

N° 141

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1994-1995

Annexe au procès-verbal de la séance du 13 décembre 1994.

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (1) à la suite d'une mission effectuée aux Etats-Unis, sur le système de santé américain et ses projets de réforme,

Par MM. Jean-Pierre FOURCADE, *Président*, Jacques BIMBENET, François DELGA, Mme Marie-Madeleine DIEULANGARD, MM. Jean-Paul HAMMANN, Claude HURIET et Jacques MACHET,

Sénateurs

(1) Cette commission est composée de : MM. Jean-Pierre Fourcade, *président* ; Jacques Bimbenet, Claude Huriet, Franck Sérusclat, Louis Souvet, *vice-présidents* ; Mme Marie-Claude Beaudou, M. Charles Descours, Mme Marie-Madeleine Dieulangard, MM. Roger Lise, *secrétaires* ; Louis Althapé, José Balarello, Henri Belcour, Jacques Bialski, Paul Blanc, Eric Boyer, Louis Boyer, Louis Brives, Jean-Pierre Cantegrit, Francis Cavalier-Bénézet, Jean Chérioux, François Delga, Mme Michelle Demessine, MM. André Diligent, Jean Dumont, Mme Joëlle Dusseau, MM. Léon Fatous, Alfred Foy, Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis, MM. Jean-Paul Hammann, Roland Huguet, André Jourdain, Philippe Labeyrie, Henri Le Breton, Marcel Lesbros, Simon Loueckhote, François Louisy, Pierre Louvot, Jacques Machet, Jean Madelain, Max Marest, Charles Metzinger, Mme Hélène Missoffe, MM. Georges Mouly, Lucien Neuwirth, Louis Philibert, Guy Robert, Mme Nelly Rodi, MM. Gérard Roujas, Bernard Scillier, Pierre-Christian Taittinger, Martial Taugourdeau, Alain Vasselle.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
Synthèse du rapport	8
I. UNE COUVERTURE MEDICALE TRES ONEREUSE QUI PROTEGE PLUS LES PRODUCTEURS DE SOINS QUE LES CONSOMMATEURS	13
A. UN SYSTEME DE COUVERTURE MEDICALE DEvenu TRES COUTEUX AU REGARD DU SERVICE RENDU, ET QUI N'EST PLUS QUE PRETENDUMENT LIBERAL	15
1. Les inconvénients traditionnels d'un système assurantiel privé semblent désormais l'emporter sur ses avantages	16
<i>a) Les avantages d'un système de couverture médicale privée s'estompent, ou sont payés au prix fort</i>	16
<i>b) Les inconvénients semblent désormais l'emporter</i>	18
2. Les assurances privées ne financent plus que le tiers de la dépense de santé et ne sont pas chargées de la couverture sociale des personnes âgées	20
B. LA REVANCHE DES CONSOMMATEURS	22
1. Le médecin, l'avocat et le patient : une revanche perverse	22
2. L'adhésion croissante des consommateurs à des systèmes de soins coordonnés : une revanche plus vertueuse	24
II. LE PLAN CLINTON : ETENDRE LES EXPERIENCES HAWAIIENNE ET DE RANK XEROX A LA NATION AMERICAINE OU L'HISTOIRE D'UN ECHEC	27
A. UN PROJET AMBITIEUX	28
1. Les six principes de la réforme	28
2. The Health Security Act	31
B. LES RAISONS D'UN ECHEC	33
III. LES INITIATIVES PRISES PAR LES ETATS FEDERES	36
A. LA CALIFORNIE VEUT AMELIORER LE FONCTIONNEMENT DU MARCHÉ DE LA COUVERTURE MEDICALE	36
1. Les réformes entreprises par le Gouvernement: pour un accès universel à la couverture médicale	37
<i>a) Maitriser et améliorer l'efficacité de la dépense de santé</i>	37
<i>b) Élargir l'accès à la couverture médicale</i>	40

	Pages
	-
2. La "single payer initiative" et les propositions de John Garamendi : pour une couverture médicale universelle ...	42
<i>a) La "proposition 186" ou "single payer initiative": un million de Californiens auraient voulu aller plus loin</i>	<i>42</i>
<i>b) La proposition de John Garamendi, inspirateur de la réforme Clinton : pour une couverture médicale universelle, avec concurrence organisée des offreurs de soins</i>	<i>43</i>
B. L'OREGON VEUT DEVENIR LE LABORATOIRE DE LA GENERALISATION A COUT CONSTANT	46
1. Assurer une couverture médicale pour tous les pauvres au meilleur coût : la réforme de Medicaid	48
<i>a) Peuvent désormais entrer dans Medicaid toutes les personnes dont le revenu est inférieur au niveau fédéral de pauvreté</i>	<i>49</i>
<i>b) Afin d'atteindre l'objectif de généralisation à coût constant, l'étendue de la couverture médicale est limitée à un panier de biens et services médicaux.</i>	<i>50</i>
<i>c) Toujours en vue de limiter la dépense de santé, les patients bénéficiant de Medicaid sont de plus en plus placés sous "Managed care"</i>	<i>54</i>
2. Offrir une couverture médicale à tous les salariés au moindre coût	57
<i>a) Une mesure incitative : fournir aux petites entreprises des polices d'assurance moins chères</i>	<i>57</i>
<i>b) Une mesure autoritaire : l'obligation faite à tous les employeurs d'offrir une couverture médicale à leurs salariés ..</i>	<i>58</i>
CONCLUSION	61
TRAVAUX DE LA COMMISSION	63
I. Audition de M. Donald Kiefer	63
II. Compte rendu de la mission	65

Mesdames, Messieurs,

La dérive continue de la dépense de santé dans les pays occidentaux a incité les gouvernements à entreprendre une réflexion, puis des réformes en vue de contenir sa progression et d'améliorer son efficacité.

La France a ainsi mis en place un dispositif de maîtrise des dépenses de santé reposant sur des conventions conclues avec la plupart des professions de santé (médecins, laboratoires d'analyses médicales, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes) ainsi qu'avec les établissements de santé privés. Elle a ensuite, dans une loi du 25 juillet 1994, jeté les bases d'une réforme de la sécurité sociale en clarifiant la gestion des différentes branches du régime général et les responsabilités respectives des partenaires sociaux, du Parlement et du Gouvernement dans sa gestion.

Ces mesures préalables mises en oeuvre, le Gouvernement entend désormais procéder à une réflexion visant à définir une réforme plus ambitieuse qui modifierait notamment, la structure de financement de l'assurance maladie. A cette fin, M. Edouard Balladur, Premier ministre, a demandé à un groupe d'experts, MM. Raymond Soubie, Jean-Louis Portos et Christian Prieur, d'élaborer un livre blanc sur l'avenir de l'assurance maladie et au Commissaire au Plan de présenter des scénarios de réforme du financement de la protection sociale.

Souhaitant assumer le rôle qui est le sien dans la définition de la politique de protection sociale, la commission des Affaires sociales participe à cette réflexion ; elle a déjà fait part de premières propositions dans l'excellent rapport de notre collègue Charles Descours.

Afin de mieux exercer son rôle dans le travail législatif et d'énoncer des propositions constructives, elle entend de manière constante adosser sa réflexion à l'examen des expériences étrangères.

Elle avait ainsi envoyé une délégation aux Etats-Unis en 1987, au Canada en 1989, au Japon en 1990, en République Fédérale d'Allemagne en 1991 et en Suède en 1993.

Elle a souhaité, en 1994, confier à une délégation de sept sénateurs une mission d'information sur le système de santé américain et ses projets de réforme.

Présidée par M. Jean-Pierre Fourcade, Président de la commission des Affaires sociales, cette délégation était composée de MM. Jacques Bimbenet et Claude Huriet, vice-présidents, François Delga, Mme Marie-Madeleine Dieulangard, ainsi que par MM. Jean-Paul Hammann et Jacques Machet. Elle était accompagnée par Mle Marie-Claire Carrère-Gee, administrateur à la commission des Affaires sociales.

Le choix des Etats-Unis peut surprendre : le système de couverture médicale de ce pays est probablement celui qui, au sein des pays industrialisés, est le plus différent du nôtre, dans la mesure où il repose sur les assurances privées et l'aide sociale et où il n'offre pas, loin s'en faut, une protection identique à tous les citoyens.

Ce choix a reposé sur un constat, une thèse et un objectif.

Le constat est celui de la situation comparable des Etats-Unis et de la France au regard de l'évolution des dépenses de santé, qui progressent dans les deux pays avec une amplitude identique et supérieure à celle des autres pays industrialisés. Dès lors, les processus de réforme engagés par les Etats fédérés dans la limite de leurs compétences et par M. Bill Clinton, Président des Etats-Unis, en vue, non seulement de généraliser la couverture médicale, mais aussi de maîtriser les dépenses de santé, ne pouvaient qu'intéresser la commission des Affaires sociales.

La thèse, amplement vérifiée au cours de la mission, consiste à dire que la progression des dépenses de santé doit être analysée en termes d'offre de soins, quelles que soient la structure de la demande de soins, les techniques de solvabilisation de cette demande et quel que soit le caractère -égalitaire ou non- de cette solvabilisation. Les situations française et américaine étant marquées par une extension continue de l'offre de soins, elles peuvent être confrontées avec grand profit.

L'objectif est celui de la réforme du système de santé en France. Il n'est pas incohérent, pour réformer en France, d'observer la situation des Etats-Unis dans la mesure où l'analyse des processus de réforme en matière de santé publique dans les pays industrialisés révèle, quels que soient les particularismes des systèmes nationaux,

des réflexes communs. Il importe donc de confronter les expériences nationales en vue de déterminer de bonnes méthodes de réforme. En particulier, l'on observe que les relations entre une société et son système de santé étant marquées, comme la relation médecin-malade, par une prégnance des facteurs affectifs et des liens de confiance, elles se caractérisent par un très fort conservatisme. Dès lors, le sentiment de l'urgence d'une réforme du système de santé peut fort bien coexister avec une crispation empêchant toute réforme au motif que toute société perçoit son système de santé, au fond, comme le meilleur du monde.

La délégation de la commission des Affaires sociales a donc effectué une mission d'information aux Etats-Unis du 9 au 14 septembre 1994.

Elle avait initialement envisagé de se rendre à Washington D.C. en vue d'étudier les aspects fédéraux de la réforme du système de santé, puis à New-York City (New-York), à San Francisco (Californie) et à Portland (Oregon) afin d'y examiner les initiatives entreprises par les Etats fédérés.

Pour des raisons tenant aux difficultés majeures rencontrées par le président Bill Clinton pour faire adopter son plan de réforme par le Congrès, et aussi pour d'autres raisons qui ont empêché notre représentation à Washington d'établir un programme pour la délégation, l'étape "fédérale" de la mission à Washington a été annulée ainsi que, pour des raisons pratiques, celle de New York City ; cette annulation a malheureusement empêché les membres de la délégation de rencontrer M. Andréani, Ambassadeur de France aux Etats-Unis.

A San Francisco (Californie) et Portland (Oregon) où elle a reçu le meilleur accueil, la délégation a eu des entretiens très fructueux avec des membres des Gouvernements des Etats et des administrations concernées, les représentants des hôpitaux, des Health Maintenance Organizations ainsi que de l'industrie pharmaceutique et des biotechnologies.

La délégation souhaite exprimer ses remerciements les plus vifs, non seulement aux personnalités qui lui ont accordé des entretiens, mais aussi à M. Jean-Marie Martinel, Consul général adjoint à San Francisco et Mme Michèle Durand, attaché scientifique dans la même ville, ainsi qu'à Mme Pamela Harriman, Ambassadeur des Etats-Unis en France et à ses services, qui ont apporté un concours efficace et constant à l'organisation et au bon déroulement de cette mission d'information.

Synthèse du rapport

En faisant de la réforme du système de santé le thème central de sa campagne présidentielle et en affirmant qu'il était souhaitable et possible d'élargir le bénéfice de la couverture médicale tout en réduisant le coût global de la santé, M. Bill Clinton avait séduit, voici deux ans, les américains comme l'opinion publique internationale.

Depuis sa présentation au Congrès, le plan qu'il a élaboré a subi les feux croisés des entreprises, réticentes à l'accroissement de leur participation au financement de la protection sociale, des assureurs que la perspective d'une éventuelle réduction de leurs profits ne pouvait réjouir et d'une partie de l'opinion publique peu désireuse de payer pour le compte des plus démunis.

Aujourd'hui, la reconnaissance officielle par le Président des Etats-Unis de son incapacité à faire adopter son projet au cours de la présente législature nous invite à observer les initiatives prises par les Etats fédérés en la matière.

Une improbable réforme fédérale

Alors que les américains bénéficient d'une couverture de base généralisée pour la retraite et que cette généralisation a été réalisée sans générer de dérive financière, la couverture médicale, reposant sur les assurances privées et des programmes publics n'est pas, loin s'en faut, accessible à tous aux Etats-Unis, alors que la dépense de santé absorbe une part de plus en plus importante du produit intérieur brut.

Un américain sur sept ne bénéficie d'aucune couverture médicale. Contrairement à ce que l'on pense parfois en France, les exclus de la protection sociale ne sont pas les plus pauvres ou les plus âgés, qui sont pris en charge par les programmes publics Medicaid, cofinancé par l'Etat fédéral et les Etats fédérés et Medicare, programme exclusivement fédéral ; ce sont des personnes qui travaillent mais disposent de revenus trop importants pour bénéficier de Medicaid et trop faibles pour souscrire une assurance privée qui sont les véritables laissés pour compte du système.

Cette absence de généralisation de la couverture médicale n'est pas sans lien avec la dégradation de l'état sanitaire de la population américaine : les indicateurs de mortalité infantile, par exemple, placent les Etats-Unis à un rang peu enviable (21ème) au sein des pays industrialisés.

Pourtant, avec une dépense de santé qui absorbe 14 % du PNB, le système américain de soins peut être considéré comme le plus cher du monde.

Et, en l'absence de réforme, sa dérive financière est appelée à se poursuivre, entraînant avec elle la dépense publique consacrée aux programmes Medicaid et Medicare qui représente déjà près du tiers de la dépense totale de santé.

Le plan proposé par Bill Clinton pour remédier à cette situation avait deux objectifs : assurer la généralisation de la couverture médicale et maîtriser la dépense de santé.

Selon les promoteurs de ce plan, l'évidente contradiction entre ces deux objectifs pouvait être résolue si, parallèlement à la généralisation de la couverture, était entreprise une action tendant à améliorer l'efficacité de la dépense de santé ; celle-ci comprend aujourd'hui en effet une part non négligeable de coûts administratifs prélevés par les assurances et de transferts de charge résultant du paiement par les personnes assurées du coût des soins qui sont délivrés aux américains dépourvus de couverture médicale.

Le programme proposé faisait obligation aux employeurs de financer 80 % de la protection sociale de leurs salariés et de s'adresser à des alliances régionales qui se seraient vu confier un rôle d'intermédiaire dans la négociation avec les assureurs, l'idée étant de donner aux consommateurs de santé, en les regroupant, une plus grande marge de négociation avec les compagnies d'assurance afin d'obtenir le meilleur service au meilleur coût.

Parallèlement, l'activité de ces compagnies aurait été soumise à des règles strictes leur interdisant, par exemple, de fixer le montant des primes en fonction de l'état de santé des assurés ou même de refuser d'assurer certaines personnes. En outre, l'évolution de la dépense totale de santé (et donc celle du montant des primes d'assurance) aurait été limitée par un taux calculé annuellement en tenant compte de l'inflation et des changements démographiques.

Le bouclage financier du système, à savoir l'aide apportée aux petites entreprises et aux américains les plus pauvres, aurait été assuré grâce à une augmentation des taxes sur les cigarettes, la diminution des dépenses fédérales liées au programme Medicare, une taxe sur les grandes entreprises qui préféreraient assurer leurs employés sans passer par les alliances régionales ainsi que par un accroissement de la pression fiscale sur les sociétés d'assurance.

Ce plan qui tentait de résoudre deux objectifs sensiblement contradictoires sans bouleverser les structures existantes -c'est-à-dire sans rompre le lien entre l'emploi et la couverture médicale et sans remettre en cause le caractère privé des assurances santé, a cristallisé l'opposition des entreprises, des assureurs et des offreurs de soins.

M. Clinton n'est pas parvenu à faire adopter un seul de ces volets avant le renouvellement récent du congrès et il est désormais improbable qu'une réforme générale du système de santé voie prochainement le jour.

La Californie veut améliorer le fonctionnement du marché de la couverture médicale

Alors que le Plan Clinton proposait une généralisation de la couverture médicale, la Californie a tenté d'élargir son bénéfice d'une manière partielle et progressive en maîtrisant les coûts. Elle a pris le pari d'améliorer la situation des quelque 6 millions de Californiens non assurés (soit 1/5ème de la population) sans solliciter la générosité des contribuables et en faisant appel au volontariat.

Le premier volet de la réforme mise en place en Californie repose sur le constat que 75 % des personnes non assurées sont des salariés ou des ayants droit de salariés dont l'employeur, le plus souvent à la tête d'une petite entreprise, n'a pas souscrit d'assurance pour son personnel et dont les revenus ne sont pas assez importants pour qu'elles adhèrent à un contrat individuel. Le "HIPC" (Health Insurance Plan of California) a pour ambition d'aider les petites entreprises qui le souhaitent à obtenir des assureurs, grâce à la constitution d'un pool, des tarifs comparables à ceux qui sont consentis aux grandes entreprises.

Selon l'administration californienne, le HIPC a permis à ces petites entreprises d'obtenir des tarifs inférieurs de 6 à 23 % aux prix les plus bas du marché de l'assurance.

Faisant appel au volontariat et ne coûtant rien au contribuable, ce plan comporte des avantages -il a été accepté par la population- mais aussi des inconvénients : mis en place en juillet 1993, il a offert une couverture médicale à moins de 100.000 Californiens. Ce plan, certes indolore, ne sera donc pas de nature à résoudre le problème de l'absence de généralisation de la couverture médicale en Californie.

Le deuxième volet de la politique menée dans cet Etat vise à améliorer la protection des plus démunis d'une manière compatible avec la maîtrise des coûts.

En vue de stopper l'explosion des coûts de l'aide médicale qui ont triplé en dix ans, l'Etat de Californie assure de plus en plus ses bénéficiaires auprès des Health Maintenance Organizations (HMOs) qui offrent déjà à 50 millions d'Américains une prise en charge sanitaire au meilleur prix grâce à la coordination des soins qu'elles pratiquent. Pour une capitation annuelle d'un montant inférieur de 10 à 30% à celui des primes d'assurance, elles fournissent à leurs adhérents une prise en charge sanitaire gratuite (le patient ayant cependant souvent à acquitter un très faible ticket modérateur) pendant toute la durée d'assurance. Les seules contraintes imposées aux patients résident dans l'obligation de s'adresser aux médecins et hôpitaux qui, soit ont passé contrat avec la structure de soins, soit en sont ses collaborateurs ou salariés.

Parallèlement, un plan tendant à assurer la sécurité sanitaire des mères disposant de faibles revenus et de leurs enfants en bas âge a été mis en place en janvier 1992. Il a permis de donner à 15.000 mères et enfants un accès à des consultations maternelle et infantile. Le Gouvernement californien entend également installer, en deux ans, des centres de médecine préventive dans 700 écoles.

Troisième volet de sa politique de réforme, l'Etat de Californie a adopté des mesures tendant à réduire la dépense globale de santé. Une première loi, le Medical Injury Compensation Reform Act (MICRA), qui, limitant le montant des indemnités qui peuvent être versées aux victimes d'erreurs médicales ou de mauvaises pratiques médicales, vise ainsi à diminuer le montant des primes d'assurance que doivent payer les médecins en vue, en quelque sorte, de se protéger de leurs patients. Une deuxième série de mesures tend à moraliser le secteur des assurances médicales en interdisant aux assureurs de se fonder sur d'autres éléments que l'âge, le nombre d'ayants-droit et le lieu de résidence pour établir le calcul des primes qu'ils demandent aux Californiens : il s'agit d'éviter que les personnes malades fassent l'objet d'une discrimination par les prix. Les contrats d'assurance maladie ont également été rendus "portables", afin qu'un changement d'activité ou un déménagement ne soit pas l'occasion pour l'assureur d'exiger un examen médical dont le résultat pourrait induire une augmentation des primes, voire une résiliation du contrat. Enfin, les petites entreprises qui ont souscrit un contrat d'assurance pour leurs employés auront désormais la garantie, non seulement de voir ce contrat renouvelé à sa date d'expiration, mais aussi de ne pas se voir imposer une augmentation substantielle du montant des primes.

Si ces réformes vont dans le bon sens, elles ne sont cependant pas jugées suffisantes par nombre de Californiens.

Au mois de novembre, ils ont ainsi été appelés à se prononcer par référendum sur la "proposition 186" qui tend à instituer un système de "payeur unique" dans lequel l'Etat de Californie serait en charge de l'administration de la couverture médicale de tous les résidents de l'Etat, ainsi que de son financement. Celui-ci aurait été assuré par un ensemble de taxes versées par les sociétés et les particuliers, un relèvement des droits sur les tabacs, ainsi que par un transfert des fonds actuellement destinés aux programmes d'aide sociale.

L'existence de cette proposition, qui a été rejetée par 75 % des californiens, démontre s'il en était besoin que, malgré l'échec au Plan Clinton, le désir d'une généralisation de la couverture médicale n'a pas disparu.

L'Oregon veut devenir le laboratoire de la généralisation à coût constant

Dix fois moins peuplé que la Californie et disposant d'une économie très saine, l'Oregon a entrepris entre 1989 et 1993 une réforme du système de santé tendant à assurer une couverture médicale universelle au meilleur coût.

Cette recherche de l'universalité de la couverture a été réalisée par une extension du bénéfice du programme Medicaid à toutes les personnes dont le revenu est inférieur au niveau de pauvreté défini au niveau fédéral.

L'acceptation de cette extension par le Gouvernement fédéral qui cofinance avec les Etats fédérés le programme Medicaid ayant été subordonné à une action vigoureuse en vue de contenir les coûts, l'Etat de l'Oregon a en premier lieu souhaité compenser l'universalité de la couverture par la définition d'un "panier" de biens et services médicaux qui représentera l'étendue de la couverture individuelle des bénéficiaires de Medicaid. La démarche retenue pour définir ce panier est intéressante, dans la mesure où elle s'est appuyée sur une large consultation de la population à qui il a été demandé de définir à la fois le niveau de protection sociale minimum souhaité et une liste de biens et services médicaux devant être couverts, par ordre de priorité.

Tout traitement exclu de la liste n'est pas couvert par Medicaid et tout traitement situé en fin de liste court le risque, dans l'hypothèse d'un dérapage des dépenses, de s'en voir exclu.

Ainsi, une irritation de la gorge ou une intoxication alimentaire qui sont considérées comme pouvant guérir, soit avec le temps, soit grâce à un traitement très simple, ne sont pas couverts. De même, certains traitements du cancer en phase terminale, qui sont considérés comme inefficaces, ne sont pas couverts. Il en est enfin de même pour la plupart des traitements de la stérilité.

En deuxième lieu, toujours en vue de diminuer les coûts de l'extension de la couverture médicale, les bénéficiaires de Medicaid sont de plus en plus pris en charge par des Health Maintenance Organizations (HMOs) qui, comme en Californie, fournissent des soins de qualité pour un paiement forfaitaire périodique.

La réforme entreprise par l'Oregon, si elle est de nature à résoudre le problème de l'absence de généralisation de la couverture médicale dans un Etat de dimension modeste, se fera donc au prix d'un possible rationnement des soins. Il n'est pas non plus démontré que cette entreprise de généralisation se fera à coût constant.

Si les initiatives prises par les Etats fédérés constituent d'utiles expérimentations et si elles tendent à corriger à la marge les défauts les plus criants du système de santé, elles ne remplacent pas, loin s'en faut, une réforme fédérale qui sera seule en mesure de rendre la couverture médicale universelle et de maîtriser l'explosion des coûts.

I. UNE COUVERTURE MEDICALE TRES ONEREUSE QUI PROTEGE PLUS LES PRODUCTEURS DE SOINS QUE LES CONSOMMATEURS

L'analyse d'un régime de couverture médicale ou d'un système de santé étranger constitue une tâche délicate, tant est intime le rapport d'une société à l'un de ses biens les plus chers, la santé, et tant est spécifique sa relation à la liberté, et donc à la sécurité. Il convient donc, au préalable, de définir une grille de réflexion aussi objective que possible.

Ainsi, le plus souvent, en France, les carences du système américain de couverture médicale sont analysées au regard du critère de généralisation de la couverture médicale. Et l'idée s'est imposée, presque naturellement, que l'absence de généralisation de la couverture médicale constitue la principale préoccupation des américains dans leur relation au système de santé.

Or, la généralisation de la couverture médicale n'a jamais constitué, loin s'en faut, le principal objectif du système américain.

En fondant, de manière très pragmatique, sans plan déterminé, à la différence de pays tels que la Grande Bretagne ou la France, leur système de couverture sociale sur les assurances privées avec un "filet de sécurité" public pour les plus vulnérables, les américains ont placé d'autres objectifs plus haut que celui de la généralisation de la protection sociale.

Ils lui ont notamment préféré la liberté d'affectation du salaire, une grande flexibilité de l'emploi dans les petites entreprises grâce à l'absence d'obligation pour les employeurs de cotiser pour leurs salariés (flexibilité enviée ... au moins pendant les périodes de reprise économique) ainsi que l'absence de proportionnalité du montant des primes d'assurance maladie par rapport au salaire.

Ils ont également préféré, à une couverture généralisée, et donc obligatoire et à gestion unique, un système privé, non bureaucratique et décentralisé.

Ils ont enfin préféré à cette couverture généralisée et donc onéreuse un système peu coûteux car concurrentiel, et ont estimé que ce système favoriserait le développement d'une offre de soins de grande qualité. C'est donc en conséquence de l'expression de ces préférences que s'est développée l'assurance privée en matière de

santé, des réformes intervenues en 1965 ayant parallèlement institué une aide sociale fédérale au profit des personnes pauvres ou âgées.

Et c'est au regard de ces objectifs, et non des nôtres, qu'il convient d'examiner les performances du système américain de couverture médicale.

Les questions qui doivent être posées sont donc :

- la liberté d'affectation du salaire est-elle garantie ?
- la flexibilité à la hausse des salaires et de l'emploi a-t-elle pour conséquence de favoriser l'accès aux soins des salariés ?
- le coût de la protection médicale est-il peu élevé ?
- l'offre de soins est-elle de qualité ?
- le système de couverture médicale est-il un véritable marché, concurrentiel et peu bureaucratisé ?

Il apparaît que si la perception qu'ont les américains de leur système de couverture médicale est en crise ce n'est certainement pas parce que ce système ne ressemble pas au modèle français, ou britannique, ou encore allemand, mais parce qu'il ne répond pas aux objectifs qui lui ont été assignés. Ceci ne veut donc pas dire, loin s'en faut, que les américains sont prêts à changer de système pour opter pour un des modèles européens, car ces derniers sont en contradiction avec tous les principes libéraux d'organisation de la société américaine.

Si la crise est si grave, c'est probablement parce que le système de couverture privée a atteint ses limites en ne freinant pas, voire en aidant la progression des coûts, en n'offrant pas aux américains une couverture du risque qui soit en rapport avec le montant des primes versées et en fonctionnant désormais grâce à l'éviction, non seulement des plus pauvres, mais aussi des moins riches ou des malades.

Le problème des 37 millions de personnes non assurées ne se pose pas en terme d'absence de "généralisation" de la couverture médicale, comme le modèle français pourrait porter à le croire. Raisonner en termes de généralisation de la couverture, c'est en effet raisonner en terme de "droit à la couverture" ou de "droit à la santé". Pour les américains, les 37 millions de non assurés sont plutôt un signe qu'il n'y a plus aujourd'hui aux Etats-Unis de "liberté" de la couverture médicale. Et ce signe est d'autant plus inquiétant que cette privation de liberté peut intervenir, pour beaucoup, au moindre accident de santé.

C'est que le système américain de couverture médicale est, d'abord, devenu très coûteux au regard du service rendu et qu'il n'est plus que prétendument libéral ; il est clair ensuite que se produit ce que l'on peut qualifier d'une "revanche du consommateur", qui est tantôt perverse et tantôt vertueuse.

Cette revanche est perverse quand elle prend la forme d'un mode de relation conflictuel avec les professions de santé, qui conduit à la multiplication des procès engagés par les malades contre les médecins.

Elle apparaît plus vertueuse lorsqu'elle se traduit par l'adhésion à des systèmes coordonnés de soins, tels que les Health Maintenance Organisations qui, à travers les contraintes qu'ils imposent aux malades et aux médecins contribuent en effet à freiner l'évolution du niveau de la dépense de santé.

A. UN SYSTEME DE COUVERTURE MEDICALE DEVENU TRES COUTEUX AU REGARD DU SERVICE RENDU, ET QUI N'EST PLUS QUE PRETENDUMENT LIBERAL

Le système de santé américain est souvent considéré comme le plus cher et le moins efficace des pays industrialisés. En 1994, selon un rapport du Ministère du Commerce, le montant de la dépense de santé serait ainsi, pour la première fois, supérieur à 1.000 milliards de dollars, soit 15 % du PIB alors que les Etats-Unis se placent au 20ème rang des pays industrialisés pour certains indicateurs sanitaires courants, en particulier le taux de mortalité des très jeunes enfants et que 37 millions d'américains sont dépourvus de couverture médicale, et n'ont donc qu'un accès limité -souvent restreint à l'hôpital public- au système de soins.

Les facteurs de l'augmentation de la dépense de santé aux Etats-Unis sont, pour partie, les mêmes que ceux qui sont constatés dans les autres pays industrialisés, et en particulier en France : allongement de l'espérance de vie, évolution des mentalités, haut niveau et sophistication de l'offre de soins, tant du point de vue de la démographie médicale que des équipements lourds. Mais la structure de financement de la dépense de santé aux Etats-Unis porte également une part de la responsabilité dans la mesure où elle constitue un véritable encouragement à l'offre de soins, qui n'a jusqu'ici pas été limitée par un fléchissement de la demande, mais qui

a au contraire été stimulée par l'absence de planification et la politique de remboursement à l'acte menée par les assureurs.

1. Les inconvénients traditionnels d'un système assurantiel privé semblent désormais l'emporter sur ses avantages

a) Les avantages d'un système de couverture médicale privée s'estompent, ou sont payés au prix fort

Certains des avantages supposés d'un système privé de couverture médicale s'estompent ; il en résulte une augmentation du coût de la santé et de la couverture médicale.

Le premier avantage supposé d'un marché concurrentiel par rapport à un système administratif et /ou centralisé, est celui de la fluidité de la circulation de l'information, de la moindre importance des tâches ou des charges administratives susceptibles d'entraver les performances. Le système américain ne répond que très imparfaitement à ces critères ; dans le discours de présentation au congrès de son projet de réforme du système de santé, le Président Clinton a ainsi placé "la simplicité" au deuxième rang des principes que doit respecter tout système de couverture médicale, juste après celui de "la sécurité", pour dénoncer le caractère beaucoup trop bureaucraté du système américain dans lequel environ 1.500 compagnies d'assurance développent leurs propres règles et procédures, leurs propres formulaires, leurs propres exigences.

Au cours des dix dernières années, la croissance des effectifs affectés aux tâches administratives au sein des hôpitaux a ainsi été seize fois supérieure à celle du personnel soignant.

Le Président Clinton a également cité le cas du Washington Children's Hospital, qui consacre deux millions de dollars chaque année à des tâches de relations administratives avec les compagnies d'assurances, tâches complexes, ingrates et qui pourraient devenir plus souples et moins nombreuses.

Plus généralement, les coûts de gestion du système américain de couverture médicale sont évalués à environ 25 % de la dépense, soit trois à quatre fois plus que dans la plupart des pays industrialisés.

Si ces coûts administratifs étaient ramenés à 10 % de la dépense de santé, 120 milliards de dollars seraient ainsi économisés, soit suffisamment pour offrir une couverture sociale aux quelques 37 millions d'américains non assurés.

Un deuxième avantage présumé d'un système privé de couverture médicale, réside, pour les plus riches, dans l'absence de proportionnalité du montant des primes versées par rapport au revenu, à la différence des systèmes où le financement de la couverture est assuré par l'impôt ou par des cotisations sociales qui sont proportionnels, voire progressifs, par rapport au revenu. Les assurances privées ont en effet uniquement pour vocation à couvrir le risque assuré, en l'occurrence le risque maladie, et non pas de mettre en place un système de solidarité.

Or, il faut bien constater que le système américain d'assurances médicales fait, en quelque sorte, de la solidarité "malgré lui", une solidarité non programmée et non organisée qui contribue au renchérissement des coûts sans que jamais soit évaluée son efficacité.

Cette solidarité s'exprime par le fait que ceux qui ont les moyens de payer les soins qui leur sont délivrés paient aussi ceux qui sont dispensés par le système de santé aux malades dépourvus de couverture médicale privée ou publique. Cette solidarité n'est pas très efficace, car elle coûte cher (elle sert surtout à financer l'accès aux services d'urgence à l'hôpital), elle ne donne aucun droit aux personnes qui en sont bénéficiaires (leur accès aux soins résulte des obligations déontologiques des médecins) et son ampleur n'est pas évaluée.

Le montant des primes d'assurance médicale aux Etats-Unis constitue donc une sorte d'élément de bouclage du système ; il est en effet pour partie déterminé, non en fonction du risque médical couru par l'assuré, mais en fonction du prix finalement demandé, sans contrôle, par les offreurs de soins, non seulement pour rémunérer des soins délivrés aux assurés, mais aussi pour compenser un manque à gagner résultant de la prise en charge de patients non assurés.

L'importance de ces transferts de charge au sein du système de santé américain contribue à écarter ce dernier du modèle théorique d'un mécanisme assurantiel responsabilisant, avec tous les risques d'un cercle vicieux : ainsi les transferts de charge, en contribuant de manière significative à l'augmentation du niveau des primes, finissent-ils par évincer du système ceux dont les revenus sont trop faibles pour suivre cette évolution, ou par décourager les américains de s'assurer.

Contrairement aux principes d'un système purement assurantiel, les personnes à revenus élevés aux Etats-Unis paient leur couverture médicale plus cher que les pauvres, car elles financent par l'impôt les programmes publics d'aide sociale et par leurs primes d'assurance l'accès aux soins de personnes non assurées. Mais les mécanismes de solidarité qui sont ainsi mis en oeuvre ne sont pas programmés et ont des conséquences déresponsabilisantes qui ont été soulignées plus haut.

Si certains avantages supposés d'un marché de l'assurance médicale s'estompent, d'autres sont payés au prix fort.

Il en est notamment ainsi de la liberté d'affectation du salaire qui est offerte par un système qui limite le prélèvement social au financement de l'aide sociale par l'impôt et de la liberté de choix, par l'assuré, de sa compagnie d'assurance.

b) Les inconvénients semblent désormais l'emporter

Les inconvénients du système actuel de couverture médicale semblent désormais l'emporter sur ses avantages. En particulier, de nombreux américains ne peuvent aujourd'hui s'offrir qu'une couverture médicale limitée, ou pas de couverture médicale du tout, situation qui révèle la relative insécurité du système assurantiel privé. Le sentiment est fort, désormais, que ce système offre, en définitive, plus de garanties aux producteurs de soins qu'aux assurés consommateurs de soins.

En premier lieu, donc, de nombreux américains vivent leur rapport à la santé dans une situation d'insécurité partielle ou totale. On estime ainsi que plus de 40 millions d'entre eux ne bénéficient que d'une assurance très limitée, et que 37 millions sont totalement dépourvus de couverture médicale.

Ainsi, 14 % des américains ne sont couverts ni par les systèmes privés qui assurent 63 % de la population, ni par les programmes publics qui bénéficient au quart d'entre eux. La proportion de personnes non assurées est en progression en raison de l'augmentation de l'emploi dans les services, ainsi que de celle de la population active jeune par rapport aux autres catégories de salariés ; celle-ci a souvent d'autres priorités que celle de la couverture médicale dans l'affectation de son budget. Le nombre d'américains non assurés a ainsi progressé d'un million en 1992.

Ces américains ne sont pas pauvres ; s'ils l'étaient, ils bénéficieraient des programmes publics d'aide sociale. Les statistiques montrent ainsi que 70 % des personnes non assurées ont

un revenu au moins égal au niveau fédéral de pauvreté, dont 30 % ont un revenu compris entre 1 et 2 fois ce niveau, 20 % entre 2 et 3 fois ; 20 % d'entre eux disposent même d'un revenu supérieur à 3 fois le seuil de pauvreté. Plus des 4/5ème (85,5 %) de ces personnes non assurées sont des salariés ou indépendants ou leurs ayants-droit, les chômeurs n'en représentant que 14,5 %.

Si ces américains ne sont pas pauvres, ils le deviendront peut-être à la suite d'un accident de santé, le système américain étant ainsi fait qu'il faut d'abord se ruiner avant de pouvoir bénéficier d'un programme public.

L'importance du nombre des salariés non assurés s'explique par le niveau des tarifs des primes d'assurance, qui peut être dissuasif pour des salariés qui disposent de revenus moyens et ne sont pas assurés par leur entreprise, ce qui est le cas pour 20 % des salariés d'entreprises de plus de 1.000 salariés, 50 % des salariés d'entreprises de 25 à 99 salariés et 80 % des salariés de très petites entreprises (moins de 10 salariés).

Si environ le tiers des salariés non assurés par leur entreprise adhère à une assurance personnelle et le dixième bénéficie de Medicaid, les autres, soit 13 % des salariés américains, sont dépourvus de couverture médicale.

Même lorsque les dirigeants souhaitent assurer leur personnel, les petites entreprises rencontrent en effet des difficultés pour accéder au marché assurantiel, les tarifs qui leur sont demandés étant supérieurs d'au moins un quart à ceux qui sont consentis aux grandes entreprises, avec une progression annuelle des tarifs estimée à 10 % chaque année.

A l'inégalité entre salariés en fonction de la taille de leur entreprise s'ajoute une inégalité entre catégories socio-professionnelles, la couverture médicale dans les petites et moyennes entreprises étant souvent réservée au personnel d'encadrement ou lui étant plus favorable.

Ces inégalités, comme l'absence de sécurité de la couverture médicale qui, dans la plupart des cas, n'est pas "portable" d'un emploi à l'autre, constituent des freins à la mobilité du travail, certains salariés -en particulier ceux qui ont des antécédents médicaux- ne pouvant changer d'emploi sans se voir refuser l'accès au marché de l'assurance.

Cette "insécurité" des consommateurs de soins au regard de la couverture médicale n'a pas son corollaire du côté des producteurs de soins. L'on pourrait même croire le contraire, l'industrie de la santé se situant au troisième rang des entreprises

américaines pour les bénéfices annuels réalisés, et l'écart de revenu entre les médecins et la population moyenne étant bien plus élevé que dans les autres pays industrialisés : le revenu moyen des médecins est ainsi six fois supérieur au salaire moyen, ce rapport ayant doublé depuis 1945, alors que la densité médicale a très sensiblement progressé.

Selon une étude réalisée par le Professeur Jonathan Weiner, en l'an 2000, le nombre de médecins dépassera de 165.000 celui qui correspondrait aux besoins de la population. D'ores et déjà, le rapport entre le nombre de spécialistes et de généralistes traduit cet encouragement à l'offre de soins : alors que le corps médical comportait en 1960 un nombre égal de généralistes et de spécialistes, deux médecins sur trois sont aujourd'hui des spécialistes.

La généralisation du paiement à l'acte proné par les assurances privées comme l'absence de régulation administrative de l'offre de soins ont ainsi favorisé la croissance des dépenses de santé.

Les expériences américaine et française en ce domaine montrent bien que, quel que soit le mode de solvabilisation de la demande, le marché de la santé est un marché d'offreurs, le freinage des dépenses de santé ne pouvant être obtenu que grâce à une action sur l'offre de soins.

2. Les assurances privées ne financent plus que le tiers de la dépense de santé et sont déchargées de la couverture sociale des personnes âgées

Les faibles performances du système assurantiel privé sont d'autant plus préoccupantes qu'elles ne sont pas liées aux conséquences de la progression du nombre de personnes âgées sur la dépense de santé. En effet, la couverture médicale des personnes de plus de 65 ans étant confiée depuis 1965 à l'Etat fédéral à travers le programme Medicare, les assurances privées ne couvrent que la population jeune qui constitue a priori le meilleur risque. Et la part des assurances privées dans le financement de la dépense de santé a sensiblement fléchi au cours des dernières années : elle ne représente plus que 31 % des sommes consacrées chaque année à la santé par la nation américaine.

Cette statistique vient sérieusement limiter la portée de l'affirmation selon laquelle le système américain de couverture médicale reposerait sur les assurances privées : le financement socialisé de la couverture médicale aux Etats-Unis est aujourd'hui un

financement majoritairement public et la couverture médicale n'est donc plus désormais que théoriquement assurantielle.

La dépense publique de santé est prise en charge, aux Etats-Unis, par l'Etat fédéral, les Etats fédérés, les villes et les comtés :

- au niveau fédéral, l'Etat finance en totalité la couverture médicale des retraités ou invalides (Medicare) et une partie de la couverture médicale des plus défavorisés (Medicaid), ainsi que celle des militaires et des anciens combattants. Cette dépense représente désormais 21 % du budget fédéral ;

- au niveau local, les Etats fédérés financent la partie de la couverture médicale des plus défavorisés qui n'est pas prise en charge par l'Etat fédéral et, comme les villes, aident les comtés à maintenir leurs hôpitaux publics.

↳ Cette dépense publique correspond aujourd'hui à 44 % de la dépense totale de santé. Si l'on tient compte, en outre, des déductions fiscales associées à la souscription des contrats d'assurance maladie par les employeurs, ce pourcentage s'élève à 51 % de la dépense totale.

Depuis les années 70, la progression des dépenses publiques de santé est supérieure à celle de la dépense totale de santé. Ainsi, alors que les taux de progression de ces deux agrégats étaient voisins de 1960 à 1965 (7,4 % pour le premier et 7,3 % pour le second en moyenne), ils ont divergé depuis lors. Entre 1970 et 1990, tandis que le taux annuel moyen de progression de la dépense totale de santé était de 5,5 %, celui de la dépense publique de santé s'élevait à 6,2 %, cette différence résultant surtout de l'évolution des dépenses de l'Etat fédéral et, à un moindre degré, de celles engagées par les collectivités locales.

Les deux postes les plus importants de la dépense publique de santé correspondent aux deux programmes publics, Medicaid et Medicare, le premier étant co-financé par l'Etat fédéral et les Etats fédérés tandis que le second ressort exclusivement du budget fédéral. Ces programmes couvrent aujourd'hui 23 % des américains. Pour ces deux programmes, l'Etat fédéral comme les Etats fédérés ont tenté récemment, avec succès, d'enrayer la dynamique de progression des dépenses.

Le programme Medicaid, créé en 1965, est à l'origine de 12,1 % de la dépense de santé ; 6,9 %, soit un peu plus de la moitié, est financée par l'Etat fédéral, tandis que 5,2 % est prise en charge par les Etats fédérés. L'Etat fédéral définit les conditions minimales d'accès à ce programme et garantit sa participation pour ce niveau de

protection. Les Etats fédérés peuvent décider d'assouplir les conditions d'ouverture des droits, à charge pour eux d'accroître leur financement à hauteur des coûts supplémentaires engendrés par cet assouplissement. Ainsi (Cf. infra), l'Etat de l'Oregon a récemment décidé de déplacer le seuil d'entrée dans Medicaid de 56 % du niveau fédéral de pauvreté à 100 % ; dans la mesure où il a souhaité que cette réforme soit opérée à coût constant, il a été contraint de négocier avec l'Etat fédéral un certain nombre de dérogations au programme médical et de déterminer un panier limitatif de biens et services médicaux remboursés.

B. LA REVANCHE DES CONSOMMATEURS

Face aux dysfonctionnements du marché de l'assurance médicale aux Etats-Unis et à l'augmentation continue du niveau des primes exigées pour leur couverture médicale, les consommateurs ont réagi. Cette réaction prend deux formes principales : l'une est perverse et réside dans la multiplication des procès intentés contre les producteurs de soins, l'autre est plus vertueuse et se traduit par le succès croissant que rencontrent auprès des consommateurs des formules de soins coordonnés telles que les Health Maintenance Organizations qui proposent à leurs adhérents des tarifs moins élevés que ceux qui sont exigés par les assureurs. Plus vertueuse, cette réaction emporte également plus de contraintes, pour les malades comme pour les médecins.

1. Le médecin, l'avocat et le patient : une revanche perverse

La multiplication des procès pour incompétence médicale aux Etats-Unis peut être analysée comme une revanche du consommateur : si les médecins et les assureurs peuvent confortablement gagner leur vie grâce au système de santé, les patients ont montré qu'ils pouvaient faire de même.

Cette multiplication de procès a été rendue possible par les carences de l'évaluation médicale aux Etats-Unis. En effet, s'il existe un organisme d'évaluation (State Medical Board) dans chaque Etat fédéré, il n'entretient aucune relation avec les patients, seuls les hôpitaux pouvant le saisir en lui signalant des cas de médecins pouvant être soupçonnés d'incompétence. Les State Medical Boards ne possèdent en outre aucun pouvoir d'inspection.

Inutile de dire que les State Medical Boards ne sont pas fréquemment saisis, et prononcent peu de sanctions (moins de 3.000 en 1992). Pourtant, une étude réalisée à Harvard, citée par le Quotidien du Médecin, estime à 7.000 le nombre de décès résultant, au cours de l'année 1991, de négligences ou fautes médicales dans le seul Etat de New York.

Selon le sénateur Mitch McConnell (Rep.Ky), une promenade à travers le système judiciaire, pour un patient, ressemble de plus en plus à un voyage à Las Vegas : on peut perdre mais on peut aussi gagner le gros lot.

Certes, le patient indemnisé par la justice ne perçoit pas l'intégralité de ses gains, loin s'en faut : 43 % seulement de l'argent ainsi gagné lui revient. Le reste rémunère l'avocat et les experts médicaux. Et la promenade dure longtemps, entre deux à dix ans en moyenne. Mais l'exercice semble considéré comme profitable par un nombre croissant d'américains.

Les conséquences de cette situation sur le niveau des dépenses de santé sont de deux ordres.

D'une part, le montant moyen des indemnités accordées par les juges, désormais très élevé, contribue à augmenter le niveau des primes d'assurance souscrites par les médecins, qui représentent environ 5 % de leurs revenus. Ce chiffre est une moyenne, certaines spécialités étant beaucoup plus dangereuses que d'autres. Certains actes thérapeutiques voient ainsi leur coût augmenté de 50 % en raison des risques particuliers qu'ils comportent.

D'autre part, la crainte du procès incite les professionnels de santé à pratiquer une "médecine défensive" qui se traduit par la multiplication d'actes diagnostiques de précaution, actes réalisés à l'aide des techniques les plus évoluées. Le coût de cette médecine défensive ou de précaution représente, selon les estimations, entre 10 et 20 % des dépenses de santé.

L'augmentation des dépenses de santé induite par cette réaction des consommateurs constitue son premier effet pervers.

Mais il en existe un second, qui tient à la contraction d'une partie de l'offre de soins qui serait pourtant utile à la satisfaction des besoins de la population.

Ainsi, alors que l'offre d'actes diagnostiques, pas toujours utiles, s'accroît, un demi-million de femmes américaines vivant dans des zones rurales ne trouvent plus de médecin accoucheur. Selon le sénateur Mc Connell, sept médecins généralistes sur dix à New York ont arrêté de pratiquer tout soin obstétrical. Dans le District de

Colombia, 80 % des gynécologues obstétriciens n'accueillent plus les patients bénéficiant de Medicaid, les primes d'assurance exigées par ce programme étant trop importantes.

Ce mode de relation conflictuel entre médecins et malades, qui ne peut se substituer à un véritable système d'évaluation médicale, est très pervers.

A l'heure actuelle, en effet, des médecins peuvent être condamnés alors même que leur responsabilité est très ténue : ainsi, à Lexington (Kentucky), un médecin a été condamné pour être passé dans le couloir de l'hôpital alors que ses confrères délivraient des soins intensifs à un patient : sa seule faute est de leur avoir demandé s'ils avaient besoin d'aide.

Vingt et un Etats fédérés ont, à ce jour, adopté des lois limitant le montant des indemnités pouvant être accordées par les juges. D'autres réformes devront être entreprises, en vue notamment de mieux ajuster le degré de responsabilité des médecins aux indemnités accordées.

Ces réformes ne peuvent se substituer à l'établissement d'un nouveau mode de relation entre les médecins et leurs patients, qui est étroitement lié aux conditions de la couverture des dépenses de santé.

2. L'adhésion croissante des consommateurs à des systèmes de soins coordonnés : une revanche plus vertueuse

L'adhésion croissante des américains à des systèmes de soins coordonnés, tels que les Health Maintenance Organizations (HMO) traduit une réaction des consommateurs face à un marché d'offres de soins ; il s'agit d'une réaction vertueuse, les adhérents des HMO acceptant de subir certaines contraintes et en imposant d'autres aux médecins en échange de tarifs plus modérés que ceux qui sont pratiqués par les assureurs.

A la différence des assurances privées, qui remboursent à l'acte les soins délivrés aux patients qui ont souscrit leurs contrats, les HMO fonctionnent sur la base d'une capitation, mensuelle ou annuelle. En échange de celle-ci, les patients reçoivent des soins délivrés gratuitement (une très faible participation est cependant demandée pour chaque acte) à condition qu'il s'adresse à l'un des médecins ou hôpitaux qui ont contracté avec le HMO. Les patients qui adhèrent à un HMO acceptent également de renoncer à l'accès direct au spécialiste, à l'hôpital et même parfois au médecin généraliste, un

médecin ou une infirmière étant chargé d'orienter le malade, s'il en a besoin, vers un (autre) médecin ou l'hôpital.

Les relations entre les médecins et les hôpitaux, d'une part, et les HMO, d'autre part, varient selon les organisations : elles vont de la simple relation contractuelle à une relation salariale. Ainsi, Kaiser Permanente, un HMO basé en Californie mais assurant des patients dans tous les Etats-Unis, possède une vingtaine d'hôpitaux dans ce seul Etat et établit des relations contractuelles exclusives avec les médecins qui travaillent pour lui. Les Health Maintenance Organization qui ont eu le plus de succès au cours des dernières années sont toutefois ceux qui entretiennent des relations moins exclusives et qui offrent au patient le choix le plus large de médecins.

Les HMOs versent au médecin, soit un salaire, soit un paiement forfaitaire par patient inscrit ; le cas échéant, un bonus lui est versé s'il n'adresse pas souvent ses patients au spécialiste ou à l'hôpital, une pénalité pouvant être exigée par les HMOs dans le cas contraire.

Ce mode de couverture médicale n'est pas sans influencer la nature des soins délivrés aux patients. Payés à la capitation, les médecins ont d'abord intérêt à délivrer le moins d'actes possibles. La "rentabilité" de chaque patient est ainsi maximisée d'une manière inverse à celle qui prévaut dans un système de paiement à l'acte où cette "rentabilité" ne peut résulter que de la multiplication du nombre d'actes. Ainsi, le nombre d'opérations de la prostate réalisées par Kaiser à Denver, Colorado, a diminué de moitié depuis 1989 grâce à la diffusion auprès de ses adhérents d'un vidéodisque consacré à cette intervention : il présente, non seulement ses avantages, mais aussi (et surtout !) ses inconvénients. Kaiser estime avoir ainsi économisé 200.000 dollars en un an, sans aucune perte de salaire pour ses chirurgiens dont la rémunération est indépendante du nombre d'actes réalisés.

Ensuite, les HMOs délivrent plus de soins préventifs que les médecins non affiliés à de telles structures : ils ont en effet intérêt à limiter les dépenses de santé de chaque patient à moyen terme. Cette priorité accordée aux soins préventifs constitue une réelle supériorité de l'exercice en HMO par rapport à l'exercice traditionnel de la médecine aux Etats-Unis ; dans un HMO, le médecin tire profit de la bonne santé de son patient.

Enfin, les HMOs ont intérêt à utiliser les techniques diagnostiques ou thérapeutiques les moins coûteuses, ce qui conduit leurs détracteurs à dénoncer la "sous-médecine" qu'ils pratiquent et

les conséquences néfastes de leur développement sur le progrès technologique.

Le système des HMOs impose donc de très lourdes contraintes, tant aux malades dont la liberté de choix est réduite qu'aux médecins, dont la liberté de prescription est très contrôlée. Pourtant, ce système rencontre de plus en plus de succès aux Etats-Unis, tant du côté des malades que des médecins qui y adhèrent. Ainsi, alors que les HMOs assuraient la prise en charge de 4 millions d'américains en 1973 et de 9,1 millions en 1980, le nombre d'américains adhérant à un système de soins coordonnés s'élève désormais à 41,1 millions. Certes, l'adhésion fait parfois suite à une forte pression, qu'elle soit exercée par l'employeur ou par le Gouvernement, qui place de plus en plus les patients bénéficiant de Medicaid dans des formules de soins coordonnés.

Mais cette adhésion est réelle, et résulte de la modicité des tarifs des HMOs, qui sont inférieurs de 10 à 30 % à ceux des primes des assureurs privés. Le Congressional Budget Office a ainsi estimé que si tous les américains étaient couverts par un HMO, le volume de la dépense de santé aux Etats-Unis serait réduit d'environ 10 %.

II. LE PLAN CLINTON : ETENDRE LES EXPERIENCES HAWAIIENNES ET DE RANK XEROX A LA NATION AMERICAINE OU L'HISTOIRE D'UN ECHEC

Après avoir fait de la nécessaire réforme du système de santé un enjeu majeur des élections présidentielles, puis constitué un groupe de travail chargé, avec l'aide de son épouse, de réfléchir à ce sujet, le Président Bill Clinton a présenté son projet de réforme au Congrès le 22 septembre 1993. Il s'articule autour de deux objectifs, en apparence contradictoires : l'élargissement de la couverture médicale et la maîtrise des coûts.

L'ouvrage qui a été publié en vue de donner aux Américains toutes les informations utiles sur ce projet cite deux modèles qui l'ont inspiré : Hawaï et l'entreprise Rank Xerox. Cet Etat et cette entreprise sont en effet parvenus à satisfaire simultanément ces deux objectifs.

Hawaï est le seul Etat américain à avoir adopté une législation faisant obligation aux employeurs de prendre en charge la couverture médicale de leurs salariés. Cette législation, votée en 1974, prévoit des aides spécifiques destinées aux petites entreprises afin de faciliter leur respect de la législation. L'administration Clinton estime que les conséquences de cette réforme ont été très positives, la proportion de personnes assurées à Hawaï étant très supérieure à la moyenne américaine, le coût de la santé y étant inférieur et le taux de chômage ayant fortement baissé depuis son adoption, atteignant désormais l'un des niveaux les plus bas du pays (2,8 % en 1991). Cette réforme n'a pas contribué à freiner la création d'entreprises, le nombre d'employeurs ayant doublé à Hawaï entre 1970 et 1991.

Si Hawaï est un modèle pour l'obligation faite aux employeurs d'assurer leur personnel, l'entreprise Rank Xerox est citée par "The President's Health Plan" comme un modèle de recours à la concurrence. Cet ouvrage officiel montre ainsi qu'à la différence de la majorité des entreprises, qui choisissent la compagnie d'assurances de leur personnel, l'entreprise Rank Xerox offre à ses salariés le choix entre plusieurs plans et consacre à leur couverture médicale une somme forfaitaire individuelle correspondant à la moyenne des primes demandées par ces plans. Si le salarié choisit un plan dont les tarifs sont moins élevés que le tarif moyen, il gagne de l'argent.

Xerox a fait le pari que le recours à la concurrence favoriserait la baisse des tarifs et l'augmentation de la qualité : il l'a

gagné, économisant 1.000 dollars par salarié et par an sur la couverture médicale.

The President's Health Plan cite également deux autres modèles pour une réforme, le premier étant le HMO "Puget Sound" qui, grâce à l'intégration des soins, parvient à assurer des soins de qualité pour un prix modique et le second étant "Calpers" (California Public Employee Retirement System) qui offre aux fonctionnaires retraités de l'Etat de Californie tous les services d'une coopérative d'achat de plans d'assurance.

Obligation d'assurance imposée aux employeurs, concurrence organisée et soins coordonnés, telles ont été les expériences qui ont fondé les principes essentiels de la réforme proposée par le Plan Clinton.

A. UN PROJET AMBITIEUX

Dans son discours du 22 septembre 1993, le Président Clinton a présenté les six principes qui fondent son projet : sécurité, simplicité, économies, choix, qualité et responsabilité. Ils sous-tendent une réforme ambitieuse, qui tente d'atteindre des objectifs difficiles sans faire table rase du système actuel de couverture médicale.

1. Les six principes de la réforme

Le premier principe prôné par le Président Clinton est la sécurité. Il répond à la principale carence du système actuel de couverture sociale, qui prive 37 millions d'américains de protection privée ou publique et qui conduit des millions d'autres à vivre dans l'anxiété de perdre leur couverture à l'occasion d'un accident de santé, d'un licenciement ou d'un changement d'emploi.

Selon le Président Clinton, sécurité veut dire que les américains qui n'ont actuellement pas de couverture sociale en auront une et que tous ceux qui en ont une ne la perdront jamais. Si son projet était adopté, chaque américain recevrait une carte de couverture médicale qui lui donnerait accès à un panier de biens et services médicaux, pour toute sa vie, quelle que soit sa situation par rapport au marché du travail, quels que soient ses antécédents médicaux. Fait nouveau par rapport à certaines pratiques

assurantielles, cette carte donnerait également accès aux soins préventifs.

Les américains âgés bénéficieraient eux aussi de ce principe de sécurité, à travers le maintien du programme Medicare et même son extension à la couverture des prescriptions pharmaceutiques et aux soins rendus nécessaires par les maladies de longue durée.

Le deuxième principe évoqué par le Président Clinton est celui de la simplicité. Il répond à la complexité croissante des procédures mises en place par les compagnies d'assurance et se traduirait par la promotion d'une feuille de soins unique ainsi que la simplification de la réglementation fédérale de la couverture médicale.

Le troisième principe est celui des économies à réaliser, la réforme devant mettre un terme à ce que le Président Clinton a appelé "l'inflation médicale rampante" qui provoque l'érosion de la compétitivité, des salaires, du capital, des finances publiques et de la capacité de l'économie américaine à créer des emplois. Il a rappelé, à cet égard, que le budget fédéral, dans les années qui viennent, devra faire face à une augmentation annuelle des dépenses du programme Medicaid de l'ordre de 11 à 16 % et à celle des dépenses de Medicare qui sera comprise, chaque année, entre 9 et 11 % alors que le taux d'inflation ne devrait pas dépasser 4 %.

En l'absence de réforme, le président Clinton affirme que chaque travailleur américain perdra, avant la fin de la décennie, 655 dollars par an en raison de l'augmentation du coût de la couverture médicale, alors qu'un tiers des petites entreprises qui assurent encore aujourd'hui leur personnel seront contraintes d'y renoncer et que le tarif des primes d'assurance continuera de progresser avec une inflation annuelle à deux chiffres.

Le Président Clinton ne souhaite pas instaurer un contrôle des prix ou mettre en place un système étatique de couverture médicale. Il propose plutôt de libérer le marché de la couverture médicale en restaurant un principe de concurrence entre programmes privés, concurrence qui jouera sur les prix et la qualité et de limiter la progression annuelle du niveau des primes à celle de l'inflation et de l'évolution démographique.

Il conviendra aussi, selon le Président Clinton, d'assurer une couverture médicale universelle, qui est -à ses yeux- seule en mesure de supprimer les transferts de charge qui contribuent à aggraver la dérive de la dépense de santé.

Il faudra également établir des règles plus sévères pour punir les fraudes à l'assurance, qui coûtent chaque année des millions de dollars.

Le quatrième principe est celui du choix, qui aujourd'hui, devient très théorique pour des millions d'américains qui disposent de la liberté de choix d'un médecin mais n'ont pas les moyens de le payer et pour les salariés des trois quart de celles des petites entreprises qui assurent leur personnel, qui ne leur proposent qu'un seul plan de couverture médicale.

M. Bill Clinton propose que, désormais, les américains puissent tous choisir entre de multiples plans qui devront entrer en concurrence pour recueillir leur adhésion et que les médecins puissent avoir le choix du plan en collaboration avec lequel ils exercent. Il convient de noter que, dans son discours de présentation de la réforme, le Président Clinton n'a pas évoqué la liberté de choix du praticien par son malade, lui préférant une solution dans laquelle le patient choisit le plan qu'il souhaite, ce plan pouvant être, le cas échéant, en relation avec un médecin connu du patient.

Le cinquième principe est celui de la qualité des soins qui ne doit pas être sacrifiée pour des raisons de maîtrise des dépenses. Le Président Clinton estime que son projet renforcerait la qualité des soins en promouvant des indicateurs de qualité, en organisant l'évaluation et en faisant en sorte que l'information médicale circule plus facilement, que ce soit au sein des producteurs de soins ou entre ceux-ci et les patients. Il propose à cet égard de rendre publics des rapports d'évaluation des différents plans présents sur le marché, afin que les consommateurs de soins puissent choisir en connaissance de cause.

Le sixième et dernier principe est celui de la responsabilité. Dans son discours du 22 septembre 1993, le Président Clinton a en effet appelé tous les américains à faire preuve d'un plus grand sens des responsabilités face à l'évolution du système de santé. Au premier rang de ceux qui devraient agir de manière plus responsable à l'avenir figurent ceux qui vivent du système actuel, à savoir les compagnies d'assurance qui ne devraient pas exclure des assurés parce qu'ils sont malades, les laboratoires qui ne devraient pas produire des factures frauduleuses, les avocats qui ne devraient pas abuser des procès en dommages-intérêts, les médecins qui devraient éviter de délivrer des actes inutiles, l'industrie pharmaceutique qui ne devrait pas vendre ses médicaments plus cher sur le marché américain qu'à l'exportation.

Le principe de responsabilité devrait également concerner les personnes actuellement dépourvues de couverture médicale et qui

ne devraient pas pouvoir en obtenir une sans participation financière -même très modique-.

Il concernerait enfin les employeurs qui se doivent de participer à la couverture médicale de leurs employés.

Citant ainsi, dès l'annonce de son plan, toutes les corporations, tous les groupes d'intérêt auquel il allait tenter de s'affronter avec succès, le Président signifiait au peuple américain le caractère ambitieux de son projet de réforme; il signifiait peut être déjà aussi son inévitable défaite.

2. The Health Security Act

Le projet soumis par Bill Clinton à l'examen du Congrès prévoit une couverture médicale universelle, chaque américain ou étranger en situation régulière se voyant attribuer une carte de couverture médicale dès son inscription (obligatoire) auprès d'une alliance régionale, son admission au programme Medicare ou en conséquence de sa qualité de militaire ou d'ancien combattant. Les personnes éligibles au programme Medicaid recevraient également leur couverture médicale après inscription auprès d'une alliance régionale, le programme Medicaid prenant en charge leur cotisation.

Tous les américains auraient droit à la couverture d'un panier de biens et services médicaux incluant l'hôpital, les services d'urgence, les soins délivrés par les professionnels de santé, les soins préventifs, les soins psychiatriques et de désintoxication, les actes liés au planning familial, les médicaments et les transports sanitaires.

Un National Health Board serait chargé d'administrer le nouveau système de santé. Il déterminerait notamment les normes que devraient respecter les plans de santé et préciserait la liste des biens et services médicaux faisant l'objet d'une couverture. Il serait chargé de répartir le budget national de la santé entre les différentes alliances régionales et serait au centre du dispositif d'évaluation de la qualité des soins. Sans que soit remise en cause la liberté des prix pharmaceutiques, le National Health Board aurait le pouvoir de déterminer ce que pourrait être le prix "raisonnable" des nouveaux médicaments au moment de leur mise sur le marché. Etablissant des comparaisons avec les prix sur les marchés étrangers, il pourrait demander aux industriels de rendre publiques les informations qui justifieraient une différence de prix avec le marché américain.

Le National Health Board serait composé de sept personnes désignés par le Président des Etats Unis pour une durée de quatre ans renouvelable un^e fois.

Les Etats fédérés seraient chargés de la mise en oeuvre de la réforme sur leur territoire. Ils devraient mettre en place, avant le 1er janvier 1997, une ou plusieurs alliances régionales, leur nombre dépendant de la taille de l'Etat et devant permettre à chacune de disposer d'une surface suffisante pour être en mesure de négocier efficacement avec les compagnies d'assurances. Ils mettraient en oeuvre des mécanismes tendant à assurer la qualité des plans proposés aux consommateurs, le respect de règles prudentielles et établiraient la liste des critères que ces plans doivent respecter pour être agréés.

Ils devraient s'assurer que tous les consommateurs, quel que soit leur situation, puissent acheter au moins un plan à un prix inférieur ou égal au prix moyen du marché et mettre en place en fonds de garantie destiné à pallier les conséquences de l'éventuelle faillite d'un plan. Les Etats fédérés auraient également la possibilité d'instituer, à leur niveau, un système de payeur unique dans lequel ils assureraient eux-mêmes le financement de la couverture médicale de leurs ressortissants.

Les alliances régionales instituées par les Etats fédérés seraient chargées de représenter les intérêts des consommateurs en négociant avec les organismes qui proposent des plans de couverture médicale. Elles recevraient les paiements des entreprises (80 % du montant de la couverture de base), des salariés (20 % de ce montant, plus les éventuels suppléments de couverture souhaités) ainsi que des subventions de l'Etat fédéral, représentant notamment le paiement des primes dues pour les patients bénéficiant de Medicaid et, le cas échéant, de Medicare.) Les petites entreprises et les personnes ne disposant pas de revenus suffisants pour acquérir leur couverture médicale bénéficieraient de subventions.

Le statut des alliances pourrait être celui d'une association à but non lucratif, d'une agence indépendante ou d'une agence dépendant de l'exécutif fédéré, leur directoire assurant une représentation paritaire des employeurs et des consommateurs. Les alliances régionales devraient déterminer dans l'année, une période au cours de laquelle les consommateurs pourraient changer de plan de santé. Elles publieraient toute l'information nécessaire pour que les consommateurs puissent choisir leur plan en toute connaissance de cause et contrôlèrent le marketing direct des compagnies d'assurance ou des HMOS. Elles négocieraient avec ces organismes et établiraient avec eux des relations contractuelles uniformes. Elles ne pourraient sélectionner des plans dont la qualité n'est pas suffisante

au regard des critères définis par l'Etat fédéré ou dont les prix seraient supérieurs de plus de 20 % au prix moyen des plans disponibles sur le marché local. Elles pourraient subventionner des plans afin qu'ils consentent à couvrir certaines zones, le plus souvent rurales, ignorées par le marché.

Les plans offerts à travers les alliances régionales pourraient être des assurances classiques (avec remboursement à l'acte) ou des systèmes de soins coordonnés, ces derniers comme la limitation des écarts de prix par rapport au prix moyen devant inciter les premières à être plus compétitives.

Les entreprises employant plus de 5.000 salariés pourraient, soit rejoindre les alliances régionales, soit assumer elles-mêmes le rôle d'acheteur.

Les plans de santé proposés par les alliances régionales ne pourraient exclure des Américains en raison de leur état de santé ou de leur niveau de revenu, ni prévoir un délai entre la date d'adhésion et celle de l'ouverture des droits. Ils devraient mettre en place une instance de conciliation pour résoudre leurs éventuels conflits avec les consommateurs. L'augmentation des primes exigées serait limitée, non seulement pour tenir compte de l'évolution des prix et de la démographie, mais aussi par rapport à la masse salariale, le montant des primes versées ne pouvant dépasser, pour les employeurs, 7,9 % de cette masse.

B. LES RAISONS D'UN ÉCHEC

Un an après la présentation de son projet au Congrès, l'administration américaine n'est pas parvenue à le faire adopter, ne serait-ce qu'en partie ou sous une forme édulcorée avant les élections générales du mois de novembre 1994. Pourtant, le 22 septembre 1993, un sondage réalisé par CNN-USA aussitôt après cette présentation révélait que 55 % des Américains adhéraient aux principes de la réforme. Que s'est-il passé ?

Il n'est pas possible d'analyser, ici, les raisons politiques de l'échec, ou celles tenant à la plus ou moins grande habileté avec laquelle a été élaboré, présenté, puis défendu ce projet de réforme ; il convient donc de s'arrêter sur les autres raisons de cet échec qui sont de surcroît plus significatives.

Une première raison tient probablement à la reprise économique, qui remet en lumière les avantages de la "liberté" par rapport à ceux de la "sécurité". Beaucoup d'Américains, dont l'emploi

était menacé l'an dernier encore et qui craignaient de perdre leur couverture médicale, sont plus rassurés aujourd'hui, la conjoncture économique leur apportant une sécurité que ne leur offre pourtant toujours pas leur contrat d'assurance. D'autres préfèrent spéculer sur la hausse de leur salaire plutôt que sur l'obligation d'assurance faite aux employeurs, obligation qui restreindrait peut-être les marges de négociations salariales. D'autres, enfin, estiment prioritaire de retrouver un emploi plutôt qu'une couverture médicale.

La seconde raison tient à la conjonction d'intérêts qui auraient été lésés en cas de réforme. Les entreprises, qui se seraient vu imposer une obligation d'assurer leur personnel et de financer au moins 80 % des primes, n'ont évidemment pas bien réagi, arguant qu'une telle obligation entraînerait une augmentation du taux de chômage. Les petites entreprises, qui auraient pourtant bénéficié de subventions afin de les aider à respecter cette obligation, ont été parmi les plus virulentes et ont mené une action très vigoureuse à travers la National Federation of Independent Business.

Les compagnies d'assurance ont également été défavorables au plan Clinton. Celui-ci les aurait contraintes à vendre leurs contrats à tous les Américains qui les auraient choisis, quels que soient l'état de santé, le niveau de revenu ou la situation professionnelle de ces derniers. En outre, le projet de réforme les aurait mises directement en concurrence, tant pour les prix que pour la qualité, avec des structures de soins coordonnées, que M. Bill Clinton considère comme des modèles pour l'avenir. Enfin, leur politique tarifaire aurait été triplement entravée, aucune prime ne pouvant dépasser de plus de 20 % le tarif moyen du marché, les augmentations tarifaires étant indexées sur un taux d'inflation corrigé d'un taux d'évolution démographique et le montant des cotisations versées par les entreprises étant plafonné à 7,9 % de la masse salariale.

Les médecins n'étaient pas non plus très favorables au projet de M. Clinton ; la réforme aurait sensiblement favorisé les médecins généralistes et aurait sans aucun doute incité à la modification du rapport, de deux pour un, qui existe actuellement entre le nombre de spécialistes et celui des généralistes. Le développement des structures de soins coordonnées aurait contribué au renforcement de l'évaluation des pratiques médicales et à la limitation de la liberté de prescription. Les praticiens qui exercent dans les 6.000 hôpitaux des Etats-Unis considéraient sans bienveillance la perspective d'une contraction future de l'offre hospitalière, évaluée à 25 %, en conséquence d'une meilleure adéquation de l'offre aux besoins de la population.

Les avocats ne pouvaient se satisfaire de la perspective d'une réforme des modalités de règlement des litiges entre médecins

et malades. Le plan Clinton prévoyait ainsi que chaque plan de santé devait instituer une procédure de conciliation. Il comportait également un plafonnement du montant des honoraires à 33 1/3 % des indemnités accordées par le juge, une limitation du montant desdites indemnités, qui devraient désormais tenir compte des autres compensations accordées au patient (primes d'assurance, rentes d'accident du travail...). Il envisageait enfin de publier des normes sanitaires en matière d'anesthésie, d'urgences et de gynécologie dont le respect par les médecins les exonérerait d'une condamnation pour incompétence.

Enfin, l'industrie pharmaceutique se serait vu imposer un contrôle (non administratif) des prix à travers la surveillance exercée par le National Health Board. Elle aurait également été confrontée au développement des structures de soins coordonnées, qui "agrément" les listes de médicaments utilisés par leurs plans de santé, les contraignant ainsi à la négociation de leurs prix.

La conjonction de ces intérêts, soutenue par les centaines de millions de dollars consacrées aux actions de lobbying parlementaire et au marketing direct auprès du public, a contribué à faire échouer le projet du président Clinton.

Une occasion est bel et bien perdue pour le système de santé américain et la capacité de M. Clinton à faire adopter une partie au moins de ce projet semble désormais très faible.

En attendant une réforme fédérale, les Etats fédérés prennent des initiatives...

III. LES INITIATIVES PRISES PAR LES ETATS FEDERES

A. LA CALIFORNIE VEUT AMELIORER LE FONCTIONNEMENT DU MARCHE DE LA COUVERTURE MEDICALE

Alors que la population californienne représente 12 % de la population américaine totale, 16 % des personnes dépourvues d'une couverture médicale aux Etats-Unis vivent en Californie : 6 des 32 millions de Californiens, soit plus de 20 % de la population, ne sont pas assurés.

Cette situation peut être considérée comme paradoxale : l'économie californienne, bien que touchée par la fermeture de bases militaires, est très dynamique ; le marché de la couverture médicale est très compétitif et tire les prix vers le bas grâce à la forte présence de HMOs. C'est en Californie, à Los Angeles, que le premier HMO des Etats-Unis, The Ross-Loos Clinic, fut créé en 1929. Aujourd'hui, les HMOs, au nombre de 80, assurent la prise en charge sanitaire et la couverture médicale de plus de 30 % de la population, contre 14 % en moyenne dans l'ensemble des Etats-Unis. Un des HMOs les plus importants, Kaiser Permanente, qui couvre 6,5 millions de personnes aux Etats-Unis, réalise l'essentiel de son activité en Californie avec 23 hôpitaux, 5.500 médecins et 4,5 millions de personnes couvertes, ses concurrents directs, Blue Cross et Healthnet, représentant seulement 5 % du marché. Les trois quarts des Californiens assurés reçoivent désormais des soins qui, d'une manière ou d'une autre, sont coordonnés et contrôlés.

Le mauvais taux de couverture médicale en Californie s'explique en grande partie par la forte proportion du nombre de petites entreprises de services que compte son économie, ces petites entreprises ne fournissant pas toujours, loin s'en faut, une couverture médicale à leurs employés.

Face à cette situation, le Gouvernement californien n'a pas eu pour objectif d'assurer une généralisation de la couverture médicale ; il a préféré entreprendre des réformes partielles et progressives en vue de maîtriser l'évolution des dépenses de santé et de faciliter l'accès à la couverture médicale sans accroître la pression fiscale ou imposer des obligations financières nouvelles aux employeurs.

Cette politique, qui ne vise qu'à améliorer l'efficacité du système existant sans véritablement le réformer, a déjà obtenu quelques résultats. Ils sont cependant à la hauteur des risques politiques acceptés par le Gouvernement ; autant dire qu'ils sont faibles.

D'autres personnalités, d'autres citoyens californiens, voudraient aller plus loin, tel John Garamendi, Commissaire aux Assurances ou les signataires de la "Proposition 186" qui a été rejetée par les électeurs au mois de novembre 1994.

1. Les réformes entreprises par le Gouvernement : pour un accès universel à la couverture médicale

Plutôt qu'une couverture médicale universelle, c'est-à-dire l'institution d'un système obligatoire qui donnerait à chaque Californien un droit à être couvert, le Gouvernement prône le principe de l'accès universel, qui peut être atteint grâce à une maîtrise de la dépense de santé et par une baisse des tarifs des contrats d'assurance, en particulier pour les salariés des petites entreprises.

a) Maîtriser et améliorer l'efficacité de la dépense de santé

Le Gouvernement californien a entrepris une série de réformes tendant à maîtriser les coûts et à améliorer l'efficacité de la dépense de santé. Il a tenté d'atteindre ces objectifs en modifiant les modalités de prise en charge des patients sous Medi-Cal (nom du programme Medicaid en Californie) et en agissant sur les causes de la progression de la fraction des dépenses de santé correspondant aux frais de gestion administrative du système de santé.

● Maîtriser la dépense publique consacrée à Medi-Cal

Le programme Medi-Cal, financé pour moitié par l'Etat de Californie et pour l'autre moitié par l'Etat fédéral, comprend désormais 5 millions de bénéficiaires. Pourtant, les conditions d'accès à ce programme sont assez strictes, seules les personnes percevant un revenu inférieur à 8.000 dollars par an, pour une personne seule, ou 12.000 dollars pour une famille, pouvant y être admis.

La dépense publique consacrée à Medi-Cal absorbe une part croissante du budget de l'Etat de Californie : elle représente désormais 14 milliards de dollars, soit trois fois plus qu'en 1980. Elle s'ajoute au 1,5 milliard de dollars consacré par l'Etat pour aider les comtés californiens à financer les hôpitaux publics qui délivrent des soins aux personnes non assurées.

Constatant cette dérive, le Gouvernement a décidé d'agir en vue de limiter la progression de la dépense publique de santé.

Le budget 1994-1995 prévoit ainsi que le nombre maximal de prescriptions pour les patients bénéficiant de Medi-Cal passera de 10 à 6 par mois. Seules les personnes en longue maladie pourront continuer à se faire délivrer dix prescriptions par mois, dix prescriptions étant également possibles lorsqu'elles concernent des médicaments relevant du planning familial. Dans les autres cas, le nombre de prescriptions ne pourra dépasser 6 par mois qu'après entente préalable. Cette mesure devrait générer une économie de 13 millions de dollars au cours de l'année budgétaire 1994-1995 et de 17,3 millions de dollars en 1995-1996.

Le Gouvernement a également décidé que les établissements pharmaceutiques qui distribuent des médicaments utilisés par les patients Medi-Cal devront consentir une réduction de 10 % sur chacun des produits qui seront délivrés. Cette mesure devrait diminuer de 42,8 millions de dollars les dépenses publiques consacrées à Medi-Cal au cours de l'année budgétaire 1994-1995.

En outre, les remboursements effectués par Medi-Cal aux pharmaciens seront minorés de 50 cents par ordonnance, décision qui devrait économiser une somme de 6,3 millions de dollars au cours de l'année budgétaire 1994-1995 et de 12,6 millions de dollars en 1995-1996.

La réforme qui devrait limiter le plus sensiblement la progression de la dépense publique de santé est cependant celle qui consiste à placer progressivement les patients Medi-Cal dans des structures de soins coordonnées telles que les HMOs. En renforçant la relation entre les patients et les médecins généralistes qui les orienteront, le cas échéant, vers le spécialiste ou l'hôpital et en multipliant les soins préventifs, l'Etat espère ainsi diminuer le nombre et la fréquence des hospitalisations auxquelles ont souvent recours les patients sous Medi-Cal. L'Etat versera périodiquement à ces structures de soins une somme forfaitaire destinée à financer l'ensemble des soins et des prescriptions délivrées aux patients qu'elles couvrent.

Grâce à la coordination des soins, la suppression de l'accès direct au spécialiste et à l'hôpital et au contrôle exercé par les HMOs sur les offreurs de soins, l'Etat entend ainsi faire des économies substantielles par rapport à l'ancien système de remboursement à l'acte.

D'ici 1996, environ 3 millions de patients sous Medi-Cal seront ainsi inscrits dans des HMOs.

● **Maitriser la progression des dépenses privées de santé et limiter les droits des assureurs**

La dépense de santé, dont 20 % représentent des frais de gestion administrative, peut être considérée comme peu efficace.

Le Gouvernement a donc entrepris une série de réformes en vue de diminuer ces coûts administratifs dont le niveau et la progression sont particulièrement inquiétants.

Il a ainsi promu l'utilisation de formulaires simplifiés et uniques pour la facturation des services offerts par les offreurs de soins, afin de réduire le coût de traitement des factures. Il a également soutenu les nouvelles dispositions de la "loi MICRA" (Medical Injury Compensation Reform Act) qui tendent à limiter le montant des indemnités pouvant être accordées par les juges à l'occasion de procès médicaux.

La très forte progression du montant de ces indemnités est en effet à l'origine de la fulgurante ascension du niveau des primes d'assurances demandées par les assureurs aux médecins, en vue, en quelque sorte, de se protéger de leurs malades. Elle entraîne aussi une détérioration de l'efficacité du système de soins, les médecins refusant de dispenser certains actes lorsque l'issue du traitement est incertaine et peut ultérieurement donner lieu à une action en justice.

La dernière réforme entreprise par le Gouvernement californien concerne les jeunes mères et leurs enfants ; si elle n'a pas pour dessein la maîtrise des dépenses de santé et ne vise qu'un objectif sanitaire, elle devrait cependant limiter le nombre d'hospitalisations en renforçant la prévention à travers des programmes publics.

Une opération intitulée "Healthy Start", qui concerne déjà 210 établissements scolaires et sera étendue à 485 autres dans les deux années qui viennent, permet à des médecins et à des dentistes de se rendre dans les écoles afin d'y délivrer des soins aux enfants et de transmettre aux parents des notions d'éducation sanitaire. Surtout, le programme AIM, qui bénéficie à plus de 15.000

mères et à leurs enfants, fournit un service médical de protection maternelle et infantile dont bénéficient les mères qui disposent de faibles revenus.

Le Gouvernement a également pris des mesures en faveur des personnes dont l'état de santé n'est pas bon et a ainsi limité notablement les droits des assureurs. D'une part, il a introduit dans le droit californien le principe de "portabilité" des contrats d'assurance : les personnes qui changent d'activité professionnelle et qui étaient couvertes par un contrat d'assurance ne pourront plus se voir refuser une couverture médicale en raison de leur état de santé. D'autre part, le montant des primes d'assurance médicale ne pourra plus être calculé en fonction de l'état de santé du souscripteur, mais en fonction de son âge, du nombre de ses ayants-droit, de l'aire géographique dans laquelle il réside et des prix moyens des biens et services médicaux qu'elles couvrent. Enfin, le Gouvernement détermine désormais un taux maximal d'augmentation annuelle du montant des primes d'assurances pour les entreprises employant moins de 50 salariés.

b) Elargir l'accès à la couverture médicale

La réforme "HIPC" ("Health Insurance Plan of California"), qui a pour objectif de favoriser l'accès à la couverture médicale des salariés des petites entreprises, a été entreprise à la suite d'un constat : 75 % des personnes non assurées, soit 4 des 6 millions de Californiens qui ne bénéficient pas d'une couverture médicale, sont des salariés ou leurs ayants-droit, travaillant le plus souvent dans de petites entreprises.

A quoi bon bouleverser, à grand coût, les structures du système de santé pour obtenir un système de couverture médicale universelle alors qu'il suffit de jouer sur les 4 millions de salariés non assurés ?

Ayant considéré que l'immense majorité de ces petites entreprises renoncent à offrir à leurs salariés une couverture médicale en raison du coût trop élevé de celle-ci, le Gouvernement californien a donc entrepris une réforme tendant, sur la base du volontariat, à améliorer les conditions offertes aux petites entreprises. Souhaitant que cette réforme n'entraîne aucun accroissement des dépenses publiques, le Gouvernement n'y a associé ni incitation fiscale, ni subvention.

Créé par la loi Assembly Bill 1672, le HIPC est une coopérative d'achat d'assurances médicales créée par le Gouvernement au profit des entreprises de 5 à 50 salariés (3 à 50 salariés à partir du mois de juillet 1995) quel que soit leur lieu

d'implantation en Californie. Elle offre à ces entreprises la surface indispensable pour obtenir des assureurs des conditions aussi favorables que celles dont bénéficient les grandes entreprises, ainsi que tous les avantages d'un système de gestion centralisé : le HIPC fournit aux employés une assurance médicale portable même en cas de changement d'activité, quel que soit leur âge ou leur état de santé et offre aux employeurs un service d'achat, de gestion et de contentieux unique.

Le Major Risk Medical Insurance Board (MRMIB), qui gère le HIPC, négocie les contrats avec les organismes de couverture médicale dans les six zones géographiques correspondant à la Californie ; agissant pour le compte des entreprises adhérentes, il est en mesure d'obtenir des tarifs peu élevés, inférieurs de 6 à 23 % aux tarifs les plus bas du marché.

Le Los Angeles Times cite le cas d'un chef d'une petite entreprise (5 employés) qui, avant la mise en place du HIPC, avait dû renoncer à sa propre couverture médicale. qui lui coûtait 3.000 dollars par mois, en raison d'un antécédent médical grave (transplantation rénale), pour pouvoir assurer ses salariés. Grâce à son intégration dans le HIPC, il paie désormais 900 dollars par mois pour assurer sa couverture personnelle et celle de ses salariés.

Lorsqu'un employeur décide d'adhérer au HIPC, il s'engage à financer au moins 50 % du coût de la couverture médicale de ses employés, étant entendu que les organismes qui ont choisi de proposer des contrats au HIPC ont accepté de ne moduler leurs tarifs qu'en fonction de l'âge, du nombre d'ayants-droit et de la zone géographique. Six tranches d'âge et quatre types de situation familiale ont ainsi été définies, à chaque combinaison de critères étant associé un tarif.

Les salariés ont alors le choix de leur organisme de couverture médicale à l'intérieur de la zone géographique d'appartenance. Il convient d'observer que tous les plans proposés par le HIPC sont des systèmes de soins coordonnés. Les salariés peuvent changer d'organisme de couverture médicale au cours de certaines périodes prédéterminées.

Quant à l'employeur, il peut "sortir" du programme HIPC lorsqu'il le souhaite après avoir respecté un préavis de 30 jours.

Sur les 360.000 petites entreprises de Californie, dont certaines offraient déjà une couverture médicale à leurs salariés, seules 1.000 entreprises représentant 15.000 employés et leurs familles avaient adhéré entre juillet et octobre 1993.

Le HIPC assure désormais quelque 5.000 nouvelles personnes par mois, soit au total aujourd'hui 3.000 entreprises et quelque 60.000 personnes.

Si l'on se souvient que 6 millions de Californiens sont non assurés, il faut bien constater que le HIPC n'a réduit que de 1 % le problème de l'absence de généralisation de la couverture médicale en Californie.

Il demeure cependant un programme destiné à atténuer, pour les Californiens salariés de petites entreprises, les conséquences du fait que le marché de la couverture médicale et celui de la santé sont des marchés d'offreurs.

En d'autres termes, il participe plus de la politique de la consommation que de la politique d'assurances sociales ; les résultats de sa mise en oeuvre montrent, s'il en était besoin, que les notions de couverture médicale généralisée et de volontariat sont contradictoires.

2. La "single payer initiative" et les propositions de John Garamendi : pour une couverture médicale universelle

a) La "proposition 186" ou "single payer initiative" : un million de Californiens auraient voulu aller plus loin

A l'occasion des élections du mois de novembre 1994 a été soumise au référendum la "proposition 186", qui avait recueilli 1.078.000 de signatures rassemblées par des organisations de consommateurs et des syndicats.

Alors que le HIPC ne vise qu'à faire entrer dans le système privé de couverture médicale les salariés des entreprises qui s'en voient exclues pour des raisons de coût et donc à élargir l'accès au marché de l'assurance privée, la proposition 186 vise à instituer une couverture médicale universelle pour tous les Californiens assurée par l'Etat, payeur unique.

A l'"accès universel" à la couverture médicale prôné par le Gouvernement californien, les auteurs de la proposition 186 opposent la "couverture médicale universelle" qui offrirait à chaque Californien un véritable droit à la protection sociale et non plus seulement des contrats d'assurance à des prix moins prohibitifs.

Si elle propose d'instituer une taxe sur les salaires pour financer une partie du coût de la couverture, la proposition 186 casse le lien entre couverture médicale et emploi au niveau des individus.

Elle propose de créer un fonds d'Etat alimenté par les budgets actuellement alloués aux programmes Medicaid et Medicare, un impôt sur le revenu de 2,5 %, une taxe sur les salaires d'un taux de 8,9 % ainsi que par une surtaxe sur les tabacs. Ce fonds permettrait d'assurer la couverture médicale de tous les Californiens pour un panier de biens et services médicaux, incluant le traitement des longues maladies, des maladies mentales et les prescriptions pharmaceutiques en contractant pour le compte des Californiens avec les organismes de soins coordonnés ; il rembourserait également les soins assurés par les médecins non salariés de tels organismes, l'Etat négociant avec des représentants des professions de santé le montant des honoraires remboursés.

Cette proposition, soumise à référendum, a recueilli 27 % des suffrages californiens et a donc été repoussée par les trois quarts des votants. En revanche, une proposition 187, tendant à réduire l'accès des services sociaux des immigrés clandestins a été adoptée par 59 % des voix...

b) La proposition de John Garamendi, inspirateur de la réforme Clinton : pour une couverture médicale universelle, avec concurrence organisée des offreurs de soins

Au mois de février 1992, M. John Garamendi, élu commissaire aux assurances de l'Etat de Californie, a proposé "sa" réforme du système de santé, réforme dont s'est, à l'évidence, inspiré le groupe de travail dirigé par Mme Hillary Clinton.

Ce plan, qui met fin au lien existant actuellement entre salariat et couverture médicale, repose sur deux principes :

- la "couverture médicale universelle", quel que soit l'âge, l'état de santé, le niveau de revenu, l'activité ;
- le principe de "concurrence organisée" entre les organismes offrant une couverture médicale.

Ce plan tente, en quelque sorte, de faire accepter par une société libérale régulée par le marché, l'idée européenne d'assurances sociales, en conciliant, autant que faire se peut, les notions de concurrence et de régulation. Il propose de fournir à tous les Californiens une couverture médicale financée par une taxe sur les

salaires et administrée par des agences parapubliques tout en maintenant le caractère privé des organismes de couverture médicale et en maîtrisant la dépense de santé.

Le plan Garamendi propose de créer, au niveau de l'Etat, une commission de la santé dont les membres seraient nommés par le Gouverneur et le Parlement. Cette commission serait chargée de définir le panier de biens et services médicaux faisant l'objet de la couverture médicale universelle, d'élaborer des références médicales à l'usage des offreurs de soins, et de régler les conflits pouvant surgir entre les consommateurs et les organismes de couverture médicale.

Seraient ainsi créés des Health Insurance Purchasing Corporations, organismes privés agréés par l'Etat, qui seraient chargés d'organiser des appels d'offres en fonction des normes édictées par la commission auprès des organismes de couverture médicale, d'acheter les contrats d'assurance et de fournir aux consommateurs l'information propre à leur permettre de choisir parmi les organismes de couverture proposés dans leur zone géographique.

Ils pourraient également, à l'avenir, contracter directement avec des hôpitaux et contrôler les acquisitions d'équipements lourds. Ils seraient également chargés d'organiser directement l'offre de soins dans les régions rurales non desservies par les plans de santé privés.

La plupart des contrats achetés par les HIPCs seraient des contrats de soins coordonnés, c'est-à-dire qu'ils seraient conclus en priorité avec des HMOs ou des PPOs, le paiement à l'acte n'intervenant qu'à la marge dans des zones où les HMOs ou PPOs n'interviennent pas.

Le HIPC verserait à chaque organisme une somme représentant une capitation multipliée par le nombre de consommateurs ayant choisi son plan, sur la base du prix le plus bas du marché. Cette rémunération au prix plancher pourrait, le cas échéant, être corrigée en faveur des organismes qui, par exemple, couvrent essentiellement des personnes âgées.

Le financement du système serait exclusivement assuré par une taxe sur les salaires de 7 %, dont 6 % à la charge de l'employeur et 1 % à celle du salarié. Afin de ne pas trop peser sur les petites entreprises, les premiers 10.000 dollars de la masse salariale seraient exonérés. De même, la taxe versée par les employeurs pour les salariés aux revenus les plus élevés serait plafonnée au-delà d'un revenu de 150.000 dollars. La taxe versée par les salariés ne s'appliquerait que sur la fraction du salaire comprise entre 5.000 et 150.000 dollars. Les travailleurs indépendants devraient payer à la fois la part patronale et la part salariale. Les sommes ainsi recueillies constitueraient, en quelque sorte, un "budget global" pour la santé,

les dépenses de santé ne pouvant croître plus rapidement que les salaires sauf intervention du Parlement en vue d'augmenter le taux de la taxe sur les salaires. A terme, les patients bénéficiant de Medi-Cal et de Medicare pourraient être intégrés dans le système.

Les consommateurs, dans chaque région, devraient avoir le choix entre plusieurs plans de santé qui seraient en mesure d'offrir la même couverture, sans que ceux-ci puissent refuser des personnes pauvres, au chômage, malades ou très âgées, ni imposer une période d'attente avant l'ouverture des droits. A l'exception d'un faible ticket modérateur, ces plans ne pourraient exiger aucun paiement des assurés pour leur couverture de base.

Les consommateurs souhaitant une couverture plus large que la couverture de base pourraient souscrire une assurance complémentaire qu'ils financeraient individuellement. Cependant, ces avantages supplémentaires, tels que la couverture de base ou un choix de praticiens ou d'hôpitaux plus étendu que la moyenne, ne pourraient donner lieu à des primes supérieures à 50 % du coût de la couverture médicale payée à l'organisme par le HIPC. Une telle mesure vise à éviter que ne se développe, au profit des plus riches, une médecine à deux vitesses.

John Garamendi souhaite également mettre en oeuvre une couverture médicale "24 heures sur 24" en fusionnant l'assurance santé, l'assurance accidents du travail et les volets médicaux de l'assurance automobile.

Il constate en effet qu'actuellement, les Américains souscrivent fréquemment ces trois types d'assurance dont les risques couverts se chevauchent et que beaucoup d'argent est dépensé par les trois systèmes d'assurance pour payer des avocats qu'ils chargent, pour un accident de santé déterminé, d'en faire supporter le coût par les autres systèmes. Un tel chevauchement, s'il fait de certaines victimes des millionnaires en dollars, laisse sans couverture des millions d'Américains en raison du prix trop élevé des primes d'assurance.

Dans le plan qu'il propose, le système de couverture médicale universelle fonctionnerait "24 heures sur 24", c'est-à-dire "à la maison, au travail ou dans sa voiture". L'assurance santé financerait l'ensemble des dépenses de santé, quelle que soit la cause du mauvais état de santé du patient et sans que soient recherchés, ni le lieu, ni la responsabilité de l'accident. M. John Garamendi estime que ce système ferait faire aux Californiens une économie de 2 milliards de dollars pour leur assurance automobile (soit 1,8 milliard de dollars en frais médicaux et 200 millions de dollars en frais administratifs) ; il ferait économiser la même somme aux employeurs pour leur assurance accidents du travail. Ces économies résulteraient

non seulement de la diminution des coûts administratifs et des frais de justice, mais aussi du fait que le système universel fournirait des soins coordonnés du type HMO et n'aurait pratiquement plus recours, à la différence des pratiques des assurances automobiles et accidents du travail, au remboursement à l'acte.

Selon une étude réalisée par l'Economic and Social Research Institute, si la réforme proposée par John Garamendi était adoptée sur tout le territoire américain, les Etats-Unis économiseraient 3.000 milliards de dollars au cours des dix prochaines années, tout en offrant à tous les Américains une couverture médicale universelle. La dépense de santé progresserait de 14 % du PNB aujourd'hui à 17,1 % du PNB en 2003, au lieu de 23,9 % si aucune réforme n'est entreprise.

Le plan proposé par John Garamendi, très ambitieux, peut susciter certaines réserves, qui portent en particulier sur son financement. Si M. Garamendi a évité certains inconvénients d'un financement salarial de la couverture médicale en prévoyant à la fois des mesures en faveur des petites entreprises et des salaires élevés, corrections qui facilitent l'adhésion dans un pays tel que les Etats-Unis, il ne peut ignorer que les salaires constituent une base très étroite pour financer une couverture maladie universelle.

Son plan, qui a inspiré à la fois M. Bill Clinton et les auteurs de la proposition 186, a peu de chances d'être adopté dans l'immédiat. Mais il présente toutefois des atouts certains qui font de lui un modèle d'une réforme qui pourrait être adoptée à l'avenir. Par rapport à la proposition 186 notamment, il présente l'avantage d'être mieux adapté à la mentalité américaine en faisant très largement confiance à l'initiative privée et en évitant une gestion étatique du système de couverture. C'est cependant probablement la volonté de s'ajuster autant que possible au système existant en prévoyant un financement assis sur les salaires qui est aussi à l'origine de sa principale faiblesse, atteignant tant sa crédibilité que sa capacité à résister au temps s'il était mis en oeuvre.

B. L'OREGON VEUT DEVENIR LE LABORATOIRE DE LA GENERALISATION A COUT CONSTANT

Depuis 1989, l'Oregon, petit Etat de 3 millions d'habitants qui dispose d'une économie très saine (le taux de chômage y est égal à 4,5 %) a entrepris, dans la limite de ses compétences d'Etat fédéré une réforme du système de santé en vue d'atteindre à la fois un objectif de

généralisation de la couverture médicale et celui d'une maîtrise des coûts.

Prenant appui sur les programmes publics existants, et notamment Medicaid, les responsables politiques de l'Oregon, toutes tendances politiques confondues, se sont mis d'accord sur des objectifs et une méthode. Ils ont ainsi posé les principes selon lesquels tous les citoyens devraient avoir accès à une couverture médicale pour toute dépense correspondant à un traitement compris dans un panier de biens et services médicaux, étant entendu que la société est responsable du financement de cette couverture médicale pour les pauvres et qu'il lui appartient de définir ce panier de biens et services au terme d'un débat public.

Ils se sont également fixé comme objectif de réformer le système de soins de telle sorte qu'il fournisse les meilleures prestations au meilleur coût, qu'il ne pratique pas l'acharnement thérapeutique et qu'il n'occasionne pas des dépenses d'un niveau tel qu'elles compromettraient la réalisation d'autres politiques publiques qui ont une influence sur la santé publique ou le dynamisme économique de l'Oregon.

Avant l'entrée en vigueur de la réforme, sur 3 millions d'habitants de l'Oregon, 250.000 bénéficiaient du programme Medicaid mais 450.000 à 500.000 personnes n'étaient pas assurées. Parmi elles, 300.000 étaient des actifs employés.

En outre, 20.000 personnes environ n'étaient pas couvertes par les assurances privées en raison de leur état de santé.

Ce qu'il est convenu d'appeler le "plan de santé de l'Oregon" résulte de plusieurs textes législatifs qui ont été adoptés après une large consultation des parties intéressées et des citoyens de l'Etat et grâce à un accord bipartisan. Il comprend deux volets :

- le premier et le plus novateur, résulte d'une réforme du programme Medicaid, qui prévoit un assouplissement significatif des conditions d'éligibilité à Medicaid ainsi que la définition d'un panier limitatif de biens et services qui feront l'objet de la couverture médicale, afin de tendre vers la généralisation au meilleur coût.

Très ambitieux, tant par les objectifs affichés que par la méthode retenue, ce premier volet a été, d'une certaine manière, le plus aisé à mettre en pratique car il n'a pas eu pour conséquence d'augmenter la participation financière des employeurs à la couverture médicale de leurs employés.

- le second volet, beaucoup plus classique, complète le processus de généralisation en obligeant les entreprises à financer

une couverture médicale pour tous les salariés. Dans la mesure où il implique un effort financier des employeurs, il a été contesté et sa mise en oeuvre a été récemment différée ; il devrait entrer en application en 1997.

AVANT LES REFORMES

ASSURES	NON ASSURES
- personnes éligibles à Medicaid (revenus inférieurs à 56 % du niveau de pauvreté fédéral)	- personnes pauvres non éligibles à Medicaid (revenus supérieurs à 56 % du niveau fédéral de pauvreté)
- salariés ou travailleurs indépendants assurés individuellement ou par leur entreprise	- salariés ou indépendants non assurés

APRES LES REFORMES : quasi généralisation de la couverture médicale à coût constant

ASSURES	NON ASSURES
- toutes les personnes dont le revenu est inférieur au niveau de pauvreté	
- tous les salariés permanents	
- les travailleurs indépendants qui s'assurent	- travailleurs indépendants qui ne s'assurent pas
	- travailleurs saisonniers ou sous contrat à durée déterminée

1. Assurer une couverture médicale pour tous les pauvres au meilleur coût : la réforme de Medicaid

Selon la législation en vigueur en 1989, outre les personnes bénéficiant du programme AFDC (aide aux familles nécessiteuses avec enfants à charge) et les aveugles et invalides sous conditions de ressources, seules les personnes dont les revenus étaient inférieurs à 56 % du niveau fédéral de pauvreté pouvaient bénéficier du programme Medicaid. La "Senate Bill 27" (SB27), adoptée en 1989, a considérablement élargi l'accès à ce programme et a défini parallèlement l'étendue de la couverture médicale financée sur fonds publics au titre de ce programme.

a) Peuvent désormais entrer dans Medicaid toutes les personnes dont le revenu est inférieur au niveau fédéral de pauvreté

A partir du 1er janvier 1994, est entré en vigueur le programme d'extension de Medicaid ; désormais, tous les citoyens disposant de revenus inférieurs au niveau fédéral de pauvreté, soit 1.027 dollars par mois pour une famille de trois personnes en avril 1994 y sont éligibles, quelle que soit leur situation familiale. Au lieu de 56 % du niveau fédéral de pauvreté précédemment, Medicaid couvre donc désormais 100 % de ce niveau. Bénéficient également de Medicaid les femmes enceintes gagnant jusqu'à 133 % du niveau fédéral de pauvreté et les enfants de moins de 6 ans.

Parallèlement, les formalités d'admission ont été considérablement assouplies : elles ne reposent plus que sur un simple formulaire et doivent être renouvelées tous les six mois au lieu de tous les mois précédemment.

Il est en outre possible d'être admis à Medicaid à risque ouvert, la prise en charge des frais médicaux intervenant dès la date de demande d'admission.

La montée en charge du dispositif a été assez rapide. Dès le premier mois, 15.000 personnes ont demandé à en bénéficier ; elles ont été suivies dans les six premiers mois par 90.000 personnes.

Aujourd'hui, cette réforme a permis d'accueillir dans Medicaid 120.000 personnes, qui s'ajoutent aux quelque 250.000 habitants de l'Oregon qui en bénéficiaient déjà.

Dans une deuxième phase, qui devrait commencer en 1995 sous réserve de l'accord du gouvernement fédéral, le bénéfice de Medicaid sera en outre étendu dans les mêmes conditions aux personnes aveugles et invalides.

Les conditions d'admission -ou plutôt de renouvellement d'admission- des quelque 250.000 personnes qui bénéficiaient déjà de Medicaid ne sont pas modifiées.

b) Afin d'atteindre l'objectif de généralisation à coût constant, l'étendue de la couverture médicale est limitée à un panier de biens et services médicaux.

● **Jusqu'au 1er janvier 1995, le programme Medicaid correspondra à deux types de couverture médicale.**

* Le programme Medicaid traditionnel continue de fonctionner pour quelque 70.000 personnes parmi les 250.000 qui en bénéficiaient déjà à la date d'entrée en vigueur de la réforme ; il s'agit surtout des personnes âgées, aveugles ou invalides, ainsi que des enfants abandonnés. Medicaid assure le financement des dépenses médicales engagées par ces personnes en remboursant les offreurs de soins d'une fraction du coût de l'acte ou de la prestation. Il convient à cet égard de bien retenir qu'en Oregon comme dans les autres Etats, Medicaid ne rembourse pas, loin s'en faut, les offreurs de soins à hauteur du prix de la prestation : pour chaque dollar, Medicaid payait uniquement 24 cts, soit un taux de remboursement très faible.

Le niveau très faible de ce remboursement par Medicaid a conduit, dans le passé, de nombreux médecins ou cliniques à refuser de prendre en charge les patients sous Medicaid, ce qui revient à dénier à ces personnes, bien qu'"assurées", un accès aux soins hors hôpital public.

* Le nouveau Medicaid fonctionne désormais pour environ 180.000 des 250.000 personnes qui bénéficiaient de programme à la date d'entrée en vigueur de la réforme (en particulier, les bénéficiaires de l'aide aux familles nécessiteuses avec enfant à charge, AFDC), ainsi que pour les 120.000 nouvelles personnes qui ont été admises depuis. Il assure pour ces personnes une couverture médicale limitée à un panier de biens et services médicaux dans le cadre de services de soins organisés ("managed care").

● **La définition du panier de biens et services médicaux ("Prioritized list of physical health services")**

Outre l'assouplissement des conditions d'admission à Medicaid, qui a permis à toutes les personnes dont les revenus sont inférieurs au niveau fédéral de pauvreté d'en bénéficier, la Senate Bill 27 a créé une commission des services de santé de l'Oregon chargée de définir un panier de biens et services médicaux faisant l'objet d'une prise en charge.

La Senate Bill 27 a ainsi déterminé à la fois qui est couvert et ce qui est couvert, en vue d'assurer la généralisation de la couverture médicale des pauvres à coût constant.

En effet, comme il a été dit plus haut, le programme Medicaid est financé conjointement par le budget fédéral et celui des états fédérés, l'Etat fédéral assumant en Oregon environ 55 % du coût total du programme.

Or, l'Etat fédéral a accepté que l'Oregon procède à un notable élargissement du programme Medicaid en déplaçant le seuil maximal de revenus de 56 à 100 % du niveau fédéral de pauvreté à condition que cette réforme n'entraîne pas de surcoût.

L'Etat de l'Oregon a alors entrepris de définir une liste de biens et services médicaux pris en charge, par ordre de priorité. Tous les deux ans, le Parlement de l'Etat déterminera, en fonction des coûts constatés, à quel niveau de la liste s'arrête la prise en charge.

Compte tenu du faible peuplement de l'Oregon, ce travail d'élaboration de la liste a pu reposer sur la consultation d'environ 99 % de la population, soit au cours de réunions de quartiers, soit grâce à des contacts téléphoniques. Pour ce faire, l'Etat a fait largement appel à des volontaires qui ont consacré 25.000 heures à réaliser cette consultation.

Il a été demandé aux citoyens de l'Oregon, non pas de choisir entre telle et telle maladie, mais d'établir une liste de priorités en fonction de ce qu'ils estiment être le coût individuel d'une maladie, en termes de gravité, de désagrément ou de caractère invalidant.

La commission des services de santé de l'Oregon, créée par la Senate Bill 27 avec le mandat "d'établir une liste de services médicaux, du plus au moins important en fonction de leur bénéfice comparé pour la population", a calculé, pour chacun des traitements, un rapport bénéfice/coût, sur la base, non seulement des vœux de la population, mais aussi d'une évaluation actuarielle des coûts des traitements.

Ce calcul a reposé sur une formule dont la complexité peut prêter à sourire et qui est reproduite ici à la seule fin d'illustrer la volonté du Gouvernement de l'Oregon de mettre en place une couverture médicale généralisée selon les techniques les plus consensuelles et les plus rationnelles, reposant sur un classement scientifique des préférences individuelles exprimées au meilleur coût.

$$B_n = \frac{C}{Y * \left(\sum_{i=1}^5 [(P_{i_1} * (1 + \sum_{j=1}^{30} d_{ij1}w_j)) - (p_{i_2} * (1 + \sum_{j=1}^{30} d_{ij2}w_j))] \right)}$$

[-With Treatment-] [-Without Treatment-]

Créée en 1989, la commission des services de santé a présenté la liste résultant de ces calculs au Gouvernement de l'Etat ainsi qu'au Gouvernement fédéral (Department of Health and Human Services) le 1er mai 1991.

Ce dernier a refusé d'approuver la liste, et donc la réforme de Medicaid, en se fondant sur le fait que la méthode utilisée par la Commission pourrait être contraire à la législation sur les personnes handicapées (Americans with Disabilities Act) dans la mesure où, au cours des sondages téléphoniques auxquels cette dernière avait procédé, elle proposait aux sondés de classer les maladies en fonction d'un critère de "qualité de vie" afin de déterminer combien chaque maladie était "pesante", en quelque sorte, pour les individus. En outre, le DDHS estimait que les sondages téléphoniques, par ce qu'ils proposaient d'évaluer la gravité respective de certaines maladies en leur attribuant des valeurs chiffrées, étaient de nature à encourager certains jugements stéréotypés à l'égard des personnes handicapées.

Bien qu'en désaccord avec ces affirmations, mais redoutant le caractère vain d'un procès contre le Gouvernement fédéral dont les délais de jugement auraient retardé, voire hypothéqué l'application de la réforme, la commission a choisi de modifier sa méthodologie en fonction des observations fédérales.

Elle a alors interrogé les professionnels de santé et leur a demandé, pour chaque couple maladie/traitement, la probabilité moyenne qu'une personne qui est atteinte de la maladie et qui bénéficie du traitement, à échéance de cinq ans,

- meure ;

- garde d'importantes séquelles, à cause du traitement ou malgré lui ;

- guérisse.

Il a également été demandé aux professionnels de santé d'évaluer la probabilité de ces trois issues en cas d'absence de traitement.

Ces professionnels ont enfin été chargés d'évaluer le coût de chaque maladie tout au long d'une vie, avec ou sans traitement.

Sur cette base, pour chaque couple maladie/traitement, la commission a chiffré l'amélioration de l'état de santé résultant, pour le malade, de la délivrance du traitement.

Les couples maladie/traitement ont été classés, grâce à l'outil informatique, en fonction de quatre critères :

- premier critère : aptitude du traitement à éviter la mort du malade ;
- deuxième critère : aptitude du traitement à faire passer le malade d'un état où il risque la mort à un état où il est complètement guéri ;
- troisième critère : aptitude du traitement à faire passer le malade d'un état où il présente des symptômes à un état où il est complètement guéri ;
- quatrième critère : le coût du traitement.

Les deuxième et troisième critères n'étaient utilisés que pour départager des couples maladie/traitement qui, au regard du critère précédent, ne pouvaient être départagés.

La commission a ensuite travaillé à partir de la liste issue du traitement informatisé et a modifié le classement de certains couples maladie/traitement en fonction de plusieurs considérations :

1. elle a estimé que le traitement préventif d'une maladie doivent être placés plus haut sur la liste que le traitement curatif de cette maladie ;

2. elle a souhaité placer à un niveau élevé de la liste des couples maladie/traitement qui correspondent, soit à une priorité de santé publique, soit à un voeu des habitants de l'Oregon.

Ont ainsi été placés plus haut que leur situation initiale dans la liste :

- les soins délivrés aux mères et à leurs jeunes enfants,
- les soins préventifs,
- les soins palliatifs,
- les services de planning familial.

A l'inverse, les actes de chirurgie esthétique et de traitement de l'infertilité, qui n'étaient pas très demandés par les habitants de l'Oregon, ont été placés en bas de liste.

3. Les traitements de maladies contagieuses ont été placés en haut de liste.

Le cabinet Coopers & Lybrand a été chargé d'évaluer le coût prévisionnel de la couverture médicale des patients bénéficiant de Medicaid ; cette étude figure dans le rapport de la commission des services de santé soumis à l'approbation du gouverneur et du Parlement.

Si la liste comporte 745 couples maladie/traitement, la prise en charge cesse à partir de la ligne 607.

Sont ainsi pris en charge, quelle que soit la maladie, les soins préventifs et palliatifs ainsi que les prescriptions lorsqu'elles ont une efficacité thérapeutique.

En revanche, les traitements inutiles ou non indispensables, les soins esthétiques, la fécondation in vitro, les cures d'amaigrissement ou de sevrages tabagiques n'entrent pas dans le panier de biens et services médicaux pris en charge.

c) Toujours en vue de limiter la dépense de santé, les patients bénéficiant de Medicaid sont de plus en plus placés sous "Managed care"

Alors que le programme Medicaid traditionnel remboursait aux praticiens et aux autres professionnels de santé les actes délivrés et les prescriptions fournies, le nouveau Medicaid, conformément au texte de la Senate Bill 27, assure ses bénéficiaires auprès de programmes de soins coordonnés en versant aux organismes qui les gèrent une capitation dont le niveau est déterminé grâce à des calculs actuariels. Ces programmes couvrent la prise en charge globale du patient qui bénéficie, pour la période d'affiliation, de soins gratuits, que ce soit en ville ou à l'hôpital. Grâce à leur pratique économique et à la coordination des soins qu'ils mettent en oeuvre, ces organismes sont en mesure d'offrir une prise en charge sanitaire au meilleur coût.

Bien entendu, les contraintes imposées aux médecins qui travaillent pour eux sont sévères, et les patients, s'ils ont le choix entre plusieurs plans, n'ont pas toujours le choix de leur praticien ou

de leur hôpital au sein du programme. Ils ne bénéficient pas non plus d'un accès direct au spécialiste.

Quatre sortes de plans sont proposés aux patients :

- * les "fully capitated health plans" (FCHPs) ;
- * les "physician care organizations" (PCOs) ;
- * les "primary care case managers" (PCCMs) ;
- * les "dental care organizations" (DCOs).

Les "Fully capitated health plans" (FCHPs) fournissent à la fois les soins ambulatoires, la pharmacie et les soins hospitaliers, ainsi, la plupart du temps, que les soins dentaires. Dans tous les comtés où existent de tels Fully Capitated Health Plans, les patients bénéficiant de Medicaid ne peuvent choisir que l'un d'entre eux. A l'heure actuelle, les trois-quart des personnes couvertes par Medicaid ont été inscrites auprès de tels programmes.

Les "Physician care organizations" (PCOs) fournissent uniquement les soins ambulatoires, les analyses médicales et la radiologie. Les patients qui bénéficient de tels programmes doivent consulter un médecin du PCO avant de se rendre chez le spécialiste ou à l'hôpital. Le programme Medicaid paie une capitation au PCO et rembourse à l'acte les soins hospitaliers ou les soins non assurés par le PCO. Environ 77 % des patients sous Medicaid sont inscrits auprès d'un PCO ; ils vivent en majorité dans les zones rurales.

Les "Primary care case managers" (PCCMs) sont fréquents dans les zones les plus isolées ainsi que dans les huit comtés où n'existent, ni de FCHP, ni de PCO. Ils fournissent des soins ambulatoires délivrés par des médecins ou infirmières ayant contracté individuellement avec Medicaid.

Ceux-ci reçoivent de Medicaid une capitation mensuelle de faible importance pour tout patient inscrit auprès d'eux ainsi qu'un paiement à l'acte pour les soins réellement prodigués.

13 % environ des patients bénéficiant de Medicaid sont inscrits auprès de tels primary care case managers.

Les "Dental care organizations" (DCOs), enfin, ne fournissent que les soins dentaires ; ils reçoivent également une capitation mensuelle pour chaque patient inscrit ; ils interviennent en complément de certains fully capitated health plans qui n'assurent pas les soins dentaires.

Tous ces plans font l'objet d'une stricte évaluation par l'administration de l'Etat de l'Oregon qui a mis en place un service de réclamations et assure un contrôle de qualité des soins délivrés grâce, notamment, à la consultation des archives médicales à laquelle elle peut procéder. Elle examine enfin très attentivement les raisons invoquées par les patients qui, comme ils en ont la possibilité deux fois par an, demandent à changer de plan.

La réforme de Medicaid étant entrée en vigueur au début de l'année, il est difficile d'en mesurer dès aujourd'hui l'impact médical et financier. Le pari des dirigeants de l'Oregon est qu'il sera moins onéreux d'élargir le programme Medicaid en l'associant à des formules de soins coordonnés que de maintenir un Medicaid restreint à peu de bénéficiaires qui engendre des dépenses élevées et peu efficaces, auxquelles il faut ajouter les dépenses d'hospitalisation des personnes non assurées, qui sont en partie à la charge de l'Etat.

Ce pari est audacieux. Il montre cependant qu'il est possible d'avoir un débat public sur l'étendue de la couverture médicale et sur l'efficacité de la dépense sociale.

LE PARI DE L'OREGON

A/ Dépenses de l'Etat avant la réforme

1. Medicaid

- pour 250.000 personnes,
- avec un système de faible prise en charge des actes et prestations médicales qui limite l'accès aux soins de ses bénéficiaires.

2. Des dépenses d'hospitalisation, pour les personnes non assurées et non éligibles à Medicaid.

B/ Dépenses de l'Etat après la réforme

Medicaid

- pour 370.000 personnes,
- avec un système de soins gérés et coordonnés (managed care) qui assure à chaque bénéficiaire un accès aux soins à l'intérieur d'un plan pour tous les biens et services médicaux inscrits sur la liste adoptée par le Parlement.

Le pari de l'Oregon est double : il consiste à affirmer que le système B n'entraîne pas de dépense supplémentaire par rapport au système A et qu'il assure à un plus grand nombre des soins de meilleure qualité dans la transparence.

2. Offrir une couverture médicale à tous les salariés au moindre coût

Alors que le premier volet de la réforme entreprise par l'Etat de l'Oregon tendait à fournir une couverture médicale à tous les pauvres, son second volet complète cette action de généralisation en ciblant les quelque 300.000 personnes qui travaillent ou sont les ayants droit de personnes qui travaillent et sont néanmoins dépourvues de couverture sociale. Ce second volet comporte deux séries de mesures. La première, incitative, n'a pas encore rencontré le succès espéré ; la seconde, autoritaire, a vu sa date d'entrée en vigueur repoussée de deux ans.

a) Une mesure incitative : fournir aux petites entreprises des polices d'assurance moins chères

La Senate Bill 1076, adopté en 1991, vise à aider les 38.000 petites entreprises de 3 à 25 salariés à offrir à leur personnel une couverture médicale de qualité et peu onéreuse. Ces entreprises rencontrent en effet de nombreuses difficultés dans leurs relations avec les compagnies d'assurance, qui tiennent non seulement au montant des primes, souvent dissuasif, mais aussi à leur politique de sélection des risques.

La Senate Bill 1076 a donc défini une police d'assurance destinée aux petites entreprises ; l'étendue de la couverture offerte s'inspire très largement de la liste de priorités définie dans le cadre de la réforme de Medicaid et sa mise en oeuvre repose sur des soins coordonnés à travers des Health Maintenance Organizations. Toutes les compagnies d'assurance présentes sur le marché des petites entreprises doivent offrir cette police parmi celles qu'elles vendent et elles ne peuvent en refuser le bénéfice à aucune de ces entreprises, quel que soit l'état de santé des membres de leur personnel.

Il est encore trop tôt pour savoir si cette initiative rencontrera du succès auprès des petites entreprises, les plans de couverture médicale définis par le Senate Bill 1076 n'étant vendus que depuis le 1er mars 1993. Le montant des primes exigées pour ce plan s'élèvent à 136 \$ par personne dans la région de Portland et sont un peu moins élevées dans le reste de l'Etat.

Cette réforme vient compléter une première mesure mise en place en 1987 et qui n'a rencontré qu'un succès mitigé. Elle consistait en une incitation fiscale en faveur des employeurs de moins de 25 salariés qui, n'ayant pas assuré leurs employés pendant les deux ans qui précèdent, ont décidé de financer leur couverture médicale.

Pour pouvoir bénéficier d'une réduction de 6,25 \$ par mois sur l'impôt sur les sociétés par employé assuré, les employeurs doivent consacrer au paiement des primes d'assurance plus de 56 \$ par mois et par employé. Depuis 1989, environ 7.000 entreprises employant 25.000 salariés ont bénéficié de cette mesure fiscale qui a donc rencontré un succès limité.

b) Une mesure autoritaire : l'obligation faite à tous les employeurs d'offrir une couverture médicale à leurs salariés

Afin d'assurer la généralisation de la couverture médicale dans l'Etat de l'Oregon, la Senate Bill 935 a posé le principe de l'obligation faite à tous les employeurs de l'Etat d'offrir à leurs "salariés permanents" une couverture médicale à partir du 1er juillet 1995.

Les "salariés permanents" ont été définis comme ceux qui travaillent au moins 17 heures et demi par semaine et ont un contrat de travail à durée indéterminée ; les travailleurs agricoles saisonniers ou les salariés temporaires restent donc en dehors du champ de l'obligation.

Le système institué par la Senate Bill 935 a été appelé "Play or Pay" ; il offre en effet aux employeurs la faculté de s'acquitter de leurs obligations légales au regard de la couverture médicale en versant un impôt à un Fonds d'Etat qui redistribuera les sommes récoltées afin d'attribuer une aide aux salariés non assurés destinée à leur permettre de souscrire une police individuelle.

La Senate Bill 935 indique que les niveaux minimaux de couverture médicale, que ce soit pour les salariés assurés par leurs employeurs ou pour ceux qui s'assurent individuellement grâce à l'aide du fonds, seront définis par la loi en 1995. La Senate Bill 935 a uniquement prévu que la taxe payée par les employeurs qui n'assurent pas directement leurs salariés représentera 75 % du coût de leur couverture médicale et 50 % de celui de la couverture des ayants-droit.

Ce second volet de la réforme du système de couverture médicale dans l'Oregon, qui impose des obligations nouvelles aux employeurs, n'est pas prêt d'entrer en vigueur. Alors que la Senate Bill 935 prévoyait que ces obligations pèseront sur les entreprises à compter du 1er juillet 1995, le Parlement a en effet modifié ses dispositions en 1993 afin de reporter cette échéance.

Elle est désormais fixée au 31 mars 1997 pour les entreprises de plus de 25 salariés et au 1er janvier 1998 pour les petites entreprises employant moins de 25 personnes. En outre, la loi a posé le principe de la mise à l'étude d'une alternative au principe de l'obligation pour les employeurs de financer la couverture médicale de leurs salariés, le choix définitif entre les différentes propositions devant intervenir en 1995.

Enfin, dans la mesure où l'institution d'une telle obligation déroge à la loi fédérale Employee Retirement Income Security Act, l'accord des autorités fédérales doit être obtenu préalablement à sa mise en oeuvre ; or, le Parlement a décidé en 1993 que si cet accord n'intervenait pas avant le 2 janvier 1996, les employeurs n'y seront pas soumis. De lourdes menaces pèsent donc sur ce second volet de la réforme, qui aurait complété les efforts accomplis par l'Etat en vue d'assurer les pauvres par un geste des entreprises en direction de leurs salariés.

Si le principe de l'obligation faite aux employeurs d'assurer leur personnel n'entrait pas en vigueur, le premier volet de la réforme pourrait être remis en cause, dans la mesure où l'existence d'une fraction importante de personnes non assurées dans l'Etat de l'Oregon (300.000 sur 3 millions, soit 10 % de la population) pèserait sur le coût du système de santé en général, et sur les dépenses publiques en particulier, l'Etat étant en dernier ressort responsable du financement des dépenses hospitalières des personnes non assurées.

Si les réformateurs de l'Oregon voyaient leur démarche couronnée de succès et donc si la réponse de Medicaid était complétée par une généralisation de la couverture médicale des salariés, rien ne dit que l'Oregon puisse faire face longtemps aux conséquences de ce que l'on pourrait appeler son "insularité" au regard de la protection sociale au sein des Etats-Unis. En l'absence de réforme fédérale allant dans le même sens, l'Oregon s'est en effet doté d'une législation qui incite les personnes à en être les ressortissants et les entreprises à le quitter. Quand on connaît la mobilité des personnes et des affaires aux Etats-Unis, il est clair que cette réforme est condamnée, soit à un succès auprès de la population qui dépasse ses frontières et qui conduit les autres Etats à l'adopter, soit à l'échec complet.

CONCLUSION

En guise de conclusion, votre commission souhaite faire ressortir le principal enseignement du déplacement de sa délégation. Alors que les Etats-Unis et la France ont retenu des modes de solvabilisation de la demande très différents, les difficultés sont pourtant communes.

Le constat est ainsi clair. L'économie de santé est une économie d'offre dont la dérive est indépendante du niveau de solvabilisation de la demande. C'est donc bien sur l'offre qu'il faut agir d'abord.

Une plus grande intégration du système de soins, la constitution de réseaux, qui mettent quelquefois à mal les principes libéraux d'exercice semblent être, aux Etats-Unis, une voie privilégiée. Ne doit-elle pas être explorée en France dans le respect de nos traditions médicales ? C'est à cette réflexion que votre commission invite le Gouvernement et les partenaires conventionnels.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. AUDITION de M. Donald KIEFER

Le mercredi 27 avril 1994, sous la présidence de M. Jean-Pierre Fourcade, président, la commission a procédé à l'audition de M. Donald Kiefer, directeur des études économiques au service des études du Congrès (bibliothèque du Congrès), sur la réforme du système américain de santé.

En introduction à son exposé, M. Donald Kiefer a présenté la structure de financement de la dépense de santé aux Etats-Unis ; celle-ci repose, pour plus de 60 %, sur des fonds privés, provenant d'assurances privées et pour 24 % sur des programmes publics tels que Medicare et Medicaid.

Il a souligné que 14 % des Américains ne bénéficient pas d'une couverture sociale, situation qui induit des transferts de charges aux dépens des personnes assurées.

Il a indiqué que le marché américain de la santé ne peut être considéré comme efficient au regard des critères de l'analyse économique dans la mesure où les consommateurs de soins ne disposent pas de toute l'information utile, où la concurrence entre les offreurs de soins ne se fait pas par les prix et où une large fraction de la demande de soins fait l'objet d'un financement socialisé.

M. Donald Kiefer a ensuite décrit le contexte politique dans lequel s'inscrivent les propositions actuelles de réforme du système de santé. Il a indiqué à cet égard que l'opinion publique américaine demeure conservatrice et n'est pas, dans sa grande majorité, favorable à une extension des compétences de l'administration fédérale qui induirait un accroissement de la pression fiscale. Compte tenu de cette situation, le président des Etats-Unis, M. Bill Clinton, a donc proposé un plan de réforme du système de santé dont l'impact se situe hors des limites de l'administration et du budget fédéraux.

Cette proposition de réforme a été présentée par M. Donald Kiefer comme ambitieuse, dense et complexe.

Elle repose sur un principe de généralisation, tous les citoyens et tous les employeurs étant appelés à contribuer à un système reposant sur des assurances privées et régulé par des "agences régionales" qui seront instituées au niveau de chaque Etat ou, pour les plus grands d'entre eux, au niveau régional et qui seront soit des démembrements de l'administration de l'Etat, soit des agences indépendantes.

Ces agences régionales publieront la liste des assurances privées, sur lesquelles pourra se porter le choix des citoyens et des entreprises, qui seront chargées du contrôle du montant des primes, celles-ci devant désormais être fixées indépendamment des risques représentés par chaque assuré.

La concurrence entre assurances privées se fera donc, non sur les prix, mais sur l'efficacité et la qualité du service rendu.

Afin de garantir l'universalité du système, des subventions, financées grâce à la disparition du programme "Medicaid", seront accordées par le Gouvernement aux petites entreprises et aux Américains disposant de faibles revenus.

Des ressources complémentaires devraient provenir d'une hausse des droits sur les tabacs et de l'augmentation des recettes fiscales que devrait induire l'augmentation des revenus des Américains rendue possible par la maîtrise des dépenses de santé.

M. Donald Kiefer a indiqué que la réforme du système de santé conduira à une augmentation de la masse salariale dans les services et le commerce, alors qu'elle favorisera sa diminution dans les grandes entreprises manufacturières : elle pourrait donc avoir des effets sur l'emploi.

M. Donald Kiefer a indiqué que plusieurs commissions et sous commissions du Congrès étudient en ce moment le plan proposé par le président Clinton. Une partie de ce plan sera certainement adoptée avant les élections générales du mois de novembre prochain ; mais il est probable que le Congrès ne retiendra pas le principe de la création des agences régionales et que le rythme de la mise en oeuvre de la réforme sera beaucoup plus lent que celui qui est proposé par le plan Clinton. De même, le montant des aides devant être accordées aux petites et moyennes entreprises sera certainement accru.

En réponse à MM. Jean-Pierre Fourcade, président, Charles Descours, Claude Huriet, François Delga, Martial Taugourdeau, Jacques Machet, Mme Marie-Madeleine Dieulangard, M. Donald Kiefer a estimé que les Américains ne perçoivent pas la situation de crise dans laquelle se trouve leur système de santé ; beaucoup pensent donc qu'une réforme globale ne s'impose pas dans l'immédiat et qu'une démarche plus pragmatique et progressive comporterait moins de risques. Il a souligné à cet égard l'importance des revers qui ont suivi, dans le passé, l'adoption de réformes en matière de santé : ainsi, le programme "Medicaid", mis en place dans les années soixante, a eu un coût dix fois supérieur à celui qui avait été initialement évalué.

Il a précisé les liens pouvant exister entre la situation de l'emploi et la réforme du système de santé, estimant à cet égard que des personnes pourraient se retirer du marché du travail si elles bénéficiaient en tout état de cause d'une couverture sociale.

Il a enfin indiqué que, dans l'hypothèse de l'adoption d'une réforme, le système des Health Maintenance Organizations serait encouragé en raison des avantages présentés par ces structures en termes de maîtrise des dépenses.

II. COMPTE RENDU DE LA MISSION

Le mercredi 5 octobre 1994, sous la présidence de M. Jean-Pierre Fourcade, président, la commission a entendu un compte rendu, présenté par M. Jean-Pierre Fourcade, président, de la mission d'information sur le système de santé américain et ses projets de réforme, composée de sept sénateurs, qui s'est déroulée du 9 au 16 septembre.

M. Jean-Pierre Fourcade, président, a d'abord présenté les principales caractéristiques du système américain, dans lequel il existe un régime obligatoire de retraite mais où la dépense de santé ne fait pas l'objet d'une prise en charge collective. Il a indiqué à cet égard que, si l'aide sociale assure la protection sociale des plus pauvres, les personnes qui disposent de revenus intermédiaires mais insuffisants pour souscrire un contrat d'assurance privée sont les véritables laissés pour compte de la protection sociale américaine. Il a évoqué les difficultés rencontrées par le président Clinton pour faire adopter son plan de généralisation de la couverture maladie. Soulignant le caractère contradictoire des objectifs de ce plan, il a indiqué que la vigueur de l'opposition qu'il a suscitée auprès, notamment, des chefs d'entreprise laisse mal augurer son adoption prochaine.

Il a ensuite présenté les deux Etats visités par la délégation, la Californie et l'Orégon, qui diffèrent par leur taille (32 millions d'habitants contre 3 millions) ainsi que par la nature des réformes mises en oeuvre en matière de couverture médicale.

Ainsi, alors que le plan Clinton proposait une réforme d'ensemble du système de santé, la Californie a choisi d'élargir le bénéfice de la couverture médicale en maîtrisant les coûts d'une manière partielle et progressive. Surtout, elle a pris le pari d'améliorer la situation des quelque six millions de Californiens non assurés (soit 1/5ème de la population) sans solliciter la générosité des contribuables.

La réforme mise en place en Californie repose sur le constat que 75 % des personnes non assurées sont des salariés ou des ayants-droit de salariés dont l'employeur, le plus souvent à la tête d'une petite entreprise, n'a pas souscrit d'assurance pour son personnel, et dont les revenus ne sont pas assez importants pour qu'elles adhèrent à un contrat individuel. Le Health Insurance Plan of California (HIPC) a pour ambition d'aider les petites entreprises qui le souhaitent à obtenir des assureurs, grâce à la constitution d'un pool, des tarifs comparables à ceux qui sont consentis aux grandes entreprises.

Mis en place en juillet 1993, il a offert une couverture médicale à moins de 100.000 Californiens. Ce plan, certes indolore, ne sera donc pas de nature à résoudre le problème de l'absence de généralisation de la couverture médicale en Californie.

Dans l'Orégon, la recherche de l'universalité de la couverture médicale a été réalisée par une extension du bénéfice du programme

Médicaid à toutes les personnes dont le revenu est inférieur au niveau de pauvreté défini au niveau fédéral.

L'acceptation de cette extension par le Gouvernement fédéral, qui cofinance avec les Etats fédérés le programme Médicaid, ayant été subordonnée à une action vigoureuse en vue de contenir les coûts, l'Etat de l'Oregon a en premier lieu souhaité compenser l'universalité de la couverture par la définition d'un "panier" de biens et services médicaux qui représentera l'étendue de la couverture individuelle des bénéficiaires de Médicaid. La démarche retenue pour définir ce panier est intéressante, dans la mesure où elle s'est appuyée sur une large consultation de la population à qui il a été demandé de définir à la fois le niveau de protection sociale minimum souhaité et une liste de biens et services médicaux devant être couverts, par ordre de priorité.

Tout traitement exclu de la liste n'est pas couvert par Médicaid et tout traitement situé en fin de liste court le risque, dans l'hypothèse d'un dérapage des dépenses, de s'en voir exclu.

M. Jean-Pierre Fourcade, président, a ensuite longuement évoqué les "Health Maintenance Organisations", qui assurent désormais la couverture médicale d'environ 50 millions d'Américains.

Pour une capitalisation annuelle d'un montant inférieur de 10 à 30 % à celui des primes d'assurance, ils fournissent à leurs adhérents une prise en charge sanitaire gratuite (le patient ayant cependant souvent à acquitter un très faible ticket modérateur) pendant toute la durée d'assurance. Les seules contraintes qui leur sont imposées résident dans l'obligation de s'adresser aux médecins et hôpitaux qui, soit ont passé contrat avec la structure de soins, soit en sont ses collaborateurs ou salariés. La coordination des soins, le suivi annuel des patients comme l'absence de paiement à l'acte favorisent à la fois la maîtrise des dépenses de santé et la délivrance de soins de qualité.

M. Jean-Pierre Fourcade, président, a ensuite tiré les premières leçons des expériences californiennes et de l'Oregon. Il a indiqué, en premier lieu, que la progression parallèle du niveau des dépenses montre bien que la question des dépenses de santé doit être analysée en terme d'offre de santé, et que la structure de la demande ou la manière dont elle est solvabilisée ne constituent pas un facteur explicatif de leur évolution.

Il a souligné, en deuxième lieu, l'importance, en matière de santé publique, du choix de bons objectifs et de bonnes méthodes de réforme, ainsi que celle de l'existence, au sein du système de santé, de marges d'expérimentation. Il a regretté, à cet égard, la grande rigidité du système français.

En troisième et dernier lieu, il a observé l'imbrication de plus en plus grande, en France comme aux Etats-Unis, des politiques de santé et d'aide sociale.