

Induction de l'offre de prestations médicales par la demande

Gianfranco Domenighetti^{1,2},
Emanuela Pipitone³

Un essai de quantification pour la Suisse

Zusammenfassung: Diese Analyse enthält zum ersten Mal eine Schätzung der medizinischen Leistungen, die von den Patienten direkt bei ihren behandelnden Ärzten erbeten werden – Leistungen, die über die Verordnungen der Ärzte hinausgehen (Nachfrage-induziertes Angebot).

In 34,3% der Konsultationen (dies entspricht in der Schweiz für das Jahr 2000 19,4 Millionen Arztbesuchen) wurde von den Patienten mindestens ein zusätzlicher Wunsch nach Leistungen ausgesprochen.

In 75,7% der Fälle wurden diese Forderungen vom behandelnden Arzt vollständig akzeptiert und in 18,7% teilweise.

Die zusätzlichen Wünsche der Patienten betrafen in absteigender Reihenfolge: diagnostische Untersuchungen (15,8% der Konsultationen), Termine bei anderen Ärzten (12%), Medikamentenverordnungen, Arztzeugnisse (8,7%) und Nachbetreuung oder stationäre Behandlung (4,4%).

Die hauptsächlichen Variablen für die Induktion eines Angebotes durch Nachfrage sind schlechter subjektiver Gesundheitszustand (OR 2.343), Einkommen unter 3000 SFr. pro Monat (OR 1.766), mehr als zwei Arztbesuche in den zwei vergangenen Monaten (OR 1.693) – als Risikofaktoren – sowie Zugehörigkeit zur protestantischen Konfession (OR 0.654) als Schutzfaktor.

Die jährlichen Kosten zu Lasten der Grundversicherung durch diese Nachfrage-induzierten Angebote werden auf 2,5 Milliarden Franken für das Jahr 2000 geschätzt; dies entspricht 17% der totalen Kosten, die von den Versicherern den Anbietern von medizinischen Leistungen in der Grundversicherung vergütet wurden.

Résumé: Cette analyse donne pour la première fois une estimation des requêtes de prestations et services médicaux demandées directement par les patients à leurs médecins traitants, requêtes qui allaient au-delà de la prescription du médecin (induction de l'offre par la demande).

Le 34,3% des consultations médicales (équivalentes pour l'année 2000 en Suisse à 19,4 millions de visites) ont donné lieu à au moins une requête supplémentaire de prestations de la part du patient.

Dans le 75,7% des cas ces requêtes ont été totalement acceptées par le médecin traitant et pour le 18,7% elles l'ont été partiellement.

Les demandes supplémentaires des patients concernaient, par ordre d'importance, les examens diagnostiques (15,8% des consultations totales), les rendez-vous chez d'autres médecins (12%), les ordonnances de médicaments, les certificats de maladie (8,7%) et des approfondissements ou des séjours dans des établissements de soins (4,4%).

Les principales variables explicatives de l'induction de l'offre par la demande sont, (facteurs de risque) le mauvais état de santé subjectif (OR 2.343), le revenu ≤ à fr. 3000.–/mois (OR 1.766), avoir passé plus de 2 visites médicales dans les deux derniers mois (OR 1.693) ainsi que (facteur de protection) l'appartenance à la religion protestante (OR 0.654).

Le coût annuel à la charge de l'assurance de base dû à l'induction de l'offre par la demande a été estimé, par défaut, à 2,7 milliards de francs pour l'année 2000, ce qui représente le 17% des coûts totaux facturés par les assureurs maladies à l'ensemble des fournisseurs de prestations pour l'assurance de base.

Introduction

La rhétorique sur les responsables de l'augmentation des coûts de la maladie en Suisse met presque toujours l'accent, parmi les différents facteurs habituellement évoqués, sur la pression exercée sur les médecins traitants par les requêtes explicites de prestations supplémentaires avancées par les patients. La littérature médicale et celle économique n'ont, à notre connaissance, jamais traité ce sujet si non en termes très généraux [1, 2] sans jamais arriver à quantifier le phénomène. Pour les économistes le théorème du parfait rapport d'agence entre médecin et patient, pilier de

¹ Institut d'Economie et de Management de la Santé (IEMS) de l'Université de Lausanne

² Sezione Sanitaria, Dipartimento della Sanità e della Socialità, 6500 Bellinzona

³ Facoltà di Scienze Statistiche, Demografiche e Attuariali de l'Università de Bologna (Italie)

l'économie sanitaire, a probablement posé des obstacles conceptuels supplémentaires à l'approfondissement de cette problématique car elle aurait pu mettre en doute la «pureté» de la théorie comme d'ailleurs a été le cas pour l'approfondissement du thème de l'induction de la demande par l'offre.

Méthodologie

Un questionnaire autogéré a été envoyé en 1998 à un échantillon de 1000 suisses âgés de plus de 20 ans (stratifié par sexe, âge et région linguistique); le taux de réponse a été de 86,6%. Le questionnaire portait sur plusieurs thèmes concernant la santé publique et l'accès aux soins qui ont déjà fait l'objet d'autres publications [3, 4].

Les questions spécifiques se référant à cette analyse étaient les suivantes:

Lors de la dernière consultation médicale avez-vous explicitement demandé à votre médecin (donc sans que le médecin vous fasse spontanément l'une de ces propositions):

- d'effectuer un ou plusieurs examens diagnostiques supplémentaires (p.ex.: examen du sang, une radiographie, etc.)?
- de vous prescrire une ordonnance pour des médicaments supplémentaires?
- de vous prendre un rendez-vous chez un autre médecin?
- de vous prescrire un approfondissement ou un séjour dans un institut de soins (hôpital, clinique, cure balnéaire, etc.)?
- de vous faire un certificat de maladie?

Par une question supplémentaire on demandait aux participants si le médecin avait totalement ou partiellement adhéré à la (les) requête(s) du patient.

Les réponses ont été analysées par le programme statistique SPSS (Statistical Package for Social Sciences) ainsi que par une analyse multivariée dans le but de mettre en évidence les caractéristiques sanitaires et socio-économiques des patients demandeurs de prestations supplémentaires.

Les variables suivantes ont été retenues pour l'analyse de régression: domicile, sexe, âge, scolarité, revenu, type d'assurance, religion, nombre de visites médicales dans les derniers deux mois, état de santé subjectif, présence d'une maladie chronique, type de relation médecin-patient, perception de signes de rationnement des soins, perception de la médecine comme science plus ou moins exacte.

Afin de déceler les variables qui auraient pu mieux expliquer la demande de prestations supplémentaires, une analyse de régression logistique de type «stepwise» a été utilisée et les variables hautement autocorrélées ont été éliminées du modèle après évaluation sur la base d'un test non paramétrique (rho de Spearman). De ce fait seulement les variables significatives à l'analyse de la variance (ANOVA) non paramétrique (test de Wilcoxon-Mann-Whitney) ont été insérées dans le modèle. Les résultats ont été exprimés en termes de «Odds Ratio» (OR).

Résultats

Le 34,3% des répondants (tableau 1) déclare avoir demandé lors de la dernière consultation médicale au moins une prestation ou un service supplémentaire au-delà de la prescription du médecin traitant. Ce pourcentage correspond à la proportion de visites qui ont donné lieu à une induction de l'offre par la demande.

Tableau 1. Requêtes de prestations et de services supplémentaires (au-delà de la prescription du médecin traitant) lors de la dernière visite médicale.

	n	%
Patients ayant demandé au moins une prestation ou service	oui	297 34,3
	non	570 65,7
	total	867 100,0
Patients ayant demandé:		
– des examens diagnostiques	137 (*)	15,8
– un rendez-vous chez un autre médecin	104 (*)	12,0
– une ordonnance pour médicaments	101 (*)	11,6
– un approfondissement ou un séjour dans un établissement de soins	38 (*)	4,4
– un certificat de maladie	75 (*)	8,7
(*) le total est > de 297 car plusieurs patients ont demandé plus qu'une prestation supplémentaire (en moyenne 1,53).		

Environ 16% des patients ont demandé des bilans diagnostiques, le 12% des rendez-vous chez un autre médecin, environ 12% une ordonnance supplémentaire pour des médicaments, 8,7% des certificats de maladie et 4,4% des approfondissements ou des séjours dans des établissements de soins.

Une sous-analyse par région linguistique nous montre que les plus demandeurs sont les Suisses italiens (48%) suivi par les romands (37%) et par les Suisse alémaniques (32%)⁴.

Les taux d'acceptation totaux et partiels des demandes supplémentaires des patients par les médecins traitants impliqués ne varient pratiquement pas en fonction de la région linguistique.

Pour l'ensemble de la Suisse les taux sont présentés au tableau 2 suivant.

Tableau 2. Taux d'acceptation des médecins des requêtes supplémentaires des patients (selon l'opinion des patients-répondants).

Acceptation		Refus	Pas d'informations
Totale	Partielle		
75,7%	18,7%	3,9%	1,7%

Les résultats de l'analyse multivariée ont mis en évidence les facteurs potentiellement explicatifs du côté de la demande susceptibles de promouvoir (*Facteurs «de risque»*) ou freiner (*Facteurs «de protection»*) la requête d'au moins une prestation ou un service supplémentaire. Ils sont présentés au tableau 3 suivant.

L'Annexe 1 donne pour chaque prestation ou service supplémentaire demandé par les patients les correspondants facteurs «de risque» et «de protection» mis en évidence par l'analyse multivariée.

Discussion et conclusions

Les résultats de cette analyse montrent que l'induction de l'offre par la demande sur le marché sanitaire suisse est une pratique diffuse.

En effet plus d'un tiers (34,3%) des consultations médicales y sont concernés, ce qui correspond, au niveau national, à 19,4 millions de consultations pour l'année 2000 (sur un total de 56,6 millions de consultations [5]). Les requêtes supplémentaires de prestations avancées par les patients à leurs médecins concernaient, par ordre d'importance, les examens et bilans diagnostiques, les visites chez d'autres médecins, les ordonnances de médicaments, les certificats de maladie et les requêtes d'approfondissement et de séjour auprès d'établissements de soins.

Le tableau 3 et l'annexe 1 donnent les caractéristiques des patients demandeurs. On peut notamment constater que les sujets les plus demandeurs de services et prestations supplémentaires sont caractérisés par un mauvais état subjectif de santé, une plus grande fréquence de visites médicales et par un bas revenu.

L'angoisse liée au fait de ne pas se sentir subjectivement en bonne santé semble logiquement être un facteur qui va pousser l'individu à requérir des prestations supplémentaires dans l'espoir de sortir du tunnel du malade. Les habitués des cabinets médicaux demandent surtout des examens et des bilans diagnostiques supplémentaires (OR 2.037 voir annexe 1) tandis que ceux qui ont un bas revenu (\leq fr. 3000.-/mois) sont les premiers demandeurs d'ordonnances pour produits pharmaceutiques (OR 2.436 voir annexe 1) et de certificats de maladie (OR 2.365 voir annexe 1). Les personnes âgées demandent surtout des approfondissements ou des séjours dans des établissements de soins (OR 3.549 voir annexe 1).

Tableau 3. Facteurs potentiellement explicatifs des caractéristiques des patients ayant demandé au moins une prestation ou un service supplémentaire à l'occasion de leur dernière visite médicale.

Variables potentiellement explicatives	Odds Ratio (OR)	Interval de Confiance (CI)
Facteurs «de risque»		
Mauvais état de santé subjectif	2.343	1.644 – 3.342
Revenu \leq fr. 3000.-/mois	1.766	1.138 – 2.736
Visite médicales >2 derniers deux mois	1.693	1.089 – 2.626
Facteurs «de protection»		
Religion protestante	0.654	0.473 – 0.901

⁴ Le résultat de 48% pour la Suisse Italienne (ici fondé sur les 82 répondants de cette région dans l'échantillon suisse [n = 867]) devrait être corrigé par les résultats d'une étude «ad hoc» conduite exclusivement sur cette population [n = 439] qui faisait état d'un taux de 43%.

Parmi les caractéristiques qui freinent l'induction de l'offre par la demande, l'appartenance à la religion protestante apparaît comme être le principal «facteur de protection».

Cette donnée «culturelle» nécessite d'être ultérieurement approfondie.

Sur la base des résultats de cette analyse, le coût total direct à la charge de l'assurance maladie de base engendré par l'induction de la demande sur l'offre peut être estimé à 2,7 milliards de francs par année (voir annexe 2), ce qui correspond au 17% des coûts totaux facturés (pour l'année 2000) par les assureurs maladie à l'ensemble des fournisseurs de prestations pour l'assurance de base (= 15,8 milliards).

Ce résultat doit être considéré par défaut, car le questionnaire ne prévoyait pas l'enregistrement des requêtes supplémentaires pour les soins de physiothérapie.

Ces dernières avaient été demandées en supplément par le 17% des patients lors de leur dernière consultation médicale, selon les résultats d'une enquête identique que nous avons récemment conduit au Tessin.

Le bas taux de refus des demandes supplémentaires des patients par les médecins impliqués ne surprend pas. En effet le système suisse de financement de l'activité médicale (fondé sur le paiement à l'acte de la prestation) n'incite pas le médecin à refuser les demandes explicites du patient qui vont au-delà de la prescription envisagée (même en considérant le probable bien fondé sanitaire d'une partie des requêtes supplémentaires des patients). De plus le nombre croissant de médecins, et la concurrence accrue qui en découle, notamment dans les régions à forte densité médicale, incitent les médecins à adhérer aux requêtes des patients afin de minimiser le risque de voir ces derniers aller consulter d'autres confrères.

Aussi le constat que les patients ayant un bas revenu soient parmi les plus disposés à demander des services et des prestations supplémentaires ne représente pas une surprise. En effet le poids relatif de la cotisation payée par l'assurance de base, toujours en augmentation par rapport au revenu disponible, représente une incitation à demander des services supplémentaires pour «amortir» le coût des primes.

Du point de vue du système sanitaire suisse cette analyse confirme la nécessité de

réviser, voire modifier, les mécanismes inflationnistes de financement de l'activité qui n'incitent aucun des principaux acteurs présents sur le marché à maîtriser les coûts.

Une étude précédente avait montrée qu'environ 70% des médecins praticiens étaient de l'opinion que leurs confrères auraient induit la demande (c.a.d. auraient promu la consommation chez les patients) si leurs revenus étaient menacés par l'augmentation du nombre de médecins [6]. Cette analyse ajoute la certitude de l'induction de l'offre par la demande ce qui génère une spirale inflationniste des coûts, et donc des cotisations, qui risque de favoriser une solution politique de type «traumatique».

Références

- 1 Armstrong D, Fry J, Armstrong P. Doctors' perceptions of pressure from patients to refer. *BMJ* 1991;302:1186-8.
- 2 Mewton J, Hayes V, Hutchinson A. Factors influencing general practitioners' referral decisions. *Fam Pract* 1991;8:308-13.
- 3 Domenighetti G, Maggi J. Définition des priorités sanitaires et rationnement: l'opinion des Suisses, des Administrateurs hospitaliers et des Départements sanitaires des Cantons. Cahiers de recherche économique n. 00.01, Ecole des HEC, Université de Lausanne: 2000.
- 4 Domenighetti G, Grilli R, Maggi J. Does provision of an evidence-based information changes public willingness to accept screening tests? *Health expectations* 2000;3:145-50.
- 5 La Santé Publique en Suisse. Edition 2001. Pharma Information.
- 6 Domenighetti G, Gutzwiller F, Guillod O, Quaglia J, Pennetti C. Dépense et maîtrise des coûts sanitaires en Suisse. L'opinion d'un échantillon représentatif du corps médical. *Bulletin des médecins suisses* 1997;78:588-93.

Annexe 1

Prestations supplémentaires demandées et variables potentiellement explicatives (*)		Odds Ratio (OR)	Interval de Confiance (CI)
<i>Examens diagnostiques supplémentaires</i>			
Facteurs «de risque»	Age 50–59	1.730	1.075 – 2.746
	Visites médicales >2 derniers deux mois	2.037	1.191 – 3.420
Facteurs «de protection»	Bonne santé subjective	0.552	0.352 – 0.878
	Religion protestante	0.540	0.342 – 0.836
	Age 20–29	0.351	0.132 – 0.776
<i>Ordonnance pour médicaments supplémentaires</i>			
Facteur «de risque»	Revenu ≤ fr. 3000.–/mois	2.436	1.405 – 4.110
Facteur «de protection»	Aucune visite médicale derniers deux mois	0.467	0.295 – 0.728
<i>Rendez-vous chez un autre médecin</i>			
Facteur «de risque»	Visites médicales >2 derniers deux mois	1.860	1.055 – 3.186
	Age 60–69	1.831	1.016 – 3.186
Facteur «de protection»	Bonne santé subjective	0.335	0.211 – 0.535
<i>Approfondissement ou séjour dans un établissement de soins</i>			
Facteur «de risque»	Bas niveau éducatif	4.083	1.570 – 9.815
	Age ≥70 ans	3.549	1.097 – 9.728
Facteur «de protection»	Bonne santé subjective	0.302	0.134 – 0.679
<i>Certificat de maladie</i>			
Facteur «de risque»	Bas niveau éducatif	3.538	1.769 – 6.811
	Suisse italienne	2.896	1.448 – 5.538
	Revenu ≤ fr. 3000.–/mois	2.365	1.217 – 4.415

(*) seulement pour OR statistiquement significatifs

Annexe 2

Estimation du coût total direct pour l'année 2000 engendré par les demandes supplémentaires des patients

1. Hypothèses de coût par prestation demandée.

	Coût estimé par cas (en francs)
Une requête d'examen (y compris pour le 50 % des cas le coût d'une consultation supplémentaire pour la communication des résultats)	90.–
Rendez-vous chez un autre médecin (forfait)	100.–
Ordonnance pour médicaments (forfait)	40.–
Un approfondissement ou un séjour dans un établissement de soins (50% des cas en ambulatoire à un coût forfaitaire de fr. 100.–/50% des cas séjour d'une durée de 5 jours dans un établissement public ou subventionné à fr. 200.– par jour).	100.– (50% des cas) 1000.– (50% des cas)
Un certificat de maladie	20.–

2. Estimation du coût global direct pour la Suisse

	Nombre de cas effectifs en millions (*)	Coût global (en mio de francs)
examens diagnostiques	8,04	724
rendez-vous chez un autre médecin	6,37	637
une ordonnance pour médicaments	5,83	233
un séjour dans un établissement de soins	1,92	1056
un certificat de maladie	4,72	94,4
Total		2744,4

* le nombre de cas a été calculé sur la base de 56.5 mio de consultations pour la Suisse en l'an 2000 [5].

La procédure a été la suivante (exemple pour les examens diagnostiques) / Consultations qui ont données lieu à une requête supplémentaire = 15,8% de 56,5 mio = 8,93 moi.

Le nombre de cas effectifs (8,04) a été obtenu après correction en fonction du taux d'acceptation de la requête par le médecin** et ensuite multiplié par le coût estimé par cas.

** Les taux d'induction issus de cette analyse ont été corrigés par les taux d'acceptation spécifiques de chaque prestation de la part du médecin tirés d'une étude tessinoise récente car, dans la présente étude, les taux d'acceptation était globaux pour l'ensemble des prestations.