

LE FINANCEMENT DES SOINS MÉDICAUX AUX ETATS-UNIS : ENTRE LOIS DU MARCHÉ ET RÉGULATION

LESLIE GREENWALD*, SIMONE SANDIER**

Bien que les deux pays, France et Etats-Unis, appartiennent l'un comme l'autre au groupe des démocraties occidentales et figurent parmi les sept pays industrialisés les plus riches du monde, plusieurs points les différencient au plan idéologique, social ou économique. Les Etats-Unis sont plus riches que la France ; le Gouvernement fédéral y intervient de façon moins prépondérante sur les activités sociales ou industrielles que l'Etat en France et corrélativement, les responsabilités des Etats sont plus importantes aux Etats-Unis que celles des régions en France ; l'initiative privée joue un rôle plus grand et l'activité économique réserve une plus large place aux lois du marché. Ces tendances se reflètent dans la comparaison des règles de fonctionnement et de financement des systèmes de santé des deux pays.

255

En préambule à son projet de réforme du système de santé, le *Health Security plan* d'octobre 1993¹, le Président Clinton soulignait d'une part la qualité technique de la médecine américaine et d'autre part deux sujets d'inquiétude : l'insécurité en matière de protection sociale de la population et le caractère alarmant de la progression des dépenses de santé.

Cet article consacré au financement des soins médicaux aux Etats-Unis recouvre ces deux derniers aspects. Pour planter le décor, il débute par un bref rappel de l'organisation et du fonctionnement de la distribution des soins en comparaison avec la France. Il décrit ensuite les caractéristiques actuelles de la couverture des soins médicaux et leurs conséquences directes sur le financement des soins médicaux en soulignant comment elles influent sur les comportements des différents acteurs de la vie sociale et économique américaine. La dernière partie est consacrée à différents

* *Health Care Financing Administration (HCFA), Office of Research and Demonstration - Baltimore.*

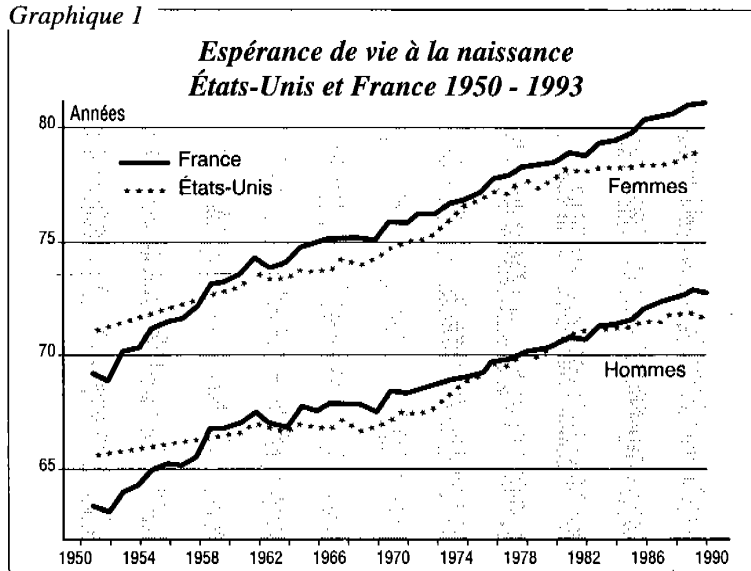
** *Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) - Paris.*
1. *President Clinton Health Care Reform Proposal and Health Security Act présenté devant le Congrès le 27 octobre 1993 Commerce Clearing House Inc.*
Cet article a été remis le 1er décembre 1994. Le lecteur comprendra ainsi l'absence de développements sur l'échec (prévu à l'époque) du plan Clinton.

aspects des réformes du financement des soins médicaux en cours ou en projet au niveau du Gouvernement fédéral ou au niveau de chacun des états.

Le système de santé aux Etats-Unis en 1994²

La grande majorité des Américains (87 %) se déclarent en bonne, ou en excellente santé. Pourtant, à travers les indicateurs de l'état de santé des populations, à la fois classiques et rudimentaires, que sont l'espérance de vie et la mortalité infantile, il semble que la santé des Américains soit moins bonne que celle des Français et qu'elle s'améliore moins vite (Graphique 1).

Graphique 1



256

En 1993, l'espérance de vie à la naissance était plus faible aux États-Unis qu'en France : 72,1 ans pour les hommes, soit 1,2 année de moins, et 78,9 ans pour les femmes, soit 2,6 années de moins. Les chiffres placent donc, pour ce paramètre, l'Amérique de 1993 au niveau de la France de 1987 pour les hommes et de 1983 pour les femmes. De façon analogue, le taux

2. Les données statistiques utilisées pour décrire le système de santé des États-Unis par comparaison avec la France sont, sauf indication contraire, extraites de Health United States 1993 (NCHS) pour les USA et d'ECO-SANTÉ France (CREDES)

de mortalité infantile de 1993 aux Etats-Unis - 8,3 pour 1 000 naissances - est égal à celui de la France de 1985. C'est essentiellement au cours des années 80 et au début des années 90 que l'écart entre les deux pays s'est creusé : la mortalité infantile a baissé à un rythme similaire, mais l'amélioration de l'espérance de vie a été plus lente aux Etats-Unis : +1,5 année pour les femmes et +2,1 années pour les hommes contre +3,1 années en France pour les deux sexes depuis 1980.

Les écarts entre Blancs et Noirs pour l'espérance de vie - 8,3 années pour les hommes et 5,8 années pour les femmes -, comme pour la mortalité infantile qui varie du simple à plus du double, indiquent dans une certaine mesure des inégalités de santé selon la race qui, loin de diminuer, ont plutôt eu tendance à s'accroître depuis 1980.

Le rôle des autorités publiques

Le Gouvernement fédéral aux Etats-Unis n'intervient dans les règles de la protection sociale et de la rémunération des prestataires de soins, qu'essentiellement à travers le programme *Medicare* et les programmes destinés aux anciens combattants, ainsi que par sa contribution partielle à *Medicaid*. Il ne contribue qu'en partie au financement de la formation des professionnels et à la distribution des soins aux plus défavorisés. Il n'y a aucune forme de planification au niveau fédéral. Les gouvernements des Etats sont actifs dans tous ces domaines ; ils assurent avec une certaine diversité locale la gestion de *Medicaid*, et contrôlent plus ou moins le volume des équipements hospitaliers, de même qu'ils interviennent pour assurer l'accès aux soins médicaux des populations les plus défavorisées dans des dispensaires ou hôpitaux publics. Le fonctionnement du système de santé laisse donc un rôle important à l'initiative privée pour l'installation des professionnels et pour l'équipement hospitalier ainsi qu'aux lois du marché pour la protection sociale et les prix médicaux.

257

L'offre de soins : médecins, hôpitaux, managed care

Avec en 1992, une densité de 2,3 médecins actifs pour 1 000 habitants ainsi qu'une capacité hospitalière de 4,6 lits pour 1 000 habitants [AHA, 1993-1994], aux Etats-Unis l'offre de soins est relativement moins abondante mais plus diversifiée, plus spécialisée et plus technique. En France, la densité médicale s'élève à 2,7 pour 1 000 habitants (soit 17 % de plus) et l'on compte le double de lits d'hôpitaux - 9,5 lits pour 1 000 habitants -.

Dans les deux pays, les médecins sont majoritairement des libéraux qui jouissent de la liberté d'installation et sont rémunérés à l'acte. Aux Etats-Unis la pratique de groupe est plus développée et les médecins ont systématiquement des accords avec des établissements hospitaliers où ils peuvent continuer à traiter leurs malades.

Le corps médical est plus spécialisé aux Etats-Unis, avec une proportion de 39,4 % seulement des médecins libéraux qui donnent des soins primaires³, contre 50,7 % en France dont 47,3 % pour les seuls généralistes.

Les hôpitaux sont en majorité des établissements privés à but non lucratif ; leur principale activité est naturellement de donner des soins à des malades qu'ils hébergent mais avec leurs services de consultations externes en pleine expansion qui assurent 15 % des services de médecins, ils jouent un plus grand rôle dans les soins ambulatoires qu'en France. Les services hospitaliers de court séjour avec 88 % des lits, contre 52,8 % en France, représentent une part plus grande de l'hospitalisation. Les hôpitaux américains emploient relativement plus de personnel - 3,7 personnes à plein temps par lit, contre 1,7 en France et possèdent plus d'équipements techniques : 73 % d'entre eux ont un scanner et 21 %⁴ un appareil de RMN [Bureau of the Census, 1993].

Au cours des années récentes de nouvelles formes de distribution de soins, relevant du «*managed care*» sont nées ou se sont développées, généralement avec l'objectif de limiter la croissance des dépenses de santé. Les *Health Maintenance Organizations (HMO)* regroupent les fonctions de l'assurance et de la distribution des soins : elles emploient des personnels propres ou font appel à un réseau de prestataires de soins, pour fournir à leurs adhérents les soins dont ils auront éventuellement besoin en échange d'une cotisation forfaitaire annuelle ; on estime que 15 % de la population font partie d'une HMO. Les *Preferred Provider Organization (PPO)* sont des regroupements de producteurs - médecins, hôpitaux, autres... - constitués en réseaux à l'initiative des assureurs, qui acceptent de pratiquer des prix plus bas pour leurs adhérents afin de s'assurer préférentiellement leur clientèle. Les *Individual Practice Association (IPA)* agréent des médecins généralistes, qu'ils rémunèrent le plus souvent à la capitation et à qui leurs membres doivent s'adresser pour recevoir des soins ou pour être orientés vers d'autres prestataires de soins. Ces médecins peuvent néanmoins avoir parallèlement une pratique indépendante des *IPA*.

258

La couverture financière des soins médicaux

Aux Etats-Unis la *couverture financière* collective des dépenses de santé est moins étendue et plus variée dans ses modalités qu'en France ; elle est liée aux caractéristiques démographiques, sociales et économi-

3. Généralistes, médecine de famille, internistes, pédiatres. Données de 1992.

4. Ces statistiques concernent les *Community Hospitals*.

5. On continuera à utiliser dans le texte ce terme typiquement américain jusqu'à présent qui pourrait être traduit par l'expression «soins gérés».

ques des individus et évolue au cours de leur vie. En 1992, un peu moins des trois quarts de la population étaient protégés par une assurance privée, tandis qu'un quart était couvert par l'ensemble des programmes publics et que près de 15 % de la population n'avaient aucune protection⁶ [CRS, décembre 1993]. Cette proportion élevée, fait des États-Unis un cas à part dans les pays de l'OCDE et pose des problèmes de politique sociale au plan national.

Medicare, institué en 1965, est un programme du gouvernement fédéral qui concerne les personnes âgées à partir de 65 ans et les handicapés, soit environ 13 % de la population. Son financement provient de trois sources : le budget fédéral, des cotisations salariales et des primes que versent les intéressés. *Medicare* comporte une assurance hospitalière (Partie A) et une assurance supplémentaire pour les soins médicaux (Partie B), mais ne couvre ni les dépenses pharmaceutiques, ni l'hébergement dans les établissements plus ou moins médicalisés de long séjour. Les modalités de la prise en charge sont différentes pour les deux parties mais font appel dans les deux cas à une participation financière non négligeable de la part des malades, sous forme de franchise et de tickets modérateurs. Pour combler l'écart (*Medigap*) entre les coûts réels et les frais réellement couverts, les deux tiers des personnes relevant de *Medicare* ont recours à des assurances privées.

259

Medicaid date également de 1965. C'est un programme financé conjointement par le Gouvernement fédéral et par les États, qui s'adresse à des personnes à la fois pauvres et répondant à certaines caractéristiques (personnes âgées, aveugles, handicapés, femmes enceintes, familles d'enfants dépendants...). *Medicaid* couvre environ 10 % de la population. Les États ont la responsabilité, en conformité avec les principes généraux du Gouvernement fédéral, de fixer les conditions, notamment le seuil maximum de ressources requises pour être couvert, l'étendue des services pris en charge et les règles de la couverture : le programme *Medicaid* a donc un contenu variable selon les États. Dans l'ensemble, il couvre un éventail plus large de soins médicaux que *Medicare*, en particulier la pharmacie prescrite et les soins en institutions de long séjour, moyennant des contrôles plus stricts sur les conditions d'accès aux soins.

Medicaid a la possibilité de demander une modeste participation financière aux malades, mais paie directement les producteurs de soins selon des prix imposés qu'ils ne peuvent pas dépasser.

Le recours à des assurances privées est la seule possibilité pour la grande majorité de la population d'obtenir une couverture des soins médicaux. Sur les 73,2 % de la population qui y adhèrent, elle est la seule

6. 12 % de la population sont protégés simultanément par plusieurs types d'assurance.

source de protection contre la maladie pour 61,6 %, tandis que pour les 11,6 % restant elle intervient en combinaison avec les programmes publics. Dans la plupart des cas (59,3 % de la population) la couverture est obtenue dans le cadre de contrats de groupes souscrits par l'employeur et exonérés d'impôts, mais pour 12,5 %, l'assurance est personnelle et souscrite à l'initiative de l'individu.

Les conditions d'adhésion et le montant des primes d'assurance privée sont très variables, de même que l'étendue des services médicaux couverts, le taux de couverture et les modalités de paiement. L'état de santé des candidats à l'assurance intervient dans la détermination des primes et peut même entraîner un refus de couverture de la compagnie. Dans 75 % des cas, les contrats ne sont établis que pour une période limitée et peuvent être modifiés par la suite.

De façon générale, les règles de la prise en charge par les assurances privées comportent une franchise de dépenses à la charge intégrale du malade et un ticket modérateur, mais les modalités de la couverture varient selon les différents soins, selon l'organisme d'assurance et selon les contrats. Dans l'ensemble, l'hospitalisation est le secteur le mieux pris en charge tandis que la pharmacie et les soins de long séjour sont peu et mal couverts. De plus en plus, les assureurs ont tendance à imposer dans leurs contrats certaines procédures de contrôle de l'accès aux soins (choix des prestataires, double avis...) et des prix.

260

Les dépenses de santé

Aux Etats-Unis les dépenses de santé sont particulièrement élevées par comparaison avec les autres pays de l'OCDE [ECO-SANTE OCDE 1993, Schieber et al. 1994]. En 1993, elles représentaient 884,2 milliards de \$ soit en moyenne 3 299 \$ par personne et 13,9 % du PIB [Levit et al., 1994]. En France, la même année, la dépense nationale courante de santé représentait 11 313 Francs en moyenne par habitant, soit environ 40 % de moins et 9,5 % du produit intérieur brut.

Les dépenses de santé en 1993

En 1993, le financement des dépenses de santé dans leur ensemble provient pour 43,9 % de fonds publics, pour 33,5 % des assurances privées, et pour 17,8 % directement des malades eux-mêmes ; le reste, 4,8 % représente des fonds privés variés, dont la philanthropie. Cette structure découle à la fois des rôles dévolus respectivement au secteur public et au secteur privé dans l'assurance contre la maladie, la santé publique, la recherche et la formation.

Pour les seules *dépenses de soins médicaux personnels*⁷, qui représentent 88,5 % de l'ensemble des dépenses de santé, la comparaison avec la France rend bien compte de la moindre responsabilité du secteur public aux Etats-Unis⁸ dans le financement des soins (43,0 % des dépenses contre 75,1 %) ainsi que du rôle beaucoup plus important que jouent les assurances privées (33,0 % des dépenses contre 10,1 %) ; elle souligne aussi que les malades doivent supporter directement une part sensiblement plus élevée de leurs dépenses de soins (20,1% contre 14,9 %). Cette structure de financement concerne le payeur final des soins médicaux et ne rend pas compte du rôle réel des différents acteurs, ménages, employeurs, gouvernements dans le financement de la santé puisque les ménages par exemple payent non seulement directement certaines de leurs dépenses de soins mais ont aussi à leur charge une partie des primes d'assurance privée et certaines contributions à *Medicare*. On reviendra sur ce point plus loin.

Les dépenses faites par le secteur public proviennent pour 76,8 % de l'Etat fédéral et pour 23,1 % des états et des autorités locales ; elles correspondent pour les trois quarts à *Medicare* et *Medicaid* qui couvrent ensemble 21 % de la population, mais 33,8 % des dépenses de soins médicaux personnels du fait que les populations couvertes par les deux programmes -personnes âgées et/ou démunies- sont plus malades et ont donc plus souvent recours aux soins médicaux en général et à l'hospitalisation en particulier.

Les paiements des assurances constituent la majorité du financement privé (57,9 %) et 32,9 % de l'ensemble des dépenses de soins personnels, mais compte tenu des règles de couverture, les malades gardent à leur charge directe et finale un cinquième de leurs dépenses de soins.

Les structures de financement sont variables selon les types de soins. Elles découlent à la fois du profil d'utilisation des soins propre à chaque catégorie de population et des règles de la couverture adoptées par les programmes publics ou les contrats d'assurance privée (Tableau 1, Graphique 2).

- Le financement public est prépondérant pour l'hospitalisation, les soins à domicile et les *nursing homes* auxquels les personnes âgées ont recours plus que les autres. Pour l'hospitalisation, qui est courante dans la

7. *Personal Health Expenditures*, qui correspondent en France dans la terminologie des comptes de la santé à la consommation médicale totale.

8. On tire cette conclusion en adjoignant, comme le fait l'OCDE, le financement par la Sécurité sociale au financement public. La structure de financement en France selon cette définition serait: 75 % pour le secteur public, 16 % pour les ménages, 9 % pour les mutuelles et assurances privées.

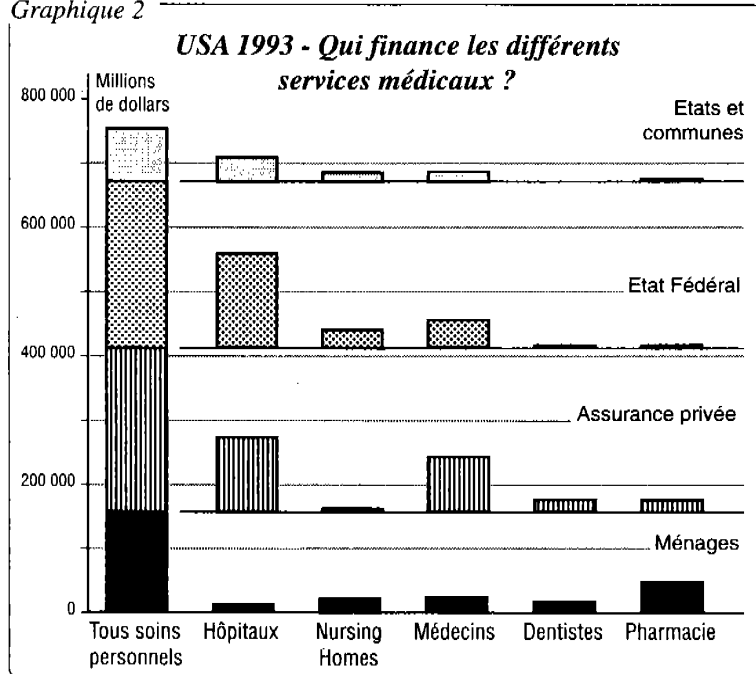
9. Pour la validité de la comparaison, on ajoute pour la France les assurances privées proprement dites, les Caisses de prévoyance et les mutuelles.

Tableau 1 : Le financement des soins médicaux personnels aux États-Unis en 1993

	Total des soins personnels	Hôpitaux	Nursing Homes	Services de médecins	Services de dentistes	Services dentaires	Services de dentistes	Autres services	Soins à domicile	Pharmacie	Prothèse	Divers
Milliards de dollars												
- Financement privé total	445 480	143 695	26 009	113 053	35 640	35 640	35 640	40 626	9 400	65 778	8 466	2 814
Ménages	157 466	9 123	22 969	26 235	18 691	18 691	18 691	21 174	4 332	47 361	7 580	0
Assurance privée	258 050	117 752	1 739	84 079	16 794	16 794	16 794	15 843	2 540	18 417	886	0
Autres fonds privés	29 965	16 820	1 301	2 739	154	154	154	3 608	2 528	0	0	2 814
- Financement public total	337 033	182 864	43 672	58 143	1 743	1 743	1 743	10 594	11 381	9 177	4 170	15 348
Etat Fédéral	258 960	149 200	28 334	45 033	993	993	993	7 267	9 848	4 732	4 013	9 540
Medicare	151 101	92 700	6 124	34 817	0	0	0	5 643	8 072	0	3 745	0
Medicaid	73 105	32 070	20 792	7 560	882	882	882	774	1 777	4 542	0	4 798
Etats et collectivités locales	78 073	35 664	15 218	13 110	750	750	750	3 327	1 533	4 446	157	5 808
Medicaid	39 613	10 307	15 227	4 930	659	659	659	606	1 454	3 131	0	3 308
Ensemble	782 513	326 559	69 621	171 196	37 383	37 383	37 383	51 220	20 781	74 956	12 636	18 102
Pourcentages												
- Financement privé total	56.9	44.0	37.4	66.0	95.3	95.3	95.3	79.3	45.2	87.8	67.0	15.5
Ménages	20.1	2.8	33.0	15.3	50.0	50.0	50.0	41.3	20.8	63.2	60.0	0.0
Assurance privée	33.0	36.1	2.5	49.1	44.9	44.9	44.9	30.9	12.2	24.6	7.0	0.0
Autres fonds privés	3.8	5.2	1.9	1.6	0.4	0.4	0.4	7.0	12.2	0.0	0.0	15.5
- Financement public total	43.1	56.0	62.6	34.0	4.7	4.7	4.7	20.7	54.8	12.2	33.0	84.5
Etat Fédéral	33.1	45.7	40.7	26.3	2.7	2.7	2.7	14.2	47.4	6.3	31.8	52.5
Medicare	19.3	28.4	8.8	20.3	0.0	0.0	0.0	11.0	38.8	0.0	29.6	0.0
Medicaid	9.4	9.8	29.9	4.4	2.4	2.4	2.4	1.5	8.6	6.1	0.0	26.4
Etats et collectivités locales	10.0	10.3	21.9	7.7	2.0	2.0	2.0	6.5	7.4	5.9	1.2	32.0
Medicaid	5.1	3.2	21.9	2.9	1.8	1.8	1.8	1.2	1.8	4.2	0.0	18.2
Ensemble	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Pourcentages												
- Financement privé total	100.0	32.3	5.8	25.4	8.0	8.0	8.0	9.1	2.1	14.8	1.9	0.6
Ménages	100.0	5.8	14.6	16.7	11.9	11.9	11.9	13.4	2.8	30.1	4.8	0.0
Assurance privée	100.0	45.6	0.7	32.6	6.5	6.5	6.5	6.1	1.0	7.1	0.3	0.0
Autres fonds privés	100.0	56.1	4.3	9.1	0.5	0.5	0.5	12.0	8.4	0.0	0.0	9.4
- Financement public total	100.0	54.3	12.9	17.3	0.5	0.5	0.5	3.7	3.4	2.7	1.2	4.6
Etat Fédéral	100.0	57.6	10.9	17.4	0.4	0.4	0.4	2.8	3.8	1.8	1.5	3.7
Medicare	100.0	61.3	4.1	23.0	0.0	0.0	0.0	3.7	5.3	0.0	2.5	0.0
Medicaid	100.0	45.8	28.4	10.3	1.2	1.2	1.2	1.1	2.4	6.2	0.0	6.6
Etats et collectivités locales	100.0	43.1	19.6	16.8	1.0	1.0	1.0	4.3	2.0	5.7	0.2	7.4
Medicaid	100.0	26.0	38.4	12.4	1.7	1.7	1.7	1.5	3.7	7.9	0.0	8.4
Ensemble	100.0	41.7	8.9	21.9	4.8	4.8	4.8	6.5	2.7	9.6	1.6	2.3

Source : Levit et autres, 1994 - HCFA

Graphique 2



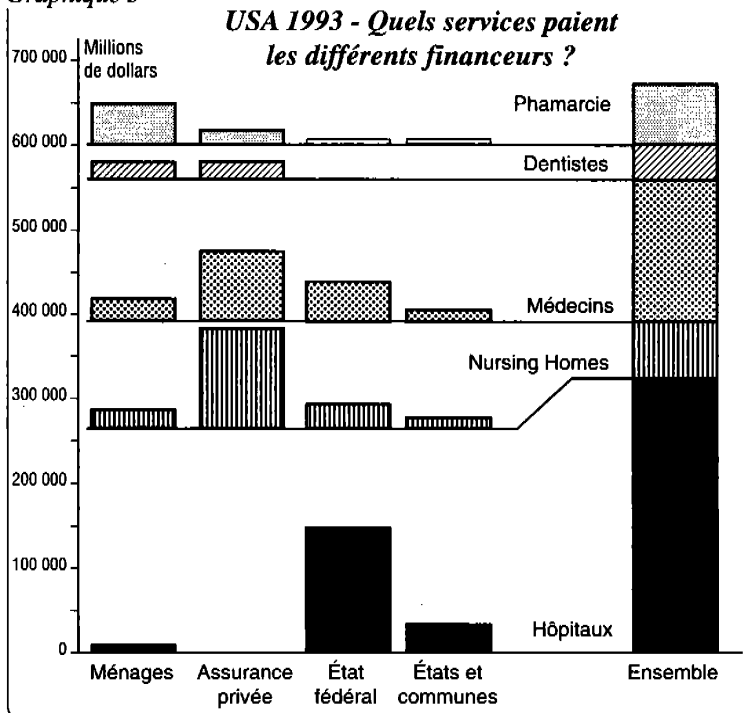
quasi-totalité des contrats d'assurance, seuls 2,8 % des dépenses restent à la charge finale des malades.

- La contribution directe des ménages est la plus élevée pour les soins qui ne sont pas ou mal couverts par les compagnies d'assurance ou par les programmes publics : elle est de 63,2 % des dépenses pharmaceutiques - consommation qui n'est pas couverte par *Medicare* et qui donne lieu à des tickets modérateurs élevés lorsque les assureurs privés la prennent en charge - de 50,0 % pour les soins dentaires et de 33,1 % pour les séjours en *nursing homes*.

Dans la classification retenue pour la présentation des comptes de la santé, l'hôpital constitue globalement le premier poste (41,7 %) de l'ensemble des dépenses de soins personnels, suivi par les services de médecins (21,9 %), les produits pharmaceutiques (9,6 %), les soins en *nursing homes* (8,9 %), les soins dentaires (4,8 %), les autres services de professionnels variés (6,5 %), les lunettes et appareils thérapeutiques (1,6 %), les soins à domicile. Cependant, cette classification varie selon le financeur : les soins hospitaliers et les services de médecins représentent plus de 80 % de leurs dépenses pour *Medicare* et pour les assureurs privés, tandis que

la part des *nursing homes* et celle de la pharmacie est relativement plus forte pour le programme *Medicaid* et pour les ménages (Graphique 3).

Graphique 3



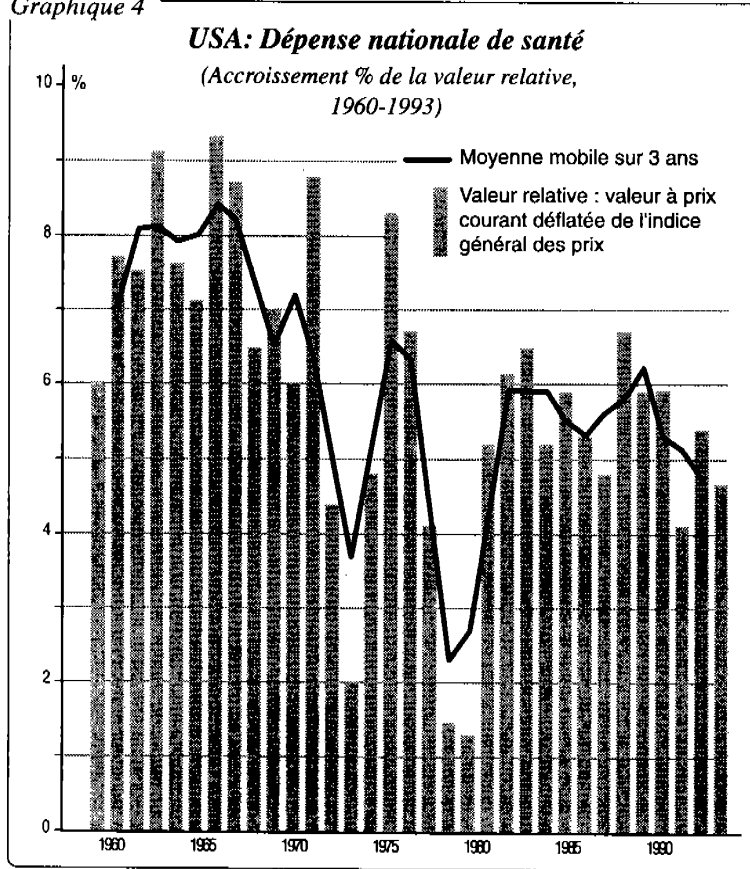
264

L'évolution des dépenses de santé et de leur financement

Comme dans la plupart des pays européens les dépenses de santé se sont accrues aux Etats-Unis plus vite que la richesse nationale dans son ensemble. Entre 1960 et 1993 le taux moyen d'accroissement annuel a été de 11,1 % en monnaie courante et de 5,9 % pour les dépenses déflatées de l'indice général des prix à la consommation ; au cours de la même période, la part de la dépense nationale de santé dans le produit intérieur brut est passée de 5,3 % à 13,9 %. Sur l'ensemble des 33 années la progression des dépenses de santé aux Etats-Unis apparaît donc moins rapide qu'en France¹⁰. Cependant, alors que la France a connu une décélération lente

10. Entre 1960 et 1993 le taux de progression a été en moyenne de 13,1 % pour la valeur nominale et de 6,4 % pour la valeur relative. La part de la dépense nationale de santé est passée de 2,8 % en 1960 à 10,2 % en 1993.

Graphique 4

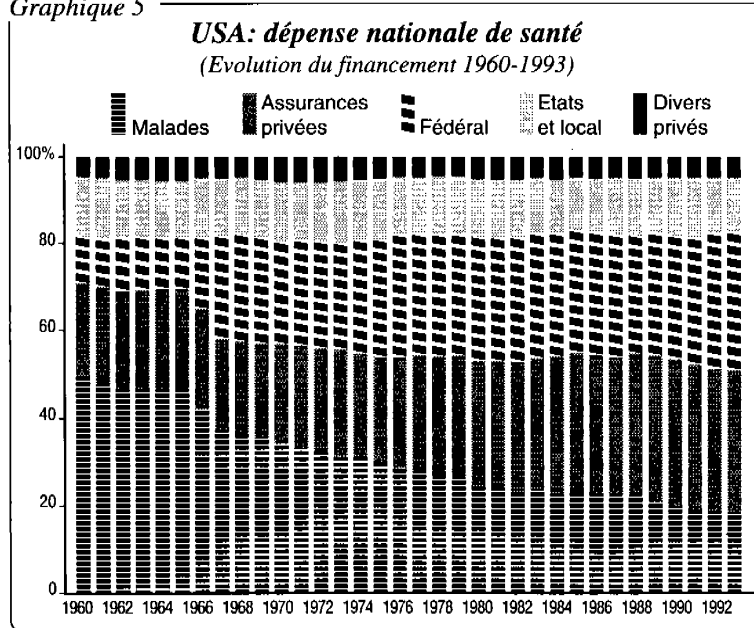


265

mais certaine de la progression des dépenses de santé, en particulier depuis la fin de la généralisation de la protection sociale et la mise en oeuvre de plans successifs de maîtrise, l'évolution aux États-Unis se présente différemment (Graphique 5). Un mouvement de décélération a bien suivi la mise en place de *Medicare* et *Medicaid* en 1965, mais il s'est interrompu au début des années 80. Le taux de croissance des dépenses de santé en valeur relative¹¹ s'est situé au niveau relativement élevé de 5,5 % par an entre 1980 et 1993 alors qu'à la même époque il était de 3,8 % en France ; de même la progression de la part des dépenses de santé dans le

11. Valeur relative = valeur nominale déflatée de l'indice général des prix à la consommation.

Graphique 5



266

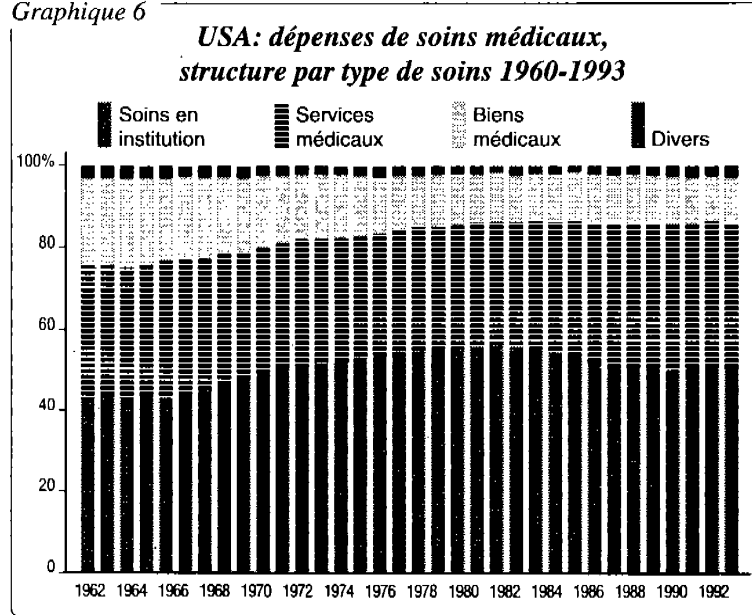
produit intérieur brut a été 2 fois plus importante aux Etats-Unis (4,6 points de plus en 13 ans) qu'en France (2,1 points de plus). Cet inversement de tendance dans la comparaison des deux pays est intervenu dans un contexte caractérisé en France par l'extension de la protection maladie à l'ensemble de la population et par la prise de conscience par les politiques que l'importance de leur rôle dans le financement des soins leur donnait les moyens d'agir sur l'évolution des dépenses de soins. A la même époque les Etats-Unis misaient sur le développement de la concurrence et sur le *managed care* pour ralentir la hausse des dépenses de santé.

Aux Etats-Unis, en dépit de l'absence d'une assurance maladie réglementaire, le paiement des soins médicaux relève de plus en plus de financements collectifs, publics ou privés, tandis que la part payée directement par les malades diminue ; elle est passée de 49,2 % du total des dépenses de soins en 1960 à 17,8 % en 1993, avec une baisse marquée en 1966-1967 après la mise en place de *Medicare*. Pour les mêmes raisons, la part de l'Etat fédéral a beaucoup augmenté les mêmes années, et parce que *Medicare* et *Medicaid* couvrent des populations dans l'ensemble plus malades que la moyenne, elle a presque triplé entre 1960 (10,7 %) et 1993 (31,7 %).

La part de l'assurance privée dans le financement des dépenses de soins médicaux a également augmenté sur l'ensemble des 33 dernières années, passant de 21,6 % en 1960 à 33,5 % en 1993. Mais, elle a régressé en 1966-1967, probablement du fait d'une substitution par le financement public pour les personnes âgées de plus de 65 ans ; depuis 1990, elle semble être stabilisée, peut-être en conséquence des efforts de maîtrise mis en place par les employeurs.

Sans que l'on puisse relier directement la déformation de structure des dépenses de soins par type de services à l'évolution des méthodes de financement plus qu'aux techniques de soins intervenues dans les évolutions ou les modes de vie des populations, on peut constater (Graphique 6) que la part des soins en institutions (hôpitaux et *nursing homes*) qui avait augmenté entre 1960 et 1993 a commencé à régresser lorsque le paiement prospectif a été institué¹² ; corrélativement c'est la part des services ambulatoires qui s'est accrue.

Graphique 6



12. L'interprétation relevant des seules incitations financières paraît d'autant plus insuffisante que la baisse relative de l'hôpital est intervenue à la même époque dans de nombreux pays d'Europe et qu'aux Etats-Unis, le paiement prospectif ne s'applique réglementairement que dans le cadre de Medicare

Le financement des soins médicaux et les différents acteurs

Les règles de financement des dépenses de santé et leur croissance posent des problèmes à la population, aux employeurs, aux producteurs de soins, au gouvernement et aux assureurs qu'elles affectent différemment en fonction de leur place respective dans la consommation, la distribution et le paiement des soins médicaux.

La population : une couverture inégale

Paradoxalement, les Américains sont majoritairement satisfaits des soins médicaux qu'ils reçoivent (80 %), mais très sévères sur le fonctionnement de leur système de santé [Robert J. Blendon et al., 1991] : 10 % seulement estiment que le système marche assez bien et ne nécessite que des changements mineurs. Parmi les principaux sujets de mécontentement figurent : le coût élevé des soins - dont 660 dollars reste en moyenne à la charge de chacun -, la croissance trop rapide des dépenses de santé et la peur de perdre l'assurance maladie en cas de perte de l'emploi.

On l'a dit, les règles actuelles de la couverture des dépenses de santé laissent 15 %¹³ de la population et 16,6 % des moins de 65 ans sans aucune couverture. Pour une partie d'entre eux c'est un choix personnel, mais pour beaucoup ce sont des raisons économiques qui motivent cette situation : 59 % des adultes non couverts déclarent qu'ils n'ont pas eu les moyens financiers de s'assurer, d'autres qu'ils ont perdu leur assurance en perdant leur emploi [Diane Rowland et al., Health Affairs, 1994]. A côté de ceux qui ne sont absolument pas couverts, on note une proportion élevée de sous-assurés, c'est-à-dire couverts uniquement pour les maladies très coûteuses et non pour la plupart des services médicaux.

La grande majorité (84 %) de ceux qui ne sont pas couverts sont des salariés ou des ayants droit de salariés. On perçoit ainsi les dysfonctionnements des assurances offertes dans le cadre de l'emploi. La fréquence de l'assurance maladie varie avec la taille de l'entreprise et l'interruption d'activité entraîne la perte de la protection ; moins d'un tiers (32 %) des petites entreprises de moins de 25 salariés proposent une assurance maladie alors que la proportion d'assurés est de 83,7 % dans les grandes entreprises de plus de 1 000 salariés. La fréquence des non-couverts est élevée (40 %) dans les emplois saisonniers de l'agriculture, de la pêche, des services ; alors qu'elle est plus faible dans les secteurs d'activité à forte présence syndicale comme les mines ou l'industrie. Puisque l'assurance individuelle est extrêmement coûteuse ou même inaccessible pour cer-

13. Ce chiffre constitue une moyenne sur l'année. La durée de la période «sans assurance» est variable; pour 22 % elle est inférieure à 4 mois et pour 35 % elle couvre l'année complète.

tains, l'assurance maladie est considérée comme le plus précieux des avantages sociaux et devient un facteur important du choix d'un emploi, de même que la crainte de perdre la protection sociale joue dans le sens de la fidélité à l'employeur et à l'encontre la mobilité professionnelle.

Ne pas avoir d'assurance ne signifie pas pour autant ne pas pouvoir se faire soigner ; les personnes non assurées peuvent recevoir des soins dans les services d'urgence des hôpitaux, dans le circuit du bénévolat, dans les dispensaires publics. Néanmoins, lorsqu'ils ne sont pas couverts par une assurance maladie, 29 % des Américains se déclarent non satisfaits des soins qu'ils reçoivent et s'estiment plus souvent que les autres en mauvaise santé. De nombreuses études montrent qu'ils accèdent plus difficilement aux soins médicaux et qu'ils sont effectivement en moins bonne santé [Peter Franks, 1993 ; Howard E. Freeman, 1993 ; Stephen H. Long, 1994].

Les non-assurés consomment 39 % de moins de soins médicaux ambulatoires qu'un groupe analogue d'assurés et 33 % de moins de soins hospitaliers ; l'écart est du même ordre pour tous quelle que soit la gravité de leur état de santé. Ils ont peu recours à des services de prévention et arrivent à l'hôpital dans un état plus grave. Enfin, l'absence prolongée d'assurance semble augmenter de façon significative le risque de mort prématurée et les taux de mortalité hospitalière pour certains diagnostics.

Les employeurs : des charges croissantes ?

Par leur rôle dans le financement des soins médicaux, les employeurs sont très sensibilisés à la croissance des dépenses de santé : en 1991, 60 % des américains étaient couverts pour la maladie dans le cadre de leur emploi. Les employeurs versaient au total 205,4 milliards de dollars [Cathy A. Cowan, 1993] pour les soins médicaux, dont les trois quarts recouvraient la part patronale des primes d'assurance privée proposées à leurs employés, le reste étant leur contribution aux recettes de *Medicare* et leur financement des services médicaux internes à l'entreprise. Bien que la part des dépenses de soins médicaux financée par les employeurs soit restée stable, autour de 28 %, au cours des années 80, les montants correspondants se sont accrus plus rapidement que les salaires directs. Le poids relatif de la santé dans les avantages sociaux versés par les entreprises à but commercial est passé de 31,2 % en 1980 à 48,6 % en 1991 et sa part dans la rémunération totale des salariés est passée pour la même période de 4,9 % à 7,6 %.

Le fait que le prix de chaque automobile produite à Detroit inclut de 500 à 700 dollars de soins médicaux payés par l'employeur est un leitmotiv de la plainte des employeurs qui soulignent que leur contribution au financement de dépenses de santé particulièrement élevées les met en position défavorable vis-à-vis de la concurrence internationale. Cette

position est probablement excessive [U.E. Reinhardt, 1989], ne serait-ce que parce que les contributions patronales à l'assurance maladie sont déduites du revenu imposable des entreprises, parce qu'une bonne assurance permet d'embaucher ou de garder un personnel de qualité et parce que les chiffres montrent que par le jeu de substitutions entre les différents avantages indirects - retraite, chômage...- la part de l'ensemble des avantages sociaux dans les coûts de personnels n'a que très peu augmenté (16,1 % en 1980 et 17,3 % en 1993). Les Etats-Unis sont d'ailleurs, de ce point de vue, en position beaucoup plus avantageuse que l'Europe. Par ailleurs, une autre substitution s'opère entre salaire direct et avantages sociaux, les dispositions fiscales incitant les employeurs et leurs salariés à se mettre d'accord sur de moindres hausses de salaires en échange d'une protection sociale accrue [PPRC, 1994].

Face à la hausse des dépenses de santé, les employeurs ne sont pas restés des acteurs passifs. Ils ont, au contraire, agi dans plusieurs directions pour limiter leurs financements ; mais, selon leur taille et selon la composition démographique de leurs employés, tous ne disposent pas des mêmes armes. Les plus puissants se détournent des assureurs privés pour bénéficier de plus grandes possibilités de contrôle en assurant par eux-mêmes la protection sociale de leurs employés¹⁴, tandis que les plus petites entreprises essaient de se regrouper pour exercer ainsi une plus grande pression auprès des assureurs et obtenir des tarifs plus avantageux. La plupart des entreprises usent de la modulation de leur participation financière pour inciter leurs salariés à recourir à des organisations de *managed care* considérées comme plus économiques. Dans l'ensemble, les employeurs ont tendance à transférer vers les salariés une plus grande part du financement de la protection maladie en choisissant des polices d'assurance comportant des tickets modérateurs plus élevés ou limitant l'étendue des services couverts. Pour certains, une autre possibilité est d'investir pour substituer le capital au travail le moins qualifié et de diminuer ainsi le nombre de bas salaires, proportionnellement plus coûteux en couverture sociale et de favoriser le travail temporaire, le travail à temps partiel ou le recours à la sous-traitance.

Néanmoins, les employeurs craignent de payer pour ceux qui ne sont pas ou mal assurés ; seulement 12,7 % des dirigeants déclarent en 1990 dans une enquête que leur entreprise pourra maîtriser ses coûts, alors que plus de la moitié pensent que la maîtrise des dépenses de santé doit passer par une forme quelconque d'intervention du Gouvernement : références médicales, règles de paiement des soins [J.C. Cantor, 1993]...

14. En 1991, 74 % des entreprises de 1 000 à 3 000 personnes jouaient le rôle d'assureurs pour leurs employés.

Les autorités publiques : un devoir de régulation ?

Les *autorités publiques*, au niveau Fédéral et au niveau des états, assurent globalement 42,1 % de l'ensemble des dépenses de santé et 43,3 % des dépenses de biens et services médicaux ce qui leur confère une responsabilité particulièrement importante dans la gestion du système. Une autre raison du gouvernement pour intervenir sur la croissance des dépenses de santé réside dans le rôle qu'elles jouent sur l'évolution des déficits publics.

Si l'on ne s'en tient qu'aux fonds publics proprement dits, prélevés sur le budget fédéral ou sur le budget des états, ils représentent 35 % du financement des dépenses de biens et services médicaux¹⁵. Mais, les sommes correspondantes pèsent de plus en plus lourd dans les budgets : 20,5 % du budget fédéral en 1991 contre 11,6 % en 1980 et 21,4 % du budget des états contre 14,1 % en 1980 [Cathy A. Cowan, 1993]. Ces progressions sont inquiétantes pour la résorption de la dette et des déficits publics et peuvent conduire à des choix aussi impopulaires que l'augmentation des impôts ou la diminution des autres dépenses collectives pour l'éducation, la sécurité, la voirie...

Avec l'hypothèse sous-jacente que les lois du marché et de la concurrence ne jouent pas un rôle suffisant dans le secteur de la santé pour limiter la croissance des dépenses, le Gouvernement fédéral a progressivement été amené à intervenir, à travers *Medicare* principalement, pour réguler le système, sur les prix des soins reçus par les personnes qu'il protège. Depuis 1983, il rémunère les hôpitaux non plus en fonction d'un prix de journée mais par un forfait établi de façon *prospective* (*Prospective Payment System - PPS*) pour des groupes de diagnostics (*Diagnostic Related Groups - DRG*). Depuis 1992, *Medicare* rémunère les services de médecins en fonction de tarifs de référence (*Relative Value Scale*) basés sur les coûts de production et les médecins sont limités dans les dépassements qu'ils pratiquent et qui restent en tout état de cause à la charge des malades.

Jusqu'à présent ces stratégies n'ont eu qu'un effet partiel sur l'évolution de l'ensemble des dépenses : le PPS dans les hôpitaux s'est bien traduit par un ralentissement des coûts hospitaliers mais s'est accompagné, par un effet de transfert, d'une croissance plus forte des dépenses de soins ambulatoires ; quant aux médecins, ils ont dans un premier temps compensé le contrôle de leurs prix par un accroissement du volume des services produits [Stephen F. Jencks, 1991].

Au niveau des états, les difficultés de financement de *Medicaid* incitent

15. L'écart avec les 43,3 % cités plus haut provient des sommes qui sont versées par les employeurs et les ménages à *Medicare* : d'autre part une partie du financement public transite par l'assurance privée pour la couverture maladie des fonctionnaires

les responsables du programme à négocier plus durement les prix avec les producteurs de soins, à obtenir des ristournes pour les produits pharmaceutiques ou à limiter le nombre de bénéficiaires du programme en abaissant le seuil maximum de ressources ouvrant les droits. Certains Etats, plus imaginatifs que d'autres, ont cherché à obtenir une autorisation fédérale (*waiivers*) pour mettre en place des dispositifs de protection sociale plus innovants.

L'assurance privée : financement et gestion des soins

L'augmentation des dépenses de santé, les dispositions que les pouvoirs publics ou les employeurs ont prises pour y répondre et le domaine d'intervention des compagnies d'assurance privées sont interdépendantes. Celles-ci assurent un tiers des dépenses de services et de biens médicaux et sont elles-mêmes financées par les entreprises (62,4 %), par les ménages (21,3 %) et par les pouvoirs publics (16,2 %). Pour conserver ou étendre leur clientèle, la pratique des prix attractifs semble, pour les compagnies d'assurance l'élément majeur à prendre en compte. Cependant les prix pratiqués ne peuvent pas être indépendants des aspects techniques et économiques de la distribution des soins.

272

Dans cette optique, les politiques suivies ont d'abord consisté à découper ou à refuser d'assurer les personnes à haut risque, puis à abaisser les taux de couverture en réclamant au malade une plus forte contribution aux dépenses de soins, puis à intervenir avec un arsenal varié de dispositions restrictives sur l'accès aux soins et sur les pratiques professionnelles des producteurs de soins. La condition de l'entente préalable s'est répandue de même que le recours à un second avis avant la prise en charge d'une procédure importante ; dans certains contrats, les malades doivent obligatoirement avoir recours à une organisation de *managed care* ou ne peuvent choisir leur médecin que dans une liste limitative de praticiens qui ont un accord -généralement tarifaire- avec la compagnie d'assurance. Les assurances procèdent de plus en plus à une analyse personnalisée des consommations médicales pour ajuster dynamiquement les primes. Vis-à-vis des producteurs, les assureurs exercent des pressions pour obtenir des prix plus bas et éviter de financer indirectement leur manque à gagner que représentent les soins aux *uninsured* ou les paiements sous-estimés de *Medicare* ou *Medicaid*.

Les producteurs de soins : des contrôles accrus

Les pressions des financeurs des soins médicaux - responsables des programmes publics, compagnies d'assurance, employeurs et malades eux-mêmes- ont contribué à influencer la pratique des producteurs de soins, médecins et hôpitaux, au cours des dernières années. Leurs effets se

sont traduits non seulement sur le terrain des prix mais aussi sur le plan de la conduite professionnelle avec : la progression relative de la médecine ambulatoire, le développement des organisations de *managed care*, la variabilité des prix facturés et leur adaptation au contexte de la protection sociale.

Les changements intervenus dans le cadre de *Medicare* en 1983 pour la prise en charge des soins hospitaliers ont conduit les hôpitaux à glisser d'une rémunération *a posteriori* basée sur les journées vers un système de prix forfaitaire de traitement (*PPS*) attaché à des diagnostics (487 groupes) et fixé *a priori*. Les incitations correspondant au paiement forfaitaire semblent avoir contribué, tout comme l'évolution des techniques de soins, à la baisse des durées de séjour de 7,1 jours en 1980 à 6 jours en 1992 dans les hôpitaux de court-séjour non fédéraux et avoir favorisé le glissement vers l'activité de soins ambulatoires et de soins à domicile qui échappent en grande partie au *PPS*. Ainsi, les opérations de chirurgie ambulatoire représentaient plus de la moitié (54 %) du total des opérations chirurgicales en 1993 contre 16,4 % en 1980 ; pendant la même période, le nombre des consultations externes a augmenté de 33,2 % alors que les admissions diminuaient de 14,2 % et les journées de 23,2 %. Le choix du diagnostic comme base du paiement a été incitatif à surcoder chaque fois que possible les diagnostics des patients, à essayer d'attirer les diagnostics les plus rentables et à écarter les autres [AHA, 1993-1994].

273

Au total, les hôpitaux ont pu jusqu'à présent maintenir leurs marges d'exploitation [PPRC, 1994] en compensant le faible niveau des tarifs souvent imposés pour les malades relevant de *Medicaid* et en faisant payer proportionnellement plus les autres malades.

En tant que producteurs de soins, mais aussi en tant que prescripteurs, les médecins concourent à l'évolution des dépenses de santé. C'est à ces deux titres qu'ils sont concernés par les mesures prises par les financeurs. Depuis 1992, *Medicare* rémunère les médecins en fonction d'un barème basé sur la quantité et le coût des facteurs entrant dans la production des différents services (*RBVS*), en même temps qu'il limite les dépassements à la charge des malades. Dans l'ensemble, cette nouvelle nomenclature valorise plus l'acte intellectuel et la responsabilité des médecins et moins le recours aux équipements techniques ; à terme elle devrait donc en théorie, toutes choses égales par ailleurs, affecter à des degrés divers les différentes spécialités médicales.

Le revenu des médecins américains, après déduction des frais professionnels et avant impôt, est très supérieur à celui des médecins français. En 1992, il s'élevait en moyenne à 177 400 dollars, soit 10 fois le revenu disponible moyen par habitant [AMA, 1994]. Malgré le contexte rendu difficile par les réformes, les médecins libéraux ont connu entre 1982 et

1992 une progression de leur pouvoir d'achat de 2,2 % en moyenne par an alors que la progression était de 1,4 % pour l'ensemble de la population¹⁶.

C'est peut-être au plan de l'autonomie professionnelle que les médecins ont été le plus affectés par l'ingérence des différents financeurs. Les médecins sont nombreux à se plaindre des pressions exercées par le Gouvernement, les assureurs, et les directeurs d'hôpitaux sur plusieurs aspects de leur pratique. Pour étendre ou conserver leur clientèle, ils sont de plus en plus nombreux, les spécialistes en particulier, à donner des soins dans le cadre d'une ou plusieurs organisations de *managed care* (*HMO, PPO...*): en 1993, 75 %, contre 61 % en 1988, y consacraient une partie de leur activité et en retiraient en moyenne 35 % de leurs revenus [David W. Emmons et al., 1994]; leur activité et leurs prescriptions sont alors contrôlées par les gestionnaires. Les décisions des médecins totalement libéraux ne sont pas totalement libres non plus puisque les assureurs peuvent demander une entente préalable ou un contre-avis comme condition à leur prise en charge.

Des projets de réforme

Face à un système de santé coûteux et peu efficace, les projets de réforme se multiplient [Schieber, et. al, 1994]; ils visent, à travers des dispositions variables quatre sujets de préoccupation: la croissance des dépenses de santé, les inégalités d'accès aux soins, la qualité des services médicaux et l'amélioration de la santé publique. Au cours des deux dernières années, c'est le projet de l'Administration Clinton, présenté dans le *Health Security Act*, qui a occupé le devant de la scène, mais face à des oppositions diverses, il n'a pas réussi à être adopté avant le renouvellement du Congrès en novembre 1994 et ne le sera probablement pas dans le nouveau contexte politique où les Républicains ont la majorité. Les problèmes liés au financement du système de santé demeurent donc.

Après de nombreux mois de travail d'un groupe de 500 personnes présidé par Madame Hillary Clinton, le plan du président a été présenté au Congrès fin octobre 1994 dans un document volumineux exposant en détail ses objectifs et les dispositions organisationnelles pour y parvenir. En bref, les trois grandes finalités du plan Clinton sont:

- *une couverture généralisée et permanente* de la population qui ne serait plus suspendue aux aléas de la vie professionnelle, et qui ne pourrait être refusée à quiconque en raison de facteurs de risque ou de mauvais état de santé;
- *une maîtrise de la progression des dépenses de santé* par la diminution

16. Revenu disponible avant impôts déflaté de l'indice général des prix à la consommation.

des frais administratifs, par une limitation des taux de progression des budgets alloués à la santé et grâce au développement de la prévention qui limiterait les frais des soins lourds liés au recours tardif aux soins médicaux ;

- *une amélioration de la qualité des soins* par un développement des actions de prévention et de santé publique avec en particulier, le rééquilibrage du corps médical en faveur des médecins généralistes, des campagnes de vaccinations gratuites, des efforts de recherche et l'amélioration de l'information sur l'état de santé et sur l'efficacité des traitements.

Le dispositif organisationnel et financier du Plan Clinton, qui respecte dans une large mesure les principes sacro-saints de la concurrence, du marché, du libre choix, envisage :

- le pilotage du système de santé par les états sous la supervision au niveau fédéral d'un nouvel organisme de contrôle le *National Health Board*¹⁷ ;

- la constitution de *Health Plans*, organisations privées, devant accueillir sans discrimination toutes les personnes qui souhaitent y adhérer et leur garantir l'ensemble des soins et diagnostics faisant partie du panier (*National Benefit Package*) défini au plan fédéral ;

- la constitution de nouveaux organismes au niveau des Etats, les *Health Alliances*, chargées d'être des intermédiaires entre la population, et les *Health Plans*. Les *Health Alliances* sont chargées de collecter les moyens de financement des soins à la fois auprès des employeurs et de la population ; elles s'assurent que chacun de leurs membres a bien accès à un *Health Plan* et organisent la concurrence entre les plans en matière de tarifs et de qualité des soins fournis. On peut se représenter une alliance, coopérative d'achat, comme un organisme local de sécurité sociale desservant toute la population résidente dans sa zone d'opération.

Le financement des soins médicaux proviendra des employeurs à raison d'environ 80 % et de la population pour le reste. Il est cependant prévu des filets de sécurité pour les petites entreprises et pour les personnes sans ressources suffisantes. Dans les deux cas, c'est l'Etat fédéral qui interviendrait pour rétablir les équilibres. Le plan prévoit qu'aucune entreprise n'aurait à payer plus de 7,9 % des salaires pour les soins médicaux, les grosses entreprises pouvant offrir des alternatives à leurs salariés n'auraient alors pas à cotiser.

17. Le *National Health Board* aura la responsabilité générale du bon fonctionnement du système de santé. Il sera composé de 7 membres nommés par le Président et confirmés par le Sénat et présentera un rapport annuel au congrès. En particulier, il sera chargé de définir le panier des soins couverts et de le faire évoluer en fonction des techniques ; il surveillera la qualité des producteurs de soins.

L'échec à ce jour du Plan Clinton est révélateur des difficultés qu'il y a à bousculer l'ordre établi dans un domaine majeur au plan social et économique : l'opposition est venue, pour des raisons propres à chacun, de différents horizons ;

- du côté de l'assurance, la contrainte d'avoir à assurer tout le monde sans discrimination a effrayé les petits assureurs qui ont craint de ne pas être compétitifs vis-à-vis des alliances. Le lobby de l'assurance privée, largement représenté par la *Health Insurance Association of America* (HIAA) a lancé, avec un certain succès, une campagne de télévision contre le Plan Clinton ;

- les hôpitaux et les médecins se sont opposés à la limitation du budget santé et ont craint à la fois la limitation des honoraires et le développement du «*managed care*» ;

- Ils employeurs, particulièrement les petits, se sont dressés au nom de la concurrence contre l'obligation d'assurer leurs salariés en agitant le spectre du chômage et de l'inflation ;

- quant à la population, elle a clairement été influencée par les campagnes de dénigrement ; pour les personnes actuellement les mieux couvertes (*Medicare*, fonctionnaires, salariés de grosses entreprises...), la crainte entretenue d'avoir à renoncer à la liberté de choix, à payer plus d'impôts ou à subir une plus pesante bureaucratie l'a emporté sur les principes de la solidarité.

276

Les Européens sont familiers des difficultés politiques rencontrées pour réformer leurs systèmes de santé, qui après tout ne marchent pas si mal ; ils ne peuvent que s'étonner d'une situation analogue aux Etats-Unis où le mécontentement vis-à-vis du système de santé s'exprime largement. L'échec de la réforme Clinton illustre bien la remarque : «Il n'y a qu'en cas de catastrophe économique ou militaire que les démocraties se décident à faire voler en éclat tant de porcelaine au nom de la réforme [H.J. Aaron 1994].

Le Congrès a examiné d'autres projets de réforme qu'on peut classer en deux grandes catégories : les modèles à payeur unique et les projets basés sur le développement de la concurrence organisée (*managed competition*).

La toute récente proposition de Mc Dermott et Wellstone fait partie du premier groupe ; elle envisage que le Gouvernement fédéral rende obligatoire un système d'assurance maladie national, mais géré au niveau des Etats. Le financement transiterait par un nouvel organisme le *Health Security Trust Fund* et proviendrait à la fois d'un nouvel impôt et des crédits alloués aux programmes publics actuels. Le Gouvernement fédéral distribuerait à chaque Etat un budget établi en fonction du panier de soins pris en charge et des caractéristiques démographiques et sanitaires de la population couverte. Un tel système présente plusieurs avantages : la

simplicité administrative, la possibilité de contrôler les budgets alloués à la santé et la progressivité du prélèvement sur les revenus. Son universalité éviterait le transfert de coûts entre différentes catégories de malades auquel se livrent les producteurs actuellement. Soixante-dix pour cent de la population américaine ne sont cependant pas en faveur d'un système à payeur unique auquel ils reprochent d'être inflationniste en matière de recours aux soins, de comporter à terme le risque de rationnement et de donner un poids trop important à l'Etat fédéral.

Le développement de la concurrence et son organisation est une autre voie ; il vise une intervention accrue des acheteurs auprès des prestataires de soins eux-mêmes ou des assureurs. La proposition de Cooper et Breaux adopte cette optique ; elle repose, comme le Plan Clinton sur la création de coopératives d'achat, mais donnerait aux entreprises de plus de 100 salariés la liberté d'y recourir ou non pour couvrir leurs employés. Les critiques adressées à la proposition de Cooper/Breaux, ainsi qu'à toutes celles qui favorisent l'idée de la concurrence, concernent à la fois leur incapacité à maîtriser les coûts en ne s'appuyant que sur les lois du marché qui se sont montrées inefficaces jusqu'ici et le fait qu'elles ne contribuent guère à l'extension de la couverture maladie à l'ensemble de la population.

On peut penser qu'à défaut d'une réforme nationale qui ne fait pas l'unanimité, on assistera dans les prochains mois et les prochaines années au développement d'initiatives déjà enclenchées au niveau des différents Etats. Le Gouvernement fédéral est généralement favorable à une telle expérimentation en accordant des autorisations (*waivers*) dans le cadre de *Medicaid*.

Le cas de l'Oregon est bien connu. La philosophie générale du programme mis en place en 1994 peut se résumer à : «couverture plus large de la population mais éventail moins grand de soins couverts». L'Etat d'Oregon fait reposer le choix des services couverts sur leur hiérarchisation selon le rapport coût-efficacité.

A Hawaï, les réformes les plus récentes visent à la couverture universelle à travers l'extension de *Medicaid* ; mais d'ores et déjà les employeurs doivent obligatoirement financer l'assurance maladie et l'Etat donne des subventions pour favoriser les soins primaires et la prévention.

Depuis septembre 1994, la Floride a reçu l'autorisation d'expérimenter le *Florida Health Security Program*, avec pour partie des crédits fédéraux. Ce projet reprend en partie les dispositifs de la réforme Clinton et crée des coopératives d'achat pour organiser la concurrence, mais la participation des employeurs reste facultative. La Floride espère ainsi étendre l'assurance maladie à toutes les personnes en dessous de 2,5 fois le seuil de pauvreté.

Toutes ces expériences au niveau des Etats sont analysées au Congrès et il est pensable que les meilleurs inspirent un jour un projet national.

Conclusions

Aux Etats-Unis, les dépenses de santé sont très supérieures à ce qu'elles sont en France, tant en niveau absolu, qu'en pourcentage du Produit Intérieur Brut. Le fait que les Etats-Unis sont un pays plus riche, ne peut expliquer qu'une partie de l'écart ; on peut se demander dans quelle mesure les différences dans l'organisation du financement des soins médicaux n'y contribuent pas également.

Le financement des dépenses de santé provient aux Etats-Unis d'un grands nombres d'organismes, dont les règles de la couverture sont variables ; à un extrême, *Medicaid* prend en charge la totalité des dépenses, mais contrôle fortement les prix et à l'autre, une partie de la population paye intégralement ses dépenses de santé. Entre les deux, la majorité de la population est couverte par les contrats d'assurances privée, plus ou moins contraignants et plus ou moins généreux.

La dispersion des financeurs a pour corollaire la variabilité des conditions de la distribution des soins ; elle est un obstacle à une régulation générale. Les producteurs peuvent pratiquer des prix différents selon le statut de couverture des malades, rattrapant parfois sur les uns ce qu'ils perdent pour les autres.

Les projets de réforme se sont multipliés pour répondre d'une part à l'absence de couverture sociale pour 15 % de la population et d'autre part, à la croissance jugée trop rapide des dépenses de santé. L'échec du plan global présenté par le Président Clinton montre l'étendue des difficultés qu'il y a à modifier une situation existante, même si elle est critiquée par beaucoup.

Il est probable qu'à défaut de l'adoption d'un plan d'ensemble, les règles de la distribution des soins et de leur financement évolueront aux Etats-Unis sous l'influence d'initiatives locales ou professionnelles. Le mouvement est lancé dans les Etats qui tentent de greffer sur *Medicaid* des projets de couverture plus large de la population assortis de changement dans l'origine de financement ; les organismes d'assurance pour répondre à la demande de leurs clients, accroissent leurs interventions sur la distribution des soins.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Henry J Aaron, *Sowing the Seeds of Reform in 1994*. Health Affairs 1994.
- AHA Hospital statistics, 1993-1994 Edition, AHA
- American Medical Association (AMA), Center for Health Policy Research, *Socioeconomic Characteristics of Medical practice, 1994*. 1994.
- Robert J. Blendon, Jennifer N. Edwards. *System in Crisis : The Case for Health Care Reform*. Faulkner & Gray's Health Care Information Center, 1991.
- Joel C. Cantor, Nancy L. Barrant, Randolph A. Desonia, Alen B. Cohen and Jeffrey C. Merrill. *Business leaders' Views on American Health Care*. Health Affairs, Spring 1993.
- Congressional Research Service (CRS), *Characteristics of the Insured and Uninsured Populations in 1992*, Décembre 1993, The library of Congress.
- Cathy A. Cowan, M.B.A. and Patricia A. McDonnell. Business, *Households, and Governments : Health Spending, 1991*. Health Care Financing Review, Spring 1993, Volume 14, Number 3.
- ECO-SANTE FRANCE, Logiciel pour l'analyse du système de santé français. CREDES, 1994
- ECO-SANTE OCDE, CREDES /OCDE 1993/02. Logiciel pour une analyse comparative des systèmes de santé.
- David W. Emmons and Carol J Simon. *Recent trends in managed care Socioeconomic characteristics of Medical Practice 1994* - Center for Health Policy and Research. AMA. 279
- Peter Franks, MD ; Carolyn M. Clancy, MD ; Marthe R Gold, MD ; MPFI and Paul A. Nutting, MD ; MSPH. *Health Insurance and Subjective Health Status : Data from the 1987, National Medical Expenditure Survey*. American Journal of Public Health, September 1993, vol. 83, N° 9.
- Howard E. Freeman and Christopher R Corey. *Insurance Status and Access to Health Services among Poor Persons* - Health Services Research, 28, n°5, Décembre 1993.
- Stephen F. Jencks and George J. Schieber *Containing U. S. Health Care Costs. What bullet to bite ?* Health Care Financing Review, Annual Supplement 1991.
- Suzanne W. Letsch, Helen C. Lazenby, Katharine R. Levit and Cathy A. Conwan - *National Health Expenditures, 1991* - Health Care Financing Revue, Winter 1992, Volume 14, Number 2.
- Katharine R. Levit, Arthur L. Senenig, Cathy A. Conwan, Helen C. Lazenby, Patricia A. McDonnell, Darleen K. Won, Lekha Sivarajan, Jean M. Stiller, Carolyn S. Donham and Madie S. Steward. *National Health Expenditures, 1993*. Health Care Financing Revue, Fall 1994, Volume 16, Number 1.
- Stephen H. Long and M. Susan Marquis *Universal Health Insurance and Uninsured People : Effects on Use and Cost*. August 5, 1994, Office of Technology Assessment, Congressional Research Service - Library of Congress
- National Center for Health Statistics. *Health United States, 1993*. Hayattsville, Maryland : Public Health Service. 1994.

- Physician Payment Review Commission (PPRC), *Annual Report to Congress*, 1994.
- Uwe E. Reinhardt. *Health Spending and American Competitiveness*. Health Affairs, Winter 1989.
- Diane Rowland, Barbara Lyons, Alina Salganicoff, and Peter Long. *A Profile of The Uninsured in America*. Health Affairs, Spring 1994.
- Schieber George J., Poullier Jean-Pierre and Greenwald Leslie M., *Health System Performance In OECD Countries, 1980-1992*, Health Affairs, Fall 1994.
- U.S. Bureau of the Census, *Statistical Abstracts of the United States : 1993* (113th edition.), The reference Press, Inc, Washington, DC, 1993.