

Gesundheit !

La lettre d'information du Stockholm Network sur la santé
et la politique sociale
Volume I : numéro 3, mai 2008

Contenu

Commentaire : Play it again, Sam ! La santé et la course à la Maison Blanche – David Torstensson

Le dossier du mois – Un panorama du secteur de santé américain – Grace-Marie Turner

Le coin des think-tanks – Le point de vue du Hudson Institute – Catherine M. Fisher

Objection, Your Honour ! – La médecine socialisée en Europe, et la médecine libérale aux Etats-Unis ? – Kristian Niemietz

Tête-à-tête – Des coûts plus faibles par une couverture plus large, ou une couverture plus large grâce aux coûts plus faibles ? – David B. Kendall contre David Freddoso

Critique de film – ‘Sicko’ de Michael Moore – Kristian Niemietz

Publications et événements du Stockholm Network

Commentaire

Play it again, Sam ! La santé et la course à la Maison Blanche – David Torstensson

Il y a quinze ans, la langue anglaise s'est enrichie d'un nouveau mot : « Hillarycare ». Suite à son élection à la présidence début 1993, Bill Clinton a lancé la première grande initiative en politique intérieure : la *Task Force on National Health Care Reform*. Celle-ci fut présidée par la First Lady, Hillary Rodham Clinton, aujourd'hui sénatrice de New York et candidate à la nomination démocrate pour l'élection présidentielle. L'objectif de la réforme était d'assurer chaque Américain en matière de santé, visant à créer un système aussi similaire que possible à la couverture universelle de type européen. Or 18 mois après sa mise en chantier, « Hillarycare » avait vécu, la réputation politique du président Clinton était entamée, et le Parti républicain s'est mobilisé contre « la médecine socialisée » avant de gagner les élections au Congrès en novembre 1994. Depuis lors, il n'y a pas eu de réforme systématique de la santé au niveau fédéral, en dehors de législations plus limitées, telles que le *State Children's Health Insurance Program*, SCHIP (couverture pour les enfants). Aujourd'hui cependant, l'Amérique se trouve au milieu d'un grand débat politique sur la couverture médicale pour tous.

En 25 ans, les dépenses de santé aux Etats-Unis ont pratiquement doublé, allant de 9.1 pour cent du PIB en 1980, à 16 pour cent en 2005 ; l'ensemble des prévisions indiquent que cette tendance va se poursuivre. Des coûts plus élevés, une couverture moindre et la plus grande part de l'assurance-maladie liée à l'emploi signifient que l'ensemble des Américains sont touchés par les problèmes systémiques du modèle de santé actuel. En effet, les sondages depuis un an démontrent en permanence que la santé se trouve souvent en tête des préoccupations des électeurs. En même temps, les grandes entreprises et les employeurs ressentent le poids de l'assurance-maladie couvrant les employés actuels et

anciens. Un exemple : General Motors est responsable en matière de santé de 1,1 millions de personnes, un fardeau qui rajoute 1,500 dollars au prix de chaque véhicule fabriqué par cette société.¹

Sans doute, les primaires ont joué un rôle clé pour mettre en avant la santé, mais à l'inverse ce n'est pas un sujet qui anime les duels démocrates ou le Parti démocrate. Certes, la santé reste un thème central comme il l'était pour tous les candidats, de Hillary Clinton à Bill Richardson – l'ancien sénateur de la Caroline du Sud et candidat démocrate à la vice-présidence John Edwards étant le plus disert (et agressif) pour en faire le thème central de la nomination démocrate.

En revanche, depuis le début des primaires les Républicains ne sont pas en reste sur le sujet. En réalité, les deux anciens candidats (Rudy Giuliani et Mitt Romney) et le probable candidat et sénateur de l'Arizona, John McCain, ont tous présenté des projets relativement détaillés en matière de santé. Puisque Giuliani et Romney sont désormais hors jeu, leurs projets sont moins importants, mais notons qu'ils se devaient d'inclure le thème dans leurs campagnes. Romney – rappelant son expérience dans le Massachusetts comme premier gouverneur à avoir introduit un système de couverture médicale universelle en 2006 – a déclaré explicitement que la santé « n'est pas un thème démocrate, mais un thème républicain ».²

Que proposent donc les trois candidats restants – les démocrates Barack Obama et Hillary Clinton et le républicain John McCain ? Les projets des deux premiers se concentrent principalement sur la couverture et les modalités de son extension, soit par les programmes publics existants (tels que Medicare, Medicaid et SCHIP), soit par la mise

¹ <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/articles/A15828-2005Feb10.html>

² Mitt Romney lors d'un débat républicain en Floride 2008. http://www.metacafe.com/watch/899810/gov_romney_not_going_hillarys_way_on_healthcare/

en place de réglementations pour donner une couverture publique ou privée aux non-assurés. La grande différence entre les deux est que le sénateur Obama réserve la couverture obligatoire aux enfants, alors que Clinton prévoit une assurance obligatoire, publique ou privée, pour tous. Ils veulent tous les deux compléter le marché privé de l'assurance soit par une extension de Medicare (Clinton), soit (dans le cas d'Obama) par la création d'un nouveau programme fondé sur le *Federal Employee Health Benefit Program*.³

Le sénateur McCain en revanche ne cherche ni à étendre les programmes fédéraux existants, ni à en créer des nouveaux. Il veut plutôt introduire davantage de concurrence dans le modèle existant en mettant en place un marché national d'assurance-santé.⁴ Ainsi, chaque individu serait en mesure d'acheter une assurance, quel que soit son lieu de résidence ou celui de l'assureur. Ceci est très différent du système réglementaire actuel selon lequel une assurance ne peut être vendue dans un Etat donné sans être au préalable approuvé par le commissaire des assurances de cet Etat. Ainsi, il existe 50 modèles d'assurance réglementés par les Etats, ce qui donne 50 marchés indépendants, mais qui sont peu concurrentiels. Le projet de McCain revient à éliminer cette réglementation par Etat et introduire un cadre national.

Il appartient aux électeurs de décider en novembre prochain ce qui va se passer dans le système de santé américain. Il semble à peu près certain que les Américains auront un choix assez clair entre deux modèles de santé. Cette édition spéciale de *Gesundheit !* présente l'état des débats présidentiels actuels au public européen.

³ PwC's Health Research Institute, *Beyond The Sound Bite, Review of Presidential Candidates' Proposals for Health Reform*, Nov. 2007.

⁴ Idem.

Nous avons le privilège de publier les contributions de plusieurs experts américains. Grace-Marie Turner, présidente du Galen Institute, a commis un article stimulant sur l'état du système de santé américain et les voies possibles à l'avenir. Catherine Fisher du Hudson Institute expose les problèmes du système Medicare et les projets de réformer le système de santé entièrement par l'Etat ou par le secteur privé. Kristian Niemi du Stockholm Network nous rappelle les idées reçues et les stéréotypes les plus courants concernant les systèmes américain et européen de santé. Enfin, dans le Tête-à-Tête, nos commentateurs – David Kendall, Senior Fellow for Health Policy au Progressive Policy Institute et David Freddoso, reporter politique à la *National Review* – offrent un débat musclé sur l'écart philosophique entre les Démocrates et les Républicains en matière de santé.

Bonne lecture !

Le dossier du mois

Un panorama du secteur de santé américain – Grace-Marie Turner⁵

Beaucoup d'Européens pensent que les services de santé aux Etats-Unis sont entièrement assurés par le secteur privé sur un marché relativement peu réglementé. En réalité, le financement et l'offre de soins se caractérisent par une intervention publique importante, à la fois par des programmes publics considérables qui financent les services de santé pour plus de 100 millions d'Américains, et par le secteur privé qui est hautement réglementé par les 50 Etats.

Le système fait aussi l'objet de critiques, au niveau national et à l'étranger, à cause du grand nombre de personnes dépourvues d'assurance-maladie. Or de nouvelles idées sont en train

⁵ Grace-Marie Turner est Présidente du Galen Institute.

d'émerger pour accroître l'accès à l'assurance, tout en améliorant les incitations du marché à proposer de meilleurs services à des prix plus abordables.

Panorama du secteur de santé américain

Les dépenses de santé aux Etats-Unis sont pratiquement partagées à parts égales entre les secteurs privé et public. Les deux sont hautement réglementés et font face à des pressions importantes pour limiter les coûts.

En 2006, les dépenses de santé se sont élevées à plus de 2,100 milliards de dollars, soit 16 pour cent du PIB. Les dispositifs publics représentaient 46 pour cent du total, soit 992 milliards de dollars.

Deux dispositifs publics, Medicare et Medicaid, dominent. Le Medicare est le programme fédéral de santé qui pourvoit aux besoins des Américains âgés de 65 et plus, ainsi qu'aux handicapés, quel que soit leur âge. Le Medicaid est un programme géré conjointement par le gouvernement fédéral et les Etats, conçu en priorité pour financer les soins aux plus démunis. Dans l'ensemble, le Medicare et le Medicaid assurent des services de santé à plus de 107 millions d'Américains.

De plus, il existe de nombreux programmes fédéraux visant des populations spécifiques, telles que les enfants, les vétérans et les Américains natifs, en plus de plusieurs autres programmes d'Etat et au niveau local pour la santé, y compris plus d'un millier de centres de santé locaux fournissant des soins gratuits ou à coût réduit.

Les recettes publiques assurent la plus grande part du financement des programmes publics. Les assurés du Medicare et du Medicaid bénéficient des soins de santé à travers des mêmes hôpitaux publics et privés que les autres patients. En revanche, les médecins, les hôpitaux et les autres fournisseurs sont rémunérés à un

tarif fixé par l'Etat fédéral, souvent en-dessous de ceux des assurances privées.

En 2006, plus de 1,100 milliards de dollars (soit 53 pour cent) des dépenses globales de santé ont été assurés par le secteur privé.⁶ Plus de 67 pour cent des Américains, soit près de 201 millions de personnes, étaient couverts par une assurance privée de santé en 2006.⁷ Pour la plupart, la couverture est assurée par une combinaison de cotisations employés/employeurs.⁸ La prime d'assurance moyenne annuelle d'une police fournie par l'employeur dépasse les 12,000 dollars pour une famille.

27 millions de personnes achètent une couverture-santé sur le marché privé. Cette assurance est fortement réglementée par les Etats, ce qui revient fréquemment à décourager la concurrence entre polices d'assurances et prestataires, pourtant susceptibles de réduire les coûts et d'élargir l'offre.

Il existe cependant certains points positifs à l'horizon : les comptes épargne-santé (CES) constituent la plus récente innovation sur le marché, instaurée par le Congrès américain en 2003 pour proposer un moyen différent de financement en matière de santé. Les titulaires d'un CES peuvent déduire des impôts la souscription d'une assurance couvrant des dépenses de santé de routine, tant qu'ils adoptent un contrat couvrant des dépenses majeures avec une franchise élevée. Un grand pourcentage de ces bénéficiaires sont parmi ceux qui auparavant étaient dépourvus

⁶<http://www.cms.hhs.gov/NationalExpendData/downloads/proej2006.pdf>

⁷ Les chiffres ne reflètent pas une somme globale, étant donné que certains individus sont couverts par plus d'un dispositif, par exemple les retraités bénéficiant à la fois d'une couverture Medicaid mais aussi d'assurances privées par les anciens employeurs, ou des personnes couvertes par plusieurs assurances.

⁸http://pubdb3.census.gov/macro/032007/health/h01_001.htm.

d'assurance-santé. En général, ils ont découvert que les primes d'assurance pour ce genre de contrats sont plus faibles, ce qui rend la couverture plus abordable.

En complément de nouvelles options de financement, les employeurs sont en train de concevoir un grand nombre de programmes innovants pour impliquer davantage les consommateurs dans la gestion de leur assurance-santé. Des entreprises privées font la promotion de solutions telles que : les technologies d'information santé, la prévention et les incitations à bonne hygiène de vie, la transparence des prix, des améliorations de qualité et la gestion des maladies chroniques. L'ensemble de ces initiatives font partie des efforts pour réduire les prix, maintenir une qualité élevée et améliorer le rapport qualité-prix pour les dépenses consenties.

Les non-assurés

En 2006, environ 47 millions d'Américains étaient sans couverture de santé. Alors que ce nombre évolue, le profil des non-assurés reste constant. Selon le US Census Bureau, cette catégorie renferme essentiellement des minorités, notamment les Hispaniques, les Américains à revenus moyens ou faibles qui n'ont pas les moyens ou qui ne sont pas couverts par leur emploi, ainsi que les jeunes adultes qui choisissent de ne pas être couverts.

Parmi les non-assurés, 45 pour cent étaient sans couverture pendant six mois ou moins, ce qui indique que cette population est non assurée temporairement, lorsqu'ils changent d'emplois. Une solution du 21^e siècle permettrait cependant à tous d'avoir la propriété et donc le contrôle de leur assurance-santé lorsqu'ils changent d'employeur.

Le filet de sécurité

Quand bien même les Etats-Unis comptent des millions de personnes sans couverture santé à un moment donné, *l'Emergency Medical*

Treatment and Active Labor Act stipulent que les hôpitaux doivent accueillir tout patient nécessitant des soins médicaux, quelle que soit l'assurance ou la capacité de payer. Ces soins gratuits représentent des milliards de dollars pour le budget fédéral : en moyenne, les Etats-Unis dépensent chaque année 1,000 dollars par chaque personne non assurée par ailleurs.

Ainsi, cette population reste protégée par un filet de sécurité, officielle et officieux, qui leur donne des avantages tels que :

- l'accès aux urgences des hôpitaux et d'autres soins à l'hôpital
- des programmes publics/privés, y compris des centres de santé au niveau local
- des cliniques dont les soins sont gratuits, mises à disposition par des églises et d'autres organismes philanthropiques
- des paiements directs aux médecins et aux hôpitaux
- des soins dispensés dans des cliniques privées de pharmacies et d'autres établissements, ainsi que chez l'employeur.

La quête de solutions au problème des non-assurés

Actuellement, les Etats-Unis cherchent de nouveaux moyens de financer l'assurance-santé, non seulement pour résoudre leurs propres problèmes en vue d'intégrer des millions d'individus dans le système ; mais également pour démontrer comment les solutions de marché sont susceptibles de créer un système de santé capable de répondre aux pressions et demandes de l'économie moderne, y compris par l'accès aux technologies modernes.

Les Etats-Unis sont reconnus à travers le monde pour la qualité des soins médicaux qu'ils offrent, y compris la mise au point et l'accès aux technologies de pointe. Les progrès continus en matière de médecine s'explique par

le système d'incitations et de récompenses accordées à l'innovation, notamment en matière de prix concurrentiels et en ce qui concerne la protection forte de la propriété intellectuelle.

A l'heure actuelle, de nombreuses initiatives politiques sont en discussion à Washington et dans les Etats en vue d'autoriser une plus grande portabilité de l'assurance-santé et des subventions directes pour ceux qui en ont besoin en matière d'assurance privée. Ces mesures vont largement contribuer à résoudre les problèmes des Américains sans assurance à ce jour.

L'ensemble des candidats républicains aux élections présidentielles proposent des mesures susceptibles d'accroître les choix pour les titulaires d'assurances privées. De plus, ils proposent de nouvelles incitations aux Etats pour résoudre des problèmes tels que la réglementation et les contraintes qui ont éliminé la concurrence et rendu trop onéreuse l'assurance-maladie. Selon eux, la rationalisation du financement et l'inclusion de millions de nouveaux clients dans le marché de la santé vont contribuer à optimiser la concurrence et donc à pousser les assureurs et les prestataires de soins à proposer des options plus abordables.

L'orientation future du système de santé américain est un enjeu central des élections présidentielles de 2008. La question pour les électeurs reste à savoir si les réformes à venir vont conduire à un contrôle étatique plus important ou à une plus grande liberté pour les consommateurs sur un marché de santé plus ouvert.

Le coin des think-tanks

Le point de vue du Hudson Institute – Catherine M. Fisher⁹

Contrairement à une idée reçue, selon laquelle la fardeau des dépenses de santé repose uniquement sur les citoyens américains, le gouvernement fédéral américain a consacré plus de 700 milliards de dollars à la santé en 2006. Des données récentes (National Health Expenditure Accounts) décrit le profil de ces dépenses. Les éléments principaux sont les paiements privés (12.2 pour cent), l'assurance privée (34.4 pour cent) et les dépenses au niveau fédéral, des Etats, et local (33.8 pour cent). Même si les dépenses privées représentent la plus grande part aux Etats-Unis, celles du public sont également significatives pour le système de santé.

Mis en place en 1966, le Medicaid et le Medicare représentent le premier système nationalisé de santé, et continuent d'être le principal filet de sécurité pour la santé publique aux Etats-Unis. Ces programmes visent en priorité à offrir un accès aux soins et à la couverture médicale pour les citoyens qui n'ont pas les moyens d'une assurance privée. Le Medicaid est une initiative fédérale et des Etats pour assurer une couverture et des soins à long terme aux citoyens à faibles revenus. Il pourvoit aussi aux besoins des aveugles et des handicapés, des enfants de moins de 21 ans, des résidents étrangers nécessitant des soins d'urgence et les bénéficiaires d'une aide aux revenus. En 2006, plus de 38 millions d'Américains ont bénéficié de services Medicaid d'une valeur de 256.5 milliards de dollars.

Destiné à protéger les personnes âgées du pays, le Medicare est une initiative fédérale qui fournit une assurance-maladie aux citoyens âgés de 65 ans et plus, et aux personnes de moins de 65 ans pour certains handicaps et maladies. En

⁹ L'auteur est assistante de recherche au Hudson Institute (Washington D.C.).

2006, plus de 43 millions d'Américains ont bénéficié de services Medicare d'une valeur de 408.3 milliards de dollars.¹⁰

La caractéristique la plus intéressante du Medicare est son intégration du secteur privé dans le programme fédéral. La Partie C du Medicare (Medicare Advantage) offre aux bénéficiaires la possibilité d'accéder aux avantages à travers des assurances privées, et la Partie D (Medicare Prescription Drug Coverage) permet d'accéder à des polices privées (prescription drug plans, PDP) et aux Medicare Advantage prescription plans (les MA-Pds). En 2006, 16 pour cent des assurés Medicare étaient membres de l'un des deux dispositifs. Ces derniers leur permettent d'utiliser le système public de santé de la manière qui leur convient le mieux, en vue d'obtenir la couverture correspondant à leurs besoins.

Les Etats-Unis ont une longue tradition de capitalisme et d'entreprise privée ; ignorer cette réalité lorsqu'on réforme le système de santé américain ne permettrait pas à aider les personnes sans couverture médicale. Au lieu de regarder les systèmes public et privé comme des entités distinctes, il convient de les regarder comme des partenaires en vue d'améliorer la santé des Américains. Pour que ce partenariat fonctionne, il est indispensable de revoir les orientations et cibles du système public de santé. Actuellement, ce dernier concentre ses efforts sur des populations marginales de la société américaine. Une réforme globale reviendrait à orienter le système vers des soins plus fondamentaux et de prévention pour l'ensemble de la population, tout en assurant une couverture intégrale dans certains cas. Ainsi, l'objectif du système public devrait être d'éviter les coûts insoutenables des maladies chroniques par la prévention. On pourrait

¹⁰ US Department of Health and Human Services. National Health Expenditure Accounts 2006 Highlights. Centers for Medicare and Medicaid Services ; Washington DC 2007, p. 2.

s'attendre à ce qu'un tel système public de santé entraîne une réduction des coûts associés aux soins primaires et de prévention du secteur privé. De plus, un système public amélioré réduirait les coûts du secteur privé, étant donné que l'ensemble des Américains bénéficieraient des effets d'un système universel de soins primaires et de prévention.

En résumé, les Américains n'auraient plus à supporter les coûts d'un système public de santé éparpillé. Grâce à un système universel de soins et de prévention, l'ensemble de la population aurait accès aux soins, et la couverture privée serait abordable. Plutôt que d'avoir 43.6 millions d'Américains sans assurance-maladie, ils auraient la possibilité de voir un médecin chaque fois qu'ils en ont besoin.

Objection, your Honour !

La médecine socialisée en Europe, et la médecine libérale aux Etats-Unis ? – Kristian Niemietz¹¹

L'autre jour, j'ai raconté à un ami de Berlin les difficultés de trouver un appartement abordable à Londres. Il m'a demandé pourquoi les propriétaires fonciers ne réagissent pas en construisant de nouveaux logements en masse. Je lui ai expliqué que la législation britannique en matière d'aménagement urbain est parmi les plus draconiennes au monde. Il en fut très étonné. Jusque-là, il était persuadé que « le modèle anglo-saxon » ne connaissait aucune réglementation, ou presque.

Or des concepts telles que « modèle anglo-saxon » ou « modèle rhénan » sont peu pertinents lorsqu'on regarde des secteurs économiques particuliers. Cela reste

¹¹ Kristian Niemietz est chargé de recherche pour le programme « Health and Welfare » du Stockholm Network.

particulièrement vrai dans le domaine de la santé. Bien avant l'arrivée sur les écrans du dernier film de Michael Moore, *Sicko*, les Européens avaient tendance à se méfier du modèle américain de santé, théoriquement fondé sur le marché. A l'inverse, les Américains pensent souvent que l'Europe est dotée d'un modèle unique de « médecine socialisée ». Le capitalisme rampant là-bas, et la santé étatisée ici ; qu'en est-il vraiment ?

La notion que le système de santé américain serait fondé uniquement sur le marché est en réalité erronée. La majorité des Américains ne sont même pas libres de choisir leur assurance-maladie. Seuls 6 pour cent de la population sont couverts par un contrat individuel ou familial ; les autres se trouvent embarqués automatiquement dans les contrats de leur employeur. Il n'existe aucune concurrence entre Etats pour l'assurance-maladie. C'est dire qu'un habitant de New York ne peut signer un contrat d'assurance avec une société basée dans le New Jersey. Ceci revient non seulement à restreindre sévèrement le choix du consommateur, mais empêche aussi les assureurs d'exploiter les économies d'échelle. Par ailleurs, de nombreux observateurs font valoir que le marché américain serait à même d'absorber bien davantage de médecins fraîchement diplômés qu'il n'y a de places dans les écoles de médecine à l'heure actuelle.¹² Cette situation est sans doute confortable pour les médecins établis, mais elle signifie aussi des honoraires et des factures d'hôpital excessifs.

D'autre part, l'idée d'une santé socialisée en Europe est de même un sujet plus complexe. S'il est vrai qu'à travers l'Europe l'Etat est chargé des dépenses de santé, il est aussi vrai qu'il tend à façonner les rapports contractuels entre patients, prestataires et assureurs. Cela dit, certains pays européens bénéficient d'un degré de libre choix en matière de santé qui à certains

égards est davantage orienté vers le marché qu'aux Etats-Unis.

Prenons l'exemple des *Health Maintenance Organisations* (HMO, ou en français « réseaux de soins intégrés ») en Suisse. Ces dernières furent d'abord mises en place aux Etats-Unis comme une alternative aux assureurs traditionnels. Tout système d'assurance souffre d'un problème fondamental : ni le prestataire, ni l'assuré ne sont incités à économiser. Les deux savent que le tiers-payant existe. Or si l'ensemble des clients d'une assurance veulent maximiser les avantages de leur prime, cette dernière doit augmenter. Les HMO sont un moyen parmi d'autres de résoudre ce problème. Une HMO est une organisation qui gère des centres de soins et des hôpitaux pour leurs adhérents. Elle est donc un producteur de services de santé. Les clients versent une cotisation mensuelle qui ouvre droit à des traitements le cas échéant ; la HMO est ainsi en même temps un assureur. Sa double fonction signifie qu'il n'y a plus de tiers-payant. Les HMO proposent un choix très limité de médecins et de cliniques ; en revanche, les primes sont largement inférieures. Elles ne sont ni meilleures, ni pires que les assureurs classiques, mais une alternative pour ceux qui attachent peu d'importance au choix en matière de santé, même s'ils souhaitent un niveau de qualité raisonnable. Il s'agit d'une option supplémentaire qui accroît la diversité des choix.

Depuis 1996, les travailleurs suisses ont la possibilité d'adhérer à une HMO au lieu de souscrire une assurance privée. Selon une étude, hormis le fait que les clients d'une HMO sont en général en meilleure santé que la population ayant une assurance classique, les premiers bénéficient d'un coût inférieur de 32 pour cent par rapport aux derniers.¹³ La part de marché des HMO en Suisse est actuellement de 7 pour cent, mais il convient de compléter ce

¹² Cf. par exemple Günter Ederer : *Die Sehnsucht nach einer verlogenen Welt* ; Munich (2000).

¹³ Rita Baur et Johannes Stock : *Schweizer HMOs überzeugen in puncto Qualität und Kosten* ; publié dans *Gesundheit und Gesellschaft* 80/9 (1998).

chiffre. Un avantage majeur des HMO en termes de coûts est qu'elles offrent des soins d'une manière plus décentralisée. Cela signifie qu'il est peu probable qu'un patient soit hospitalisé s'il est susceptible d'être mieux traité en ambulatoire. Or les hôpitaux suisses sont généralement rémunérés par les cantons, et non par les assureurs. Ce qui veut dire que les taux inférieurs d'hospitalisation des HMO ne se traduisent pas intégralement par des primes plus faibles. Cela dit, il est frappant de constater que le concept des HMO, à l'origine une invention américaine, ait connu plus de succès dans les Alpes que dans leur pays de naissance. Les HMO américaines ont subi des attaques virulentes, et selon les sondages la confiance que les patients leur accorde est au plus bas. Elles sont accusées d'avoir refusé des traitements afin de réduire leurs coûts. Mais cela relève du débat américain. Jusqu'à nouvel ordre, et à la connaissance de l'auteur, aucune version suisse de *Sicko* n'est en préparation. Serait-ce dû au fait que l'ensemble des clients des HMO suisses disposent de plusieurs options ? Ce modèle fonctionne-t-il mieux lorsqu'il doit faire ses preuves face à d'autres dans un contexte concurrentiel sévère ?

Un autre exemple qui s'inspire du modèle américain est celui des Pays-Bas. Les assureurs néerlandais sont en mesure de proposer deux types d'assurances. Soit, les assurés sont libres de choisir leur médecin, ce qui est l'option la plus chère. Soit, l'assureur se propose de trouver la solution offrant le meilleur rapport qualité-prix. Il établit un réseau contractuel avec ces prestataires, et les clients qui s'engagent à consulter uniquement les médecins du réseau bénéficient alors d'une remise importante sur les honoraires. Un dispositif similaire est connu depuis longtemps aux Etats-Unis sous le nom de *Preferred Provider Organisation* (la PPO). Celui-ci était à l'origine un instrument pour limiter les dépenses de santé, sans sacrifier pour autant la qualité, ni l'accès aux soins. Aux Pays-Bas, cette formule de « soins contractuels » est en train de conquérir le marché : trois Néerlandais sur cinq ont choisi cette solution.

D'une manière générale, le système néerlandais propose des choix multiples. Suite à une réforme profonde en 2006, 93 pour cent de la population sont désormais assurés dans le privé, devant les Etats-Unis (74 pour cent).¹⁴ Les Néerlandais peuvent choisir entre des polices d'assurances avec franchise ou avec bonus (remboursé en cas de faible consommation). Une autre caractéristique intéressante est la possibilité de souscrire une assurance de groupe. Aux Pays-Bas, les associations de patients peuvent négocier un contrat collectif pour leurs membres. Autrement dit, des individus ayant des besoins spécifiques et qui, en tant qu'individus ne seraient pas intéressants pour les assureurs, peuvent ainsi accroître leur pouvoir de négociation. A une époque où les maladies chroniques posent un défi majeur pour les systèmes de santé, l'assurance collective peut s'avérer un moyen innovant de rendre le système plus attentif à leurs demandes.

Cela dit, le système néerlandais comporte aussi quelques inconvénients. Alors que la concurrence par les prix existe entre médecins généralistes, les spécialistes et les hôpitaux s'en trouvent largement exclus. La rémunération des derniers est réglementé par l'Etat, et donc exempté d'une négociation libre. De même, les citoyens ne paient que la moitié de l'assurance-maladie, puisque l'autre moitié reste déguisée sous forme de « cotisation patronale ». Ceci crée donc l'illusion d'un tiers-payant, ce qui affaiblit l'incitation à rechercher le meilleur rapport qualité-prix au niveau des prestataires.

Ainsi, il n'y a peut-être aucun exemple parfait de marché libre de santé ; mais il existe de nombreux exemples de solutions de marché en dehors des Etats-Unis. Certes, ils ne sont pas toujours conformes au contexte économique et social dans lequel ils évoluent. En revanche, au niveau local et pour les patients concernés, ils semblent bien fonctionner.

¹⁴ En dehors des non-assurés.

Tête-à-tête

Des coûts plus faibles par une couverture plus large, ou une couverture plus large grâce aux coûts plus faibles ?

Alors, l'œuf ou la poule ? Dans le débat américain, certains disent que pour réduire les coûts galopants de santé, il faut étendre la couverture. Lorsque des personnes jeunes et en bonne santé se mettent à cotiser, cela soulagera les services d'urgence. D'autres prétendent qu'il faut d'abord réduire les primes. Ainsi, l'assurance-maladie serait plus abordable et la couverture plus étendue – ce qui serait une conséquence et non la cause.

David B. Kendall¹⁵

Le débat émergent aux Etats-Unis sur la santé pourrait finir par régler ce problème tumultueux. A la différence des autres pays développés, l'assurance-maladie aux Etats-Unis ne couvre pas l'ensemble des citoyens et ses coûts sont bien supérieurs à ceux des autres pays, surtout compte tenu du fait que le système n'offre pas une qualité correspondante aux patients. Les efforts de réforme ont échoué à plusieurs reprises au cours du 20^e siècle. Cette fois-ci, les choses sont différentes parce que les problèmes des coûts et la couverture décroissante sont plus graves, et ce n'est pas fini. De plus, les Démocrates, par tradition le fer de lance de la réforme, ont fini par adopter des propositions qui émanent du centre de l'échiquier politique. Confier la santé à l'Etat ne saurait fonctionner aux Etats-Unis, à cause de notre histoire politique et la méfiance envers le pouvoir central. Les deux candidats démocrates, les sénateurs Hillary Clinton et Barack Obama, proposent tous les deux de partager la responsabilité de la couverture. Au lieu d'en faire une responsabilité de l'Etat, celle-ci serait une charge à partager entre les individus et les employeurs, et l'Etat fournirait une aide financière à ceux qui n'ont pas les moyens. A la différence des propositions démocrates dans le passé, les Républicains ne sauraient légitimement les taxer de médecine étatisée (même s'ils vont essayer).
(à suivre page suivante)

¹⁵ David B. Kendall est senior fellow pour la politique de santé au Progressive Policy Institute.

David Freddoso¹⁶

Aucune politique publique ne saurait réduire le coût final de la santé sans sacrifier sa qualité. Seule l'innovation technologique et chirurgicale est susceptible de réduire les coûts médicaux réels, et cela ne s'applique qu'aux traitements existants. En partie, les dépenses en médicaments augmentent sans cesse parce que nous découvrons constamment de nouveaux moyens de traiter un plus grand nombre de maladies, d'une meilleure manière (et souvent plus coûteuse). Quand bien même nous aimerions voir baisser les dépenses de santé, cela n'est ni probable, ni souhaitable.

Dans la plupart des secteurs, l'Etat dispose de deux moyens de contrôler les coûts : le rationnement (files d'attente) et le contrôle des prix. En ce qui concerne la santé, ces solutions entraînent inévitablement une baisse de la qualité des soins. Pourtant, certains pensent que la santé est une exception, car l'action publique pour accroître la couverture est susceptible de réduire les coûts en améliorant la santé publique, ce qui pourrait entraîner une baisse marquée pour la majorité des maladies évitables. Or des économies substantielles sont peu probables aux Etats-Unis, puisqu'il ne nous reste plus que 16 pour cent de la population à assurer. Certains militent pour une étatisation du système de santé, afin d'exploiter les économies d'échelle.
(à suivre page suivante)

¹⁶ David Freddoso est journaliste politique à la *National Review*.

Les Démocrates, cependant, n'ont pas abandonné leurs principes progressistes. Ils pensent que l'assurance-maladie doit être universelle. Le candidat républicain John McCain n'est pas d'accord. Son projet aurait un impact très marginal sur le nombre d'Américains non assurés.

Les Démocrates estiment que l'assurance-maladie ne doit pas être plus onéreuse pour les malades. Les individus pourraient acheter une couverture de manière groupée, dans un contexte concurrentiel sévère, à l'instar des modèles existant en Suisse et aux Pays-Bas. Le sénateur McCain voudrait au contraire déréglementer l'assurance privée et laisser les compagnies facturer davantage aux individus malades, et les gens achèteraient des assurances individuellement.

Enfin, les Démocrates considèrent que la réforme exige des investissements immédiats dans les technologies d'information de santé, la prévention et la gestion des maladies chroniques qui vont s'avérer rentables à terme. Le sénateur McCain a proposé des idées similaires, sans préciser leur mode de financement.

Le débat sera vif, mais en fin de compte, les Etats-Unis auront un système de santé dont nous pourrions être fiers.

Le débat sera fondamental. Avec un peu de chance et beaucoup d'efforts, il produira une approche américaine de la santé qui sera une source de fierté pour les générations futures.

En réalité, le gouvernement fédéral et les Etats, lorsqu'ils occupent une position de producteur quasi-monopsonique, poussent toujours les prix vers le haut – en général sous la pression de lobbies et d'organisations professionnelles. Ceci est particulièrement valable dans l'éducation et le domaine militaire.

C'est vrai aussi pour la santé : en 2006, le Medicaid (qui couvre les pauvres) a versé près de 60 pour cent de plus par bénéficiaire que l'assureur privé américain pour ses clients en moyenne.

Au lieu de se focaliser sur les coûts, l'Etat devrait regarder les *prix* et abroger les lois qui rendent actuellement l'assurance-maladie inabordable pour le consommateur. Nos 50 Etats ont adopté plus de 1,800 lois interdisant la vente d'assurances qui ne couvrent pas des conditions médicales rarissimes, voire des objets non-médicaux tels que les perruques, la thérapie de couple, le conseil religieux, la fertilisation in vitro ou l'acupuncture. Dans les Etats ayant une telle législation (tels que le New Jersey ou le Massachusetts), l'assurance-maladie peut coûter, en moyenne, jusqu'à trois fois plus qu'ailleurs (par exemple dans le Utah ou l'Iowa). Il convient d'abolir ces lois et d'autres pour laisser les consommateurs se procurer les polices d'assurance qui correspondent à leurs besoins. Etant donné que près de 40 pour cent de nos 47 millions de non assurés gagnent plus de 50,000 dollars par an, une abolition de ces contraintes pourrait contribuer largement à une couverture plus étendue.

La meilleure cure pour l'Etat est d'abord d'arrêter de faire du mal.

Critique de film

'Sicko' de Michael Moore – Kristian Niemietz

Le film *Sicko* est une attaque frontale sur l'industrie de la santé américaine. Il ne s'agit pas des non assurés, mais de ceux qui sont couverts et qui sont abandonnés par les assurances lorsqu'ils en ont désespérément besoin. A partir d'interviews avec les patients concernés, des travailleurs de santé et des anciens employés de compagnies d'assurances, M. Moore brosse un portrait déprimant de la santé aux Etats-Unis. Son message central : même si vous disposez d'une couverture santé, vous n'êtes pas en sécurité aux Etats-Unis. Lorsque vous faites appel à votre assureur, il cherchera l'échappatoire pour ne pas faire face à ses obligations. Il vous laissera seul avec une maladie grave, et au pire, il vous laissera mourir. Certaines anecdotes sont basées sur des interviews de parents des patients. Le personnage principal du film est mort depuis – à cause d'un refus de soins, selon Michael Moore. Or les choses ne sont pas forcément ainsi. M. Moore part à l'étranger pour trouver des soins de qualité, gratuits et universels au Canada, en Grande-Bretagne, en France et à Cuba. Les preuves de Moore sont anecdotiques. Les récits ne permettent pas de vérifier si les victimes se sont vu refuser des soins pour des raisons de cupidité ou par des erreurs médicales ou administratives etc. Surtout, nous ne savons pas à quel point ces exemples lamentables sont représentatifs pour le système américain de santé en général. Peu importe : *Sicko* est un film et non une thèse de doctorat, et il peut tout à fait généraliser, affirmer, exagérer et polariser. Les faiblesses résident dans l'interprétation offerte par M. Moore, et dans les alternatives qu'il propose. Selon lui, le système de santé américain est dans ce triste état parce que les assureurs-santé sont privées et recherchent le profit. Selon cette logique, dit-il, le fait de refuser des soins signifie des économies et donc des profits plus élevés. Or toute entreprise commerciale est incité à

réduire ses coûts, qu'il s'agisse d'une brasserie, d'une entreprise de télécoms ou d'une salle de sport. En général, cela n'est pas contraire aux intérêts du client. Même si le secteur de l'assurance-santé était la grande exception, cela devrait s'appliquer partout et non seulement aux Etats-Unis. En Europe, des millions de personnes achètent une assurance privée, soit en complément, soit comme couverture principale. Il est intéressant de noter que c'est valable pour deux pays auxquels M. Moore rend hommage : 66 pour cent des Canadiens et 87 pour cent des Français disposent d'assurances privées complémentaires. Certes, Cuba est une autre paire de manches. Aux élections de 2005, un projet de loi qui aurait aboli l'assurance-maladie privée fut débattu en Allemagne – non pas parce qu'elle marchait mal, mais parce qu'elle marchait très bien. Beaucoup de ceux couverts par le système public avaient l'impression que les assurés du privé étaient favorisés. L'assurance privée fonctionne-t-elle différemment au Canada, en France et en Allemagne qu'aux Etats-Unis. C'est possible, mais M. Moore ne pose pas la question. Par ailleurs, il est évident que M. Moore n'a pas pris le temps d'ouvrir un journal lorsqu'il s'est rendu en Grande-Bretagne. S'il l'avait fait, il aurait sans doute découvert une histoire de refus de soins pour des raisons de coûts, assez semblable aux récits de son propre film. Aujourd'hui, de telles décisions émanent souvent du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), même si avant la création de NICE, les restrictions de coûts étaient fixées de manière plus implicite. La médecine fondée sur la réduction des coûts n'est pas l'apanage des Etats-Unis. La conclusion est que *Sicko* représente une occasion ratée. Il est indéniable que les Américains dépensent beaucoup d'argent pour leur santé et qu'ils reçoivent parfois des services médiocres. Il eût été extrêmement intéressant d'en explorer les raisons. Malheureusement, *Sicko* n'a pas offert de réponses.

Nouvelles initiatives et publications

CEE Ahead – Une vision de soins de santé durables

CEE Ahead est une initiative indépendante et non politique pour la promotion de solutions en matière de santé pour l'Europe centrale et orientale (ECO). Le Stockholm Network assure le secrétariat de l'initiative. Les partenaires qui en sont membres cherchent à mieux faire connaître les meilleures pratiques de santé à travers le monde. Comment créer un marché plus concurrentiel sans sacrifier la solidarité ? Comment les pays ECO peuvent-ils attirer davantage d'investissements pour leurs systèmes de santé ? Y a-t-il un moyen de permettre aux patients de maîtriser davantage eux-mêmes leurs traitements et soins ? Comment encourager l'innovation et le respect de la propriété intellectuelle ?

<http://www.stockholm-network.org/Conferences-and-Programmes/Health-and-Welfare/CEE-Ahead>

Compte-rendu et présentations de la conférence

Cost pressure on the German health system – Is Health Technology Assessment the Solution (mars 2008)

L'Évaluation des technologies de santé (HTA) est-elle un outil objectif et scientifique ou au contraire encore un instrument politique pour le rationnement systématique des médicaments ? Le Stockholm Network en association avec l'Institut pour la libre entreprise (IUF) ont soulevé cette question parmi d'autres lors d'une conférence récente. La réunion qui a eu lieu dans les célèbres *Hackesche Höfe* au cœur de Berlin, a rassemblé une quarantaine de personnes du monde universitaire, du secteur de la santé, des associations de patients et des médias.

<http://www.stockholm-network.org/Conferences-and-Programmes/Health-and-Welfare/HTA/htataskforce/HTAEvents>

Ce qui précède fait partie d'une **nouvelle section du site du Stockholm Network consacrée à l'Évaluation des Technologies de Santé.**

<http://www.stockholm-network.org/Conferences-and-Programmes/Health-and-Welfare/HTA>

Quel est le prix d'une année de vie supplémentaire ? La question du seuil dans l'Évaluation des Technologies de Santé – Kristian Niemietz et Meir P. Pugatch (à paraître)

Cette étude examine le problème délicat des réductions des coûts en matière de santé. On nous dit souvent que le rôle d'institutions telles que NICE en Grande-Bretagne consiste à vérifier le rapport qualité-prix d'un traitement donné. Or que signifie le « rapport qualité-prix » en l'occurrence ? Quel est le « bon » rapport entre les coûts et les gains ? Cette étude, la quatrième dans une série consacrée aux ETS, analyse les réponses données dans une sélection de pays. Elle explique aussi pourquoi cet enjeu est plus sensible dans certains systèmes que dans d'autres.

The State of the Union – Susie Squire (réd.) (Avril 2008)

The State of the Union évalue la réforme économique et sociale à travers les 27 pays membres de l'Union européenne, la plupart des chapitres étant écrits par des experts régionaux de notre réseau des think-tanks européens les plus influents.

Que ce soit pour connaître ce qui s'est passé dans un pays particulier ou pour avoir une idée du climat de réforme dans l'Union, *The State of the Union* vise à proposer aux lecteurs un résumé accessible de l'état économique de l'Europe et sa propension à réformer ses systèmes de protection sociale, et peut-être surtout à indiquer les tendances futures.

http://www.stockholm-network.org/downloads/publications/SN_SOU3_web.pdf