

La réforme du système d'assurance santé américain *

Christine Riffart et Vincent Touzé

OFCE, Centre de recherche en économie de Sciences Po

En 2008, 46,3 millions d'Américains étaient non assurés dont près de 1 enfant sur 10 et 1 travailleur sur 5. Pourtant, les salariés doivent être couverts par une assurance santé dans le cadre de leur entreprise tandis que les personnes de plus de 60 ans, les populations les plus démunies et les enfants de moins de 18 ans bénéficient des programmes de financement public. Mais la cherté des contrats d'assurance rend difficile l'accès aux soins pour une partie croissante de la population notamment de la classe moyenne et de celle travaillant dans des petites entreprises.

Signé le 21 mars 2010 par Obama, le Patient Protection and Affordable Care Act doit mettre fin à ces inégalités. Cette nouvelle loi doit garantir à tous les résidents légaux américains, l'adhésion à une assurance santé grâce à un système d'incitations-sanctions (subventions ou pénalités). Elle simplifie les modalités d'adhésion aux programmes publics et accroît la transparence et la concurrence entre compagnies d'assurance. Mais la réforme ne traite pas véritablement la question de la maîtrise des dépenses de santé.

* Cette lettre est une version préliminaire à une étude plus complète disponible fin 2010.

*"Of all the forms of inequality, injustice in health care is the most shocking and inhumane",
Martin Luther King, Jr., 25 mars 1966,
National Convention of the Medical Committee for Human Rights, Chicago.*

En dépit de l'excellente notoriété de leur recherche médicale, les États-Unis affichent un retard saisissant concernant l'égalité de traitement de la population devant l'accès à cette médecine de qualité. Les dépenses santé y sont plus élevées qu'ailleurs : 16 % du PIB en 2007 contre 11 % pour la France et 8,9 % dans la moyenne de l'OCDE. Et pourtant, pour ne citer que deux indicateurs, l'espérance de vie y est plus faible qu'en France et que dans la moyenne de l'OCDE (78,1 ans contre respectivement, 81 ans et 79,1 ans) et la mortalité infantile deux fois plus élevée qu'en France. En 2008, 46,3 millions de résidents américains, soit 15,4 % de la population, n'avaient aucune assurance santé. La situation se dégrade d'année en année : entre 1987 et 2008, la part de la population couverte par une assurance privée a reculé de 9,7 points alors que celle bénéficiant de programmes publics progressait de 5,7 points et celle des non assurés, de 3,5 points. Selon l'institut de sondage Gallup, cette part aurait encore augmenté de 1,4 point en 2009, du fait de la crise, et se serait stabilisée sur les premiers mois de 2010. Seul pays de l'OCDE avec la Turquie et le Mexique à ne pas offrir une couverture universelle ou quasi-universelle à sa population, les États-Unis ont mis en place un système complexe où l'accès aux soins est devenu financièrement inaccessible pour certains et très lourd pour d'autres qui pourtant sont assurés.

Lors de la campagne présidentielle de 2008, Barack Obama s'était engagé à réformer le système de santé. Depuis, ce point est inscrit comme un élément central de son mandat. En 2009, plusieurs textes de loi en ce sens ont été rédigés. Le 6 novembre, une première étape a été franchie avec l'adoption à la Chambre des Représentants de la proposition de texte de la Commission santé. Le 24 décembre, le Sénat s'est prononcé favorablement sur la proposition d'une autre commission. Les deux textes étant très différents, Obama a obtenu que la Chambre des Représentants accepte le texte du Sénat en contrepartie d'amendements majeurs introduits dans une loi de réconciliation budgétaire qui rend le texte de loi plus conforme aux exigences des élus de la chambre basse¹. Le 21 mars 2010, la chambre approuvait le texte du Sénat par 219 voix contre 212. Le 23 mars, Obama signait et donc promulguait le *Patient Protection and Affordable Care Act* (H.R. 3590). Le 30 mars, les deux assemblées adoptaient le *Health Care and Education Reconciliation Act of 2010*. Ces deux lois constituent un tournant majeur dans l'accès à la protection sociale aux États-Unis. Elles garantissent à tous les résidents légaux américains l'adhésion à une assurance santé grâce à un principe d'obligation, sous peine de pénalités, et à des mécanismes de subventions financières.

Le financement de l'assurance santé

Le secteur public finance environ 54 % des dépenses remboursées aux États-Unis, ce qui est faible comparé à la moyenne OCDE (73 % en 2007). Les trois programmes publics sont ciblés sur les seniors (Medicare, sans conditions de

1. Pour information, les démocrates disposent de 258 élus sur 435 à la Chambre des Représentants. Depuis la perte d'un siège de sénateur aux élections du 4 février 2010 dans le Massachusetts, ils ne disposent plus que de 58 élus face à 40 Républicains et 2 Indépendants au Sénat. Ce changement a conduit Obama à ne pas présenter un nouveau projet de loi devant le Sénat de peur d'être bloqué par le processus législatif qui nécessite 60 % des voix pour clore les débats. La procédure *Reconciliation Act* a donc été préférée car la durée des débats est limitée dans le temps.

ressources), les personnes les plus démunies et les enfants (Medicaid et CHIP sous conditions de ressources). Le secteur privé couvre les 46 % restant. Il s'organise essentiellement au niveau de l'entreprise avec un cofinancement employeur-employé de la prime d'assurance. En général, les salariés des grandes entreprises se voient automatiquement affiliés à des programmes d'assurance collective. Pour les autres (salariés de petites entreprises, travailleurs à temps partiels ou à contrat précaire, auto-entrepreneurs), l'adhésion n'est pas systématique. Elle dépend de leur libre-choix et, principalement, de leur capacité financière à contracter une assurance privée individuelle (principale ou complémentaire). Environ 12 % de la dépense médicale ne fait l'objet d'aucun remboursement.

Le financement public

Le programme Medicare, introduit avec Medicaid en 1965 dans le *Social Security Act*, offre une couverture médicale à l'ensemble de la population âgée de plus de 65 ans et aux invalides qui touchent une pension. Ce dispositif comprend, depuis l'origine, deux niveaux de couverture :

– *Part A - Hospital Insurance* (40 % des dépenses du programme) qui couvre une partie des dépenses liées aux frais d'hospitalisation. Pour bénéficier de cette assurance, il faut avoir cotisé pendant au moins 40 trimestres. Sinon, l'assuré devra s'acquitter d'une prime mensuelle. La cotisation est de 2,9 % sur les salaires (1,45 % payé par le salarié et 1,45 % par l'employeur). Les cotisations sociales représentent 85 % des ressources ;

– *Part B - Supplementary Medical Insurance* (29 % des dépenses) qui rembourse, en 2009, 80 % des dépenses médicales non couvertes par la partie A, au-delà d'une franchise annuelle de 135 dollars. La prise en charge inclut, entre autres, les consultations médicales, les soins infirmiers, la radiologie, la vaccination contre la grippe et la pneumonie, les transfusions sanguines, etc. Cette assurance est payante. Depuis 2007, la cotisation dépend du revenu du ménage et varie de 96,40 dollars mensuels pour un célibataire ayant des revenus inférieurs à 85 000 dollars, à 308,30 dollars si les revenus sont supérieurs à 213 000 dollars. Les primes payées ne représentent que 25 % du total des ressources. Le solde incombe, pour l'essentiel, au budget fédéral.

Par la suite, deux autres volets ont été ajoutés :

– *Part C - Medicare Advantage* (11 % des dépenses), ajouté en 1997 dans le cadre du *Balanced Budget Act*, qui per-

met aux assurés de Medicare de recevoir les prestations par l'intermédiaire de compagnies d'assurance santé privées. Depuis 2006, à la suite du *Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act*, les contrats remboursent les médicaments prescrits. Ces contrats doivent couvrir les risques standards de Medicare mais pas nécessairement de la même façon. Pour ce type de plan, Medicare paie à l'assureur une prime de base que l'assuré complète pour bénéficier des prestations supplémentaires (soins dentaires, médicaments, ophtalmologie, ...)

– *Part D - Prescription Drug Benefit* (20 % des dépenses), mis en place en 2006 à la suite du *Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act*. Toute personne éligible à Part A ou Part B est éligible à Part D. Il faut payer la prime d'un *Prescription Drug Plan (PDP)* pour bénéficier du remboursement des médicaments. Les bénéficiaires de Medicaid ont leur prime prise en charge. En 2009, les contrats standards prévoient une franchise annuelle de 295 dollars et un ticket modérateur de 25 % jusqu'à une limite de couverture de 2 700 dollars. Au-delà et jusqu'à 6 154 dollars, l'assuré paie 100 % de la dépense. Cette zone de non remboursement est souvent nommée le *doughnut hole*. Une fois cette limite atteinte, le dispositif verse 95 % de la dépense au titre de la « couverture catastrophe ». Les primes couvrent 11 % des ressources. Le reste du financement provient du budget fédéral (77 %) et des États (13 %).

Le programme Medicaid est dédié aux populations les plus modestes. Chaque État américain a la responsabilité d'administrer son propre système sous le contrôle d'un organisme fédéral – Center for Medicare and Medicaid Services (CMS). Il finance les dépenses et bénéficie d'un soutien fédéral dont le taux de prise en charge dépend du revenu par tête. Il a, en outre, la liberté d'ajouter des dispositifs supplémentaires au programme de base défini par la loi fédérale. Certains États ont délégué en partie la gestion de Medicaid à des assureurs privés tandis que d'autres gèrent intégralement le système et paient ainsi directement les dépenses médicales. L'assurance maladie gratuite inclut le remboursement de certains médicaments, l'hospitalisation et les consultations. Le critère d'éligibilité est défini au niveau fédéral et au niveau de chaque État. Il intègre principalement le revenu et d'autres critères comme l'âge, les revenus financiers, le degré d'invalidité et l'état de santé (grossesse par exemple). Un nombre important de bénéficiaires est à la fois éligible à Medicare et Medicaid (environ 8 millions d'Américains).

Ce programme a été complété par le dispositif CHIP (Child Health Insurance Program) sous la présidence Clinton (*Balanced Budget Act*, 1997). Il offre une protection médicale aux enfants (jusqu'à l'âge de 18 ans) et aux femmes enceintes appartenant aux familles modestes car le seuil d'éligibilité est plus élevé que celui de Medicaid. Chaque État a la possibilité d'utiliser les fonds CHIP pour étendre Medicaid ou créer un dispositif indépendant.

Le plan de relance voté en février 2009 (*American Recovery and Reinvestment Act-ARRA*) a introduit un nouveau volet d'assurance publique. Jusqu'alors, le *COBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, 1985)* permettait à un chômeur de bénéficier pendant 18 mois de la couverture santé associée à son ancien contrat de travail s'il continuait à payer l'intégralité de la prime. Face à l'importance d'un tel budget, les chômeurs peuvent bénéficier d'une subvention fédérale équivalente à 65 % du montant de la prime pendant 9 mois et opter pour une catégorie de contrat moins cher. Par ailleurs, le dispositif SCHIP qui devait d'abord expirer en 2007 puis avril 2009, a été étendu jusqu'en 2013 dans le cadre du *Children's Health Insurance Act Authorization*. Le coût budgétaire du *CHIPA* est estimé, pour l'État fédéral, à environ 9 milliards de dollars par an sur les 4 années et demi à venir. L'objectif est de couvrir à cet horizon tous les enfants sans couverture santé.

Le financement privé

Les primes d'adhésion aux assurances privées sont variables. Tout dépend de l'assureur, de l'entreprise où travaille le salarié et de l'étendue de la couverture, qui peut aller du minimum requis à des soins de confort et de bien-être. En général, les couvertures sont excellentes dans les grandes entreprises, moins bonnes dans les petites entreprises.

Être assuré ne signifie pas nécessairement être bien assuré. D'un point de vue légal, il n'y a pas de standards de couverture. Certains ménages américains peuvent se trouver couverts avec des plafonds de remboursement relativement bas : en cas de pathologie grave nécessitant des soins coûteux, le ménage peut connaître une faillite financière. Ces plafonds peuvent être annuels ou fixés sur la durée de vie de l'assuré. En outre, il peut exister des franchises élevées, et des taux de remboursement relativement faibles. Enfin, les assureurs peuvent exiger des vérifications médicales s'ils le jugent nécessaire, refuser un contrat d'assurance santé ou ajouter des clauses d'exclusion contraignantes ou encore proposer des primes au montant prohibitif.

Historiquement, les assureurs privés sont des « payeurs-aveugles », ce qui signifie qu'ils versent des remboursements en fonction des dépenses de leurs clients sans prendre une part active dans le contrôle des dépenses. Dans les années 1980, les entreprises voyant les primes d'assurance augmenter fortement avec les remboursements systématiques des paiements à l'acte ont développé des contrats avec des assurances ayant des structures de soins intégrées et/ou agréées par les assureurs (Health Maintenance Organization, Point Of Service et Preferred Provider Organization). Selon le type de contrat ou d'assureur, le patient peut consulter un médecin de son choix mais peut être mieux remboursé si le médecin est accrédité par l'assureur. Il peut aussi être contraint de rester dans le réseau médical de l'assureur. Aujourd'hui, les assurances sans structure de soins représentent moins de 2 % du marché contre près de 20 % en 1999 et 73 % en 1988.

La mise en place de ces réseaux intégrés devait permettre un meilleur contrôle des coûts et donc un ralentissement de la croissance des primes. Lors de la dernière décennie, il n'en a rien été. L'inflation des prix sur les biens et services médicaux a été très élevée, celle des primes s'est naturellement indexée. Par exemple, la prime type pour une famille en 2008 est d'environ 12 680 dollars (9 325 dollars pour l'employeur et 3 354 dollars pour le salarié) contre 5 791 dollars (4 287 dollars pour l'employeur et 1 543 dollars pour le salarié) en 1999. L'augmentation est de 119 %, soit une hausse annuelle moyenne d'environ 10 %.

Les laissés-pour-compte du système : les oubliés des programmes publics et une partie de la classe moyenne

Selon une enquête menée par Gallup en septembre 2009, 80 % des Américains se déclaraient satisfaits (dont 39 % très satisfaits) de la qualité des soins offerts par le secteur de santé, mais près d'un sur quatre considérait le coût comme le principal problème du système de santé (dont 38 % de ceux qui ont une assurance privée, 21 % de ceux qui bénéficient de Medicaid et Medicare, et 73 % des non assurés).

Ce n'est donc pas la *qualité* des soins qui pose problème mais plutôt l'*accessibilité* aux soins. Sur la période 1999-2009, le coût des primes d'assurance pour une famille a progressé de 131 % tandis que les salaires augmentaient de 38 % et l'inflation de 28 %. Plusieurs facteurs sont évoqués pour expliquer ces hausses : évolution du coût des soins, nouvelles technologies, coûts administratifs. Mais

surtout la structure oligopolistique du secteur favoriserait ces dérapages. Selon l'American Medical Association, 95 % du marché national serait aux mains de quelques compagnies d'assurance et un tiers entre seulement deux grandes compagnies. L'OCDE souligne par ailleurs que les prix unitaires des soins seraient plus élevés aux États-Unis qu'ailleurs : les médicaments y coûteraient entre 30 et 50 % plus chers que dans le reste de l'OCDE et les différences de prix des services hospitaliers et des consultations chez un généraliste ou un spécialiste seraient encore plus élevées.

L'écart de progression entre les frais de santé et les revenus des ménages fait que la santé occupe une place croissante dans le budget familial. Mais surtout, la distribution des revenus aux États-Unis est telle que la situation des ménages est très inégalitaire face à la santé. En 2008, 40 % des ménages les plus riches détenaient 73,3 % de la richesse nationale et 40 % des ménages les plus pauvres seulement 12 %. Ces inégalités expliquent qu'en 2009, 64,4 millions d'Américains de moins de 65 ans (donc non éligible à Medicare), soit 24,3 % de cette tranche de population, consacrent plus de 10 % de leur revenu (avant impôt) aux dépenses de santé et 18,7 millions y consacrent plus de 25 %. Alors qu'une grande partie des ménages les plus défavorisés sont éligibles au programme Medicaid, les classes moyennes, souvent trop riches pour bénéficier des programmes publics sont parfois lourdement sollicitées. Près la moitié des 64,4 millions d'Américains qui consacrent 10 % de leur revenu au budget santé et 6,4 millions parmi les 18,7 qui y consacrent 25 % ont un revenu annuel compris entre 30 000 et 75 000 dollars.

Cette question du coût est une menace croissante pour l'accès de la population aux soins de santé. Une partie de la population américaine renonce à une assurance santé pour des raisons financières et/ou parce qu'elle se considère peu exposée à des problèmes de santé. En 2008, sur les 45,7 millions de personnes de moins de 65 ans sans assurance santé (soit 17,4 % de cette tranche d'âge), on comptait 7,3 millions de jeunes de moins de 18 ans (soit presque 1 jeune sur 10), 27,7 millions de personnes ayant un emploi et 10,6 millions de sans emploi (soit 20,3 % des personnes ayant entre 18 et 35 ans). Les hommes sont davantage représentés : 22,8 % des hommes âgés entre 18 et 64 ans ne sont pas assurés contre 18 % chez les femmes. Les jeunes également sont plus présents : 27,4 % des jeunes adultes (18-35 ans) sont sans assurance contre 14,4 % pour les plus vieux (45-64 ans). Les jeunes ne bénéficient plus de la couverture parentale, ne sont pas éligibles à Medicaid/

SCHIP. Leur contrat de travail ne leur donne pas ou pas encore le droit de bénéficier d'une couverture employeur. Et, comme on l'a dit, c'est surtout la situation de la personne sur le marché du travail qui définit son lien avec la couverture santé. Or, en 2008, 18,8 % des travailleurs âgés entre 18 et 64 ans ne sont pas assurés et 82 % des non assurés vivent dans des familles où au moins l'un des membres travaille. Parmi les travailleurs non assurés, 63 % travaillent dans des entreprises individuelles ou de moins de 100 salariés (secteur du commerce et des services à la personne principalement) qui souvent ne fournissent pas d'assurance ou proposent une assurance trop chère. De même, près de la moitié des travailleurs non assurés travaillent à temps partiel ou sur des contrats précaires et ne sont pas éligibles. Dès lors, plusieurs sorts sont possibles pour les non-assurés lorsqu'ils sont malades : ils assument le coût financier (risque de faillite personnelle) ; ils ne se soignent pas (risque accru d'avoir une pathologie d'urgence) ; ils recourent à une médecine d'urgence² (risque d'insolvabilité financière) ou à la charité.

La réforme : pas d'obligation à l'assurance santé mais une politique de la carotte et du bâton

Au cours de la campagne présidentielle de 2008, le candidat Obama avait souligné le droit de tout Américain de bénéficier d'une assurance santé, accessible, complète et portative. Pour cela, deux axes semblaient prioritaires : rendre les soins accessibles à tous et viabiliser le système en faisant pression sur les coûts pour enrayer l'inflation. Les principales mesures de la réforme devaient permettre de réduire les inégalités de la population dans l'accès aux soins. Pourtant, en supprimant du texte final l'option d'un nouveau contrat public (basé sur les prestations offertes aux agents fédéraux) aux particuliers et petites entreprises, la réforme a manqué l'occasion d'un meilleur contrôle des prix.

Sont concernés par la réforme tous les résidents américains (à l'exclusion des sans papiers) (tableau). Les principales mesures qui devraient entrer en vigueur d'ici 2020 sont les suivantes :

Incitations individuelles : tout résident doit avoir une assurance santé sous

2. Le Congrès (*Emergency Medical Treatment and Active Labor Act*) a rendu en 1986 obligatoire pour les hôpitaux et les services d'ambulance, la fourniture de soins à toute personne ayant besoin d'un traitement d'urgence sans regard de citoyenneté, de statut légal et de capacité à payer. Cette loi s'applique à tous les hôpitaux américains mais aucune provision pour le remboursement n'a été votée. Il en résulte que beaucoup d'hôpitaux font face à des factures impayées.

peine de payer une amende (d'un montant maximum de 695 dollars par personne et 2 085 dollar par famille ou 2,5 % du revenu). Des aides seront fournies aux familles sans couverture employeur et avec un revenu compris entre 133 % et 400 % du seuil fédéral de pauvreté (FPL). Elles limiteront de façon progressive le prix des primes à 2 % du revenu pour les familles recevant moins de 133 % du FPL, jusqu'à 9,5 % pour celles recevant entre 300 et 400 % du FPL. De même, la part des frais engagés lors du paiement des soins sera limitée pour les familles recevant entre 133 et 400 % du FPL.

Extension des programmes publics : à partir de janvier 2014, Medicaid est étendu à tous les individus dont les revenus bruts ajustés sont inférieurs à 133 % (74 % pour ceux déjà éligibles à Medicare) du FPL (14 404 dollars pour un individu et 29 327 dollars pour une famille en 2009). Le gouvernement fédéral assume la prise en charge financière des nouveaux assurés. Côté Medicare, le *doughnut hole* dans le remboursement des médicaments est supprimé.

Création de bourses de contrats d'assurance : Dans chaque État sont créées une American Health Benefit Exchange et une Small Business Health Options Program Exchange. Ces bourses de contrats sont gérées par une agence gouvernementale. Elles sont ouvertes aux particuliers dont les revenus sont supérieurs à 133 % du FPL et qui n'ont pas de couverture employeur et aux petites entreprises (jusqu'à 100 salariés). Les assureurs participants offriront 4 types de contrats où varieront le prix des primes et les caractéristiques de prises en charge des soins. Par ailleurs, il est prévu une plus forte mise en concurrence, en encourageant les contrats d'assureurs privés à but non lucratif et des mutuelles. À partir de 2017, les grandes entreprises pourront elles aussi acheter des contrats sur ce marché.

Nouvelle réglementation sur le marché de l'assurance privée : Il y a interdiction de refus de vente d'un contrat quel que soit le motif. Tous les nouveaux plans devront fournir une couverture minimale préétablie, limiter la part des dépenses annuelles à la charge de l'assuré, couvrir les dépenses de prévention et ne pas imposer un plafond aux dépenses de santé sur une base annuelle ou sur la durée de vie de l'assuré. Les jeunes adultes pourront rester sur la couverture de leurs parents jusqu'à 26 ans. La période d'attente avant prise en charge doit être limitée à 90 jours. L'évolution du prix de la prime selon l'âge est encadrée : le ratio entre le minimum et le maximum ne peut excéder 3. Il est désormais plus

Tableau : La couverture santé aux États-Unis en 2014

Revenu relatif (en % du FPL)	Enfants	Adultes	
		Moins de 65 ans	Plus de 65 ans et invalides
0			
100	Medicaid (135 %) CHIP	Medicaid (135 %)	Medicaid et Medicare (74 %) Medicare et subventions (150 %)
200			
300	Assurance privée avec subventions	Assurance privée avec subventions	
400			Medicare
500	Assurance privée des parents sans subventions	Assurance privée sans subventions	
600			

facile pour les assureurs d'être présents dans plusieurs États. Les contrats existants doivent être conformes à ces nouvelles règles. L'argent public utilisé à l'achat de contrats ne peut pas couvrir les frais d'avortement (sauf conditions spécifiques).

Incitations pour les employeurs : Un système complexe d'amendes et d'incitations fiscales sera mis en place pour encourager les entreprises à offrir des contrats d'assurance santé, ou à participer au paiement des primes sur la Bourse. Les entreprises de moins de 50 salariés sont exemptées.

Changements fiscaux liés au financement : Le taux de cotisation à Medicare Part A passe de 1,45 % à 2,35 % sur les salaires supérieurs à 200 000 dollars et un nouvel impôt de 3,8 % est introduit sur les revenus non salariaux les plus élevés. Un nouvel impôt sur les assurances santé chères est instauré (40 % de la valeur des primes supérieures à 10 200 dollars pour une assurance individuelle et 27 500 dollars pour une couverture familiale). La déduction fiscale employeur sur Medicare part D est supprimée. D'autres taxes sont créées pour le secteur pharmaceutique sur le matériel médical (taxe de 2,3 %) et sur les séances de bronzage (taxe de 10 %).

Les effets attendus et les limites de la réforme

Cette réforme va sans conteste faciliter l'accès à l'assurance santé. Toutefois, l'absence d'obligation et d'universalité fait que certains ne seront toujours pas assurés. D'après les projections du Congress Budget Office, la nouvelle loi devrait permettre d'étendre la couverture à 32 millions de citoyens et de résidents légaux non assurés d'ici 2019 mais laisserait 23 millions de résidents américains sans assurance (un tiers serait des immigrants irréguliers et des personnes dont les incitations financières seraient insuffisantes). Sous la nouvelle législation, la part de la population des

plus de 64 ans couverte passerait de 81 % environ à 92 % en 2019. Environ 24 millions de personnes (bénéficiant des aides de l'État) achèteraient un contrat d'assurance dans les Bourses et 5 millions de contrats seraient achetés dans le cadre des entreprises. Simultanément, l'extension des programmes Medicaid et SCHIP permettrait d'élargir la couverture santé à 16 millions de personnes supplémentaires. Sur le plan budgétaire, le CBO estime que la réforme de la santé conduirait à une réduction du déficit à l'horizon 2019 (143 milliards de dollars en montant cumulé sur 9 années) car la hausse des dépenses (400 milliards de dollars) est plus que compensée par la hausse des impôts et des pénalités.

La réforme Obama contribue à une meilleure couverture santé des Américains, ce qui devrait en principe soutenir la demande de soins médicaux. Certains volets sur la maîtrise des coûts (lutte contre la fraude, le gaspillage, etc.) ont été ouverts. Mais la réforme de la santé est loin d'être achevée. Le financement public de Medicare va être insuffisant du fait du vieillissement de la population. Il reste encore à œuvrer pour le contrôle des dépenses. Le gouvernement américain pourra-t-il faire abstraction de l'encadrement du prix des médicaments et du tarif des consultations ? Même si cette démarche risque d'engendrer des débats houleux, elle semble essentielle pour éviter de nouveaux dérapages des dépenses et garantir la viabilité du système. ■

Abonnements

Tél/ 01 45 49 83 64 - Fax/ 01 45 49 83 34

Directeur de la publication :

Jean-Paul Fitoussi

ISSN N° 0751-66 14 ■ Commission paritaire n° 65424

Mise en page : Esther Benbassat et Nathalie Ovide

Imprimerie Bialec, Nancy

Prix : 4,50 €