



Haslebacher Kris, Maillard-Bjedov Tjaša, Vuffray Claude, août 2023

Les assurances complémentaires contribuent à augmenter les cas d'hospitalisations

Résumé

Les résultats indiquent qu'il existe des excédents de prestations médicales en faveur de patients disposant d'une assurance complémentaire d'hospitalisation « (semi-)privée », en particulier pour les prestations orthopédiques. Les excédents identifiés sont plutôt le reflet d'une offre excédentaire de prestations en faveur des patients possédant une telle assurance complémentaire qu'une offre insuffisante pour les patients avec une assurance de base uniquement. Ces résultats sont conformes avec les conclusions rapportées dans la littérature récente.

1. La croissance des coûts de la santé se poursuit

En Suisse, les dépenses de santé ont atteint 83,3 milliards de francs en 2020, ce qui correspond à 11,8 % du produit intérieur brut (PIB) et place la Suisse en quatrième position des pays de l'OCDE ayant le ratio dépenses/PIB à prix courant le plus élevé. Concrètement, cela signifie que les dépenses mensuelles de santé se sont élevées à 804 francs par personne ([Statistique de poche, OFS 2023](#)). Cette tendance ne semble pas indiquer de fléchissement pour les années à venir. Les raisons principales sont le vieillissement de la population et le progrès médical qui se traduisent par davantage de prestations médicales innovantes plus onéreuses. L'augmentation des coûts de la santé a un impact direct sur le pouvoir d'achat des ménages par le biais des primes, mais aussi sur les dépenses publiques. La maîtrise des dépenses de santé est par conséquent un sujet d'une importance primordiale dans toutes les grandes économies.

Cet article se concentre sur un aspect spécifique du système de santé suisse, à savoir, l'assurance complémentaire d'hospitalisation « (semi-)privée » que les individus peuvent souscrire en plus de l'assurance obligatoire des soins (AOS, assurance de base). En



Suisse, les prestations hospitalières stationnaires sont prises en charge par l'AOS et les cantons. Toutes les prestations « qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles » sont prises en charge à un montant « correspondant au standard de la division commune » (cf. art. 25 LAMal). Cela signifie qu'en division commune, aucune prestation spéciale n'est possible. Une assurance complémentaire d'hospitalisation « (semi-)privée » offre des avantages supplémentaires aux patients. Par exemple, le libre choix du médecin dans tous les hôpitaux suisses (y compris ceux situés en dehors du canton de résidence du patient) ou une chambre individuelle (double pour le semi-privé).

Nous avons fait le choix de spécifiquement sélectionner ces deux groupes de patients, avec et sans assurance complémentaire d'hospitalisation, car leur rentabilité est supposée différente pour les prestations médicales fournies. En effet, il est plausible de supposer que les patients disposant d'une assurance complémentaire pour une hospitalisation « (semi-)privée » sont économiquement parlant plus attractifs pour les hôpitaux et praticiens suisses que les patients assurés uniquement avec l'assurance de base. Dans son rapport de 2017, le groupe d'experts internationaux mandaté par le Département fédéral de l'intérieur (DFI) aboutit à une conclusion qui va dans ce sens. Il y est écrit que des montants trop élevés remboursés par l'assurance complémentaire, y compris pour les traitements stationnaires, peuvent engendrer une augmentation du volume des prestations ou des prestations inutiles. De plus, le rapport indique aussi que « réduire les tarifs des traitements stationnaires pris en charge par l'assurance complémentaire – et donc les remboursements – peut se répercuter de manière positive sur les coûts à la charge de l'AOS dans la mesure où cette diminution provoquerait une baisse du nombre des traitements » (Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins. Rapport du groupe d'experts, 2017, pp. 85-86).

Une assurance complémentaire agit également sur les incitations des patients. Bénéficier d'une assurance complémentaire élargit le catalogue et le montant des prestations cofinancées et incite donc les patients à consommer davantage de prestations médicales. Ce changement dans les incitations, des deux côtés du marché, peut conduire à un excédent de certaines prestations médicales pour un groupe de patients donné. L'objectif de cet article est précisément de déterminer si de tels excédents existent, et si oui, d'identifier les prestations médicales concernées ainsi que la catégorie de patients affectée. L'analyse et les résultats présentés ici sont une suite de l'article paru en 2016 ([Office fédéral de la santé publique, 2016](#)).



2. Le comportement des praticiens face aux différentes incitations financières

Les économistes s'intéressent depuis longtemps au fonctionnement du marché des soins médicaux. Arrow (1963) a été le premier à identifier les problèmes soulevés par la nature asymétrique de l'information spécifique à ces marchés et qui conduit à des défaillances. Dans les modèles économiques, l'hypothèse est traditionnellement faite comme pour tous les acteurs économiques, que les fournisseurs de prestations maximisent leurs revenus. Cette hypothèse, associée à l'asymétrie d'informations entre les médecins et les patients, conduit théoriquement à une offre de services médicaux inutiles, en particulier dans le cadre de certains systèmes de rémunération. C'est ce que l'on appelle l'hypothèse de la demande induite par le praticien (DIP) (Evans, 1974). Résumée brièvement, elle décrit une situation où un médecin, en raison du système de rémunération, est fortement incité à déplacer la courbe de demande du patient dans la direction de son propre intérêt (Johnson, 2014). Il s'engagera alors dans une activité de persuasion pour encourager la demande de prestations médicales supplémentaires de la part du patient. Cette influence est possible car les praticiens disposent d'informations médicales techniques, concernant l'état du patient ainsi que sur les traitements disponibles. En général, les patients ne possèdent pas ces informations car elles sont très coûteuses, voire impossible à acquérir. Ils se fient alors à l'expertise de leur médecin et appliquent les recommandations avec confiance. Par conséquent, en particulier dans le cadre de certains systèmes de paiement tels que la rémunération à l'acte, une suroffre de services médicaux peut apparaître et s'expliquer essentiellement par le comportement des praticiens du côté de l'offre du marché.

Deux systèmes de paiement sont principalement étudiés dans la littérature car ils sont fréquemment établis dans la pratique et qu'ils agissent de façon quasi opposée sur les incitations des praticiens. Il s'agit du système de rémunération à l'acte et du système de capitation. Dans le système de rémunération à l'acte, les médecins sont payés pour chaque acte accompli (Green, 2014). Dans le système de capitation, un montant fixe par patient et par unité de temps est versé à l'avance au médecin pour les prestations médicales (Lagarde et Blaauw, 2017). Il est généralement admis que, dans le cadre d'un système de paiement à l'acte, tant que le bénéfice d'une unité supplémentaire de service médical est supérieur au coût marginal de cette unité, les médecins fourniront ce service médical. A l'inverse, les systèmes de capitation incitent les médecins à augmenter le



nombre de patients en réduisant l'effort investi dans les soins, ce qui minimise le coût par patient. Le système de capitation incite également à sélectionner des patients en meilleure santé et moins coûteux (Lagarde et Blaauw, 2017).

Récemment, des expériences en sciences économiques ont été de plus en plus utilisées pour étudier les effets des différents systèmes de paiement sur les choix des individus. Il s'agit de simulations numériques réalisées dans des laboratoires artificiels où les individus sont invités à prendre des décisions ayant des conséquences financières réelles. Bien que ce type d'expériences ne permette pas d'embrasser toute la complexité du monde réel, elles présentent l'avantage d'observer le comportement des individus dans un environnement strictement contrôlé et dans des conditions *ceteris paribus* ce qui limite les effets confondants. Plusieurs études expérimentales corroborent le fait que dans le cadre d'un système de rémunération à l'acte, il y a effectivement une « suroffre de prestations médicales » par rapport à un système de financement par capitation, à condition que les médecins disposent de suffisamment de ressources en termes d'équipements et de collaborateurs (Hennig-Schmidt et al., 2011 ; Green, 2014 ; Brosig-Koch et al., 2016 ; Brosig-Koch et al., 2017 ; Lagarde et Blaauw, 2017 ; Di Guida et al., 2019). Ce résultat est réaffirmé par d'autres études empiriques qui montrent que les médecins réagissent à une augmentation des taxes de consultation en recevant plus de patients mais en passant moins de temps avec chacun d'entre eux, sans modifier le temps total consacré par mois au traitement des patients (Brekke et al., 2017). Cette tendance est particulièrement forte pour les traitements électifs (Clemens et Gottlieb, 2014).

Dans le contexte spécifique des soins stationnaires et de l'assurance complémentaire d'hospitalisation, basé sur de la littérature précédemment citée, on peut supposer que la rentabilité plus élevée de ce type d'assurance déclenche des incitations financières dans le sens d'une offre accrue de prestations, en particulier pour les interventions électives et non urgentes¹.

¹ Dans un article très récent, Milcent et Zbiri (2021) ont exploré l'effet d'une incitation financière sur les médecins à pratiquer des accouchements par césarienne comme un facteur explicatif des différences observées dans le mode d'accouchement entre les secteurs public et privé en France. Les incitations financières sont induites par le tarif des accouchements par césarienne qui est environ 40 % plus élevé que celui des accouchements naturels et qu'il nécessite des hospitalisations plus longues. Dans les hôpitaux privés, ces coûts supplémentaires sont facturés aux patients ayant une assurance complémentaire privée et ils génèrent des honoraires supplémentaires directement perçus par le praticien. Les résultats de Milcent et Zbiri (2021) sont cohérents avec la littérature précédente et indiquent que les médecins répondent effectivement aux incitations financières induites par l'assurance complémentaire privée. Concrètement, ils montrent qu'en comparant deux groupes de femmes qui sont dans les deux cas des patientes à faible risque, les patientes à faible risque ayant une assurance complémentaire privée accouchent plus fréquemment par césarienne que les femmes à faible risque sans assurance complémentaire privée.



3. Le comportement des patients face aux différentes incitations financières

Du côté de la demande, les patients sont également motivés par des incitations susceptibles d'accroître la consommation de prestations médicales, ce qui peut aussi contribuer à un excédent de celles-ci. De ce côté du marché, le partage des coûts et l'asymétrie d'informations entre assurés et assureurs influencent la demande de prestations des patients. En économie de la santé, une question importante et de longue date est de savoir comment trouver un équilibre entre l'aléa moral et la protection des risques pour déterminer le niveau optimal de partage des coûts (Sinaiko, 2014). La raison pour laquelle les individus souscrivent une assurance maladie est pour disposer d'une protection contre les pertes financières en cas de maladie grave. L'aléa moral dans l'assurance maladie se produit lorsque les patients choisissent de consommer des prestations médicales qu'ils valorisent moins que les coûts marginaux effectifs de ces dernières. Cette sous-évaluation s'explique par le fait que les patients ne paient que peu ou pas du tout de participation aux coûts pour la prestation médicale fournie par leur assurance. Ainsi, les assurances avec une couverture plus large induisent par le biais de l'aléa moral un usage plus important de prestations médicales économiquement inefficaces, à l'exception des soins d'urgence pour lesquels la demande est inélastique (Sinaiko, 2014 ; Ellis et al., 2017).

Il existe de nombreuses études qui démontrent que la manière dont les assurances sont conçues influence la consommation de prestations médicales par les patients. En Suisse, en principe toute personne qui y est domiciliée a l'obligation de souscrire une assurance-maladie. Ce faisant, un des choix principaux que les individus peuvent faire est de définir le niveau de leur franchise. Une fois que la prime d'assurance a été payée pour l'année en cours, la hauteur de la franchise représente le dernier obstacle financier pour accéder aux prestations médicales. Il est ainsi raisonnable de supposer que dans le cas de situations non urgentes, une franchise élevée a un effet négatif sur la propension à consommer des prestations médicales (Gerfin et Schellhorn, 2006). À l'inverse, une franchise faible ou nulle, encourage la consommation de prestations médicales car les individus considèrent la prime d'assurance annuelle payée comme un coût fixe irrécupérable qu'ils souhaitent rentabiliser. Après paiement de la prime et une fois la franchise atteinte, les patients ne supportent plus les conséquences financières de leur consommation de prestations médicales pour l'année considérée (Boes et Gerfin, 2016).



Les assurances complémentaires contribuent à rendre certaines prestations médicales moins onéreuses et donc plus accessibles. Par conséquent, elles peuvent affecter les décisions des individus dans des situations non urgentes où un choix est possible avec une certaine flexibilité et planification². Wei et al. (2020) étudient précisément comment l'assurance complémentaire, l'assurance complémentaire hospitalière et le fait d'avoir choisi un modèle de soins intégrés affectent la consommation de prestations médicales. En exploitant des données suisses, leurs résultats révèlent que le fait d'avoir une assurance complémentaire est associé à une utilisation accrue de la plupart des prestations. En outre, l'assurance complémentaire est également associée à un recours accru à certains traitements tels que les césariennes. Il est intéressant de noter que les personnes ayant une assurance complémentaire hospitalière étaient également plus susceptibles de subir des procédures chirurgicales en tant que patients hospitalisés, alors que ces procédures pouvaient être réalisées en ambulatoire. Leur analyse révèle également que le fait d'avoir une franchise plus élevée était associé à une utilisation plus faible de la plupart des prestations médicales.

En résumé, il existe au moins deux mécanismes qui sont soutenus théoriquement et empiriquement dans la littérature et qui expliquent une augmentation de la consommation de prestations médicales, ce qui à son tour augmente les dépenses de santé. Le présent article s'inscrit dans la lignée de cette littérature. Comme indiqué précédemment, il est raisonnable de supposer que les patients disposant d'une assurance complémentaire pour une hospitalisation « (semi-)privée » sont économiquement parlant plus attractifs pour les hôpitaux et les médecins suisses que les patients assurés uniquement avec l'assurance de base (Contrôle fédéral des finances, 2021). Ceci plaiderait en faveur de l'hypothèse de la demande induite par le praticien (DIP) (Evans, 1974). A la fois, il est tout aussi raisonnable de supposer que plus un individu est assuré, plus il consomme de prestations médicales.

² Sevilla-Dedieu et al. (2020) ont saisi l'occasion d'une expérience quasi-naturelle lorsqu'un grand assureur privé français a proposé une couverture étendue volontaire à ses employés en plus de l'assurance maladie nationale obligatoire. Ils ont étudié comment la consommation de prestations médicales a changé pour les employés qui ont opté pour une couverture étendue par rapport aux employés qui ont décidé de ne pas modifier leur couverture. Ils ont constaté que les individus consomment davantage s'ils sont mieux assurés. Selon Sevilla-Dedieu et al. (2020), ceci s'explique par le fait que les individus n'ont pas à supporter toutes les conséquences financières de leur consommation de prestations médicales.



4. Identification des excédents de cas

Pour déterminer si des excédents de prestations existent et les disciplines médicales réellement touchées, un taux d'hospitalisation (*nombre de cas/population résidente*) a été calculé pour chaque DRG/GPPH³ et pour chacun des deux groupes de patients (*assurance de base et assurance complémentaire d'hospitalisation*). La différence entre les taux d'hospitalisation de ces deux groupes de patients permet de calculer un surplus en (dé)faveur des patients avec une assurance complémentaire d'hospitalisation.

5. Données de référence

Le nombre de cas par DRG/GPPH provient de la Statistique médicale des hôpitaux 2017 de l'OFS. Uniquement les sorties d'hôpital pour soins somatiques aigus des personnes de quatorze ans révolus ont été prises en compte pour s'aligner à l'Enquête suisse sur la santé (ESS) 2017⁴ de l'OFS, qui ne porte que sur les personnes de quatorze ans et plus. L'ESS a servi à évaluer, pour chaque tranche d'âge, la part de la population résidente avec une assurance complémentaire d'hospitalisation en division privée ou semi-privée.

6. Méthodologie

L'ESS 2017 réunit un échantillon de 18 832 personnes. Le nombre de personnes assurées en division commune, privée ou semi-privée a été extrapolé de la population totale suisse en utilisant les facteurs de pondération de l'OFS. Ce faisant, les réponses manquantes ou « autre modèle » à la question 28⁵ de l'ESS ont été proportionnellement réparties entre les deux groupes au sein de chaque tranche d'âge⁶. Les résultats sont présentés dans le tableau 1 ci-après qui a servi de base pour le calcul des taux d'hospitalisation et des jours d'hospitalisation au niveau de la Suisse.

³ Swiss DRG version 6.0.

⁴ Étant donné que l'ESS recueille des données tous les cinq ans, les données de 2017 sont les plus récentes.

⁵ Question 28 de l'ESS : « En cas d'hospitalisation, pour quelle division hospitalière êtes-vous assuré(e) ? » Réponses possibles : division commune, division semi-privée, division privée, autre modèle.

⁶ 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 ($300\,000 \times 2/3 = 200\,000$) 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)

Tranches d'âge	Division commune	Division privée et semi-privée
15 à 24 ans	677 503	202 099
25 à 34 ans	925 466	238 231
35 à 44 ans	871 514	294 208
45 à 54 ans	950 162	339 966
55 à 64 ans	729 346	337 936
65 à 74 ans	483 109	329 825
75 ans et plus	400 373	256 461

Afin de tenir compte de l'âge, qui constitue un facteur de morbidité important, les taux ont été standardisés par l'âge, puis mis à l'échelle⁷. Calculer la différence entre les taux d'hospitalisation (standardisés par l'âge) des personnes assurées en division commune et des personnes assurées en division « (semi-)privée » pour chaque DRG/GPPH donne le degré de sur- ou de sous-provisionnement potentiel des assurés avec une complémentaire d'hospitalisation par DRG/GPPH.

Ces différences de taux sont ensuite multipliées par la population déterminée pour le groupe « (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 pourraient théoriquement être évités si tous les patients étaient assurés uniquement en division commune.

7. Résultats

Les quinze DRG/GPPH pour lesquels les excédents de cas se sont avérés les plus élevés sont présentés dans les tableaux 2 et 3. Les résultats sont cohérents avec ceux de la première analyse réalisée en 2016. Les prestations orthopédiques⁸ sont fortement surreprésentées dans les quinze DRG/GPPH les plus fréquents. Ce type de prestations appartient aux soins stationnaires aigus électifs. D'autres prestations intéressantes ressortent, telles que les césariennes

Des analyses plus approfondies indiquent que plus une prestation est élective (faible taux

⁷ 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.

⁸ MDC 8 = « maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif »; acronyme « BEW » = chirurgie de l'appareil locomoteur (« Bewegungsapparat chirurgisch » en allemand)



d'urgence), plus l'excédent potentiel chez les personnes avec une assurance complémentaire augmente. Ce résultat soutient l'hypothèse que les incitations financières constituent généralement une des raisons principales expliquant les excédents. Cette étude ne permet pas de déterminer si les incitations financières sont effectivement la cause première pour *chaque* DRG/GPPH ; ce point devrait être vérifié séparément au cas par cas. Il s'agit ici en premier lieu d'offrir un aperçu général sans entrer dans les détails des différents DRG/GPPH.



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 standardisés pour 100 000 habitants		Excédents de cas*
			commune	privée & semi-privée	commune	privée & semi-privée	
I30B	Interventions complexes sur l'articulation du genou, âge > 15 ans	08	6 718	3 341	123,18	192,82	1 392
I18B	Arthroscopie y compris biopsie ou autres interventions sur les os ou articulations, âge > 15 ans	08	13 914	6 937	278,51	341,27	1 254
I23B	Interventions particulières à l'exception de l'articulation de la hanche et du fémur, âge > 9 ans	08	4 531	2 866	90,14	142,91	1 055
J10Z	Opérations de chirurgie plastique au niveau de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire	09	1 410	1 278	29,02	61,35	646
I27D	Interventions sur les parties molles	08	6 440	3 233	130,06	156,16	522
J24A	Interventions sur la glande mammaire sauf lors de néoformation maligne avec intervention étendue	09	1 138	808	21,60	42,92	426
I20D	Interventions sur le pied avec intervention complexe ou diagnostic complexe, lésion sévère des tissus mous, âge > 15 ans ou intervention particulière, fracture du calcanéum ou diagnostic de complication	08	2 015	1 279	41,90	59,21	346
F49F	Actes diagnostiques cardiologiques invasifs sauf pour infarctus du myocarde aigu, un jour d'hospitalisation	05	4 133	2 765	93,78	108,76	299
O01G	Césarienne, durée de la grossesse > 33 semaines complètes	14	7 566	2 452	138,27	152,74	289
I32D	Interventions sur le poignet et la main avec intervention moyennement complexe, âge > 5 ans	08	2 199	1 167	43,95	57,63	273
I13D	Interventions sur l'humérus, le tibia, le péroné et la cheville avec intervention à complications, âge > 15 ans	08	4 259	2 168	87,47	101,10	272
N23Z	Autres interventions réparatrices sur les organes génitaux féminins ou énucléation de myome	13	2 363	1 202	47,33	59,08	235
C08B	Intervention sur le cristallin	02	484	576	11,92	23,00	221
I29B	Interventions complexes sur l'articulation de l'épaule	08	9 880	4 234	198,01	207,09	181
I32B	Interventions sur le poignet et la main, âge < 6 ans ou avec intervention complexe	08	436	405	9,74	17,52	155

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



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

Groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH)	Désignation GPPH	Nombre de sorties d'hôpital		Taux d'hospitalisation standardisés pour 100 000 habitants		Excédents de cas
		commune	privée & semi-privée	commune	privée & semi-privée	
BEW5	Arthroscopie du genou	20 489	10 155	397,63	531,01	2665,87
GYN2	Néoplasies malignes du sein	6 275	3 438	133,26	150,10	336,56
BEW3	Chirurgie de la main	5 875	2 965	121,46	136,15	293,50
AUG1.4	Cataracte	884	905	21,37	35,66	285,66
URO1.1.1	Prostatectomie radicale	1 811	1 202	41,02	47,35	126,53
AUG1.2	Orbite, paupières, voies lacrymales	275	268	6,06	11,88	116,33
KAR1.2	Electrophysiologie (albatons)	1 488	843	32,48	34,75	45,33
AUG1.3	Chirurgie spécialisée du segment antérieur (y.c. glaucome)	1 287	787	29,07	30,50	28,69
BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude	1 224	523	24,50	25,66	23,29
BEW10	Chirurgie du plexus	217	118	4,47	5,49	20,40
THO1.2	Chirurgie du médiastin	292	169	6,27	7,27	20,12
GYN1.4	Néoplasies malignes des ovaires	548	289	11,70	12,38	13,56
AUG1.1	Strabologie	77	38	1,55	1,84	5,65
HNO1.3.1	Chirurgie élargie de l'oreille avec oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère	33	17	0,65	0,86	4,21
NCH2	Neurochirurgie spinale	35	21	0,74	0,93	3,74

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



8. Limites

Notre analyse se confronte à trois limites. Premièrement, nous n'avons pas pu accéder à certaines variables importantes telles que le revenu qui influence la morbidité⁹ et le recours aux assurances complémentaires. Si le facteur « revenu » était également pris en compte en plus du facteur « âge » dans l'ajustement en fonction des risques, les excédents de cas mis en évidence pourraient varier. Toutefois, nous supposons que la surreprésentation des prestations orthopédiques persisterait au sein des quinze DRG/GPPH présentant les excédents de cas les plus élevés.

Deuxièmement, l'analyse repose sur l'hypothèse que les personnes qui ont répondu être assurées en division commune à la question de l'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, le modèle ne tient pas compte de la possibilité de sur-classement dans une classe de traitement plus élevée si cette décision a été prise à l'hôpital.

Finalement, 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 11 %. Cette part a été redistribuée de manière proportionnelle, en supposant que cette répartition n'induit pas de biais dans les estimations.

9. Discussion

Les résultats indiquent qu'il existe des excédents de prestations médicales pour certaines prestations médicales en faveur de patients disposant d'une assurance complémentaire d'hospitalisation.

La littérature scientifique identifie deux explications. La première est l'hypothèse de la demande induite (Evans, 1974) qui résulte en une hausse de l'offre des prestations par les praticiens. La deuxième explication concerne un changement dans le comportement des patients qui consomment d'autant plus de prestations médicales qu'ils sont mieux assurés ce qui contribue en retour à une hausse de la demande des prestations. Les

⁹ Cf. [Brochure : Égalité des chances et santé - chiffres et données pour la Suisse](#)



deux mécanismes aboutissent à un excédent de prestations médicales et peuvent coexister.

Dans un contexte de croissance des coûts de la santé, les résultats présentés dans cet article sont importants car si des interventions sont réalisées en raison d'incitations financières créées par une assurance complémentaire, l'AOS est également mise à contribution puisqu'elle prend en charge systématiquement une partie des frais médicaux occasionnés par l'intervention en question. Dans un objectif de réduction des coûts de la santé, éliminer de telles incitations devient nécessaire.

Toutefois, il convient également de nuancer ces conclusions en s'interrogeant sur le bien-fondé des dépenses investies dans les soins médicaux et sur une volonté d'abaisser leur croissance. La santé est un bien supérieur avec des caractéristiques particulières. La consommation de tels biens augmente avec l'enrichissement des individus car une part plus importante du revenu disponible peut leur être dédiée. La Suisse se classe parmi les pays les plus riches au monde et dispose d'un système de santé dont la qualité et les performances sont parmi les meilleures. L'entraînement et l'expérience acquis à travers la pratique d'interventions contribuent à cette qualité. Les incitations financières qui encouragent à pratiquer des interventions supplémentaires pourraient en ce sens être considérées comme étant bénéfiques et une hausse des coûts de la santé comme étant le reflet d'une amélioration de la qualité de vie des individus. D'un point de vue macroéconomique, le secteur de la santé est porteur de croissance et contribue à un fonctionnement prospère des économies modernes.

Finalement, notre analyse ne permet pas de définir les causes exactes des excédents identifiés. Il serait intéressant d'étendre cette analyse et d'examiner les deux mécanismes proposés (changement dans le comportement des praticiens et celui des patients) en tant que causes des excédents identifiés et d'essayer de déterminer si l'un des deux mécanismes est plus prépondérant que l'autre ou s'ils affectent les excédents existants de la même manière. Une deuxième extension intéressante serait d'intégrer dans l'analyse des variables supplémentaires pertinentes dans ce contexte mais auxquelles nous n'avons pas pu accéder, telles que le comportement en matière de santé, l'éducation ou encore le revenu afin d'estimer si et comment le niveau des excédents est influencé.



Bibliographie

Arrow K. J. (1965), "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *The American Economic Review*, vol. 53 (5), pp. 941-973.

Boes S., Gerfin M. (2016), "Does full insurance increase the demand for health care?", *Health Economics*, vol. 25, pp. 1483-1496.

Brekke, K. R., Holmås, T. H., Monstad, K., and Straume, O. R. (2017), "Do treatment decisions depend on physicians' financial incentives?", *Journal of Public Economics*, vol. 155, pp. 74-92.

Brosig-Koch, J., Hennig-Schmidt, H., Kairies-Schwarz, N., and Wiesen, D. (2016), "Using artefactual field and lab experiments to investigate how fee-for-service and capitation affect medical service provision", *Journal of Economic Behavior & Organization*, vol. 131, pp. 17-23.

Brosig-Koch, J., Hennig-Schmidt, H., Kairies-Schwarz, N., and Wiesen, D. (2017), "The effects of introducing mixed payment systems for physicians: Experimental evidence", *Health Economics*, vol. 26(2), pp. 243-262.

Clemens J, Gottlieb JD. (2014). "Do physicians' financial incentives affect medical treatment and patient health?", *American Economic Review*, vol. 104, pp. 1320-1349.

Contrôle fédéral des finances (2021), Evaluation des mécanismes incitant ou limitant le nombre d'interventions chirurgicales, Numéro d'audit: 18358.

Di Guida, S., Gyrd-Hansen, D., and Oxholm, A. S. (2019), "Testing the myth of fee-for-service and overprovision in health care", *Health economics*, vol. 28 (5), pp. 717-722.

Ellis, R. P., McGuire, T. G. (1986), "Provider behavior under prospective reimbursement", *Journal of Health Economics*, vol. 5(2), pp. 129-151.

Evans, R. (1974). "Supplier-induced demand: Some empirical evidence and implications", in Perlman, M. (ed.) *The economics of health and medical care*, pp. 162-173. London: Macmillan.

Gerfin, M., Schellhorn, M. (2006), "Nonparametric bounds on the effect of deductibles in health care insurance on doctor visits - Swiss evidence", *Health economics*, vol. 15 (9), pp. 1011-1020.

Green, E. (2014), "Payment systems in the healthcare industry: An experimental study of physician incentives", *Journal of Economic Behavior & Organization*, vol. 106, pp. 367-378.

Hennig-Schmidt, H., Selten, R., and Wiesen, D. (2011), "How payment systems affect physicians' provision behavior - an experimental investigation", *Journal of health economics*, vol. 30 (4), pp. 637-646.

Johnson, E. M. (2014), *Physician-Induced Demand*, in A. J. Culyer (Eds.), *Encyclopedia of health economics*, pp. 77-82, Elsevier.



Lagarde M., Blaauw D. (2017), "Physicians' responses to financial and social incentives: A medically framed real effort experiment", *Social Science & Medicine*, vol. 179, pp. 147-159.

Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Mesure visant à freiner la hausse des coûts, 1^{er} volet), 21 août 2019, FF 2019 5765.

Mesure visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins, Rapport du groupe d'experts, 24 août 2017, www.bag.admin.ch > Assurances > Assurance-maladie > Maîtrise des coûts (consulté, mai 2022).

Milcent C., Zbiri S. (2021), "Supplementary private health insurance: The impact of physician financial incentives on medical practice", *Health Economics*, vol. 31, pp. 57-72.

Office fédéral de la santé publique (2016), Excédent de prestations stationnaires pour les personnes avec une assurance complémentaire, Bern.

Sevilla-Dedieu C., Billaudeau N., and Paraponaris, A. (2020), "Healthcare consumption after a change in health insurance coverage: a French quasi-natural experiment", *Health economics review*, vol. 10 (1), pp. 1-10.

Sinaiko A. D. (2014), Price Elasticity of Demand for Medical Care: The Evidence since the RAND Health Insurance Experiment, in A. J. Culyer (Eds.), *Encyclopedia of health economics*, pp. 122-126, Elsevier.

Santé, statistique de poche 2023, Office fédéral de la statistique (OFS) [Santé - Statistique de poche 2023 | Publication | Office fédéral de la statistique \(admin.ch\)](http://www.admin.ch) (consulté, juin 2023).

Wei W., Ulyte A., Gruebner O., von Wyl V., Dressel H., Brüngger B., Blozik E., Bähler C., Braun J., and Schwenkglenks M. (2020), "Degree of regional variation and effects of health insurance-related factors on the utilization of 24 diverse healthcare services-a cross-sectional study", *BMC health services research*, vol. 20 (1), pp. 1-15.