



Oliver Peters, Claude Vuffray, Kris Haslebacher 10 juin 2016

Excédent de prestations stationnaires pour les personnes avec une assurance complémentaire

Il est généralement admis que le volume des prestations hospitalières dans le secteur stationnaire est plutôt trop élevé qu'insuffisant. En économie de la santé, ce phénomène est étroitement associé au concept d'*induction de la demande* : le comportement des patients à l'égard des traitements médicaux diffère des autres situations de consommation de biens et de services, en ce qu'ils ne prennent pas leur décision en toute autonomie, s'en remettant plutôt à l'expertise de leur médecin traitant. Or ce dernier est exposé à des incitations économiques qui peuvent influencer sur ses décisions.

Tant que les recettes d'une prestation supplémentaire demeurent supérieures à son coût, ces incitations ne conduisent qu'à une augmentation du volume de prestations, pour autant toutefois que les capacités des fournisseurs de prestations le permettent. En revanche, dès lors que leurs capacités ne le permettent plus¹, c'est un autre mécanisme qui se déclenche : comme il est plus lucratif de traiter certains groupes de patients que d'autres, les incitations économiques conduisent à favoriser systématiquement les premiers aux dépens des seconds. Le présent article s'intéresse à deux groupes de patients dont on présume la rentabilité très différente : d'une part, les patients au bénéfice d'une assurance complémentaire couvrant l'hospitalisation en division « privée » ou « semi-privée » et, d'autre part, les patients avec exclusivement une assurance de base. Après avoir brièvement examiné la rentabilité de ces deux groupes de patients pour les hôpitaux, il s'agira d'identifier les prestations qui présentent un excédent de cas en faveur des assurés en division privée et semi-privée.

Il est probable que l'excédent de cas augmente avec l'électivité du traitement. Electif signifie en l'espèce que l'intervention ne constitue pas une urgence médicale : elle peut être planifiée, retardée dans une certaine mesure, voire ne pas être faite du tout. Certaines interventions orthopédiques, notamment, peuvent être qualifiées d'électives, par opposition aux interventions qui revêtent un caractère urgent, comme celles pratiquées à la suite d'un infarctus du myocarde.

Enfin, le volume des excédents de cas identifiés sera mis en perspective avec le volume de prestations fournies, afin d'obtenir une image du potentiel d'optimisation. Cette dernière considération repose sur l'hypothèse de travail selon laquelle les excédents de cas identifiés reflètent davantage un surapprovisionnement en

¹ ou que le bénéfice marginal du traitement de patients d'un groupe est négatif et que celui du traitement de patients d'un autre groupe est positif



prestations des personnes avec une assurance complémentaire qu'un sous-apvisionnement des personnes avec uniquement l'assurance de base.

Division commune vs privée ou semi-privée

En Suisse, les prestations dispensées en milieu hospitalier sont prises en charge par l'assurance de base (assurance obligatoire des soins, AOS) et par les cantons. Ainsi, l'ensemble des assurés bénéficie de la couverture de toutes les prestations « correspondant au standard de la division commune » et « qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles » (art. 25 LAMal). Cela signifie qu'aucune prestation spéciale n'est prise en charge en division commune.

En revanche, en division privée et semi-privée, certaines prestations spéciales sont couvertes par des assurances complémentaires pour l'hospitalisation. Notamment, ces dernières donnent généralement droit au libre choix du médecin au sein de l'hôpital (les chefs de clinique, médecins-cadre et chefs de service peuvent alors facturer des honoraires distincts) et à une chambre à deux lits (division semi-privée) ou individuelle (division privée).

Les Chiffres-clés des hôpitaux suisses², qui se basent entre autres sur les données de la statistique des hôpitaux³ de l'Office fédéral de la statistique (OFS), indiquent pour chaque hôpital les produits et les coûts qu'enregistre le secteur stationnaire pour les prestations à la charge de l'AOS⁴, en distinguant les deux groupes de population que constituent les patients exclusivement au bénéfice de l'assurance de base et ceux bénéficiant d'une assurance complémentaire. Il est ainsi possible de calculer le degré de financement (en divisant les produits par les coûts) de chaque hôpital pour chacun de ces deux groupes de population. Plus ce degré de financement est élevé, plus les prestations sont rentables. Un degré de financement égal à 1 signifie que produits et coûts s'équivalent, de sorte qu'aucun bénéfice n'est dégagé ni aucune perte réalisée⁵.

Le résultat de ces calculs est présenté à la figure 1 sous la forme d'un histogramme pour chacun des deux groupes de patients susmentionnés. L'histogramme bleu s'étend plus à droite que le rouge : le groupe de patients au bénéfice d'une assurance complémentaire serait donc en moyenne plus intéressant d'un point de vue économique que le groupe de patients exclusivement au bénéfice de l'assurance de base⁶.

² http://www.bag-anw.admin.ch/kuv/spitalstatistik/data/download/kzp12_publication.pdf?version=1439213908&webgrab=ignore

³ http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/kh/01.html

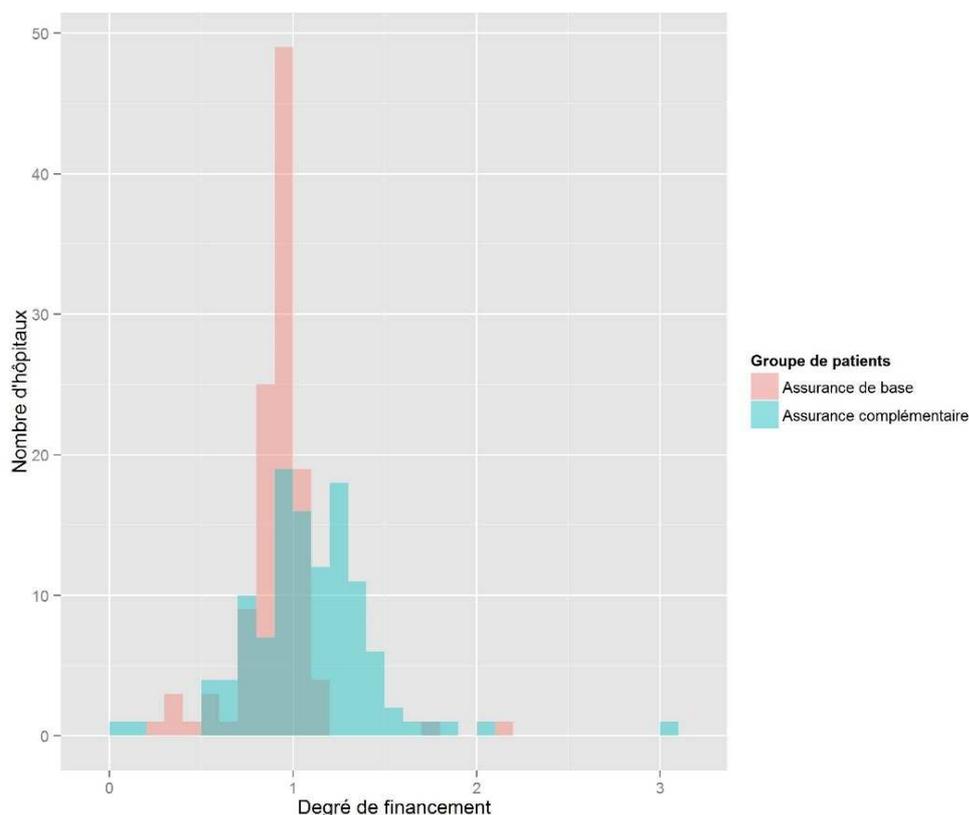
⁴ En sont exclus les coûts et les produits des prestations ne relevant pas de l'AOS (p. ex., prestations relevant de l'assurance invalidité, accidents ou militaire, des payeurs individuels ou des assurances complémentaires). Les produits qui ne sont pas directement liés à la prise en charge des patients (subventions des pouvoirs publics, produits financiers...) ne sont pas non plus pris en compte.

⁵ Un degré de financement inférieur à 1 signifie donc que l'hôpital sous revue a tendance à enregistrer des pertes pour le groupe de patients considéré, tandis qu'un degré de financement supérieur à 1 dénote un bénéfice. Comme mentionné à la note de bas de page 4, certains postes de revenus ne sont pas pris en compte ici. Les inclure aurait pour effet d'augmenter le degré de financement.

⁶ Un test-t (apparié) permet de rejeter l'hypothèse nulle, confirmant que ce résultat est statistiquement significatif. La moyenne des différences s'élève à 0,18 ($p < 0,001$).



Figure 1 : Degré de financement pour chacun des deux groupes de patients comparés (assurance de base et assurance complémentaire), par hôpital
Source : Statistique des hôpitaux 2012, OFS



A noter que les coûts et les produits comptabilisés ici ne comprennent que les éléments à la charge de l'AOS. Ces degrés de financement ne prennent donc pas en compte les prestations donnant lieu à la facturation d'honoraires et les recettes générées par l'hôtellerie. Les patients au bénéfice d'une *assurance complémentaire* sont donc vraisemblablement encore plus rentables pour les hôpitaux que ce qui est présenté ici.



Identification des excédents de cas

Après avoir confirmé que les incitations économiques tendent à favoriser les patients au bénéfice d'une assurance complémentaire, il importe d'identifier les prestations médicales réellement touchées par ce phénomène et de déterminer si l'existence d'un excédent de prestations peut être prouvée empiriquement.

Pour ce faire, un taux d'hospitalisation (*nombre de cas/population résidente*) et un taux de jours d'hospitalisation (*nombre de jours d'hospitalisation/population résidente*) ont été calculés pour chaque DRG⁷ (*Diagnostic Related Group*, groupe de cas liés à un diagnostic) et pour chacun des deux groupes de patients comparés (*assurance de base* et *assurance complémentaire*). La différence entre les taux d'hospitalisation de ces deux groupes de patients, de même qu'entre leurs taux de jours d'hospitalisation, constitue l'excédent de cas soit en faveur des patients avec une assurance complémentaire soit en faveur des patients avec une assurance de base.

Données de référence

Le nombre de cas par DRG et le nombre de jours d'hospitalisation ont été tirés de la *Statistique médicale des hôpitaux 2012* de l'OFS. N'ont été prises en compte que les sorties d'hôpital⁸ pour soins somatiques aigus⁹ des personnes de 15 ans révolus. Cette dernière restriction trouve son origine dans l'utilisation d'une seconde source de données, l'Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012 de l'OFS, qui ne porte que sur les personnes de 15 ans et plus. L'ESS a servi pour la présente étude à évaluer, pour chaque tranche d'âge, la part de la population résidente avec une assurance complémentaire pour l'hospitalisation en division privée ou semi-privée.

Méthodologie

L'ESS 2012 réunit un échantillon de 18 300 personnes. Le nombre de personnes assurées en division commune, d'une part, et en division privée ou semi-privée, d'autre part, a été extrapolé à la population totale de la Suisse au moyen des facteurs de pondération calculés par l'OFS. Ce faisant, les réponses manquantes ou « autre modèle » à la question 28¹⁰ de l'ESS ont été proportionnellement réparties entre les deux groupes au sein de chaque tranche d'âge¹¹. Il en ressort le tableau 1 ci-après, qui a servi de base au calcul des taux d'hospitalisation et de jours d'hospitalisation au niveau suisse.

⁷ Swiss DRG version 1.0

⁸ Cas statistiques « A »

⁹ En sont exclus les cas avec comme centre de coûts principal M500 (psychiatrie) ou M950 (réadaptation).

¹⁰ Question 28 de l'ESS : « En cas d'hospitalisation, pour quelle division hospitalière êtes-vous assuré(e) ? » Réponses possibles : division commune, division demi-privée, division privée, autre modèle.

¹¹ Exemple fictif : Admettons que sur l'ensemble des personnes ayant répondu être assurées en division commune, privée ou semi-privée, pour une tranche d'âge donnée, *deux tiers* d'entre elles soient assurées en division commune. Si l'on compte 300 000 personnes de la même tranche d'âge dans la catégorie « autre modèle/donnée manquante », 200 000 de ces 300 000 personnes ($300\,000 \times \frac{2}{3} = 200\,000$) sont alors comptabilisées dans la catégorie « division commune » et les 100 000 restantes le sont dans la catégorie « division semi-privée et privée ».



Tableau 1 : Données démographiques employées pour calculer les taux (standardisés par l'âge)

Tranche d'âge	Division commune	Division privée et semi-privée
15 à 24 ans	759 818	132 207
25 à 34 ans	906 413	164 160
35 à 44 ans	956 714	193 831
45 à 54 ans	1 025 926	279 084
55 à 64 ans	705 938	264 424
65 à 74 ans	533 241	237 910
75 ans et plus	480 346	198 256

Afin de corriger statistiquement l'âge, qui constitue un facteur de morbidité important, les taux ont été standardisés par l'âge, puis mis à l'échelle¹². Calculer la différence entre les taux d'hospitalisation (standardisés par l'âge) des personnes assurées en division commune et de celles assurées en division privée ou semi-privée pour chaque DRG donne le degré de sur- ou de sous-approvisionnement potentiel des assurés en complémentaire par DRG.

Ces différences de taux sont ensuite multipliées par la population déterminée pour le groupe « division privée et semi-privée », afin d'obtenir l'excédent de cas en faveur (ou en défaveur) de ce groupe : il s'agit de la part des hospitalisations réelles et des jours d'hospitalisation réels qui devrait théoriquement disparaître si tous les patients étaient assurés uniquement pour la division commune. L'interprétation de ces résultats demande toutefois une certaine prudence (cf. chapitre « Limites »).

Résultats

Les 15 DRG pour lesquels les excédents de cas se sont avérés les plus élevés sont présentés dans les tableaux 2 (taux d'hospitalisation) et 3 (taux de jours d'hospitalisation). Chaque DRG peut être classé dans une MDC (*Major Diagnostic Category*, catégorie majeure de diagnostic), classification hiérarchiquement supérieure, qui est indiquée dans la troisième colonne des tableaux. Il en ressort que pour les deux taux étudiés, 11 des 15 DRG qui présentent l'excédent de cas le plus élevé relèvent de la MDC 8 « Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif ». Ce type de prestations appartient plutôt, comme prévu, à la partie élective du spectre des soins hospitaliers aigus. Aux côtés des prestations orthopédiques figurent d'autres prestations intéressantes¹³, telles que les césariennes.

¹² Standardisation directe par l'âge en utilisant comme population de référence la somme des deux groupes de population considérés (« division commune » et « division privée et semi-privée »). Par ailleurs, un facteur de mise à l'échelle est employé pour chaque DRG, afin d'obtenir, lors du calcul du nombre de cas, le nombre exact de cas recensés.

¹³ La présente étude n'a pas pour objet de déterminer si les incitations économiques constituent réellement la principale cause de l'excédent de cas constaté pour chaque DRG : ce serait à vérifier au cas par cas dans le cadre d'une recherche distincte. Il s'agit ici simplement de donner un aperçu général, sans entrer plus avant dans les spécificités de chaque DRG.



La dernière colonne de chaque tableau présente l'excédent de cas cumulé. Cela permet de quantifier le potentiel d'optimisation qui pourrait être atteint si l'excédent de cas mis en évidence pour ces 15 DRG était supprimé. Pour la population considérée, 293 866 sorties ont été enregistrées en 2012 pour les divisions privée et semi-privée. Sur ce total, 50 772 sorties (soit 17 % ; cf. figure 2) ont été identifiées comme constituant un excédent de cas positif, c.-à-d. en faveur des personnes avec une assurance complémentaire. Sur ce nombre, 22 940 sorties (soit environ 45 %) relèvent des 15 DRG mises en avant dans le tableau 2. En d'autres termes, un cas sur 13 pourrait être évité chez les patients avec une assurance complémentaire s'il n'y avait plus d'excédent de cas dans les 15 principaux DRG.

Si l'on considère à présent au lieu des sorties d'hôpital les jours d'hospitalisation, le résultat est similaire : pour la population considérée, 1 702 368 jours d'hospitalisation ont été enregistrés en 2012 pour les divisions privée et semi-privée. Sur ce total, 202 979 jours (soit 12 % ; cf. figure 3) ont été identifiés comme constituant un excédent de cas positif, c.-à-d. en faveur des personnes avec une assurance complémentaire. Sur ce nombre, 99 304 jours (soient environ 49 %) relèvent des 15 DRG mises en avant dans le tableau 3. En d'autres termes, un cas sur 17 pourrait être évité chez les patients avec une assurance complémentaire s'il n'y avait plus d'excédent de cas dans les 15 principaux DRG.

Comme mentionné plus haut, cet article vise à identifier les prestations les plus susceptibles de présenter un excédent de cas en faveur des personnes assurées pour les divisions privée et semi-privée. Les prestations pour lesquelles l'excédent de cas se révèle en faveur des personnes exclusivement avec une assurance de base ne sont donc ici pas relevées ni étudiées. On peut toutefois affirmer que les DRG qui présentent le plus fort excédent de cas en faveur des personnes avec une assurance de base sont plutôt non électives. Les DRG F62C (Insuffisance cardiaque et choc sans CC extrêmement sévères) et F60B (Infarctus du myocarde aigu sans actes diagnostiques cardiologiques invasifs sans CC extrêmement sévères) en sont de bons exemples. Le fait que les excédents de cas pour ce type de prestations soient plutôt en faveur des personnes avec une assurance de base est moins à imputer à un surapprovisionnement de ces personnes qu'au fait que des facteurs de confusion importants tels que le diabète ne sont pas pris en compte (cf. chapitre « Limites »).



Tableau 2 : Les 15 DRG présentant les excédents de cas les plus élevés en faveur des assurés en division privée et semi-privée – en nombre de sorties d'hôpital

SwissDRG	Désignation SwissDRG	MDC	Nombre de sorties d'hôpital		Taux d'hospitalisation pour 100 000 habitants		Excédent de sorties d'hôpital*	Excédent cumulé
			commune	privée & semi-privée	commune	privée & semi-privée		
I30Z	Interventions complexes sur l'articulation du genou	8	20 639	12 032	383	825	6 497	6 497
I23B	Excision locale et ablation du matériel d'ostéosynthèse à l'exception de l'articulation de la hanche et du fémur sans ablation complexe de matériel d'ostéosynthèse, âge > 9 ans	8	4 515	3 243	85	219	1 976	8 474
O01F	Césarienne sans diagnostic de complication, durée de la grossesse plus de 33 semaines complètes, sans diagnostic complexe	14	13 040	3 983	220	353	1 953	10 426
I20E	Interventions aux membres, sans intervention complexe, sans dommage grave des parties molles, âge > 15 ans, sans transplantation osseuse, sans implantation d'une endoprothèse d'articulation d'orteil	8	6 562	3 682	130	222	1 358	11 784
I27C	Interventions sur les parties molles sans CC extrêmement sévères ou sévères, sauf pour néoformation maligne	8	5 173	2 767	98	183	1 254	13 038
I47Z	Révision ou remplacement de l'articulation de la hanche sans diagnostic de complication, sans arthrodèse, sans CC extrêmement sévères, avec intervention à complications	8	12 862	6 661	268	350	1 214	14 252
I53Z	Autres interventions sur la colonne vertébrale sans CC extrêmement sévères, avec intervention complexe ou halotraction	8	7 718	4 101	155	237	1 203	15 455
Z64B	Autres facteurs influant sur l'état de santé et suivi thérapeutique après la conclusion du traitement sans radio-iododiagnostic complexe	23	1 973	1 803	38	116	1 147	16 602
I29Z	Interventions complexes sur l'articulation de l'épaule	8	6 467	3 355	127	204	1 131	17 733
F49F	Actes diagnostiques cardiologiques invasifs sauf pour infarctus du myocarde aigu, un jour d'hospitalisation	5	3 506	2 726	75	150	1 101	18 834
I43B	Implantation ou changement complet d'une endoprothèse du genou sans CC extrêmement sévères	8	10 929	5 700	228	298	1 017	19 851
I13A	Interventions complexes sur l'humérus, le tibia, le péroné et la cheville, avec intervention multiple, intervention bilatérale, procédure complexe ou diagnostic complexe	8	6 993	2 896	133	189	823	20 674
I21Z	Excision locale et ablation du matériel d'ostéosynthèse sur l'articulation de la hanche et le fémur ou interventions complexes sur l'articulation du coude et l'avant-bras	8	6 498	2 988	127	181	785	21 459
C08B	Extraction extracapsulaire du cristallin (EEC)	2	1 191	1 430	27	79	765	22 224
I16Z	Autres interventions sur l'articulation de l'épaule	8	4 592	2 079	87	136	716	22 940

* Excédent de cas = (différence des taux*population résidante assurée en complémentaire [cf. Tableau 1])/100 000



Tableau 3 : Les 15 DRG présentant les excédents de cas les plus élevés en faveur des assurés en division privée et semi-privée – en nombre de jours d'hospitalisation

SwissDRG	Désignation SwissDRG	MDC	Nombre de jours d'hospitalisation		Taux de jours d'hospitalisation pour 100 000 habitants		Excédent de jours d'hospitalisation*	Excédent cumulé
			commune	privée & semi-privée	commune	privée & semi-privée		
I30Z	Interventions complexes sur l'articulation du genou	8	47 558	27 162	866	1 919	15 474	15 474
I47Z	Révision ou remplacement de l'articulation de la hanche sans diagnostic de complication, sans arthrodèse, sans CC extrêmement sévères, avec intervention à complications	8	105 525	58 760	2 215	3 086	12 808	28 282
O01F	Césarienne sans diagnostic de complication, durée de la grossesse plus de 33 semaines complètes, sans diagnostic complexe	14	64 592	22 151	1 083	1 947	12 698	40 980
I43B	Implantation ou changement complet d'une endoprothèse du genou sans CC extrêmement sévères	8	95 259	53 585	2 005	2 804	11 737	52 717
I53Z	Autres interventions sur la colonne vertébrale sans CC extrêmement sévères, avec intervention complexe ou halotraction	8	49 246	29 441	1 008	1 670	9 724	62 441
I13A	Interventions complexes sur l'humérus, le tibia, le péroné et la cheville, avec intervention multiple, intervention bilatérale, procédure complexe ou diagnostic complexe	8	55 918	23 048	1 080	1 429	5 129	67 570
I29Z	Interventions complexes sur l'articulation de l'épaule	8	22 317	12 656	444	759	4 629	72 198
I09D	Fusion complexe de corps vertébraux sans CC extrêmement sévères ni sévères, sans ostéosynthèse complexe de la colonne vertébrale	8	17 137	11 430	351	660	4 536	76 735
G17Z	Autre résection rectale sans intervention particulière	6	14 988	10 545	315	587	4 004	80 738
M01B	Grandes interventions sur les organes du bassin chez l'homme sans CC extrêmement sévères ou interventions particulières sur les organes du bassin chez l'homme avec CC extrêmement sévères	12	11 131	8 598	241	463	3 273	84 011
I20E	Interventions aux membres, sans intervention complexe, sans dommage grave des parties molles, âge > 15 ans, sans transplantation osseuse, sans implantation d'une endoprothèse d'articulation d'orteil	8	21 551	11 093	430	649	3 209	87 221
I19B	Fusion complexe de corps vertébraux sans CC extrêmement sévères, âge > 15 ans	8	11 980	8 248	249	466	3 193	90 414
I23B	Excision locale et ablation du matériel d'ostéosynthèse à l'exception de l'articulation de la hanche et du fémur sans ablation complexe de matériel d'ostéosynthèse, âge > 9 ans	8	9 185	5 902	175	386	3 101	93 515
I27C	Interventions sur les parties molles sans CC extrêmement sévères ou sévères, sauf pour néoformation maligne	8	15 697	7 957	301	510	3 079	96 594
N21Z	Hystérectomie sauf lors de néoformation maligne, sans CC extrêmement sévères ou sévères, sans intervention complexe	13	20 736	8 220	384	568	2 710	99 304

* Excédent de cas = (différence des taux * population résidente assurée en complémentaire [cf. Tableau 1])/100 000



Figure 2 : Distribution des sorties d'hôpital pour les divisions privée et semi-privée

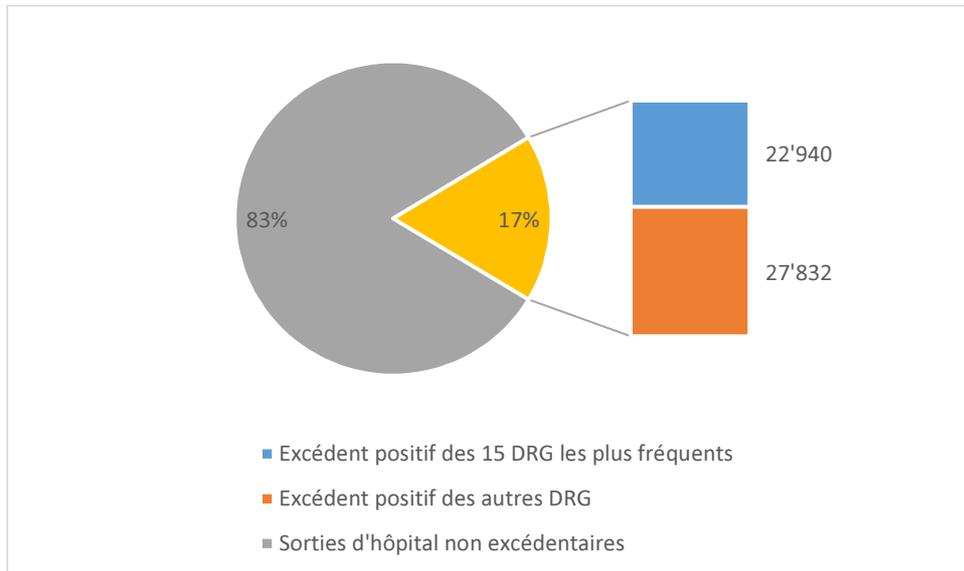
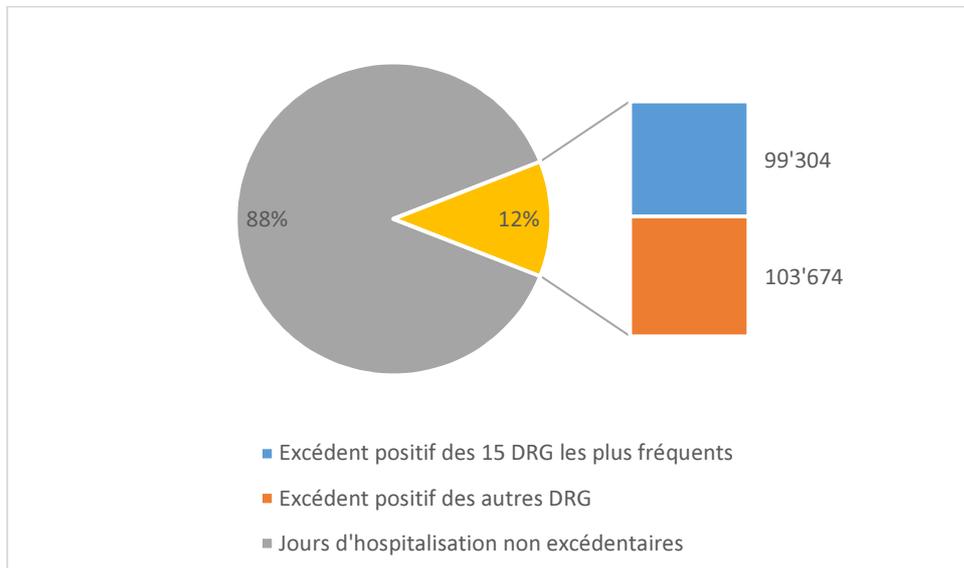


Figure 3 : Distribution des jours d'hospitalisation pour les divisions privée et semi-privée



Limites

Une certaine prudence s'impose dans l'interprétation des excédents de cas mis en évidence. En particulier, cela ne doit pas conduire à conclure automatiquement à un surapprovisionnement, notamment pour les raisons suivantes :

- le présent modèle part de l'hypothèse que les personnes qui ont répondu être assurées en division commune à la question de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) sur l'assurance complémentaire en cas d'hospitalisation ont également été



classées dans le groupe « chambre commune » pour la variable « classe de traitement » (variable 1.3.V02) de la statistique médicale des hôpitaux. Le même raisonnement s'applique aux classes de traitement « privé » et « semi-privé ». Ce faisant, ce modèle ne tient pas compte de la possibilité de surclassement dans une classe de traitement plus élevée si cette décision est prise à l'hôpital ;

- la part de réponses manquantes ou « autre modèle » à la question de l'ESS sur l'assurance complémentaire en cas d'hospitalisation s'élève à environ 21 %. Comme exposé plus haut, cette part a été redistribuée de manière proportionnelle, en admettant implicitement que cette répartition ne provoque pas de distorsion systématique des estimations ;
- enfin, ce modèle part également de l'hypothèse qu'il n'existe aucune autre différence systématique de morbidité entre les deux groupes de population considérés que l'âge, qui fait l'objet d'une correction statistique. Or il est possible que d'autres facteurs de morbidité (p. ex., statut socio-économique, comportement sanitaire, etc.) que ne prend pas en considération le raisonnement présenté dans cet article diffèrent entre ces deux groupes.

Conclusion

On peut raisonnablement penser que les personnes au bénéfice d'une assurance complémentaire pour l'hospitalisation en division privée ou semi-privée présentent un plus grand intérêt économique pour les hôpitaux suisses que les personnes assurées exclusivement pour la division commune. Les prestations orthopédiques semblent particulièrement intéressantes : 11 des 15 DRG qui présentent le plus fort excédent de cas en faveur des patients assurés pour les divisions privée et semi-privée relèvent de la MDC 8 « Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif ». Si le même volume de prestations était fourni en division privée et semi-privée qu'en division commune pour les 15 DRG qui présentent le plus fort excédent de cas, une hospitalisation sur 13 (soit 7,8 %) et un jour d'hospitalisation sur 17 (soit 5,8 %) pourraient être évités aux personnes avec une assurance complémentaire.