2007, par type de régions. Médecine spécialisée sans chirurgie.

Type de régions	Nombre d'APT				Taux moyen d'activité			
	2005	2006	2007	Diff. 05-07	2005	2006	2007	Diff. 05-07
	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>en %</i>	<i>en %</i>	<i>en %</i>	<i>en %</i>	<i>en points %</i>
Centre avec hôpital universitaire	548	545	564	2.9	55.5	54.2	55.8	0.3
Aire métropolitaine	366	372	387	6.0	70.2	68.8	70.3	0.1
Agglomération tertiaire	291	295	295	1.2	66.2	65.4	64.9	-1.3
Région industrielle	162	169	172	6.5	66.6	65.6	65.5	-1.0
Région touristique	57	57	58	1.1	72.4	71.8	79.2	6.8
Région rurale	60	59	59	-1.1	68.1	69.8	68.1	0.0
Total	1484	1497	1535	3.5	62.9	61.9	62.9	0.0

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan.

6.1.3 Densité d'activité plein temps

La particularité de la médecine spécialisée est que la mobilité des patients entre régions est plus importante que pour les autres catégories de prestataires examinées précédemment. L'interprétation des densités d'APT doit tenir compte du fait que les patients provenant d'autres régions ne sont pas pris en compte pour le calcul de la densité. Par exemple la densité d'APT des centres avec hôpital universitaire de 3,4 APT pour 10'000 habitants peut sembler élevée par rapport aux autres régions (Tableau 22), mais l'offre en médecine spécialisée s'adresse aussi aux patients domiciliés hors des centres avec hôpital universitaire. Le tableau 25 donne un aperçu de la mobilité des patients pour les consultations en médecine spécialisée sans chirurgie.

La densité d'APT se monte à 2,0 APT pour 10'000 habitants en 2007. Elle a peu augmenté depuis 2005 (+1,9%) au niveau national. Au niveau des différents types de régions, les agglomérations tertiaires et les régions rurales enregistrent un recul de la densité d'APT. La densité avait fortement progressé entre 1998 et 2004 (10,4%) (Bétrisey et Jaccard Ruedin 2007). En 2007, 50 régions ont vu leur densité d'APT augmenter et 38 l'ont vue baisser. 14 régions n'ont pas de praticien en médecine spécialisée et 4 régions sont dotées de la même densité qu'en 2005.

Tableau 22 Evolution de la densité d'activité plein temps, 2005-2007, par type de régions. Médecine spécialisée sans chirurgie.

Type de régions	APT/10'000 habitants				Nombre de régions concernées	
	2005	2006	2007	% diff ¹ 05-07	Densité APT ↑	Densité APT ↓
Centre avec hôpital universitaire	3.3	3.3	3.4	1.5	4	2
Aire métropolitaine	1.6	1.7	1.7	3.9	19	9
Agglomération tertiaire	2.5	2.5	2.5	-0.4	5	6
Région industrielle	1.3	1.3	1.3	5.1	14	3
Région touristique	1.6	1.6	1.6	0.4	3	9
Région rurale	0.8	0.7	0.7	-2.3	5	9
Total	2.0	2.0	2.0	1.9	50	38

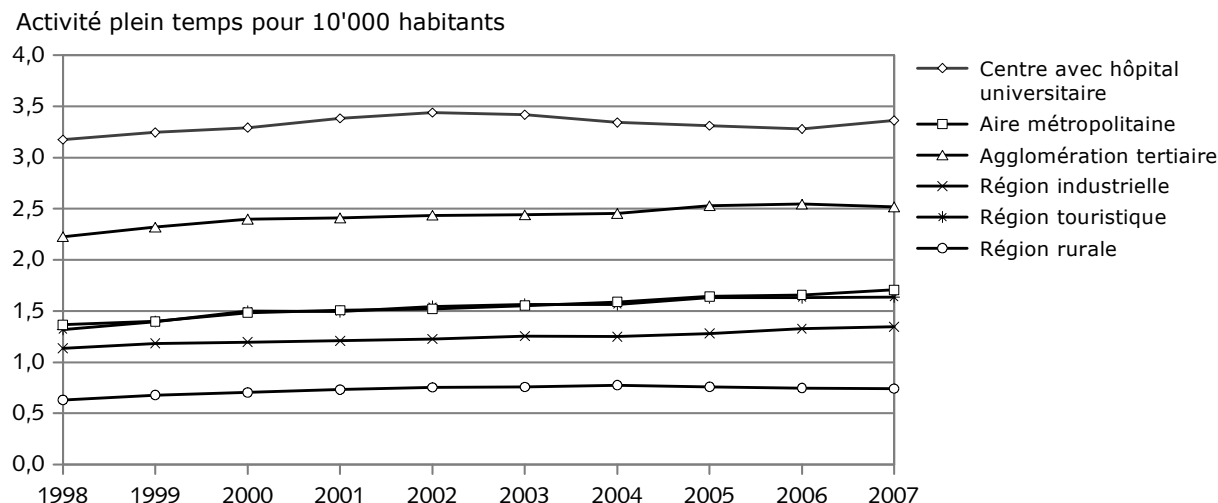
1. La différence en % entre 2005 et 2007 est calculée sur les données non arrondies.

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan.

En comparaison avec les autres catégories de prestataires, c'est dans la catégorie de la médecine spécialisée sans chirurgie que la densité d'APT a le plus fortement augmenté entre 1998 et 2007 (14,1%). La figure 4 montre une première tendance à l'augmentation de la densité d'APT dans tous les types de régions entre 1998 et 2003. A partir de 2004, l'évolution de la densité d'APT dans les différents types de régions se modifie : elle diminue dans les centres avec hôpital universitaire et les ré-

gions rurales, tandis qu'elle continue de croître dans les autres types de régions. Les aires métropolitaines et les régions touristiques enregistrent respectivement la plus forte augmentation de la densité d'APT sur cette période avec respectivement 25,0% et 24,0% de hausse depuis 1998.

Figure 4 Densité d'activité plein temps 1998-2007, médecine spécialisée sans chirurgie



Source: Pool de données santésuisse. Analyses: Obsan

6.2 Recours

6.2.1 Volume de consultations

En 2007, les cabinets de médecine spécialisée sans chirurgie ont facturé un peu plus de 4,8 millions de consultations (Tableau 23), soit 12,8% de toutes les consultations considérées (Annexe 3). Le volume de consultations a augmenté de 1% entre 2005 et 2007.

Tableau 23 Evolution du nombre de consultations, 2005-2007, par type de régions. Médecine spécialisée sans chirurgie.

Type de régions ¹	2005	2006	2007	Distribution en 2007 en %	Evolution 2005-2007 en %
	en milliers	en milliers	en milliers		
Centre avec hôpital universitaire	1395	1353	1407	29.2	0.8
Aire métropolitaine	1468	1442	1517	31.4	3.4
Agglomération tertiaire	783	770	762	15.8	-2.7
Région industrielle	590	595	606	12.6	2.8
Région touristique	204	203	203	4.2	-0.2
Région rurale	318	307	315	6.5	-0.9
Total	4780	4687	4827	100.0	1.0

1. Entre 2005 et 2007, moins de 0,6% des consultations ne peuvent pas être attribuées à un type de régions MS.

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan

6.2.2 Consultations par habitant

Le taux de recours moyen standardisé par âge en médecine spécialisée sans chirurgie est de 0,6 consultation par habitant (Tableau 24). Les femmes consultent un peu plus souvent que les hommes

un spécialiste (0,7 vs 0,6), mais seulement jusqu'à l'âge de 65 ans. C'est ensuite les hommes qui ont tendance à recourir plus souvent aux spécialistes. D'une manière générale, si le taux de recours augmente avec l'âge.

En Suisse, le taux de recours est resté constant entre 2005 et 2007. Les agglomérations tertiaires, ainsi que les régions touristiques et rurales voient leur taux de recours diminuer. Il reste constant dans les centres avec hôpital universitaire et augmente de 1,5% dans les agglomérations tertiaires. Depuis 2005, l'évolution est contrastée. En effet, le taux de recours diminue pour la classe d'âges de 19 à 40 ans, tandis qu'il augmente pour les classes d'âges à partir de 65 ans. Cette tendance est similaire pour la médecine spécialisée avec chirurgie (Partie 7).

Notons enfin que les disparités régionales pour cette catégorie au niveau du taux de recours sont importantes. Le taux s'élève à 0,8 consultation par habitant dans les centres avec hôpital universitaire et à seulement 0,4 consultation par habitant dans les régions rurales.

Tableau 24 Consultations par habitant selon l'âge et le sexe en 2007 et évolution du recours 2005-2007, par type de régions. Médecine spécialisée sans chirurgie.

Type de régions	Consultations par habitant 2007						Evolution 2005-2007 (en %)					
	0-18	19-40	41-65	66-80	80+	Total ¹	0-18	19-40	41-65	66-80	80+	Total ¹
Centre avec hôpital universitaire	0.2	0.4	1.1	2.0	2.3	0.8	0.0	-4.7	0.0	-0.5	3.6	0.0
Aire métropolitaine	0.2	0.4	0.9	1.6	1.6	0.7	6.3	-7.1	1.1	5.8	10.5	1.5
Agglomération tertiaire	0.2	0.4	0.9	1.5	1.6	0.6	0.0	-10.0	-3.4	-1.9	-3.1	-4.5
Région industrielle	0.1	0.3	0.6	1.1	1.1	0.5	0.0	-6.7	1.6	3.8	4.9	2.1
Région touristique	0.2	0.3	0.8	1.3	1.3	0.6	-10.5	-8.6	-1.3	4.0	1.6	-1.7
Région rurale	0.1	0.2	0.6	0.9	0.8	0.4	0.0	-11.1	0.0	-1.1	1.3	-2.4
Hommes	0.2	0.3	0.7	1.5	1.9	0.6	7.1	-7.1	0.0	3.4	8.6	1.8
Femmes	0.2	0.5	1.0	1.5	1.4	0.7	5.9	-4.2	-1.0	0.0	1.4	-1.4
Total	0.2	0.4	0.9	1.5	1.6	0.6	0.0	-5.3	0.0	2.0	3.9	0.0

1. Consultations par habitant standardisées par âge

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan.

6.2.3 Consultations par patient

Le nombre de consultations par patient, soit l'intensité des consultations, s'élève à 2,5 en médecine spécialisée sans chirurgie en 2007 (non présenté dans un tableau). Le nombre de consultations par patient diminue (-4,6%) entre 2005 et 2007.

6.2.4 Proximité des consultations

Les consultations en médecine spécialisée sans chirurgie ont lieu principalement dans la région de domicile des patients. En 2007 et au niveau national, 72% des consultations sont effectuées dans la région de domicile des patients (Tableau 25). Les patients des aires métropolitaines et des régions rurales consultent plus souvent hors de leur région de domicile que les patients domiciliés dans les autres types de régions.

La part de consultations effectuées dans la région de domicile diminue principalement dans les régions rurales (-2,2 points de pourcentage) et touristiques (-1,7 point de pourcentage). Notons que ce sont ces deux types de régions qui ont enregistré une diminution du nombre de codes créanciers entre 2005 et 2007.

Tableau 25 Part (en %) de consultations effectuées dans la région MS de domicile du patient, 2005-2007, par type de régions. Médecine spécialisée sans chirurgie.

Type de régions	2005	2006	2007	Evolution 2005-2007
	<i>en %</i>	<i>en %</i>	<i>en %</i>	<i>en points %</i>
Centre avec hôpital universitaire	86.0	86.3	86.9	0.9
Aire métropolitaine	60.5	60.5	60.6	0.1
Agglomération tertiaire	88.6	88.5	87.9	-0.7
Région industrielle	65.2	65.4	65.7	0.5
Région touristique	64.9	64.2	63.2	-1.7
Région rurale	46.9	45.5	44.6	-2.2
Total	72.5	72.4	72.3	-0.2

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan

6.3 Synthèse

Entre 2005 et 2007, le nombre de codes créanciers, le nombre d'activité plein temps et la densité d'activité plein temps ont augmenté en médecine spécialisée sans chirurgie. Le taux d'activité est, quant à lui, resté constant. C'est dans cette catégorie de prestataires que la densité d'APT augmente le plus entre 1998 et 2007. En ce qui concerne le recours aux soins, le volume de consultations, qui représente 12,8% de toutes les consultations, augmente entre 2005 et 2007. Pour la même période le nombre de consultations par habitant reste constant, alors que l'intensité des consultations diminue. Cette augmentation du volume s'explique donc par la croissance de la population. Les disparités régionales de recours sont importantes dans cette catégorie. Le recours est par exemple deux fois plus élevé dans les centres avec hôpital universitaire que dans les régions rurales. Ce faible recours aux spécialistes dans les régions rurales peut s'expliquer par une densité bien moins élevée de spécialistes dans ces régions, nécessitant une mobilité accrue des patients. Dans les autres types de régions, la majorité des consultations des spécialistes sont effectuées dans la région de domicile des patients.

7 Résultats pour la médecine spécialisée avec chirurgie

7.1 Offre

7.1.1 Nombre de codes créanciers

Cette catégorie comprend les titres fédéraux de médecine spécialisée qui comportent une activité chirurgicale (Annexe 3). Comme pour la période d'observation précédente (Bétrisey et Jaccard Ruedin 2007) le nombre de codes créanciers de cette catégorie a continué de croître. Il s'élève à 2620 en 2007 (Tableau 26), soit 90 CC de plus qu'en 2005 (+3,6%). L'évolution 2005-2007 montre une augmentation du nombre de codes créanciers dans tous les types de régions à l'exception des régions touristiques (-4,9%). L'augmentation est la plus marquée dans les aires métropolitaines (8,5%).

La médecine spécialisée avec chirurgie se localise principalement dans les centres avec hôpital universitaire (39%) et les aires métropolitaines (22%). Seuls 7% des codes créanciers sont localisés dans les régions rurales et touristiques. Ces dernières enregistrent par ailleurs une stagnation du nombre de CC (régions rurales : 0,9%) et un recul (régions touristiques : -4,9%).

Tableau 26 Evolution du nombre de codes créanciers entre 2005 et 2007, par type de régions. Médecine spécialisée avec chirurgie.

Type de régions	2005	2006	2007	Distribution en 2007	Evolution 2005-2007
	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>en %</i>	<i>en %</i>
Centre avec hôpital universitaire	1005	1020	1016	38.8	1.1
Aire métropolitaine	540	577	586	22.4	8.5
Agglomération tertiaire	474	485	500	19.1	5.5
Région industrielle	321	327	331	12.6	3.1
Région touristique	82	81	78	3.0	-4.9
Région rurale	108	112	109	4.2	0.9
Total	2530	2602	2620	100.0	3.6

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan.

7.1.2 Activité plein temps et taux moyen d'activité

Le nombre d'activité plein temps a légèrement augmenté par rapport à 2005 (+3%) pour s'établir à 1709 en 2007 (Tableau 27). Par rapport à l'année 2005, le nombre d'APT augmente dans tous les types de régions à l'exception des régions rurales qui perdent une unité d'APT (-0,5%).

Le taux moyen d'activité en médecine spécialisée avec activité chirurgicale est en moyenne de 65,2% en 2007. Il est resté relativement constant depuis 2005 et ceci également pour tous les types de régions avec pour seule exception la région touristique (6,4 points de pourcentage en plus), en raison d'une diminution du nombre de codes créanciers et d'une augmentation du nombre d'APT.

Tableau 27 Evolution du nombre d'activité plein temps et du taux moyen d'activité, entre 2005 et 2007, par type de régions. Médecine spécialisée avec chirurgie.

Type de régions	Nombre d'APT				Taux moyen d'activité			
	2005	2006	2007	Diff. 05-07	2005	2006	2007	Diff. 05-07
	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>en %</i>	<i>en %</i>	<i>en %</i>	<i>en %</i>	<i>en points %</i>
Centre avec hôpital universitaire	561	562	579	3.1	55.9	55.1	57.0	1.1
Aire métropolitaine	417	415	433	3.8	77.3	72.0	73.9	-3.3
Agglomération tertiaire	342	344	350	2.2	72.2	70.9	70.0	-2.3
Région industrielle	212	213	219	3.4	66.0	65.2	66.2	0.2
Région touristique	51	53	54	4.9	62.3	65.1	68.7	6.4
Région rurale	75	76	74	-0.5	69.3	67.5	68.3	-1.0
Total	1659	1663	1709	3.0	65.6	63.9	65.2	-0.3

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan.

7.1.3 Densité d'activité plein temps

Comme pour la médecine spécialisée sans chirurgie, les mouvements des patients entre les régions sont plus nombreux que pour les autres catégories et ne peuvent pas être pris en compte pour le calcul de la densité de l'offre. Ainsi les régions de type centre avec hôpital universitaire et agglomération tertiaire concentrent une grande partie de l'offre en médecine spécialisée, mais s'adresse à un bassin de population plus large.

A l'échelon national, la densité s'élève à 2,3 APT pour 10'000 habitants en 2007 (Tableau 28) et a faiblement augmenté depuis 2005 (+1,5%). Cette hausse s'observe dans tous les types de régions à l'exception des régions rurales qui enregistrent une baisse de la densité d'APT ces trois dernières années (-1,7%). Au niveau suisse, la densité d'APT a d'abord augmenté progressivement entre 1998 et 2002. A partir de 2003, la densité d'APT est restée presque constante jusqu'en 2006, puis enregistre une légère hausse en 2007. Entre 1998 et 2007, tous les types de régions enregistrent des hausses de densité d'APT, à l'exception des régions rurales pour lesquelles la densité d'APT se situe à un niveau inférieur à celui de 1998 (Figure 5). Notons aussi que la densité d'APT dans les régions industrielles a fortement augmenté entre 1998 et 2007 (20,8%).

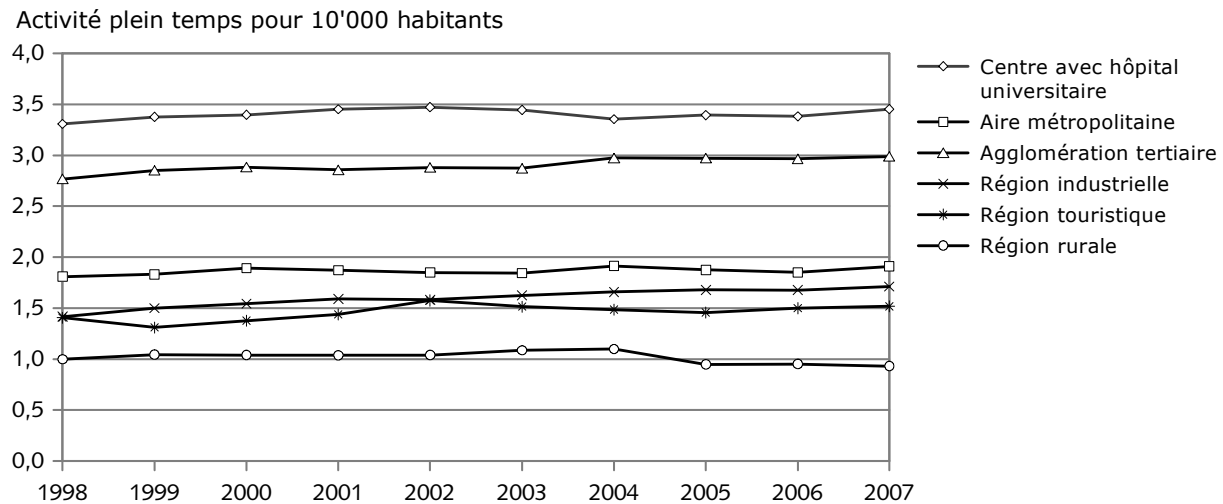
Au niveau régional, la densité d'APT augmente dans 55 régions et diminue dans 41 régions. 10 régions n'ont pas de praticiens de cette catégorie. La majorité des régions de types centre avec hôpital universitaire, aire métropolitaine et industrielle voit leur densité d'APT augmenter.

Tableau 28 Evolution de la densité d'activité plein temps, entre 2005 et 2007, par type de régions. Médecine spécialisée avec chirurgie.

Type de régions	APT/10'000 habitants				Nombre de régions concernées	
	2005	2006	2007	% diff ¹ . 05-07	Densité APT ↑	Densité APT ↓
Centre avec hôpital universitaire	3.4	3.4	3.5	1.7	4	2
Aire métropolitaine	1.9	1.9	1.9	1.8	16	10
Agglomération tertiaire	3.0	3.0	3.0	0.6	5	5
Région industrielle	1.7	1.7	1.7	2.0	13	6
Région touristique	1.5	1.5	1.5	4.1	7	7
Région rurale	0.9	1.0	0.9	-1.7	10	11
Total	2.2	2.2	2.3	1.5	55	41

1. La différence en % entre 2005 et 2007 est calculée sur les données non arrondies.

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan.

Figure 5 Densité d'activité plein temps 1998-2007, médecine spécialisée avec chirurgie

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan

7.2 Recours

7.2.1 Volume de consultations

En 2007, les cabinets de médecine spécialisée avec chirurgie ont facturé 4,8 millions de consultations, soit 12,6% de toutes les consultations considérées (Annexe 3). Un quart des consultations (25,2%) proviennent de patients domiciliés dans les centres avec hôpital universitaire et 31,4 % des aires métropolitaines, soit un ensemble de 56,6% des consultations en médecine spécialisée avec chirurgie (Tableau 29).

Le volume de consultations en médecine spécialisée avec chirurgie a tendance à augmenter entre 2005 et 2007 (2,7%) et ceci dans tous les types de régions. Les aires métropolitaines (4,3%), les régions industrielles (5,0%) et touristiques (5,8%) affichent une croissance du volume de consultations plus importante que la moyenne suisse (2,7%). Cette augmentation du volume s'explique en partie par une augmentation de la population puisque comme on le montre le tableau suivant (Tableau 30), les consultations standardisées par habitant n'augmentent pas.

Tableau 29 Evolution du nombre de consultations entre 2005 et 2007, par type de régions. Médecine spécialisée avec chirurgie.

Type de régions ¹	2005	2006	2007	Distribution en 2007	Evolution 2005-2007
	<i>en milliers</i>	<i>en milliers</i>	<i>en milliers</i>		
Centre avec hôpital universitaire	1184	1163	1205	25.2	1.8
Aire métropolitaine	1438	1422	1499	31.4	4.3
Agglomération tertiaire	745	737	747	15.6	0.3
Région industrielle	687	696	722	15.1	5.0
Région touristique	186	195	197	4.1	5.8
Région rurale	391	391	393	8.2	0.6
Total	4650	4619	4778	100.0	2.7

1. Entre 2005 et 2007, moins de 0,5% des consultations ne peuvent pas être attribuées à un type de régions MS.

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan.

7.2.2 Consultations par habitant

En 2007, le taux de recours aux consultations en médecine spécialisée avec chirurgie s'élève à 0,6 en moyenne suisse (Tableau 30). Ce dernier n'a pas varié depuis 2005, cette évolution étant toutefois différente pour les hommes (1,7%) et les femmes (pas d'augmentation). Les femmes, avec un taux de recours de 0,7, ont tendance à consulter un peu plus souvent le spécialiste que les hommes (0,6 consultation) en 2007. Cette différence tend à diminuer entre 2005 et 2007.

Le taux de recours augmente avec l'âge. S'il se stabilise pour les femmes âgées de 80 ans et plus (1,8 consultation), il continue d'augmenter pour les hommes de cette classe d'âges (2,3 consultations). Notons aussi que depuis 2005, l'augmentation du taux de recours au médecin spécialiste concerne surtout les personnes âgées de plus de 65 ans. Le taux de recours recule d'environ 7,4 % pour les personnes âgées de 19 à 40 ans.

Le taux de recours standardisé par âge varie faiblement selon le type de régions, il oscille entre 0,7 consultation dans les centres avec hôpital universitaire et 0,5 consultation dans les régions rurales. Comme observé pour la moyenne nationale, le taux de recours a peu augmenté dans les différents types de régions, à l'exception des régions touristiques (5,8%). Enfin, il a tendance à reculer dans toutes les régions pour la classe d'âges de 19 à 40 ans.

Tableau 30 Consultations par habitant par âge en 2007 et évolution du recours depuis 2005, par type de régions. Médecine spécialisée avec chirurgie.

Type de régions	Consultations par habitant 2007						Evolution 2005-2007 (en %)					
	0-18	19-40	41-65	66-80	80+	Total ¹	0-18	19-40	41-65	66-80	80+	Total ¹
Centre avec hôpital universitaire	0.3	0.3	0.8	1.9	2.3	0.7	0.0	-7.1	-1.2	3.2	7.6	0.0
Aire métropolitaine	0.3	0.3	0.8	1.9	2.2	0.7	3.6	-7.1	0.0	7.8	14.8	3.0
Agglomération tertiaire	0.3	0.3	0.7	1.7	1.9	0.6	-3.3	-10.3	-2.7	4.2	6.8	-1.6
Région industrielle	0.3	0.2	0.7	1.5	1.7	0.6	3.8	-4.0	3.1	8.0	11.8	1.8
Région touristique	0.3	0.2	0.6	1.5	1.7	0.6	0.0	-8.3	3.3	10.4	17.9	5.8
Région rurale	0.2	0.2	0.6	1.3	1.5	0.5	0.0	-12.5	-1.7	4.0	9.8	0.0
Hommes	0.3	0.2	0.7	1.8	2.3	0.6	0.0	-8.7	0.0	6.6	13.6	1.7
Femmes	0.3	0.3	0.8	1.7	1.8	0.7	0.0	-6.5	-1.2	4.9	9.1	0.0
Total	0.3	0.3	0.7	1.7	2.0	0.6	0.0	-7.4	-1.4	5.5	10.7	0.0

1. Consultations par habitant standardisées par âge

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan.

7.2.3 Consultations par patient

En 2007, le nombre de consultations par patient était de 2,1 pour la médecine spécialisée avec chirurgie (non présenté dans un tableau). Comme pour la médecine spécialisée sans chirurgie, il a légèrement diminué (-1,6%) entre 2005 et 2007.

7.2.4 Proximité des consultations

Intuitivement, la médecine spécialisée avec chirurgie implique une mobilité accrue des patients. Au vu de la part relativement élevée de consultations qui ont lieu dans la région de domicile des patients, cela ne semble pas être le cas (Tableau 31). En moyenne suisse, 70% des consultations en médecine spécialisée avec chirurgie ont lieu dans la région de domicile du patient. A l'exception des régions ru-

rales, la majorité des consultations en médecine spécialisée sont effectuées dans la région de domicile.

Peu de changements sont observés quant à l'évolution entre 2005 et 2007 dans les différents types de régions, à l'exception des régions rurales qui voient la part de consultations dans la région de domicile diminuer de 1,8 point de pourcentage.

Tableau 31 Part (en %) de consultations effectuées dans la région MS de domicile du patient, 2005-2007, par type de régions. Médecine spécialisée avec chirurgie.

Type de régions	2005	2006	2007	Evolution 2005-2007
	<i>en %</i>	<i>en %</i>	<i>en %</i>	<i>en points %</i>
Centre avec hôpital universitaire	86.3	86.4	86.3	0.0
Aire métropolitaine	61.1	61.1	61.2	0.1
Agglomération tertiaire	86.8	86.4	86.7	0.0
Région industrielle	65.7	66.1	65.9	0.2
Région touristique	52.4	53.0	53.0	0.6
Région rurale	39.6	39.5	37.8	-1.8
Total	70.2	70.1	70.0	-0.2

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan

7.3 Synthèse

Comme pour la médecine spécialisée sans chirurgie le nombre de codes créanciers, d'activité plein temps et la densité d'activité plein temps ont augmenté pour cette catégorie de spécialistes, tandis que le taux d'activité est resté presque constant. Quant au recours aux consultations en médecine spécialisée avec chirurgie, il est également resté constant à 0,6 consultation par habitant. Pour la même période, le nombre de consultations par patient n'a, quant à lui, que légèrement diminué. Le volume de consultations a en revanche augmenté de 2,6%. Cette augmentation du volume s'explique par l'évolution démographique : le nombre de consultations par habitant en médecine spécialisée est plus élevé à partir de 65 ans et la population de cette classe d'âges s'accroît. Enfin la majorité des consultations en médecine spécialisée avec chirurgie est effectuée dans la région de domicile des patients à l'exception des patients des régions rurales qui doivent majoritairement se déplacer pour consulter leur spécialiste.

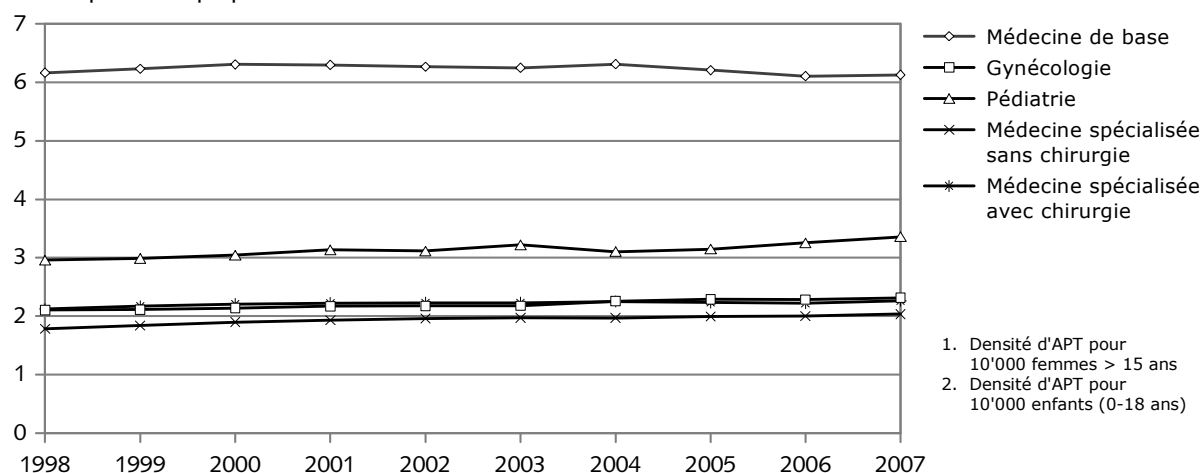
8 Synthèse des résultats

8.1 Résultats en général

Les tendances observées entre 1998 et 2004 se sont poursuivies entre 2005 et 2007. Le nombre de codes créanciers analysés (Annexe 3) était de 11'709 en 1998 et passe à 14'129 en 2007, soit une augmentation annuelle moyenne de 2,1%. Le nombre de praticiens calculés en activité plein temps augmente de façon plus modérée puisqu'il passe de 8245 à 9159, soit une croissance annuelle moyenne de 1,2%, ce qui a pour conséquence une baisse du taux moyen d'activité. Ce dernier passe en effet de 70% en 1998 à 65% en 2007, mais est resté presque constant entre 2005 et 2007. La tendance pour ces trois indicateurs est la même pour les cinq groupes de prestataires étudiés. L'évolution de la densité d'activité plein temps est en revanche plus hétérogène (Figure 6). L'offre augmente sur la période allant de 1998 à 2008 de façon importante pour la pédiatrie (13,5%), la gynécologie (9,9%), la médecine spécialisée sans (14,1%) et avec chirurgie (6,9%). Elle baisse légèrement pour la médecine de base (-0,6%).

Figure 6 Densité d'activité plein temps 1998-2007 selon la catégorie de prestataires

Activité plein temps pour 10'000 habitants



Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan

Le volume de consultations des cinq catégories de prestataires analysées s'élève à 37,8 millions en 2007. Il n'a presque pas augmenté entre 2005 et 2007 (0,3%). Le recours aux soins a légèrement diminué (-1,2%) et s'élève à 5,0 consultations par habitant (standardisées par âge). Le nombre de consultations par patient diminue de 3,8% entre 2005 et 2007 et s'élève à 3,2 consultations par patient en 2007.

8.2 Rapport entre la médecine de base et la médecine spécialisée

Ce rapport indique combien il y a d'activité plein temps en médecine de base pour un médecin spécialiste sans (Tableau 32) et avec (Tableau 33) activité chirurgicale dans une région. Il présente donc la répartition des spécialistes dans les différents types de régions. Cet indicateur revêt une importance particulière car la médecine spécialisée peut également fournir des prestations dites de premier recours (OFSP 2010) et il existe un effet de substitution de la médecine de base par la médecine spécialisée (Nocera et Wanzenried 2002).

En 2007, on dénombre 3,0 APT en médecine de base pour un spécialiste sans activité chirurgicale et 2,7 APT en médecine de base pour un spécialiste avec activité chirurgicale. Les régions dotées d'un

nombre important de spécialistes ont un rapport inférieur à cette moyenne, il s'agit des centres avec hôpital universitaire, des aires métropolitaines et des agglomérations tertiaires. Entre 1998 et 2007, le rapport passe de 3,5 à 3,0 APT (-12,8%) pour la médecine spécialisée sans chirurgie et de 2,9 à 2,7 APT (-7%) pour la médecine spécialisée avec chirurgie. Cette diminution s'explique par une augmentation du nombre de spécialistes, le nombre d'APT en médecine de base restant presque constant (Tableaux 21 et 27). Cette tendance à l'augmentation de l'effectif pour la médecine spécialisée par rapport à la médecine de base s'observe sur une longue période en Suisse (OFSP 2010), mais également dans plusieurs pays de l'OCDE (OCDE 2007).

Tableau 32 Nombre d'activité plein temps (APT) en médecine de base pour un spécialiste sans chirurgie en APT et évolution (en %), 2005-2007

Type de régions	1998	2005	2006	2007	Evolution 1998-2007
	APT pour 1 spécialiste	APT pour 1 spécialiste	APT pour 1 spécialiste	APT pour 1 spécialiste	En %
Centre avec hôpital universitaire (CHU)	1.9	1.8	1.8	1.8	-4.6
Aire métropolitaine (AM)	4.3	3.5	3.4	3.4	-21.7
Agglomération tertiaire (AT)	2.9	2.6	2.6	2.5	-12.1
Région industrielle (IND)	5.7	5.0	4.8	4.7	-18.0
Région touristique (TOUR)	4.7	4.3	4.2	4.2	-11.7
Région rurale (RUR)	10.1	8.6	8.6	8.6	-14.6
Total	3.5	3.1	3.1	3.0	-12.8

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan.

En médecine spécialisée sans chirurgie, en dehors des centres avec hôpital universitaire (-4,6%), tous les types de régions enregistrent des baisses importantes du rapport entre médecine de base et médecine spécialisée.

Tableau 33 Nombre d'activité plein temps (APT) en médecine de base pour un spécialiste avec chirurgie en APT et évolution (en %), 2005-2007

Type de régions	1998	2005	2006	2007	Evolution 1998-2007
	APT pour 1 spécialiste	APT pour 1 spécialiste	APT pour 1 spécialiste	APT pour 1 spécialiste	En %
Centre avec hôpital universitaire (CHU)	1.8	1.8	1.7	1.7	-3.3
Aire métropolitaine (AM)	3.3	3.0	3.1	3.0	-7.2
Agglomération tertiaire (AT)	2.3	2.2	2.2	2.1	-7.9
Région industrielle (IND)	4.6	3.8	3.8	3.7	-19.6
Région touristique (TOUR)	4.4	4.8	4.6	4.5	1.4
Région rurale (RUR)	6.4	6.9	6.8	6.9	7.4
Total	2.9	2.8	2.7	2.7	-7.0

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan.

En médecine spécialisée avec chirurgie, la diminution du rapport est la plus forte dans les régions industrielles (-19,6%), puis dans les agglomérations tertiaires (-7,9%) et les aires métropolitaines (-7,2%). Comme pour la médecine spécialisée sans chirurgie, la diminution est la plus faible dans les centres avec hôpital universitaire (-3,3%). Le rapport augmente en revanche dans les régions touristiques (1,4%) et les régions rurales (7,4%). Pour les régions rurales, cette augmentation du rapport s'explique par une augmentation du nombre d'APT en médecine de base parallèlement à une diminution du nombre d'APT en médecine spécialisée avec chirurgie.

9 Discussion

Ce travail présente les principaux indicateurs de l'offre et du recours aux soins ambulatoires en cabinet médical, le suivi des tendances observées depuis 1998 pour l'offre en soins médicaux et l'analyse du recours pour les années 2005 à 2007. Il donne des informations utiles sur la distribution géographique des prestataires de soins et du recours aux soins.

Au vu des résultats présentés, la **médecine de base** est la seule catégorie qui montre les signes d'une légère diminution de l'offre en soins médicaux dans l'AOS et ceci seulement au cours des deux dernières années d'étude (2006 et 2007). La baisse de la densité de prestataires en activité plein temps est corrélée avec une très légère baisse du recours aux soins. La levée de la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations⁷ pour la médecine de premier recours devrait désormais freiner une possible diminution de l'offre en médecine de base. De plus, l'augmentation du nombre de patients choisissant un modèle de type « médecine de famille » ou un réseau de soins pourrait accroître la demande de consultations en médecine de base à l'avenir. Un suivi de l'évolution future de l'offre sera nécessaire afin de mettre en évidence les effets de ce changement pour la médecine de base.

Cette baisse de l'offre de soins en médecine de base trouve plusieurs origines :

- Difficulté de remettre un cabinet médical (Marty 2008). Les jeunes médecins ont parfois des difficultés de financer le rachat d'un cabinet médical existant, ils préfèrent aussi créer leur propre cabinet ;
- Attractivité de la médecine spécialisée : la spécialisation de la médecine s'observe depuis plusieurs années dans les pays de l'OCDE (Fujisawa et Lafortune 2008). Le nombre de spécialisations possibles a augmenté, passant de 21 titres en 1980 à 44 en 2007 (OFSP 2010);
- Diminution du temps de travail des médecins : préférence des jeunes médecins pour les cabinets de groupe ou pour l'activité en hôpital qui permettent une plus grande flexibilité (Buddeberg-Fischer, Stamm et al. 2008 ; Simoens et Hurst 2006) ;
- La féminisation de la profession médicale a également des conséquences sur le temps de travail. De manière générale, dans le secteur ambulatoire, les femmes travaillent en moyenne un jour de moins par semaine que les hommes. Elles choisissent aussi plus souvent que les hommes de travailler dans un cabinet de groupe (Kraft 2010) ;
- Le nombre de consultations délivrées est différent selon l'âge et le genre du praticien (Seematter-Bagnoud, Junod et al. 2008). Il augmente avec l'âge du médecin puis diminue si le médecin est âgé de plus de 65 ans. Les hommes délivrent plus de consultations que les femmes à tout âge. Toutefois, la durée des consultations est plus élevée chez les praticiennes (Roter et Hall 2004). Le burn-out des médecins de premier recours (Arigoni, Bovier et al. 2010) peut aussi avoir des conséquences sur le nombre de consultations délivrées.

La médecine de premier recours garde son rôle de médecine de proximité : les patients consultent principalement dans leur région de domicile dans les régions urbaines comme dans les régions périphériques. Les régions analysées sont parfois très étendues géographiquement en particulier dans les régions de montagne et impliquent une certaine mobilité des patients dans la région de domicile.

Au contraire de la médecine de base, la **pédiatrie**, également considérée comme médecine de premier recours, se caractérise par une forte augmentation de l'offre en soins. Selon les projections effectuées à l'horizon 2030 (Seematter-Bagnoud, Junod et al. 2008), le nombre de médecins possédant un

⁷ Ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. Modification du 14 janvier 2009. (RS 832.103).

titre fédéral de pédiatrie va augmenter et la profession va fortement se féminiser. Actuellement, le recours aux soins est aussi en forte hausse en raison d'une augmentation de l'intensité des consultations. Les enfants ont tendance à consulter plus souvent leur pédiatre chaque année. L'offre et le recours devraient alors rester équilibrés à l'avenir.

Entre 1998 et 2007, la densité d'activité plein temps a augmenté pour **la gynécologie** et s'accompagne d'une baisse du taux moyen d'activité. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette diminution : le taux d'activité peut être réduit de façon volontaire, mais il peut aussi s'agir d'un transfert d'activité vers le secteur hospitalier ou privé. Le volume de consultations en gynécologie enregistre un faible recul sur la période observée et le taux de recours aux soins comme l'intensité des consultations diminuent légèrement.

L'offre de soins médicaux AOS est aussi en hausse pour **la médecine spécialisée sans chirurgie**. C'est dans cette catégorie de prestataires que la densité d'activité plein temps augmente le plus entre 1998 et 2007. Si le taux de recours est resté constant entre 2005 et 2007, il évolue de façon différente selon la classe d'âges considérée : il diminue pour les habitants de 19 à 40 ans tandis qu'il augmente pour les habitants à partir de 65 ans. Les consultations ont lieu principalement dans la région de domicile des patients. **La médecine spécialisée avec chirurgie** enregistre aussi une hausse de l'offre mesurée en densité d'activité plein temps. Le taux de recours reste constant. Le volume de consultations a en revanche tendance à augmenter principalement en raison d'un accroissement de la patientèle âgée.

La médecine spécialisée comme la médecine de base seront particulièrement touchées par l'évolution démographique et le volume de consultations va continuer de s'accroître de façon importante (Seematter-Bagnoud, Junod et al. 2008). A côté de l'évolution démographique, d'autres éléments peuvent occasionner un accroissement de la demande de soins médicaux : l'évolution des habitudes et des attentes des patients, les nouvelles technologies médicales et une modification des standards de vie (Simoens et Hurst 2006).

L'augmentation de l'offre plus rapide pour la médecine spécialisée (avec et sans chirurgie) que pour la médecine de base a pour conséquence une diminution importante du rapport entre les deux catégories de prestataires dans la plupart des régions sur la période observée. Cette tendance s'observe également dans la plupart des pays de l'OCDE (OFSP 2010). Le nombre de praticiens en médecine spécialisée, mais aussi en gynécologie, augmente indépendamment de la limitation de l'admission de nouveaux prestataires.

Limites de l'étude

Plusieurs limites sont à considérer dans ce travail et il convient d'être prudent dans l'interprétation des résultats. Ces résultats ne reposent que sur l'activité facturée à l'assurance obligatoire des soins (AOS). Le code créancier est un bon moyen d'identifier les cabinets médicaux, mais un code créancier peut être attribué à plusieurs prestataires ou médecins si par exemple il s'agit d'un cabinet de groupe. Au contraire un médecin peut facturer sous plusieurs codes créanciers s'il possède deux lieux de travail (cabinet médical et hôpital).

Les consultations payées directement par les patients ne figurent pas dans les données. Les consultations sont comptabilisées en fonction de positions spécifiques enregistrées sur la facture du patient, mais la durée ou le contenu de la consultation ne sont pas considérés. Or, la durée d'une consultation peut varier d'un patient à l'autre (patient âgé, polymorbide, etc.) et en fonction de la spécialité du praticien. Les différences entre les spécialités sont en partie corrigées par l'estimation d'un seuil d'activité plein temps spécifique à chaque spécialité.

Conclusion et perspectives

De manière générale, les Suisses sont satisfaits de leur système de santé (Bolgiani, Domenighetti et al. 2003). Les patients suisses sont confiants qu'ils vont recevoir le traitement le plus efficace possible, dans un délai d'attente court et que les soins seront aussi accessibles aux revenus modestes (Communiqué de presse OFSP, 18.11.2010). En comparaison internationale, la Suisse est bien dotée à la fois en médecins de premier recours et en médecins spécialistes (OFSP 2010).

Afin de poursuivre les travaux entrepris dans le domaine de l'offre et du recours aux soins médicaux ambulatoires, il sera à l'avenir nécessaire de compléter les informations du pool de données afin, par exemple, de mieux documenter le temps de travail des médecins et la durée des consultations.

De nouvelles sources de données sont à présent accessibles pour mieux documenter le domaine ambulatoire : la nouvelle statistique de la FMH disponible depuis 2008 permettra de détailler l'activité des praticiens (temps de travail, lieu de travail, etc.). La nouvelle loi sur les professions médicales et son registre donnent des nouvelles perspectives d'analyse de la démographie médicale. Les données de facturation collectées dans le pool tarifaire de santésuisse et le pool de données de NewIndex donnent des informations sur la durée, le contenu des consultations, mais aussi sur le temps de travail des médecins (en heures). Ces différentes sources de données doivent permettre à l'avenir de calculer de façon précise le taux moyen d'activité et de mieux documenter l'offre en soins médicaux disponible.

10 Références

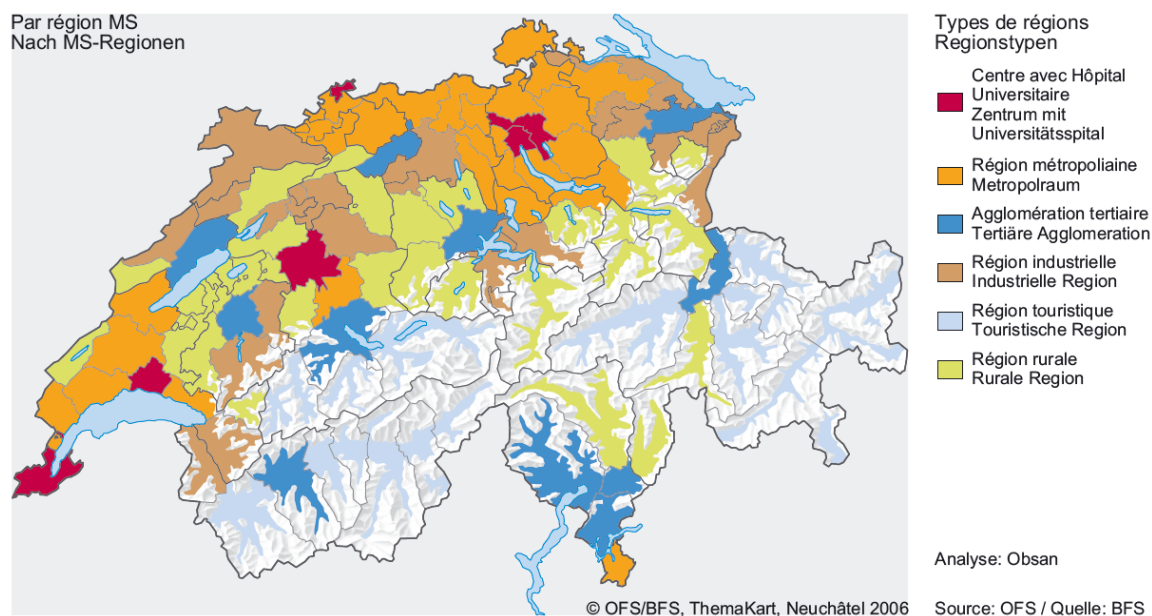
- Arigoni, F., P. A. Bovier, et al. (2010). *Trend in burnout among Swiss doctors*. *Swiss Med Wkly*(140): p. w13070.
- Bertschi, M. (2005). *Untersuchung der ärztlichen Versorgung. Schlussbericht*. Solothurn.
- Bétrisey, C. et H. Jaccard Ruedin (2007). *Evolution du taux d'activité en médecine ambulatoire entre 1998 et 2004*. Document de travail 29. Observatoire suisse de la santé: Neuchâtel.
- Bolgiani, I., G. Domenighetti, et al. (2003). *Satisfaction et déceptions des Suisses à l'égard du fonctionnement du système sanitaire et des primes AMal*. *Sécurité sociale CHSS*(4): p. 219-223.
- Buddeberg-Fischer, B., M. Stamm, et al. (2008). *The new generation of family physicians-career motivation, life goals and work-life balance*. *Swiss Med Wkly* 138(21-22): p. 305-312.
- Crivelli, L. et G. Domenighetti (2003). *[The physician/population ratio in Switzerland: the impact of its regional variation on mortality, health expenditures and user's satisfaction]*. *Cah Sociol Demogr Med* 43(3): p. 397-425.
- Domenighetti, G. et E. Pipitone (2002). *Induction de l'offre de prestations médicales par la demande*. *Primary care* 2002(2): p. 241-245.
- Fujisawa, R. et G. Lafortune (2008). *The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: What are the Factors Influencing Variations across Countries*. 41. Organisation for Economic Co-operation and Development: Paris.
- Grytten, J. et R. Sorensen (2007). *Primary physician services-List size and primary physicians' service production*. *J Health Econ*.
- ICIS (2006). *Rapport sur les médecins équivalents à temps plein, médecins rémunérés à l'acte, 2004-2005*. Institut canadien d'information sur la santé: Ottawa.
- Jaccard Ruedin, H., M. Roth, et al. (2007). *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse*. Document de travail N° 22. Observatoire Suisse de la santé: Neuchâtel.
- Jaccard Ruedin, H., F. Weaver, et al. (2009). *Personnel de santé en Suisse - Etat des lieux et perspectives d'ici 2020*. Document de travail N° 35. Observatoire suisse de la santé: Neuchâtel.
- Kraft, E. (2010). *Statistique médicale 2009 de la FMH*. *SAeZ* 91(11): p. 431-435.
- Kraft, E. et M. Hersberger (2009). *Le corps médical en Suisse: la féminisation de la médecine*. *SAeZ* 90(47): p. 1823-1825.
- Marty, F. (2008). *Praxisbarometer 2007*. *Primary care* 2008(7): p. 127-128.
- Nocera, S. et G. Wanzenried (2002). *On the dynamics of physician density: Theory and empirical Evidence for Switzerland*. Volkswirtschaftliches Institut der Universität Bern: Bern.
- OCDE. (2007). *Les médecins spécialistes sont plus nombreux que les généralistes dans la plupart des pays de l'OCDE*. Consulté le 06.08.2007, de http://www.oecd.org/document/44/0,3343,fr_2649_201185_38977260_1_1_1_1,00.html.
- OFSP (2010). *Situation actuelle de la médecine de premier recours. Rapport du Conseil fédéral*. Office fédéral de la santé publique: Berne.
- Roter, D. L. et J. A. Hall (2004). *Physician Gender and Patient-Centered Communication: A critical Review of Empirical Research*. *Annu. Rev. Public Health* 25: p. 497-519.
- Seematter-Bagnoud, L., J. Junod, et al. (2008). *Projections du recours et de l'offre de soins médicaux ambulatoires à l'horizon 2030 en Suisse*. Document de travail 33. Observatoire suisse de la santé: Neuchâtel.
- Simoens, S. et J. Hurst (2006). *The Supply of Physician Services in OECD Countries*. 21. Organisation for Economic Co-operation and Development: Paris.
- Sorensen, R. et J. Grytten (2003). *Service production and contract choice in primary physician services*. *Health Policy*(66): p. 73-93.

11 Annexes

Annexe 1 Régions MS (mobilité spatiale) 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



Ce regroupement se base sur la typologie des régions MS en 14 classes de l'OFS (2005):

Typologie de l'étude

Centre avec Hôpital Universitaire (CHU)

Aire métropolitaine (AM)

Agglomération tertiaire (AT)

Région industrielle (IND)

Région touristique (TOUR)

Région rurale (RUR)

Typologie OFS

→ Aire métropolitaine, agglomération centrale

→ Aire métropolitaine, zone suburbaine

→ Aire métropolitaine, zone périurbaine

→ Aire métropolitaine, agglomération moyenne

→ Aire métropolitaine, petite agglomération

→ Région tertiaire de grande agglomération

→ Région tertiaire d'agglomération moyenne

→ Région industrielle d'agglomération moyenne

→ Région industrielle de petite agglomération

→ Région touristique de petite agglomération

→ Région rurale agro-touristique

→ Région rurale agro-industrielle

→ Région rurale industrielle

→ Région rurale agricole

Tableau A1 : Répartition des 106 régions MS selon la typologie de l'étude Obsan

Nr. MS	Nom MS	Canton	Population en 2007	Type de régions	Nr. MS	Nom MS	Canton	Population en 2007	Type de régions
Centre avec hôpital universitaire (CHU)					Région touristique (TOUR)				
1	Zürich	ZH	354191	CHU	21	Saanen-Obersimmental	BE	16601	TOUR
2	Glattal-Furttal	ZH	167305	CHU	22	Kandertal	BE	15659	TOUR
11	Bern	BE	291735	CHU	23	Oberland-Ost	BE	45960	TOUR
47	Basel-Stadt	BS	184950	CHU	61	Prättigau	GR	14861	TOUR
84	Lausanne	VD	243142	CHU	62	Davos	GR	10712	TOUR
105	Genève	GE	435558	CHU	63	Schanfigg	GR	4215	TOUR
Aire métropolitaine (AM)					64	Mittelbünden	GR	10734	TOUR
3	Limmattal	ZH	75434	AM	66	Surselva	GR	25925	TOUR
4	Knonaueramt	ZH	44954	AM	67	Engiadina Bassa	GR	9389	TOUR
5	Zimmerberg	ZH	110215	AM	68	Oberengadin	GR	22662	TOUR
6	Pfannenstiel	ZH	101087	AM	94	Goms	VS	5230	TOUR
7	Zürcher Oberland	ZH	150658	AM	95	Brig	VS	26168	TOUR
8	Winterthur	ZH	167385	AM	96	Visp	VS	35385	TOUR
9	Weinland	ZH	28888	AM	97	Leuk	VS	12149	TOUR
10	Zürcher Unterland	ZH	95327	AM	98	Sierre	VS	42079	TOUR
18	Aaretal	BE	60222	AM	100	Martigny	VS	55642	TOUR
25	Laufental	SO/BL	51137	AM	Région rurale (RUR)				
33	March	SZ	61392	AM	12	Erlach-Seeland	BE	51469	RUR
38	Zug	ZG	108115	AM	14	Jura bernois	BE	37140	RUR
48	Unteres Baselbiet	BL	161618	AM	15	Oberaargau	BE/SO	77279	RUR
49	Oberes Baselbiet	BL	88126	AM	17	Oberes Emmental	BE	24852	RUR
50	Schaffhausen	SH	74203	AM	19	Schwarzwasser	BE	16814	RUR
57	Linthgebiet	SG	57197	AM	27	Sursee-Seetal	LU	69967	RUR
71	Brugg-Zurzach	AG	75064	AM	28	Willisau	LU	55341	RUR
72	Baden	AG	100620	AM	29	Entlebuch	LU	16416	RUR
73	Mutschellen	AG	59017	AM	30	Uri	UR	34979	RUR
74	Freiamt	AG	64037	AM	32	Einsiedeln	SZ	20544	RUR
75	Fricktal	AG	70464	AM	34	Sarneraatal	OW	30247	RUR
76	Thurtal	TG	85151	AM	36	Glarner Unterland	GL	26708	RUR
83	Mendrisio	TI	52861	AM	37	Glarner Hinterland	GL	10055	RUR
85	Morges	VD	70070	AM	42	Murten/Morat	BE/FR/VD	50827	RUR
86	Nyon	VD	69147	AM	43	Glâne-Veveyse	FR	33868	RUR
87	Vevey	VD	83120	AM	45	Thal	SO	14184	RUR
90	Gros-de-Vaud	VD	53423	AM	52	Appenzell I.Rh.	AI	13522	RUR
91	Yverdon	VD	50954	AM	56	Sarganserland	GL/SG	40941	RUR
Agglomération tertiaire (AT)					58	Toggenburg	SG	35644	RUR
20	Thun	BE	118363	AT	65	Viamala	GR	12553	RUR
26	Luzern	LU	202598	AT	69	Mesolcina	GR	7766	RUR
39	La Sarine	FR	89607	AT	79	Tre Valli	TI	29182	RUR
44	Olten	SO	89811	AT	89	Pays d'Enhaut	VD	4535	RUR
53	St.Gallen	SG/TG	176720	AT	92	La Vallée	VD	10314	RUR
60	Chur	GR	69685	AT	93	La Broye	FR/VD	62710	RUR
80	Locarno	TI	65860	AT	104	Val-de-Travers	NE	11987	RUR
81	Bellinzona	TI	45593	AT					
82	Lugano	TI	133305	AT					
99	Sion	VS	74400	AT					
102	Neuchâtel	NE	105178	AT					
Région industrielle (IND)									
13	Biel/Bienne	BE	91949	IND					
16	Burgdorf	BE	72381	IND					
24	Grenchen	BE/SO	33863	IND					
31	Innerschwyz	LU/SZ	64090	IND					
35	Nidwalden	OW/NW	43773	IND					
40	La Gruyère	FR	42705	IND					
41	Sense	FR	39834	IND					
46	Solothurn	SO	92055	IND					
51	Appenzell A.Rh.	AR/AI	54453	IND					
54	Rheintal	SG	55899	IND					
55	Werdenberg	SG	34246	IND					
59	Wil	SG/TG	99536	IND					
70	Aarau	LU/AG	219808	IND					
77	Untersee	TG	53496	IND					
78	Oberthurgau	SG/TG	63392	IND					
88	Aigle	VD	37013	IND					
101	Monthey	VS	45595	IND					
103	La Chaux-de-Fonds	BE/NE	66437	IND					
106	Jura	JU	69490	IND					

Annexe 2 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. En 2007, les assureurs qui fournissent des informations au pool de données représentent environ 97,7% des personnes assurées en Suisse. Pour estimer le total des consultations, les données ont été extrapolées à 100% au moyen de l'effectif des assurés provenant de la compensation des risques. Les prestations 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 du volume de consultations, si tous les assureurs-maladie étaient associés au 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.

Annexe 3 Regroupement des titres fédéraux de spécialistes selon les groupes de prestataires

En 2004, le registre des codes créanciers (RCC) a été révisé par santésuisse. Les différentes spécialités médicales ont été adaptées aux nouvelles dénominations pour les titres fédéraux de formation postgraduée de façon rétroactive pour les années 1998 à 2004.

Médecine de base

- Médecine générale
- Médecine interne
- Médecine praticienne sans spécialisation
- Cabinet de groupe

Gynécologie

- Gynécologie et obstétrique

Pédiatrie

- Pédiatrie

Médecine spécialisée sans chirurgie

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Dermatologie et vénéréologie - Endocrinologie/diabétologie - Pneumologie - Neurologie - Médecine tropicale et médecine des voyages - Rhumatologie - Angiologie - Cardiologie - Hématologie | <ul style="list-style-type: none"> - Gastro-entérologie - Médecine interne, spéc. Troubles du métabolisme - Médecine physique et réadaptation - Allergologie et immunologie clinique - Infectiologie - Oncologie médicale - Néphrologie - Neuropathologie |
|--|---|

Médecine spécialisée avec chirurgie

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Chirurgie - Neurochirurgie - Ophtalmologie - Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur - Oto-rhino-laryngologie (ORL) - Urologie | <ul style="list-style-type: none"> - Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique - Chirurgie maxillo-faciale - Chirurgie pédiatrique - Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique - Chirurgie de la main |
|--|---|

Psychiatrie (ces spécialités sont exclues des analyses)

- Psychiatrie et psychothérapie
- Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents
- Neurologie et psychiatrie

Autres spécialités (ces spécialités sont exclues des analyses)

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Anesthésiologie - Radiologie - Autres spécialités - Médecins récusés du domaine aos - Radio-oncologie / radiothérapie - Médecine nucléaire - Médecins du travail - Médecine intensive | <ul style="list-style-type: none"> - Pharmacologie clinique et toxicologie - Génétique médicale - Pathologie - Médecins pharmaceutique - Prévention et système de santé - Médecine légale - Médecin sans cabinet |
|--|---|

Annexe 4 Méthode utilisée pour définir l'activité plein temps par catégorie

L'activité plein temps (APT) est calculée selon la même méthode, décrite dans les travaux précédents de l'Obsan (Jaccard Ruedin, Roth et al. 2007 ; Bétrisey et Jaccard Ruedin 2007). Cette approche résulte d'une réflexion que l'Obsan a réalisée en commun avec santésuisse et l'OFSP ainsi qu'avec le soutien d'experts de la FMH et de la CDS (Bertschi 2005).

Pour ce travail, deux indicateurs reflétant l'activité des médecins praticiens ont été retenus : le nombre annuel de consultations réalisées et le nombre de patients traités.

Une première étape a permis d'identifier les médecins n'exerçant plus d'activité pour l'assurance obligatoire de soins (AOS) et de les exclure, si le nombre de consultations et de patients était inférieur à 1 pour la période allant de 2005 à 2007.

La distribution des deux indicateurs est étudiée pour chaque spécialité, chaque année pour les consultations et les patients, au niveau suisse. Cette distribution suivait en général une loi Normale pour toutes les spécialités avec des valeurs (moyenne, écart-type) très variables d'une spécialité à l'autre.

Le seuil d'activité 100%, fixé selon le choix du groupe de travail au percentile 75 pour chacun de ces indicateurs, pour chaque spécialité et pour chaque année (Tableaux A4.1 à A4.3)

Le seuil d'activité des patients et des consultations est pondéré avec l'année 1998 (moyenne de l'année considérée et de l'année 1998). Cette étape permet d'amortir l'effet tendance, qui risquerait 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 que 2,5 jours/semaine et ne réalisait plus que la moitié des consultations de l'année précédente, le percentile 75 diminuerait de moitié. Fixer à 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 médecins travaillant à 100% alors que ceux-ci ne travailleraient plus que 2,5 jours par semaine.

Deux taux d'activité sont alors calculés pour chaque prestataire, en fonction des deux seuils de sa spécialité.

Ces deux seuils variant légèrement entre eux, le seuil d'activité plein temps final (APT⁸) représente la moyenne entre les seuils obtenus pour les consultations et pour les patients.

Connaissant l'APT de chaque médecin, l'offre totale d'une région, pour une spécialité donnée, représente la somme des APT des médecins de cette spécialité.

Dans ce travail, la notion d'activité plein temps (APT) ne fait référence qu'à l'activité réalisée au sein de l'assurance obligatoire des soins (AOS). C'est une mesure fictive différente des équivalents pleins temps (EPT) auquel il est souvent fait référence dans la littérature.

Une méthode analogue a été mise sur pied au Canada et est régulièrement appliquée pour suivre l'évolution de l'offre médicale (ICIS 2006). Pour les membres du groupe de travail, il était notoire que certains choix reposaient sur des décisions arbitraires. Cependant, l'activité de chaque médecin étant déterminé de la même façon, les comparaisons par régions et d'une année à l'autre sont possibles.

⁸ Le terme d' « Activité Plein Temps » a été préféré au terme « Equivalent plein temps », se référant à des mesures précises du taux d'activité en temps travaillé.

Exemple fictif :

Seuils de 100% pour les médecins généralistes : 5000 consultations et 1600 patients

Le Dr. X, médecin généraliste, a réalisé 3000 consultations : $3000/5000 = 0.6$ APT' et vu 940 patients ($935/1600 = 0.56$ APT'').

$$APT \text{ final} = (APT' + APT'')/2 = (0.6 + 0.56)/2 = 0.58$$

Cas particuliers

Les travaux précédents ont montré que les distributions de quelques spécialités étaient trop hétérogènes pour déterminer le 3^{ème} quantile de la distribution. Ces spécialités, qui comptent généralement peu de cabinets médicaux, ont été regroupées dans deux groupes pour en déterminer le quantile de la distribution. Il s'agit des groupes *médecine interne* et de *chirurgie* décrits ci-dessous.

L'activité des cabinets de groupe est estimée équivalente à l'activité des cabinets de médecine générale⁹. Le 3^{ème} quantile de la distribution de la médecine générale sert par conséquent à estimer l'activité des cabinets de groupe.

Les médecins exerçant dans un hôpital sont un cas particulier: si le médecin facture ses prestations sous son propre CC, son activité sera considérée dans l'analyse de l'APT. Si le médecin facture ses prestations sous le CC de l'hôpital, son activité sera enregistrée comme une activité ambulatoire hospitalière et ne sera pas considérée dans le calcul de l'APT.

Les spécialités de la catégorie « autres spécialités » comme décrit dans l'annexe 3 sont exclues des calculs de l'APT.

Groupe médecine interne

- Allergologie et immunologie cliniques
- Angiologie
- Infectiologie
- Néphrologie
- Médecine tropicale et médecine des voyages
- Médecine interne, spéc. Troubles du métabolisme

Groupe chirurgie

- Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique
- Chirurgie maxillo-faciale
- Chirurgie pédiatrique
- Chirurgie de la main

⁹ Il existe quelques cabinets de groupe de spécialistes, mais leur nombre est limité. Malgré tout, ceci entraînera une classification de quelques spécialistes dans la catégorie médecine de base dont il faudra tenir compte dans l'interprétation des résultats.

Tableau A4.1 Indicateurs définissant l'activité plein temps (APT), seuil approximatif correspondant à un APT par spécialité retenue, 2005.

Spécialités retenues	Codes créanciers	Patients		Consultations	
	N	P75 ¹	P75 corrigé	P75 ¹	P75 corrigé
Cabinet de groupe	107	1206	1248	5272	5657
Cardiologie	362	895	916	2074	2444
Chirurgie	610	511	518	1485	1694
Chirurgie orthopédique	494	693	685	1844	1904
Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique	111	439	488	1399	1537
Dermatologie et vénéréologie	351	2252	2367	5083	5639
Endocrinologie-diabétologie	110	966	991	2247	3114
Gastro-entérologie	230	1347	1322	2639	2894
Groupe chirurgie	92	329	370	401	590
Groupe médecine interne	281	946	949	2279	3096
Gynécologie et obstétrique	1067	1556	1624	3191	3524
Hématologie	58	657	649	3050	3420
Médecine générale	3757	1206	1248	5272	5657
Médecine interne	2130	971	1004	4574	4960
Médecine physique et réadaptation	62	929	881	3489	3826
Médecine praticienne sans spécialisation	1058	719	791	3163	3762
Neurochirurgie	65	502	514	1149	1426
Neurologie	240	905	917	1491	1647
Oncologie médicale	132	542	598	2447	2993
Ophthalmologie	659	2469	2446	4517	4945
Oto-rhino-laryngologie	337	1634	1719	3281	3817
Pédiatrie	837	1499	1596	4327	5190
Pneumologie	168	891	902	3051	3239
Rhumatologie	364	924	947	3615	4316
Urologie	162	1205	1178	2804	2881

1. Percentile 75 de la distribution.

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan.

Tableau A4.2 Indicateurs définissant l'activité plein temps (APT), seuil approximatif correspondant à un APT par spécialité retenue, 2006.

Spécialités retenues	Codes créanciers	Patients		Consultations	
	N	P75 ¹	P75 corrigé	P75 ¹	P75 corrigé
Cabinet de groupe	110	1216	1254	5071	5557
Cardiologie	367	887	913	2035	2424
Chirurgie	610	480	502	1453	1678
Chirurgie orthopédique	511	672	674	1755	1860
Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique	123	410	473	1245	1460
Dermatologie et vénéréologie	364	2130	2306	4822	5509
Endocrinologie-diabétologie	111	1036	1026	2353	3167
Gastro-entérologie	229	1356	1326	2670	2910
Groupe chirurgie	95	294	352	421	599
Groupe médecine interne	306	895	924	2172	3042
Gynécologie et obstétrique	1099	1480	1586	2988	3422
Hématologie	64	514	577	2396	3094
Médecine générale	3753	1216	1254	5071	5557
Médecine interne	2136	978	1008	4362	4855
Médecine physique et réadaptation	67	816	825	2965	3564
Médecine praticienne sans spécialisation	1063	701	782	2949	3655
Neurochirurgie	67	527	527	1120	1412
Neurologie	247	897	912	1453	1628
Oncologie médicale	137	562	608	2379	2959
Ophthalmologie	683	2465	2444	4472	4922
Oto-rhino-laryngologie	349	1562	1683	3151	3752
Pédiatrie	858	1481	1587	4304	5178
Pneumologie	168	903	907	2906	3167
Rhumatologie	359	939	954	3323	4170
Urologie	164	1186	1169	2724	2842

1. Percentile 75 de la distribution.

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan.

Tableau A4.3 Indicateurs définissant l'activité plein temps (APT), seuil approximatif correspondant à un APT par spécialité retenue, 2007.

Spécialités retenues	Codes créanciers	Patients		Consultations	
	N	P75 ¹	P75 corrigé	P75 ¹	P75 corrigé
Cabinet de groupe	108	1239	1265	5154	5598
Cardiologie	375	895	917	1982	2398
Chirurgie	606	486	505	1392	1647
Chirurgie orthopédique	529	665	671	1739	1852
Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique	119	454	495	1415	1545
Dermatologie et vénéréologie	370	2241	2361	4905	5550
Endocrinologie-diabétologie	109	1058	1037	2408	3195
Gastro-entérologie	236	1444	1371	2594	2872
Groupe chirurgie	98	273	342	381	580
Groupe médecine interne	307	902	927	2272	3092
Gynécologie et obstétrique	1126	1473	1582	3018	3437
Hématologie	62	601	621	2659	3225
Médecine générale	3754	1239	1265	5154	5598
Médecine interne	2141	993	1015	4454	4900
Médecine physique et réadaptation	69	846	840	3022	3593
Médecine praticienne sans spécialisation	1063	711	787	3062	3711
Neurochirurgie	70	513	520	1179	1441
Neurologie	239	925	927	1507	1655
Oncologie médicale	146	546	600	2458	2998
Ophthalmologie	695	2489	2456	4503	4938
Oto-rhino-laryngologie	344	1667	1735	3271	3811
Pédiatrie	878	1562	1628	4628	5341
Pneumologie	170	932	922	3103	3265
Rhumatologie	356	966	968	3325	4171
Urologie	159	1249	1200	2925	2942

1. Percentile 75 de la distribution.

Source : Pool de données santésuisse. Analyses : Obsan.

Annexe 5 Définition d'une consultation

Le nombre de consultations d'un cabinet médical est comptabilisé à l'aide des positions TARMED utilisées pour la facturation. Si une des positions TARMED ci-dessous est présente dans la facture, une consultation sera comptabilisée.

Tableau A5.1 Positions TARMED utilisées pour définir une consultation médicale

N° de la position	Libellé
00.0010	Consultation, première période de 5 min. (consultation de base)
00.0060	Visite, première période de 5 min. (visite de base)
00.0110	Consultation téléphonique par la spécialiste, première période de 5 min.
00.2110	Consilium par le spécialiste, par période de 5 min.
00.2120	Consilium approfondi par le spécialiste, par période de 5 min.

Certaines particularités de la structure TARMED sont également prisent en compte. Les prestations préventives sont, par exemple, comptabilisées comme consultations (positions 03.0020 à 03.0120 : bilan de santé). Si plusieurs de ces positions sont présentes pour le même patient, le même jour, dans la même salle une seule consultation sera comptabilisée.

Si par date et par patient aucune des prestations mentionnées ci-dessus n'est facturée, mais que d'autres prestations le sont, une consultation sera comptabilisée (à l'exception des positions 00.0150 administration de médicaments par la personnel non médical, 00.0750 injection/infusion par du personnel non médical, 00.1340 nettoyage de plaie/changement de pansement).

Les rapports, certificats, expertises et les prestations médicales en l'absence du patient ne comptent pas comme une consultation.



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 et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.