

L'ASSURANCE-MALADIE POUR TOUS LES AMÉRICAINS : L'ÉCHEC D'UNE RÉFORME

Grand projet de l'administration Clinton, la réforme du système de santé visait à généraliser l'assurance-maladie et à en contenir les coûts. Une telle réforme semblait s'imposer, car le système actuel est à la fois insuffisant –près d'un sixième de la population n'est pas assuré– et coûteux –en 1991, les dépenses de santé représentaient plus de 13% du PIB, contre 9% en France–. En raison des problèmes d'asymétrie d'information et d'antisélection qui perturbent le fonctionnement du marché de l'assurance, cette réforme devait nécessairement mettre en cause la liberté de tarification, garantir à tous l'accès à l'assurance, et rendre cette dernière obligatoire. Les hausses des coûts salariaux, ceux des PME notamment, qu'aurait impliquées la mise en oeuvre du projet de l'administration ont alimenté l'opposition à cette réforme, tandis que ses effets potentiels sur l'emploi ont suscité l'inquiétude. Actuellement enlisé au Congrès, le projet sera peut-être repris dans les prochains mois, mais sous une forme modifiée.

1

■ Des millions d'Américains ne sont pas assurés

Les Etats-Unis sont le seul grand pays industriel qui ne garantisse pas une assurance-maladie universelle. En 1992, plus de 35 millions d'Américains (14,1% de la population) n'avaient ni assurance-maladie publique –ils ne satisfaisaient pas aux critères d'accès–, ni assurance privée –ils ne pouvaient la financer–. En effet, pour le tiers des exclus, le revenu familial ne dépassait pas le seuil de pauvreté et, pour les deux-tiers, il était encore inférieur à deux fois ce seuil. Or, la famille américaine de deux personnes consacrait en moyenne à la santé l'équivalent de 22% des revenus d'un couple au seuil de pauvreté. Les Américains pauvres qui ne peuvent bénéficier des programmes publics de santé n'ont ainsi pas accès aux mêmes soins que l'Américain moyen. Ils recourent environ 1,6 fois moins aux services d'un médecin que les assurés et 3,2 fois moins aux services hospitaliers. La mortalité des patients hospitalisés sans

assurance est plus forte que celle des patients assurés, dans un rapport compris entre 1,2 et 3,2 selon les estimations¹.

Les enfants sont les premiers à en pâtir. Le taux de mortalité infantile, de 8,4 pour mille en 1993, place les Etats-Unis au vingtième rang des 24 pays de l'OCDE. Tout d'abord, parce que les soins prénatals sont insuffisants pour les mères non assurées. Ensuite, parce que la proportion d'enfants âgés de moins d'un an, sans couverture d'assurance-maladie, s'élevait à 20% en 1988 et jusqu'à 37,8% pour la communauté hispanique. Enfin, parce que parmi les enfants âgés de 8 à 11 ans qui n'étaient pas assurés, seulement 39% d'entre eux avaient consulté un médecin durant l'année 1988 contre 52,6% pour les assurés².

De plus le bénéfice d'une assurance-maladie privée est loin d'apporter une couverture exhaustive. Nombreuses sont les dépenses de santé qui ne sont pas couvertes : médecine préventive, soins dentaires

¹ Selected Options for Expanding Health Insurance Coverage, Congressional Budget Office, Washington, juillet 1991.

² Statistical Abstract of the United States, 1993.

et soins pour longue maladie. En 1985, 76,5% de la population bénéficiait d'une assurance privée, mais seulement 68,7% d'entre elle était couverte pour les dépenses de longue maladie et 41,5% pour les soins dentaires.

Pourtant, le système de santé américain se révèle plus coûteux que celui des autres grands pays industrialisés.

Contrairement à l'ensemble des pays de l'OCDE, où l'Etat finance environ 75% des dépenses de santé, le financement public aux Etats-Unis est faible, ne dépassant pas 43% en 1991. Le poids du secteur privé y est prépondérant.

L'assurance privée couvre environ les trois-quarts de la population⁴. Elle peut être souscrite directement par le bénéficiaire ou, le plus souvent, par l'entreprise. Ce système exclut donc les chômeurs et de nombreux inactifs qui, faute de revenus suffisants, ne peuvent payer une police d'assurance-maladie. En 1990, 31,9% des chômeurs

Tableau - Dépenses totales de santé (en % du PIB)

	Etats-Unis	Japon	Allemagne	France	Royaume-Uni	Canada
1980	9,2	6,6	8,4	7,6	5,8	7,4
1991	13,4	6,8	8,5	9,1	6,6	10,0

Source : Statistical Abstract of the United States, 1993.

L'Etat ouvre à une partie de la population des régimes publics d'assurance. Le programme Medicare (13,5% de la population en 1991) couvre certaines dépenses de santé des personnes âgées de plus de 65 ans³. Mais il ne prend pas en charge les soins de longue maladie, ni les médicaments prescrits sur ordonnance. En fait, Medicare couvre moins de la moitié des dépenses de santé des personnes âgées. Le programme Medicaid (10,6% de la population en 1991) couvre les dépenses de prévention médicale, les soins intensifs et différents soins de longue maladie pour des personnes sans ressources. Mais les critères d'éligibilité sont très restrictifs. Un adulte pauvre ayant moins de 65 ans, sans handicap physique et sans enfant, ne peut y prétendre. 45% seulement des personnes vivant en deçà du seuil de pauvreté bénéficiaient de Medicaid en 1990.

n'avaient d'assurance-maladie ni privée ni publique. Mais avoir un emploi ne garantit pas non plus le bénéfice d'une assurance-maladie⁵ qui relève de la décision de l'employeur. En 1992, 27,7% des actifs ayant un emploi n'avaient pas d'assurance-maladie associée à leur contrat de travail ou à celui de leur conjoint. Les non-assurés se recrutent plutôt parmi les salariés des PME, à faibles revenus ou à temps partiel, qui préfèrent parfois une rémunération directe plus importante, et parmi ceux qui misent sur la resquille ou la chance.

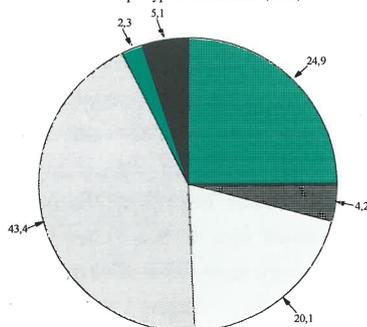
■ Une assurance privée très sélective

La théorie des assurances établit le caractère inévitablement très sélectif de l'assurance-maladie privée dans un marché concurrentiel.

Chaque individu arbitre entre la perte certaine de revenus, due au paiement de la prime, et le gain hypothétique d'une indemnité s'il est malade. Dans un contrat universel, identique pour tous, l'assureur demande à tous ses clients un même prix pour chaque dollar d'indemnité. Ce prix prend en compte le fait qu'il existe plusieurs catégories d'assurés ayant chacune une probabilité différente d'être malade. Pour simplifier, on supposera qu'elles sont au nombre de deux : F la population qui présente un faible risque d'être malade, H la population à haut risque. Le prix d'un contrat universel est alors supérieur à celui d'un contrat réservé aux seuls individus F. Le contrat universel implique un transfert de revenus de F vers H.

2

Graphique - Dépenses totales de santé en 1991 par type de financement (en %)



Source : Selected Options for Expanding Health Insurance Coverage, CBO 1991

³ Medicare couvre également les personnes présentant certains handicaps physiques ou une insuffisance rénale.

⁴ Y compris les bénéficiaires du Medicare.

⁵ Un changement d'emploi peut aussi entraîner la perte de l'assurance.

*Une assurance-maladie universelle
n'est pas viable dans un système
concurrentiel sans réglementation*

Les compagnies et les personnes à faible risque n'y ont pas intérêt. L'assureur préfère proposer un autre contrat qui, pour un prix unitaire inchangé, offre un plus faible niveau d'indemnité, donc une prime réduite d'autant. Il parvient ainsi à n'attirer que la clientèle F. Le développement aux Etats-Unis, durant les années quarante et cinquante, de contrats proposant des primes réduites aux salariés relativement jeunes et en bonne santé en fournit une illustration. De même, le choix laissé aux particuliers de s'assurer ou non conduit la clientèle F à refuser tout contrat universel, lui préférant un contrat moins onéreux. Le contrat universel attire alors uniquement les individus H, que l'assureur ne peut distinguer des autres tant qu'il ignore tout de l'état de santé des personnes. Il y a "antisélection".

Dans un marché concurrentiel, il ne peut donc exister de contrat universel, mais plutôt des assurances-maladie spécifiques à des classes à risque. Pour appliquer une tarification différenciée et éviter ainsi l'antisélection, l'assureur cherche à s'informer sur l'état de santé du client. Les compagnies d'assurance américaines tentent parfois d'accéder directement au dossier médical ou exigent des examens médicaux. Elles peuvent aussi essayer d'estimer le risque de maladie par des variables socio-économiques (lieu d'habitation, situation professionnelle du client, etc). Enfin, elles peuvent amener les clients à révéler leurs préférences par les mécanismes de marché. A cet effet, elles proposent des contrats où le taux d'indemnisation et le prix varient conjointement : à un prix unitaire donné correspond un seul taux d'indemnisation. Celui-ci est d'autant plus réduit que le prix est faible. Le client demande alors une indemnisation qui dépend de son "passé médical", conformément aux intérêts de l'assureur et de la population à faible risque. Et, par le choix de son contrat, le client révèle lui-même l'information indisponible.

Une fois obtenue cette information, les compagnies peuvent refuser d'assurer un client ou ne l'assurer que partiellement. Si la probabilité d'être malade est voisine de 1 (en raison de maladie chronique ou congénitale), et qu'elle est connue, toute assurance privée individuelle devient impossible. Ainsi des assureurs américains refusent-ils souvent les clients alcooliques,

diabétiques, cancéreux ou malades du SIDA, voire des clients sans maladie déclarée, mais jugés à très haut risque en raison de leur âge ou de leur profession. Un tel système ouvre donc la porte à une sélection discriminatoire.

D'autres personnes ne peuvent accéder à certains soins pour des raisons financières. Or, la théorie des assurances, rappelée précédemment, omet la contrainte budgétaire qui pèse sur certaines personnes. Cette contrainte s'exerce en priorité sur des malades qui ont un grand besoin de soins, ceux précisément qui paient les primes les plus élevées.

Enfin la discrimination tarifaire ne permet plus de mutualiser les risques entre personnes aux états de santé très différents. L'assurance-maladie devient alors comparable à une assurance-automobile par exemple. Or, un malade ne peut être tenu pour responsable de sa maladie, comme l'automobiliste de sa conduite. Surtout, la santé ne peut être considérée comme un "bien" ordinaire.

■ La réforme Clinton : l'assurance universelle

La réforme du système de santé américain présentée par l'administration Clinton visait un double but : maîtriser les coûts et garantir une assurance-maladie universelle.

*Tout en maintenant le principe
très largement dominant de l'assurance
privée, la réforme prévoyait
la suppression des discriminations tarifaires
liées au passé médical.*

La tarification n'était plus individuelle, mais collective. Cependant, elle variait encore en fonction de la région (une région couvrant plusieurs Etats) et du statut familial. Ainsi, quatre tarifs collectifs dans une même région étaient proposés : personne seule, parent seul et enfant(s) à charge, couples sans enfant, couples avec enfant(s). Mais la suppression de la discrimination tarifaire conduit, dans un cadre concurrentiel, à l'antisélection. Une telle contrainte en appelle donc d'autres. Aussi, dans le projet de réforme, les compagnies d'assurance ne pouvaient refuser un client et tout Américain non assuré par son entreprise était tenu de souscrire une police d'assurance, afin d'éviter antisélection et resquille. Pour alléger la contrainte budgétaire, les familles aux revenus inférieurs à deux fois et demie le

seuil de pauvreté devaient percevoir une aide de l'Etat limitant la prime d'assurance à 3,9% de leurs revenus totaux. Par ailleurs, tout contrat d'assurance devait comporter la couverture des soins jugés essentiels. Enfin, toutes les entreprises devaient contracter une assurance pour leurs employés et leurs ayants-droit afin que les salariés des PME ne fussent plus pénalisés. Les entreprises auraient financé 80% de la prime moyenne régionale. Pour limiter ce financement à 7,9% de la masse salariale⁶, l'Etat aurait accordé si nécessaire des subventions aux entreprises.

Selon le CBO⁷, l'assurance-maladie pour tous les Américains aurait creusé le déficit fédéral temporairement (74 milliards de dollars cumulés de 1995 à 2000) avant que le ralentissement des coûts ne le réduisît fortement par la suite. La réforme aurait aussi entraîné une baisse de l'emploi d'ampleur très incertaine : les estimations vont de 200.000 à 3,1 millions⁸ d'emplois perdus selon que la hausse du coût du travail aurait été plus ou moins absorbée par une baisse des salaires directs. Elle aurait très probablement modifié la répartition de l'emploi entre les entreprises. En effet, la réforme aurait introduit de nouvelles distorsions sur le coût du travail : si l'entreprise avait reçu des subventions, elle aurait payé une cotisation proportionnelle au salaire moyen de l'entreprise ; sinon, la cotisation aurait été forfaitaire, égale à 80% de la prime moyenne régionale. Puisque la subvention devait éviter à certaines entreprises de payer l'intégralité de la prime, le coût en niveau de l'assurance-maladie aurait été moindre dans les entreprises subventionnées. Celles-ci auraient donc prélevé des emplois aux autres entreprises, de préférence des emplois faiblement rémunérés qui auraient diminué leur salaire moyen et réduit leur cotisation globale⁹. Par ailleurs, les entreprises qui proposent déjà une assurance-maladie auraient

vu leur coût du travail diminuer d'environ 500 dollars par salarié¹⁰. A l'inverse, les entreprises actuellement sans assurance, essentiellement des PME, auraient enregistré un coût supplémentaire estimé en moyenne à 1000 dollars par salarié. L'opposition des PME à l'obligation d'assurer leurs employés a été un point d'achoppement important de la réforme Clinton. C'est pourquoi d'autres projets émanant du Congrès suppriment cette contrainte. Ils ne proposent pas l'assurance obligatoire et universelle, mais seulement l'accès universel aux soins, en subventionnant l'assurance privée des personnes défavorisées. L'hostilité conjuguée des PME, du corps médical, des compagnies d'assurance et d'une partie du Congrès en campagne électorale, n'a pas permis de faire aboutir la discussion sur les différents projets au cours de la session parlementaire qui s'est achevée en octobre dernier. Le Congrès nouvellement élu souhaitera-t-il reprendre les débats comme l'y a déjà invité le président Clinton ? Peut-être, car les problèmes demeurent.

John Baude

VIENT DE PARAÎTRE DOCUMENTS DE TRAVAIL DU CEPII

“The International Monetary System : in Search of New Principles”

par Michel Aglietta, n° 94-11

* * *

“French and German Productivity Levels in Manufacturing : a Comparison Based on the Industry of Origin Method”

par Deniz Ünal-Kesency et
Michael Freudenberg, n° 94-10

* * *

“La réunification allemande du point de vue de la politique économique”

par Agnès Bénassy, n° 94-09

* * *

Disponibles sur demande au 48.42.64.14

⁶ Le plafond était plus bas pour les entreprises de petite taille et de salaire moyen faible.

⁷ Congressional Budget Office, organisme d'études bipartite du Congrès.

⁸ David M. Cutler (1994), “A Guide to Health Care Reform”, Journal of Economic Perspectives, été.

⁹ Toutefois, pour limiter de tels comportements des entreprises, la réforme prévoyait des seuils dégressifs par paliers, de 7,9 à 3,5%, à mesure que le salaire moyen diminuait.

¹⁰ David M. Cutler, op. cit.

LA LETTRE DU CEPII

RÉDACTION

Centre d'études prospectives
et d'informations internationales,
9, rue Georges-Pitard
75015 Paris.
Tél. 33 (1) 48 42 64 64
Fax : 33 (1) 48 42 59 12

DIRECTEUR DE LA
PUBLICATION
Jean Pisani-Ferry

RÉDACTEUR EN CHEF
Jean Pisani-Ferry

CONCEPTION GRAPHIQUE
Pierre Dusser

RÉALISATION
Annick Hutteau

DIFFUSION
La Documentation française.

ABONNEMENT

(11 numéros)
France 275 F
Europe 330 F
Hors Europe 370 F
(envoi par avion)

Commande adressée à :
La Documentation française,
124, rue Henri Barbusse
93308 Aubervilliers Cedex.

ISSN 0243-1947

CCP n° 1462 AD
3ème trimestre 1994
Juillet-Août 1994

Imp. SNLIR-IVRY
Imprimé en France.

*Cette lettre est publiée sous
la responsabilité de la
direction du CEPII. Les
opinions qui y sont exprimées
sont celles des auteurs.*