

Des franchises élevées réduisent les coûts

Dans le domaine de l'assurance-maladie, des franchises élevées contribuent à réduire les coûts de la santé. L'effet escompté se vérifie dans le cas de la Suisse. Étonnamment, les changements de franchise sont une stratégie rarement utilisée. *Boris Kaiser, Michael Gerfin*

Abrégé L'augmentation des coûts de la santé dans l'assurance obligatoire des soins suscite depuis quelque temps un débat politique nourri à propos de l'impact que pourrait avoir le système de franchise sur la limitation des coûts. Une étude récente, menée conjointement par l'institut bâlois B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung et l'université de Berne, a analysé les habitudes des assurés en matière de choix et de changement de franchise. Elle a également examiné les liens de causalité entre le montant de cette dernière et les coûts de la santé. Les résultats indiquent que le nombre de personnes qui changent fréquemment de franchise est très faible. Par conséquent, les comportements que les individus peuvent avoir pour optimiser leur assurance à court terme n'ont pratiquement aucune influence sur l'évolution des coûts globaux. L'étude montre en outre que le niveau des franchises a un effet modérateur sur les coûts, même si cela dépend d'abord de l'état de santé de l'assuré.

En vertu du système de franchise et de quote-part appliqué en Suisse, les assurés prennent en charge une partie des coûts liés à l'assurance obligatoire des soins. Le choix d'une franchise élevée (au maximum 2500 francs) en lieu et place de celle minimum de 300 francs permet de bénéficier de primes avantageuses, mais comporte un risque financier plus élevé

en cas de maladie. Le principe fondamental de la participation aux coûts de l'assurance-maladie est de mettre en place des mesures économiques incitatives, afin que les assurés adoptent un comportement responsable et qu'ils évitent de se rendre chez le médecin ou aux urgences pour des cas de moindre importance. Dans cette optique, l'instauration de franchises

à option contribue à limiter les dépenses de santé.

L'aménagement du système de franchise en Suisse a récemment suscité de nombreux débats politiques. Ceux-ci portent notamment sur les « comportements d'optimisation à court terme » des assurés ainsi que sur l'efficacité du système actuel d'échelonnement des franchises et son incidence potentiellement néfaste pour les personnes à faible revenu. À la demande de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), la société de conseil et de recherche bâloise B,S,S. et l'université de Berne ont analysé ces différents aspects¹.

Jeunes, en bonne santé et jouissant d'un revenu élevé

Comme le montrent les résultats descriptifs de cette étude, plus de la moitié des adultes

¹ Gerfin et al. (2017).

Ceux qui optent pour une franchise élevée sont plutôt jeunes et jouissent d'un bon revenu.



optent pour une «franchise à option» supérieure à celle de base de 300 francs. Quelque 17% des assurés choisissent la franchise maximale de 2500 francs (voir *tableau*).

En moyenne, les personnes ayant une franchise élevée sont jeunes, disposent d'un haut revenu et optent fréquemment pour un modèle à choix (Telmed, médecin de famille ou HMO). En ce qui concerne la demande et les coûts des services de santé, les différences sont encore plus marquées: les assurés avec une franchise de base se rendent près de quatre fois plus souvent chez le médecin et engendrent des coûts six fois plus élevés que les patients ayant choisi la franchise maximale. Par ailleurs, ce sont principalement les personnes en bonne santé, épargnées par les maladies chroniques, les troubles corporels et les limitations d'activités qui choisissent majoritairement des franchises élevées.

Peu d'assurés choisissent d'optimiser leur situation à court terme

Les assurés ont la possibilité d'adapter leur franchise chaque année. Dans ce contexte, il est fréquemment avancé que des assurés profitent de la réglementation en vigueur pour optimiser leur situation à court terme. Par exemple, ils abaissent leur franchise en prévision d'une hausse temporaire de leur consommation médicale (p.ex. dans la perspective d'une opération), puis l'augmentent à nouveau. Si le caractère réellement «inopportun» d'une telle attitude peut prêter à débattre, le principal intérêt est de s'interroger sur l'importance du phénomène.

Notre analyse dans le temps d'un collectif d'assurés révèle que les changements de franchise successifs sont fort peu fréquents: seuls 0,17% des assurés abaissent leur franchise une année pour l'augmenter à nouveau l'année suivante. La situation inverse – augmentation de la franchise suivie d'une réduction – est tout aussi exceptionnelle (0,13%). Le comportement d'optimisation lié au changement de franchise conjecturel est donc une pratique marginale.

Une analyse économétrique étaye ce résultat: les facteurs déterminants pour l'adaptation de la franchise sont plutôt le montant des primes et le changement de catégorie à l'âge de 26 ans. Sur la durée, les coûts augmentent certes comme prévu en cas de diminution temporaire de la franchise (voir *illustration*), mais leur niveau général demeure, pour ces personnes, inférieur à celui des autres assurés. Les résultats de cette étude permettent de tirer la conclusion suivante: limiter toute modification de la franchise à une

fois tous les deux ou trois ans n'entraînerait aucune baisse sensible des coûts.

Une étude américaine pionnière dans les années septante

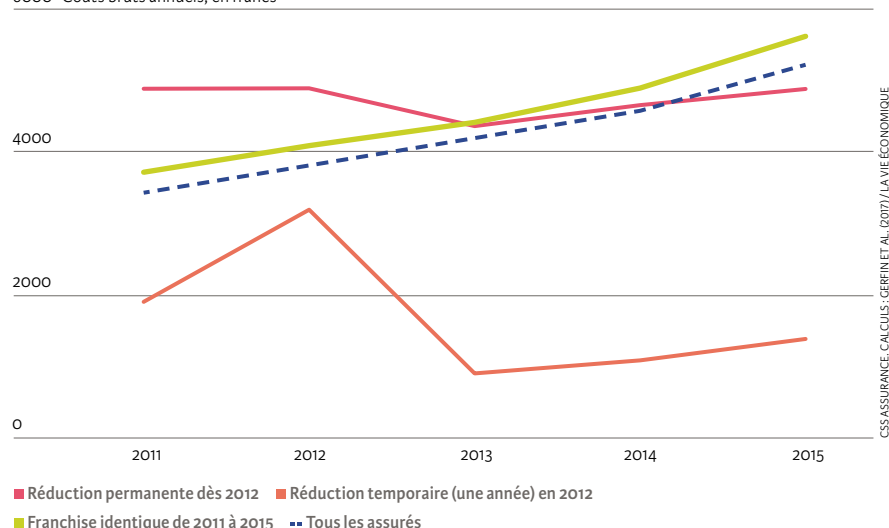
La question de l'efficacité des coûts est d'une importance cruciale: l'instauration de franchises élevées contribue-t-elle effectivement à réduire les coûts? Le lien de causalité étant difficile à établir, il existe un intérêt certain à se pencher sur les recherches effectuées dans le domaine de l'économie de la santé. Les effets des différentes formes d'assurance-maladie sur la demande de prestations médicales sont étudiés de manière empirique depuis le milieu des années septante.

L'étude «Rand Health Insurance Experiment», menée aux États-Unis, a ouvert de nouveaux horizons. Entre 1974 et 1981, une équipe de chercheurs, dirigée par l'économiste de la santé Joseph Newhouse, a sélectionné plus de 5800 individus qui ont été couverts de façon aléatoire par des niveaux différents d'assurance. La participation aux coûts allait de 0 à 95%. Cette méthode aléatoire a permis de garantir une répartition uniforme des états de santé et des autres caractéristiques individuelles entre les différents modèles d'assurance.

Les chercheurs ont décelé une corrélation négative significative entre la participation aux coûts et la consommation de prestations médicales. En effet, une augmentation

Changement de franchise et coûts (2011–2015)

6000 Coûts bruts annuels, en francs



Adultes jusqu'à la classe d'âge 1992.

Statistiques descriptives par niveau de franchise (moyennes)

Franchise (en Fr.)	300	500	1000	1500	2000	2500	Toutes
Âge	54,4	57,7	44,2	43,7	40,1	41,1	50,0
Revenu d'équivalence mensuel, en francs	4113	4262	4695	4786	5149	5171	4461
Modèle à choix (médecin de famille, Telmed, HMO), en %	47,8	45,8	70,7	71,8	88,0	75,5	58,4
Nombre de consultations médicales par an	8,5	7,7	4,3	3,2	2,5	2,2	6,1
Prestations brutes par an, en francs	6717	5844	2514	1710	1185	1103	4519
Hospitalisation l'année précédente, en %	11,8	10,0	3,8	2,6	1,5	1,2	7,7
Part d'assurés, en %	46,6	13,8	3,5	14,5	4,9	16,5	100,0

Les chiffres ci-dessus se rapportent à des adultes à partir de 19 ans.

Prix et franchise

L'interprétation des élasticités doit tenir compte du fait qu'elles se réfèrent au prix et non à la franchise elle-même. On entend par prix la part des frais médicaux que l'assuré devra supporter lors de la consommation de la prochaine prestation médicale. Cela signifie par exemple que, pour la grande majorité des assurés ayant choisi une franchise à option de 2500 francs, le prix ne changerait pas en cas d'augmentation de la franchise, car leurs coûts annuels sont inférieurs à 2500 francs. Sans modification de prix, il ne faut donc pas s'attendre à ce qu'un changement de franchise ait une grande influence sur les coûts de la santé pour les personnes concernées.

de 10% du prix payé par le patient entraîne une baisse des dépenses de santé de 2%. En d'autres termes, l'élasticité-prix des dépenses de santé est de -0,2. Le «prix» correspond à la part des coûts supportée par l'assuré (voir encadré). De nombreuses études ont par la suite étayé cette découverte.

Confirmation de l'efficacité des coûts en Suisse

Aucune expérience comparable n'a encore été réalisée en Suisse. Cela signifie qu'au vu des données transmises par les assureurs-maladie, les personnes en bonne santé sont systématiquement surreprésentées dans les franchises élevées (voir tableau). En conséquence, la consommation moindre de prestations médicales enregistrée dans les régimes de franchises élevées n'est pas seulement due à l'influence de la franchise, mais aussi au mécanisme d'autosélection.

Les études empiriques menées en Suisse doivent, dès leur phase de conception, tenir compte de la problématique de l'autosélection. Trois recherches récentes, où cette notion diffère dans chaque cas, parviennent à des conclusions similaires. Ainsi, selon une étude réalisée en 2012 par les économistes de la santé Maria Trottmann, Peter Zweifel et Konstantin Beck, les frais médicaux des personnes ayant opté pour une franchise élevée seraient supérieurs de 29% si ces dernières privilégiaient une franchise basse². Leur consommation médicale reste toutefois inférieure à celle des assurés ayant réellement choisi une franchise inférieure.

Deux autres résultats pertinents proviennent de recherches que nous avons menées avec divers coauteurs. Dans une étude réalisée en 2015, nous avons cherché à savoir comment des personnes qui dépassent le montant de la franchise en cours d'année ré-

agissent au fait de ne plus avoir à payer que 10% au maximum des frais encourus³. Le résultat est le suivant: dans le cas des assurés ayant une franchise élevée, les dépenses de santé diminuent fortement (-27%) en début d'année, lorsqu'ils doivent à nouveau s'acquitter de la franchise (élasticité de -0,2). Cela montre que la demande de prestations des assurés fléchit nettement en cas de hausse du «prix».

Dans une deuxième étude publiée l'an dernier, nous constatons que l'introduction de franchises pour les assurés HMO, qui étaient auparavant libérés de toute participation personnelle, entraîne une réduction des dépenses de santé d'environ 15% (élasticité implicite de -0,15)⁴. Une analyse approfondie de la répartition des dépenses de santé révèle un changement de comportement nettement plus important chez les personnes dont les coûts sont réduits (élasticité de -1) que chez les personnes faisant face à des coûts élevés (élasticité de -0,1). Ce résultat est principalement dû à l'accroissement notable des personnes qui ne font plus appel à des prestations de santé. L'expérience Rand et une nouvelle étude publiée récemment aux États-Unis⁵ parviennent à une conclusion identique. Cela concerne aussi bien la consommation de prestations médicales justifiée par l'état de santé du patient (effet indésirable) que la consommation de prestations injustifiées (effet escompté).

Le fait que ce soient principalement les personnes ayant des frais médicaux réduits qui réagissent au niveau de participation semble indiquer qu'une augmentation de la franchise maximale permettrait seulement de modestes économies supplémentaires (voir encadré).

La renonciation à des prestations justifiées est peu fréquente

Dans quelle mesure des assurés renoncent-ils néanmoins à des prestations médicales justifiées parce qu'ils n'ont pas les moyens d'assumer la participation aux coûts? Quel est l'impact d'un relèvement de la franchise? Une enquête à large échelle menée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) révèle que 1% de la population renonce aux soins médicaux dont elle a besoin pour des raisons financières⁶. Les personnes à faibles revenus qui connaissent des problèmes de solvabili-

té renoncent en moyenne plus fréquemment aux prestations médicales pour des raisons financières.

Nos analyses ne contiennent pas d'élément permettant d'affirmer que l'impact du niveau des franchises sur la renonciation aux prestations médicales serait sensiblement plus important chez les personnes à faibles revenus que chez les mieux nantis⁷. Ainsi, le choix de la franchise n'est pas le facteur déterminant qui inciterait des assurés à renoncer à des prestations médicales dont ils pourraient assumer le coût. Lors de l'interprétation des résultats, il convient toutefois de considérer que les analyses reposent sur des données d'enquêtes et donc sur des évaluations subjectives de la notion de «raisons financières» et de «prestations justifiées».

⁷ Échantillon de personnes souffrant de maladies chroniques, selon l'Enquête suisse sur la santé 2012.



Boris Kaiser
Économiste, B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung, Bâle



Michael Gerfin
Professeur d'économie politique, université de Berne

Bibliographie

- Gerfin M., Kaiser B. et Zimmermann L., *Leistungsverzicht und Wechselverhalten der OKP-Versicherten im Zusammenhang mit der Wahlfranchise*, étude réalisée à la demande de l'OFSP, 2017, B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung et Institut de droit économique de l'université de Berne.
- Aron-Dine A., Einav L. et Finkelstein A., «The Rand health insurance experiment, three decades later», *The Journal of Economic Perspectives*, 27(1), 2013, pp. 197-222.
- Boes S. et Gerfin M., «Does full insurance increase the demand for health care?», *Health Economics*, 25, 2016, pp. 1483-1496.
- Gerfin, Kaiser B. et Schmid C., «Healthcare demand in the presence of discrete price changes», *Health Economics*, 24(9), 2015, pp. 1164-1177.
- Trottmann, Zweifel P. et Beck K., «Supply-side and demand-side cost sharing in deregulated social health insurance: Which is more effective?», *Journal of Health Economics*, 31(1), 2012, pp. 231-242.
- Brot-Goldberg Z., Chandra A., Handel B. et Kolstad J., «What does a deductible do?», *Quarterly Journal of Economics*, 2017, pp. 1261-1318.

³ Gerfin et al. (2015).

⁴ Boes et Gerfin (2016). Les assurés ont bénéficié pendant un certain temps d'une assurance complète, à savoir la couverture intégrale de tous leurs frais médicaux.

⁵ Brot-Goldberg et al. (2017).

⁶ Enquête SILC, de 2010 à 2014.

² Trottmann et al. (2012).