

L'assurance sociale confiée à des assureurs privés : Medicare Advantage aux États-Unis

Lucy apROBERTS¹

Unique assurance sociale pour la santé aux États-Unis, Medicare couvre les personnes âgées de 65 ans ou plus. Comme la couverture de Medicare n'exclut pas des restes à charge importants, ses bénéficiaires souscrivent généralement une assurance complémentaire privée. Toutefois, un autre dispositif en pleine émergence peut être souscrit par les bénéficiaires de Medicare : un contrat dit « Medicare Advantage » offert par un assureur privé qui gère un réseau de soins. Ce type de contrat est financé par Medicare et couvre les mêmes garanties, à ceci près qu'il offre en plus une couverture complémentaire. La proportion d'affiliés à Medicare qui choisissent Medicare Advantage – 40 % actuellement – augmente chaque année. Pour les assurés sociaux, les réseaux restreignent le choix des soignants mais ils réalisent des économies telles que les assurés obtiennent une meilleure couverture que Medicare sans payer davantage. Mais la concurrence entre assureurs privés impose des contrats qui réduisent la solidarité entre malades et bien portants.

Depuis son instauration en 1965, Medicare finance des soins médicaux pour les Américains âgés de 65 ans ou plus. Medicare peut être considéré comme une assurance sociale car, en effet, il est financé en partie par des cotisations sociales prélevées sur les revenus du travail, cotisations obligatoires pour les travailleurs et les employeurs sur l'ensemble du territoire national. L'accès à ses prestations est réservé aux travailleurs qui ont cotisé pendant au moins dix ans. Les soins auxquels il donne droit sont les mêmes dans tout le pays, sans distinction liée au niveau de revenus des bénéficiaires. Le dispositif est régi par l'État fédéral – la Chambre des représentants et le Sénat, plus exactement – qui définissent son financement et ses

1. Chercheure associée à l'Ires.

prestations. Par rapport à d'autres assurances sociales existant de par le monde, Medicare présente la spécificité de ne pas être universelle car réservée aux personnes âgées.

Lors de l'instauration de Medicare, les *leaders* politiques qui prônaient une assurance santé nationale pensaient que la limite d'âge pourrait être progressivement abaissée pour couvrir l'ensemble de la population. Leur projet était de remplacer la multitude de contrats privés liés à l'emploi qui couvraient la population âgée de moins de 65 ans, avec cependant des lacunes béantes pour certains groupes : les chômeurs, les travailleurs indépendants, les salariés de petites entreprises, ceux qui changent d'employeur, etc. Aujourd'hui, le mot d'ordre « Medicare for all » est employé par les partisans d'une assurance sociale universelle pour les frais médicaux.

L'âge pour bénéficier de Medicare n'a jamais été abaissé. Tout comme la Sécurité sociale en France, Medicare n'a offert qu'une couverture partielle, ce qui a favorisé l'émergence d'assurances privées complémentaires, souscrites par presque tous ses bénéficiaires. Mais à la différence de la Sécurité sociale, Medicare a changé de nature, une mutation initiée au milieu des années 1980. Les assurés de Medicare ont alors pu choisir de souscrire un contrat auprès d'un assureur privé, qui remplace l'assurance sociale et l'assurance complémentaire. Cette forme d'assurance est appelée « Medicare Advantage ». Les contrats Medicare Advantage sont fortement réglementés, aussi bien en ce qui concerne leurs prestations que leur prix. L'assureur reçoit un paiement forfaitaire – une capitation – de Medicare pour chaque personne qui souscrit un contrat Medicare Advantage. L'assureur assume tout le risque associé aux frais médicaux de ses assurés. Une proportion croissante des personnes éligibles à Medicare – plus du tiers aujourd'hui – ont choisi Medicare Advantage à la place de l'assurance publique Medicare.

Dans les années 1980, Medicare Advantage était destiné à faire profiter les retraités d'un nouveau mode d'organisation de l'assurance qui était en train de devenir prépondérant parmi les assurances de groupe de salariés : les « Health Maintenance Organizations » (HMO). Les HMO intègrent les fonctions d'assurance et de soins dans un seul organisme, ce qui implique la mise en place d'un réseau de fournisseurs de soins. Alors que les assurances santé classiques, dont Medicare, remboursent les soins prescrits par les professionnels de santé à l'acte, sans en contrôler la pertinence, les HMO sont censés faire du « *managed care* » en contrôlant la qualité et la quantité des soins de leurs assurés. Au départ, Medicare Advantage devait ouvrir aux personnes âgées l'accès aux HMO, à l'instar des salariés. Dans ce but, il fallait que les assurés soient couverts par un contrat unique, englobant à la fois les prestations de Medicare et les prestations complémentaires. Mais Medicare Advantage fait muter Medicare vers une sorte d'hybride : une assurance sociale gérée par des compagnies privées.

Cet article vise à décrire et analyser cette transformation de l'assurance sociale. Nous ne traiterons pas de l'histoire politique de Medicare qui nécessiterait une analyse à part entière, car les différentes administrations démocrates et républicaines ont modifié cette institution au fil du temps, en réponse à des pressions diverses et complexes émanant de toutes parts.

Le développement de Medicare est décrit dans une première partie en regard des autres formes d'assurance santé aux États-Unis, notamment les contrats de groupe liés à l'emploi et Medicaid, un dispositif d'assistance accordé à certaines personnes démunies. Nous montrons que Medicare est loin de rembourser tous les frais médicaux des bénéficiaires, car il exige des franchises et des copaiements. Nous analysons enfin la couverture qu'offre Medicare, selon que son bénéficiaire a souscrit ou non une assurance complémentaire. Plusieurs exemples illustrent cette analyse.

Medicare Advantage est analysé dans la seconde partie. L'engouement pour le *managed care* et en particulier pour les HMO chez les salariés a été marqué dans les années 1970 et 1980. Dans ce contexte, Medicare Advantage a été conçu pour donner l'accès au *managed care* aux bénéficiaires de Medicare. Nous examinons le financement de Medicare Advantage, en particulier le calcul du montant versé par Medicare aux assureurs privés. Nous terminons avec une analyse critique de la couverture offerte par Medicare Advantage, illustrée encore par plusieurs exemples. Dans cette analyse, nous nous interrogeons sur l'impact de cette délégation de l'assurance publique à des acteurs privés sur les mécanismes de solidarité à l'œuvre dans Medicare.

I. Création et positionnement de Medicare

Dans le paysage politique des États-Unis, Medicare, l'assurance santé publique des personnes âgées, jouit d'une popularité extraordinaire. Elle est apparue dans un paysage dominé par des contrats souscrits par des employeurs pour des groupes de salariés et leurs familles. On peut associer ce modèle d'assurance de groupe hérité du paternalisme patronal à un concept d'« entreprise-providence », en référence à l'État-providence. Cette prise en charge des salariés par leurs employeurs concerne aussi bien les administrations du secteur public que les entreprises du secteur privé. Aux États-Unis, l'entreprise-providence fournit aux salariés non seulement l'assurance santé, mais aussi une partie de leurs revenus de retraite.

Jusqu'à la réforme de l'assurance santé votée en 2010 sous la présidence de Barack Obama, l'Affordable Care Act (ACA), les employeurs n'étaient pas obligés d'assurer leurs salariés. Cependant, la plupart des administrations publiques et des grandes entreprises accordaient une couverture à leurs salariés, tout au moins à ceux qui travaillaient à temps plein. Par

ailleurs, les syndicats exigeaient généralement une couverture pour les salariés qu'ils représentaient. Les travailleurs indépendants, ainsi que les autres non-salariés, pouvaient souscrire un contrat individuel, mais les assureurs pouvaient refuser les personnes souffrant d'un problème de santé ou fixer pour eux une prime d'un montant rédhitoire. Après la deuxième guerre mondiale, les assurances de groupe de salariés se sont étendues au point de couvrir un peu plus de la moitié de la population en dessous de 65 ans. Ce système comportait une lacune majeure : il ne couvrait pas les retraités. Medicare est venu colmater cette brèche.

1.1. Medicare et Medicaid : des assurances publiques qui complètent les assurances privées

Le texte de loi qui a instauré une assurance santé pour les personnes âgées en 1965 a pris la forme d'amendements au Social Security Act, qui avait créé une assurance retraite nationale en 1935 sous Roosevelt (encadré 1.) La même législation de 1965 a créé un second système d'assurance santé public appelé Medicaid. Celui-ci est accordé sous condition de ressources à certaines catégories de personnes démunies : les familles avec enfant, les personnes handicapées et les personnes âgées de 65 ans ou plus. Prises ensemble, les deux institutions publiques – Medicare et Medicaid – ont été délimitées pour maintenir le périmètre du système d'assurance santé liée à l'emploi, bien en place en 1965.

Avant la création de Medicare, certains employeurs finançaient une assurance santé pour leurs anciens salariés, mais un tel système ne pouvait pas être pérennisé, ni généralisé à l'ensemble des retraités. En effet, la démographie d'un groupe restreint – tel les salariés d'une entreprise ou même d'une branche – est bien plus imprévisible et fluctuante que la population d'un pays entier. Avant 1965, des employeurs, des assureurs et des *leaders* politiques ont tenté de créer des assurances santé viables pour les personnes âgées, souscrites volontairement par les intéressés ou leurs employeurs. Mais la plupart des personnes âgées elles-mêmes n'ont pas pu financer une assurance santé dans une période de la vie où les besoins en soins sont plus importants et les revenus souvent moindres que pour les plus jeunes. Les tentatives ont inévitablement échoué car des compagnies privées ne pouvaient rendre cette activité lucrative (Chapin, 2015 ; Hacker, 2002). Il fallait que la population plus jeune participe au financement d'une assurance santé pour les retraités.

Des assurances publiques pour les personnes âgées et aussi pour les personnes à bas revenus ont permis de rendre socialement acceptable le système d'assurances liées à l'emploi. Afin d'aider les enfants et les parents de familles pauvres, Medicaid a pris le relais de dispositifs locaux d'assistance gérés par les États et les collectivités locales. Pour les personnes

âgées, Medicare et Medicaid sont coordonnés depuis leur instauration. Les assurés de Medicare qui ont peu de ressources bénéficient à la fois de Medicare et Medicaid ; dans ce cas, le second complète la couverture fournie par le premier pour couvrir les copaiements qui peuvent être importants avec Medicare.

Depuis 1973, Medicare couvre aussi les personnes âgées de moins de 65 ans qui touchent une pension d'invalidité de la Social Security. C'est le seul groupe pour lequel l'âge d'éligibilité à Medicare a été abaissé. Par ailleurs, l'ACA a étendu Medicaid aux personnes pauvres âgées de moins de 65 ans sans enfant à charge. Au départ, cette extension du droit devait s'appliquer à travers tout le pays, mais les États ont été autorisés à ne pas la respecter, option qu'ont choisie certains d'entre eux. Ainsi, dans certains États, les individus pauvres sans enfant n'ont pas accès à une assurance santé.

Le tableau 1 montre la répartition des dépenses nationales de santé en 2019 par source de financement. Medicare et Medicaid sont responsables d'une part importante de l'ensemble. Sur les 3 800 milliards de dollars (3 150 milliards d'euros) de dépenses en 2019 (CMS, 2019a), 10,7 % correspondent aux dépenses directes des ménages, 31,5 % relèvent d'assurances privées, aussi bien celles souscrites individuellement que celles liées à l'emploi, et 37,3 % relèvent de Medicare et Medicaid : 21,1 % pour Medicare et 16,2 % pour Medicaid. Les dépenses de ces deux dispositifs publics dépassent celles de l'ensemble des assurances privées.

Tableau 1. Dépenses nationales de santé par source de financement en 2019

Source de financement	En % de la dépense
Paiement direct des ménages	10,7
Assurances privées, individuelles ou de salariés	31,5
Medicare	21,1
Medicaid	16,2
Autres assurances, dont militaires et anciens combattants	3,8
Divers programmes, notamment de santé publique	11,4
Investissements	5,3
Total	100,0

Source : CMS (nd), National Health Expenditures Accounts, Historical Data, Tableau 03, « National Health Expenditures, by Source of Funds », <https://bit.ly/31cF3Yy>.

Encadré 1

Chronologie des principales lois touchant Medicare

La première année citée pour chaque loi est celle de son adoption. Parfois l'année d'entrée en vigueur des mesures est précisée.

1935 : Social Security Act :

- instaure le régime national de retraite, couvrant l'ensemble des salariés du secteur privé et des travailleurs indépendants ;
- instaure un système d'assistance pour les personnes âgées démunies ;
- instaure des systèmes d'assurance chômage au niveau de chaque État.

1956 : Amendements au Social Security Act – Ajoutent une assurance invalidité à l'assurance retraite nationale.

1965 : Amendements au Social Security Act – Instaurent Medicare pour la population âgée de 65 ans ou plus et Medicaid pour certaines personnes à revenu faible.

1972 : Amendements au Social Security Act – Étendent Medicare aux invalides.

1973 : HMO Act – Encourage la création et l'extension de HMO, surtout pour les groupes de salariés.

1982 : Tax Equity and Fiscal Responsibility Act (TEFRA) – Autorise des contrats avec des HMO pour fournir les prestations de Medicare (appelé Medicare Part C). Mesure entrée en vigueur en 1985.

1988 : Medicare Catastrophic Coverage Act, abrogé en 1989 :

- instaurait un plafond sur les restes à charge de Medicare ;
- instaurait une couverture de médicaments prescrits en ville ;
- prévoyait un financement des augmentations des prestations de Medicare par les affiliés, sans contribution supplémentaire de la population plus jeune.

1990 : Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA), entré en vigueur en 1992 – Réglemente les assurances Medigap, complémentaires à Medicare.

1997 : Balanced Budget Act – Instaure une compensation des risques selon la santé individuelle pour Medicare Advantage, mesure appliquée progressivement entre 2000 et 2004.

2003 : Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act (MMA) :

- adopte le nom « Medicare Advantage » ;
- instaure Part D de Medicare, une couverture optionnelle de médicaments prescrits en ville, effective en 2006 ;



- limite les périodes pendant lesquelles les assurés peuvent changer d'assureur entre Medicare et Medicare Advantage ou entre contrats Medicare Advantage ; limites appliquées en 2006 ;
- augmente la prime pour Medicare pour les bénéficiaires selon le montant de leur revenu imposable, mesure appliquée en 2007.

2010 : Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) – application de la plupart des mesures entre 2010 et 2014 :

- réglementations nouvelles pour Medicare Advantage et pour les assurances de groupe de salariés ;
- instaure des marchés régulés pour l'achat d'assurance pour les individus et pour les petits groupes de salariés ;
- étend Medicaid aux personnes à bas revenus âgés de moins de 65 ans sans enfant à charge.

Le tableau 2 montre la couverture de la population des États-Unis par type d'assurance en 2019. L'assurance privée – de groupe ou individuelle – sans autre couverture, concerne 55,5 % de la population. Medicaid et Medicare ensemble couvrent 33,9 % de la population, 3,4 % étant couverts par les deux en même temps. Au total, Medicaid couvre 19,8 % et Medicare 17,5 %. Notons que 9,2 % de la population n'a aucune assurance santé.

Tableau 2. Assurance santé de la population des États-Unis par type d'assurance en 2019

Type d'assurance	En % de la population
Assurance pour militaires et anciens combattants	1,4
Assurance privée de groupes de salariés	49,6
Assurance privée individuelle	5,9
Medicaid sans Medicare	16,4
Medicaid + Medicare	3,4
Medicare sans Medicaid	14,1
Sans assurance	9,2
Total	100,0

Source : KFF (nd) ; « Health Insurance Coverage of the Total Population, Multiple Sources of Coverage », <https://bit.ly/3cjPEHP>.

1.2. Le financement de Medicare

Medicare est un dispositif fédéral d'envergure nationale, tout comme le régime de retraite de la Social Security. Le financement de Medicare provient en partie de cotisations prélevées sur les revenus du travail : les salaires et les revenus des travailleurs indépendants. La couverture de Medicare est liée à l'activité professionnelle. Les personnes qui ont cotisé pendant au moins 40 trimestres – soit l'équivalent de 10 années – en bénéficient pleinement². En raison de ses liens avec le salariat, Medicare peut être considéré comme une assurance sociale, même s'il est réservé à un groupe d'âge. À notre connaissance, les États-Unis sont le seul pays à avoir une assurance sociale santé spécifique aux retraités. Comme nous l'avons dit, la raison principale de cette délimitation est la volonté de préserver les assurances privées de groupe pour les salariés. Ceci a pour conséquence des aberrations comme la possibilité que certains travailleurs cotisent pour la couverture des retraités sans avoir d'assurance santé eux-mêmes.

À ses débuts, Medicare comprenait deux volets distincts avec des financements séparés : une pour l'hospitalisation (appelée « Part A ») et une pour les soins ambulatoires (appelée « Part B »). Les dépenses de chacune des deux parties sont actuellement d'un montant proche : en 2018, 306,6 milliards de dollars (253,7 milliards d'euros) pour l'hospitalisation et 353,7 milliards de dollars (292,7 milliards d'euros) pour les soins ambulatoires (Cubanski *et al.*, 2019).

L'assurance hospitalisation est financée par les cotisations. En 2020, le taux global des cotisations sociales est de 15,3 % du salaire : 12,4 % pour la Social Security (retraite et invalidité) et 2,9 % pour Medicare. Les cotisations sont payées pour moitié par les salariés et pour moitié par les employeurs. Les travailleurs indépendants paient l'équivalent de la part patronale et la part salariale sur leurs revenus. Pour la retraite et l'invalidité, le salaire sujet à cotisation a toujours été plafonné (avec un plafond de 137 700 dollars, soit 113 935 euros par an en 2020). En contraste, depuis 1994, les cotisations pour Medicare ne sont plus plafonnées. En outre, depuis 2013, les personnes dont les revenus du travail déclarés dépassent un plafond sont sujettes à une cotisation supplémentaire de 0,9 %³.

En théorie, la souscription de l'assurance ambulatoire est facultative, mais la quasi-totalité des bénéficiaires de l'assurance hospitalisation la prennent. Ce volet de Medicare est financé aux trois quarts par le budget de l'État fédéral, le quart restant étant payé par les bénéficiaires sous la

2. Les personnes âgées de 65 ans ou plus qui ont cotisé pendant moins de 40 trimestres peuvent bénéficier de Medicare moyennant le paiement d'une prime augmentée.

3. Le plafond est de 200 000 dollars par an (165 480 euros) pour une personne seule : Social Security Administration (SSA), « Annual Statistical Supplement, 2019, Social Security Bulletin », November 2019, table 2.A3, <https://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/supplement/2019/index.html>.

forme d'une prime, que les adhérents doivent consentir à payer. En 2020, la prime est de 144,60 dollars (119,65 euros) par mois. Depuis 2007, elle est majorée pour les bénéficiaires dont les revenus dépassent un plafond (87 000 dollars, soit 71 989 euros de revenus annuels en 2020) ; en 2020, 7 % des assurés étaient concernés par cette majoration (CMS, 2019b).

Au total, en 2018, 43 % des revenus de Medicare viennent du budget de l'État, 36 % de cotisations sociales et 15 % de primes payées par les bénéficiaires⁴ (Cubanski *et al.*, 2019). Nous incluons dans ce total l'assurance hospitalisation, l'assurance des soins en ville et la couverture de médicaments prescrits en ville instaurée en 2006.

Dès les premières années de son fonctionnement, certains ont prédit la disparition de Medicare du fait de la croissance rapide de ses dépenses. Son budget a toujours augmenté plus vite que le PIB et en conséquence son poids dans le PIB a crû continuellement, une évolution qui n'est pas spécifique à Medicare mais qui est observée dans les systèmes de santé de tous les pays. Il y a eu diverses tentatives de limiter cette croissance. Par exemple, dans les années 1980, Medicare a été pionnier dans l'invention et l'application d'une tarification par pathologie basée sur des groupes homogènes de malades pour rémunérer les hôpitaux, système qui a inspiré la tarification T2A (tarification à l'activité) appliquée en France depuis les années 2000. En outre, Medicare applique des barèmes de prix pour les actes médicaux, barèmes qui déterminent les paiements versés aux fournisseurs de soins : médecins en ville, laboratoires, kinésithérapeutes, ambulances, etc. Ils varient selon la région, suivant les tarifs demandés par les professionnels soignants. Les prix utilisés dans les barèmes de Medicare sont inférieurs aux paiements pratiqués par les assureurs privés. Ces barèmes ne s'appliquent pas aux médicaments prescrits en ville qui, pendant longtemps, n'étaient pas remboursés.

1.3. Les lacunes de la couverture de Medicare et la nécessité d'une assurance complémentaire

Medicare n'a jamais couvert complètement les frais médicaux de ses bénéficiaires (tableau 3). Comme le régime général de la Sécurité sociale française, il ne rembourse qu'une partie du coût des soins, avec le but explicite de limiter ses dépenses. Des franchises font que les assurés doivent payer la totalité de leurs soins avant d'atteindre leurs montants. Au-delà, la couverture est partielle : Medicare ne rembourse qu'une partie du coût des différents services. Sans assurance complémentaire, l'assuré doit payer de sa poche, soit un pourcentage du prix – équivalent du « ticket modérateur » en France –, soit un forfait par service. En outre, jusqu'à 2006, alors que

4. Ces revenus sont complétés par trois autres sources : des intérêts sur les réserves des caisses, un impôt sur les pensions du régime national de retraite et une participation des États au financement de la couverture de médicaments prescrits en ambulatoire pour les bénéficiaires de Medicaid couverts par Medicare.

les médicaments donnés à l'hôpital étaient pris en charge, ceux prescrits en ville n'étaient pas remboursés. Ajoutons que Medicare ne prend pas en charge les soins dentaires, les lunettes, les prothèses auditives.

Tableau 3. Les frais non pris en charge par Medicare en 2020

Type de soins	Frais à la charge du patient
Franchise pour soins en ville	198 dollars par an
Hospitalisation , premiers 90 jours	Jours 1 à 60 : franchise de 1408 dollars Jours 61 à 90 : forfait par jour : 352 dollars
Médicaments prescrits en ville	Pas couverts
Exemples de copaiements	
■ Consultation à l'hôpital en ambulatoire	20 % du coût
■ Consultation de généraliste	20 % du coût
■ Consultation de spécialiste	20 % du coût
■ Tests diagnostiques, tests de laboratoire, examens divers	20 % du coût

Hospitalisation : Pour un séjour à l'hôpital, un assuré couvert par Medicare sans complémentaire doit payer les 1408 premiers dollars de frais. Au-delà de cette franchise, Medicare finance le séjour pendant 60 jours. Si un séjour à l'hôpital se prolonge au-delà de 60 jours, le patient doit payer un forfait journalier de 352 dollars.

Copaiements : Pour la médecine ambulatoire, Medicare exige généralement un copaiement sous forme d'un ticket modérateur de 20 % du prix de l'acte.

Sources : Site Medicare, rubrique « Medicare plan finder », <https://www.medicare.gov/plan-compare/#/?lang=fr&year=2021>, et CMS (2019b).

La participation financière des assurés de Medicare à leurs frais médicaux n'est pas plafonnée. Notons que l'assurance santé en France, aussi bien la Sécurité sociale que les complémentaires, ne limitent pas non plus les restes à charge, ce qui fait que certains assurés supportent des dépenses médicales très élevées (Dormont *et al.*, 2014). L'encadré 2 donne des informations supplémentaires sur les plafonds applicables aux restes à charge dans les assurances santé aux États-Unis.

Les lacunes de Medicare ont conduit à la mise en place d'assurances complémentaires. Celles-ci ressemblent par certains aspects aux assurances complémentaires à la Sécurité sociale en France. Comme nous le verrons, les personnes couvertes par Medicare Advantage disposent des garanties de Medicare et de garanties complémentaires, donc elles n'ont pas besoin d'une assurance complémentaire. Parmi les assurés de Medicare sans Medicare Advantage, une minorité – environ 19 % en 2016 – n'ont pas de couverture complémentaire (KFF, 2019). Une assurance complémentaire peut être obtenue de plusieurs façons : par une police achetée individuellement, appelée couramment Medigap (29 % des bénéficiaires de Medicare) ; par un contrat collectif qui fournit une

Encadré 2

Les plafonds sur les restes à charge aux États-Unis

Contrairement à Medicare, certaines assurances santé aux États-Unis fixent un plafond annuel pour les frais médicaux à la charge des patients. Les sommes prises en compte pour calculer les frais supportés directement par le patient comprennent les franchises et les copaiements (forfaits, tickets modérateurs). Une fois le plafond atteint, les frais supplémentaires sont pris en charge entièrement par l'assurance.

Aujourd'hui, en 2019, la quasi-totalité – 99 % – des salariés couverts par un contrat de groupe sont protégés par un plafond. Le pourcentage était déjà de 81 % en 2010, à la veille du vote de l'ACA (KFF/HRET, 2019).

La loi ACA impose un plafond pour les contrats souscrits par les individus et les groupes de salariés (à condition toutefois que ces contrats aient été conclus après le vote de la loi). En 2020, le plafond annuel maximum est de 8 150 dollars (6 758 euros).

L'ACA a également établi un plafond pour les contrats Medicare Advantage. En 2020, il est de 6 700 dollars (5 555 euros) par an pour un HMO. Ce plafond s'applique aux soins délivrés par des professionnels de santé du réseau. Si un patient recourt à des soins en dehors du réseau, l'assureur ne couvre pas les frais encourus et ils ne sont pas comptés dans les restes à charge valant pour le plafond. L'ACA définit un second plafond plus élevé de 10 000 dollars (8 292 euros) par an pour des soins fournis à la fois par un réseau et en dehors d'un réseau dans le cadre d'un Preferred Provider Organization (PPO, voir *infra* ; Freed *et al.*, 2021).

Le projet d'instaurer une protection des assurés de Medicare avec un plafond sur les restes à charge était contenu dans le Medicare Catastrophic Coverage Act, loi votée en 1988 dont l'essentiel des dispositions a été abrogé l'année suivante. Le terme « *catastrophic* » fait référence à l'idée que plafonner les restes à charge protège les ménages de dépenses catastrophiques. Cette loi prévoyait d'autres améliorations de Medicare, notamment une couverture des médicaments prescrits en ville. Les garanties nouvelles devaient être financées entièrement par les affiliés de Medicare. Leurs primes devaient augmenter et ils devaient payer un supplément d'impôt sur leurs revenus, sans que la population plus jeune ne voie augmenter ses cotisations ou ses impôts. Ce financement centré exclusivement sur les personnes âgées a été très controversé et a sans doute largement contribué à l'abrogation rapide de cette loi (Day, 1993).

assurance complémentaire à un groupe d'anciens salariés d'une entreprise ou d'une branche, financé en tout ou en partie par l'ex-employeur (30 % des bénéficiaires de Medicare) ; enfin, Medicaid prend en charge les frais non couverts par Medicare pour les bénéficiaires à bas revenus (22 % des bénéficiaires de Medicare), ce qui correspond à une assurance complémentaire gratuite pour les bas revenus, comme la CMU-C en France (devenue la complémentaire santé solidaire en 2019).

Les assurances complémentaires Medigap, vendues directement aux individus, font l'objet d'une réglementation assez contraignante avec l'application en 1992 de l'Omnibus Budget Reconciliation Act. Celle-ci a été mise en place en réaction à des abus allant d'un manque de transparence sur les garanties qui empêchait les acheteurs potentiels de comparer les contrats à la vente de polices à des personnes déjà assurées (Atherly, 2014). Plusieurs éléments de cette réglementation sont intéressants à examiner car c'était la première fois que le législateur fédéral réglementait la concurrence entre assureurs de la santé. Les pouvoirs publics ont ainsi acquis une première expérience qui fut utile pour la préparation de l'ACA et la réglementation des assurances Medicare Advantage.

La réglementation de Medigap, c'est-à-dire des assurances complémentaires à Medicare, interdit la vente de couvertures doubles, impose une information pour guider les achats et limite les commissions des courtiers. Pour les nouveaux bénéficiaires de Medicare, elle fixe une période de six mois pendant laquelle les assureurs sont tenus d'accepter chaque client au même prix quel que soit son état de santé. La loi oblige les assureurs à se conformer aux contrats standards. Les assureurs affichent un prix pour un contrat standard donné, donc avec un contenu entièrement prédéfini, ce qui permet à l'acheteur de comparer facilement leurs tarifs ⁵. D'une manière générale, une standardisation des contrats est essentielle pour éviter que les assureurs ne définissent les garanties de façon à cibler des publics particuliers, ce qui conduit à une segmentation des risques, contraire à la mutualisation. Notons qu'en France il n'existe pas de contrats standards pour les complémentaires santé.

Les contrats complémentaires sont tous tenus de couvrir certains paiements : les forfaits journaliers pour l'hospitalisation entre 61 et 150 jours, une partie des frais pour 365 jours d'hospitalisation au-delà de 150 jours, les paiements de 20 % pour les consultations en ambulatoire, les trois premières poches de sang en transfusion dans l'année, etc. (Atherly, 2014). Au-delà de ces garanties minimales imposées dans le contrat de base, les contrats standard intègrent des garanties additionnelles. Par exemple, certains couvrent les frais médicaux pendant un voyage à l'étranger. Ou encore, d'autres prennent en charge des dépassements d'honoraires pour des soins ambulatoires. Certains plafonnent les restes à charge annuels.

Jusqu'à récemment, la plupart des contrats vendus couvraient les franchises requises par Medicare : en 2020, 1 408 dollars (1 168 euros) pour un séjour à l'hôpital et 198 dollars (164 euros) par an pour les soins

5. La réglementation définit une dizaine de contrats standards. Leur contenu est décrit sur le site national de Medicare (Medicare.gov) sous la rubrique « Medicare plan finder » : <https://www.medicare.gov/plan-compare/#/?lang=fr&year=2021>. Pour une zone géographique donnée, correspondant à un code postal, le site montre les compagnies qui proposent chaque contrat standard.

ambulatoires. La prise en charge de la franchise pour les soins ambulatoires est interdite pour les nouveaux assurés depuis 2020. Le législateur a introduit cette mesure pour que les assurés paient des frais avant de commencer à bénéficier des remboursements de Medicare, afin d'éviter un recours excessif aux soins.

La réglementation des contrats Medigap va plus loin qu'une intervention sur le contenu des contrats et les conditions de la concurrence : elle instaure une limite aux marges des assureurs, une innovation qui a été appliquée par la suite dans le cadre de l'ACA. En pratique, la loi oblige les assureurs qui gèrent des contrats Medigap à déclarer annuellement leur « taux de sinistralité », c'est-à-dire le ratio des remboursements de frais médicaux versés aux clients (plus les frais de gestion) rapporté aux primes encaissées. Les assureurs français parlent du ratio sinistres/primés. Dans le domaine de l'assurance santé, les Américains appellent cet indicateur le « Medical Loss Ratio ». La loi limite ce ratio à un plancher de 65 % pour Medigap. Si le ratio est inférieur à ce pourcentage, l'assureur doit rembourser la différence à ses clients. Cette disposition dépasse une régulation de la concurrence, qui laisserait le marché fixer les prix (et les marges) par le jeu de l'offre et la demande.

Pendant les décennies suivant l'instauration de Medicare, les assureurs complémentaires remboursaient souvent les médicaments prescrits en ville, qui n'étaient pas couverts par Medicare. Depuis 2006, Medicare propose une couverture de médicaments en ville selon une formule inédite⁶. Contrairement aux autres garanties de Medicare, celle-ci est portée exclusivement par des assureurs privés qui vendent cette couverture aux bénéficiaires de Medicare. Ces assureurs négocient les prix des médicaments directement avec les compagnies pharmaceutiques, sans intervention des pouvoirs publics. Le remboursement des médicaments prescrits en ville est financé pour environ trois quarts par le budget fédéral et un quart par des primes payées par les bénéficiaires. Les Américains appellent cette garantie « Medicare Part D », nom que nous utilisons par commodité dans les tableaux. Les bénéficiaires de Medicare qui souhaitent souscrire cette garantie choisissent un contrat avec une compagnie d'assurance privée et paient une prime additionnelle pour cette couverture. Notons qu'à partir de la création de « Part D », les complémentaires Medigap ont été dessaisies de la couverture des médicaments. La prime mensuelle moyenne pour les contrats couvrant les médicaments prescrits en ville est estimée à 42 dollars (35 euros) en 2020 (Cubanski, Damico, 2019).

6. La loi qui a établi la couverture de médicaments prescrits en ville – le Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act – a été votée en 2003 sous la présidence de George W. Bush.

Les bénéficiaires de Medicare qui sont couverts en même temps par Medicaid bénéficient gratuitement d'un remboursement de médicaments prescrits en ville sans démarche particulière. Les autres bénéficiaires de Medicare peuvent souscrire cette garantie *via* un contrat spécifique, séparé des autres éléments de Medicare. La couverture de médicaments en ville peut aussi figurer dans les garanties d'une assurance de groupe de salariés retraités. Mais surtout, la couverture de médicaments en ville peut être comprise dans un contrat Medicare Advantage. Dans la deuxième partie de cet article, nous décrirons l'histoire et le fonctionnement de cette mutation de l'assurance sociale.

1.4. La couverture offerte par Medicare

Pour illustrer la protection que donne Medicare, nous utilisons des informations publiées par l'administration fédérale pour aider les bénéficiaires à choisir leur couverture⁷. Ils peuvent consulter un site internet national (Medicare.gov) où figurent des informations sur la couverture de Medicare, sur les différents contrats complémentaires et les différents contrats couvrant les médicaments prescrits hors de l'hôpital. Pour chaque contrat, le site décrit les caractéristiques de la couverture : les garanties, les paiements dus par l'assuré (primes, franchises, copaiements et le plafond des restes à charge s'il y en a un).

Les informations sont spécifiques à une région donnée, puisque les compagnies d'assurance ne sont pas présentes dans tout le pays et les contrats varient selon la zone géographique. Les informations présentées ici à titre d'exemple concernent la zone correspondant au code postal 94610, situé dans la ville d'Oakland, dans le comté d'Alameda en Californie. Cette région a une population dense et un grand choix d'assureurs. Elle est également la région d'origine de Kaiser, la plus grande HMO du pays et une des plus anciennes. Le site a été consulté en septembre 2020 et les informations relevées concernent l'année 2020. Cet exemple permet de comprendre la logique des contrats mais il est important de noter que l'offre d'assurance peut être très différente dans d'autres comtés ou États.

Pour décrire la couverture de Medicare avec et sans complémentaire, nous avons choisi le contrat Medigap avec la prime la plus faible dans la localité sélectionnée. La prime pour ce contrat est de 20,83 dollars (17,27 euros) par mois. Rappelons que les assurés de Medicare paient une prime de 144,60 dollars (119,89 euros) par mois en 2020. La prime totale pour

7. L'administration en charge de Medicare est le CMS ou Centers for Medicare and Medicaid Services. Avant 1977, Medicare était sous l'égide de la Social Security Administration, qui est responsable du régime de retraite national, tandis que Medicaid relevait d'une administration séparée. En 1977, Medicare et Medicaid ont été regroupés sous la responsabilité d'un seul organisme, la Health Care Financing Administration, devenue le CMS en 2001.

Medicare avec le contrat Medigap le moins cher est donc de 165,43 dollars (137,16 euros) par mois.

Tableau 4. Medicare avec ou sans Medigap : les frais médicaux non pris en charge en 2020

	Medicare seul	Medicare + Medigap avec prime faible
Prime annuelle	1 735 dollars	1 985 dollars
Franchise pour soins en ville	198 dollars par an	198 dollars
Hospitalisation 90 premiers jours	Jours 1 à 60 : franchise de 1 408 dollars Jours 61 à 90 : forfait par jour 352 dollars	Jours 1 à 90 : Zéro
Medicaments prescrits en ville	Pas couverts	Pas couverts
Exemples de copaiements		
■ Consultation à l'hôpital en ambulatoire	20 % du coût	Zéro
■ Consultation de généraliste	20 % du coût	Zéro
■ Consultation de spécialiste	20 % du coût	Zéro
■ Tests diagnostiques et de laboratoire, examens divers	20 % du coût	Zéro

Hospitalisation : Pour un séjour à l'hôpital, un assuré couvert par Medicare sans complémentaire doit payer les 1 408 premiers dollars de frais. Au-delà de cette franchise, Medicare finance le séjour pendant 60 jours. Si le séjour se prolonge, le patient doit payer un forfait journalier de 352 dollars. Avec une assurance Medigap, 90 jours d'hospitalisation sont pris entièrement en charge.

Copaiements : Pour la médecine ambulatoire, Medicare exige généralement un copaiement sous forme d'un ticket modérateur de 20 % du prix de l'acte. Les assurances complémentaires Medigap prennent en charge ces copaiements.

Sources : Site Medicare, rubriques « Medicare OOP estimator » et « Medicare plan finder » pour le code postal 94610, situé à Oakland en Californie, consulté le 01/09/2020.

Pour aider les individus à la décision, l'administration de Medicare indique, pour chaque contrat, une évaluation des dépenses annuelles totales que les assurés peuvent s'attendre à payer de leur poche. Cette espérance, au sens mathématique du terme, est calculée sur la base des dépenses de soins observées dans un échantillon d'assurés (CMS, 2017). Pour l'année 2020, les estimations sont présentées sur le site internet selon l'état de santé déclaré par les assurés dans l'échantillon, regroupés en trois catégories : ceux qui s'estiment en « bonne » santé, en « excellente » santé et en « mauvaise » santé ⁸.

8. Les assurés sont invités à se classer dans cinq catégories : *poor, fair, good, very good, excellent*.

Les chiffres publiés sur le site additionnent le montant des primes et l'estimation des dépenses liées aux franchises et copaiements. Une prime faible, par exemple, va de pair avec une couverture faible et donc des montants à verser par l'assuré de sa poche – c'est-à-dire des restes à charge – élevés. À l'inverse, une prime élevée est associée à une couverture généreuse et des restes à charge faibles. Ainsi, un seul chiffre additionnant primes et restes à charge donne une idée juste du montant qu'un individu peut s'attendre à dépenser en un an pour sa santé ⁹. Sur le site internet, l'administration mentionne également le montant de l'estimation des restes à charge hors prime.

Il y a bien sûr une différence importante entre une prime et des frais à payer directement : une prime doit être payée régulièrement de façon certaine, quels que soient les soins utilisés, tandis que la participation financière d'un assuré dépend de ses problèmes de santé. Le choix d'un contrat d'assurance santé sur la base d'un menu de contrats constitue une sorte de pari sur l'importance de ses frais médicaux. Un individu qui pense qu'il sera en bonne santé pendant la période du contrat a intérêt à payer une prime faible. Quelqu'un qui pense être en mauvaise santé a intérêt à payer une prime forte pour avoir des copaiements faibles. Ainsi, le choix entre différents contrats d'assurance santé dépend dans une large mesure de l'évaluation que font les individus de leur état de santé.

Le tableau 5 ne présente pas le détail des règles pour les paiements mais résume la totalité des dépenses à la charge de l'individu : primes et participation aux frais. Sont présentées les primes et les estimations de dépenses pour trois types de couverture : Medicare seul ; Medicare avec une complémentaire Medigap ; Medicare avec une complémentaire Medigap et une couverture de médicaments prescrits en ville (Part D). Les contrats sélectionnés pour Medigap et les médicaments sont ceux dont les primes sont les plus faibles dans la localité. Ainsi, comme ci-dessus, la prime pour le contrat Medigap est de 20,83 dollars par mois. Celle pour les médicaments (Part D) est de 13,20 dollars (11,07 euros) par mois. Rappelons que la prime pour Medicare seul est de 144,60 dollars par mois. Un assuré de Medicare vivant dans la localité en question qui souscrit l'assurance complémentaire la moins chère et le contrat pour les médicaments le moins cher doit payer un total de 178,63 dollars, soit 149,88 euros par mois (144,60 + 20,83 + 13,20).

9. En France, les administrations définissent les restes à charge sans tenir compte des primes payées par les assurés pour les complémentaires, primes qui diffèrent selon l'assureur, le contrat choisi et l'âge de l'assuré.

**Tableau 5. Primes et estimation des restes à charge :
Medicare, Medicare + Medigap, Medicare + Medigap + Part D en 2020**

En dollars

	Medicare seul	Medicare + Medigap, prime minimum*	Medicare + Medigap + Part D, primes minima*
Prime totale annuelle	1 735	1 985	2 139
Estimation des restes à charge, y compris primes			
■ Mauvaise santé	14 071	13 493***	6 567**
■ Excellente santé	4 567	4 625	3 963
Estimation des restes à charge, hors primes			
■ Mauvaise santé	12 336	11 508	4 428
■ Excellente santé	2 832	2 640	1 824

* Les contrats Medigap et Part D (couverture de médicaments prescrits en ville) figurant dans le tableau sont ceux avec les primes les plus faibles parmi ceux proposés dans cette localité.

** Les personnes qui s'estiment en mauvaise santé qui sont couverts par Medicare et les contrats Medigap et Part D peuvent s'attendre à dépenser en moyenne 6 567 dollars (5 509 euros) pour leur santé en 2020 : 2 139 dollars (1 794 euros) en primes et 4 428 dollars (3 714 euros) en restes à charge, c'est-à-dire pour la part non remboursée des soins.

*** Les personnes qui s'estiment en mauvaise santé ayant le contrat Medigap sans couverture Part D peuvent s'attendre à dépenser 13 493 dollars (11 318 euros) pour leur santé en 2020 : 1 985 dollars (1 645 euros) en primes et 11 508 dollars (9 653 euros) en restes à charge.

Sources : site internet Medicare.gov : « Medicare OOP estimator » & « Medicare plan finder » pour le code postal 94610 à Oakland en Californie, consulté le 01/09/2020.

La première ligne du tableau 5 montre le total des primes annuelles pour les différentes couvertures. L'estimation des restes à charge publiée par Medicare sur son site additionne les primes et les frais que paieraient directement les assurés, selon leur estimation de leur état de santé. Pour les assurés couverts seulement par Medicare, ceux qui s'estiment en mauvaise santé devraient payer en moyenne 14 071 dollars (11 590 euros) par an, dont 1 735 dollars (1 429 euros) pour la prime Medicare. Ceux qui s'estiment en excellente santé peuvent s'attendre à payer au total 4 567 dollars, soit 3 762 euros, par an.

Un contrat complémentaire ne change pas beaucoup la donne. Pour les assurés qui s'estiment en mauvaise santé, l'estimation du coût total des soins – restes à charge + primes – diminue un peu, passant de 14 071 à 13 493 dollars, soit une baisse de 578 dollars ou 4 %. Pour ceux qui s'estiment en excellente santé, le contrat complémentaire augmente légèrement le coût total des soins, le faisant passer de 4 567 à 4 625 dollars, soit une hausse d'environ 1 %, en raison de la prime totale légèrement plus élevée que pour Medicare seul.

En revanche, la couverture de médicaments prescrits en ville (Part D), même avec une prime relativement faible, diminue fortement les sommes à payer pour les soins, surtout pour les assurés qui s'estiment en mauvaise santé, mais même pour ceux qui s'estiment en excellente santé. Pour les personnes en mauvaise santé, le coût total – primes + restes à charge – passe en 13 493 à 6 567 dollars, soit une réduction de moitié. Pour les personnes en excellente santé, le coût total passe de 4 625 à 3 963 dollars, soit une réduction de 14 %.

Les données du tableau 5 montrent que les restes à charge sont élevés pour les personnes en mauvaise santé, même avec une assurance complémentaire et une garantie couvrant les médicaments. En somme, on peut dire que la solidarité mise en œuvre par Medicare conjointement avec les assurances complémentaires est limitée. Les personnes ayant des problèmes de santé paient beaucoup plus pour leurs soins que ceux qui ont peu de problèmes de santé¹⁰.

II. Medicare Advantage : des assurances privées qui portent l'assurance sociale

Les contrats Medicare Advantage permettent aux bénéficiaires de Medicare d'avoir un seul contrat qui englobe tous les éléments de l'assurance santé : les prestations de Medicare, les prestations complémentaires et la couverture de médicaments. Cette forme d'assurance était destinée au départ à ouvrir aux retraités l'accès aux HMO. Une coordination des soins et la maîtrise de leur coût n'est possible que sous l'égide d'un organisme unique, tel un HMO.

II.1. L'avènement du managed care dans les contrats collectifs de salariés

Les années 1980 ont vu émerger une transformation importante des assurances collectives de salariés. Auparavant, ces assurances remboursaient aux assurés chaque acte médical, système qualifié en anglais de *indemnity insurance* ou *fee-for-service*. Les assurances santé classiques remboursent les soins sur la base de tarifs prédéfinis, alors que ce sont les médecins qui décident des traitements. Cette forme d'assurance va de pair avec une rémunération pour les soignants basée sur le paiement à l'acte. Aux États-Unis, ce système d'assurance et de paiement des soins fait régulièrement l'objet de critiques sur la base de l'idée qu'il encourage les soignants à multiplier

10. La différence du niveau des dépenses selon l'état de santé est sans doute surestimée dans ces exemples car en principe les personnes en moins bonne santé prennent des contrats plus chers et plus couvrants. Notons aussi que les nouvelles grilles publiées par l'administration en 2021 sur le site internet de Medicare ne donnent plus d'estimation des dépenses espérées pour différents états de santé. N'y figurent que les estimations pour les personnes qui se considèrent en bonne santé.

le nombre et l'intensité des actes afin de maximiser leurs revenus. De nouvelles modalités d'organisation de l'assurance et du paiement des soignants ont alors vu le jour avec l'apparition de ce que les Américains appellent le *managed care*. Il s'agit d'une organisation du financement des soins destinée à limiter leur coût en contrôlant leur quantité et leur qualité.

Ce sont les assureurs privés offrant des assurances de groupe pour les salariés qui ont promu le *managed care*. Sa première forme aux États-Unis a été le Health Maintenance Organization (HMO). Comme nous l'avons indiqué dans l'introduction, un HMO intègre à la fois l'assurance et la fourniture de soins. L'organisme met en place un réseau de soignants prêts à recevoir ses clients. Pour ce faire, il conclut avec des hôpitaux, des médecins et d'autres professionnels de santé des contrats qui spécifient le montant et la forme de leur rémunération et les protocoles de soins. Les soignants sont tenus de suivre les protocoles définis par l'organisme assureur. En retour, l'organisme s'engage à envoyer sa clientèle aux soignants membres de son réseau. Parfois même les soignants contrôlent l'organisme assureur. C'est le cas du plus grand HMO des États-Unis, Kaiser Permanente, qui regroupe des médecins à la fois salariés et partenaires de l'organisme.

Un individu assuré auprès d'un HMO se fait soigner par les professionnels de santé du réseau du HMO et son parcours de soins doit respecter certaines règles. Par exemple, il ne peut en général consulter un spécialiste que s'il est envoyé par son médecin généraliste traitant. Ou encore, l'organisme assureur définit des normes qui gouvernent le recours à tel ou tel soin, médicament, examen ou intervention.

Notons que, pour fonctionner, un HMO doit posséder un réseau suffisamment étendu pour fournir l'ensemble des soins dont les assurés ont besoin dans un rayon géographique accessible. Sous cette condition, il est possible pour l'assureur de coordonner les soins et d'en contrôler le coût. Par exemple, une personne ayant besoin d'une prothèse de hanche doit être opérée dans une clinique et, souvent, elle a besoin de séjourner dans un centre de soins de suite. Si ces deux structures relèvent du même réseau, l'organisme assureur peut maîtriser la totalité des coûts occasionnés par l'intervention.

Un contrat d'assurance avec un HMO offre une couverture partielle avec des copaiements. Si l'assuré consulte un médecin qui n'appartient pas au réseau, il doit payer les soins entièrement de sa poche, sans être remboursé. Au fil du temps, le *managed care* est devenu plus souple aux États-Unis avec l'apparition d'organismes assureurs ayant un réseau de soignants mais qui permettent à leurs assurés de consulter en dehors de ce réseau, même si dans ce cas leurs restes à charge seront plus élevés que lorsqu'ils consultent dans le réseau. Cette forme de *managed care*, plus souple qu'un HMO, est appelée un Preferred Provider Organization (PPO).

En se faisant couvrir par un HMO, un assuré accepte les contraintes du réseau, c'est-à-dire qu'il ne consulte que des soignants appartenant au réseau et il respecte les consignes du parcours de soins. Moyennant quoi, normalement, le coût des soins sera inférieur au coût des soins dans le cadre d'une assurance traditionnelle. À couverture identique, la prime demandée par un HMO sera inférieure à celle demandée par un assureur classique. À soins équivalents, la personne assurée par un HMO paie moins de sa poche : les franchises sont inexistantes ou réduites ; les autres restes à charge – tickets modérateurs, forfaits – sont inférieurs à ceux exigés par une assurance classique. En somme, dans le cadre d'un réseau de soins HMO, l'assuré obtient des soins à moindre coût, si on additionne la prime et les restes à charge. De plus, les HMO américains fixent un plafond annuel pour les restes à charge ; au-delà de ce plafond, l'organisme assureur prend en charge à 100 % les frais médicaux de l'assuré.

Au début des années 1980, presque tous les salariés couverts dans le cadre de leur emploi relevaient d'une assurance santé classique qui remboursait les soins reçus sans chercher à jouer sur l'organisation de l'offre de soins. En 1993, moins de la moitié des salariés assurés relevait d'une assurance santé classique et cette proportion n'a cessé de diminuer. En 2008, ils n'étaient plus que 2 % (KFF/HRET, 2008).

L'État fédéral a commencé à promouvoir les HMO avec une loi votée en 1973 (« HMO Act »). Celle-ci a accordé des subventions pour aider à la création et l'extension de HMO. Surtout, elle a exigé que les entreprises qui proposent une assurance santé à leur personnel incluent comme option un HMO, à condition toutefois que l'entreprise emploie au moins 25 personnes et qu'un HMO adéquat existe dans la région. Dans les années 1970 et 1980, de nombreux experts américains voyaient dans les HMO la solution pour limiter les dépenses de santé, y compris celles de Medicare.

II.2. Le managed care appliqué à Medicare : Medicare Advantage

C'est à partir de 1985 que certains bénéficiaires de Medicare se sont vus proposer l'accès à un HMO porté par un assureur privé ¹¹. Depuis cette année-là, ceux qui habitent une région où existe un HMO habilité par l'administration fédérale peuvent choisir de passer par cet assureur privé pour bénéficier de l'assurance sociale offerte par Medicare.

En pratique, ce dispositif d'accès à un HMO, appelé « Medicare Advantage », est organisé de la façon suivante ¹². L'administration fédérale en charge de Medicare négocie des accords avec des assureurs privés.

11. La loi ouvrant cette possibilité a été votée en 1982 (voir encadré 1 sur la législation).

12. L'assurance privée qui se substitue à Medicare est également appelée « Medicare Part C ». Après 1997, l'appellation « Medicare+Choice » était utilisée. Le nom « Medicare Advantage », le plus courant aujourd'hui, a été adopté en 2003.

L'administration verse une somme annuelle – une capitation – aux assureurs pour chaque personne qu'ils prennent en charge. La capitation est calculée en référence aux dépenses de santé moyennes des assurés de Medicare. L'assureur privé s'engage à garantir aux assurés au moins les mêmes prestations que Medicare. En contrepartie, les assurés d'un HMO Medicare Advantage doivent consulter au sein de son réseau de soins, alors que l'assurance sociale Medicare rembourse les soins dispensés par la grande majorité des soignants – hôpitaux, cliniques, médecins indépendants, etc. – à travers tout le pays.

Comme pour les contrats de groupe de salariés, les HMO de Medicare Advantage ont été partiellement remplacés par des PPO. En 2020, 38 % des assurés de Medicare Advantage relevaient d'un PPO, alors que 61 % étaient couverts par un HMO (Freed *et al.*, 2021).

Comparés à l'assurance sociale Medicare, les contrats Medicare Advantage offrent plusieurs avantages. Ils fournissent non seulement la couverture de Medicare mais une couverture complémentaire à l'instar de Medigap. De ce fait, les assurés qui choisissent Medicare Advantage paient moins de leur poche pour leurs soins que les assurés de Medicare. De plus, contrairement à Medicare, les contrats Medicare Advantage définissent un plafond pour la somme totale des restes à charge à payer par un assuré, à condition de se faire soigner dans le réseau. En outre, l'assureur peut offrir des services supplémentaires non pris en charge par Medicare, tels les soins dentaires, des soins d'urgence pendant un séjour à l'étranger, la possibilité de devenir membre d'un club de sports à prix réduit, etc. Enfin, ces assureurs privés qui se substituent à Medicare proposent une couverture de médicaments prescrits en ville.

Comme nous l'avons vu, ces médicaments n'étaient pas pris en charge par Medicare avant 2006. Auparavant, ils pouvaient être couverts par les contrats Medicare Advantage ou par les complémentaires Medigap. Lorsque la couverture de médicaments a été ajoutée à Medicare, les assureurs de Medicare Advantage ont été obligés de proposer cette garantie en option dans au moins un de leurs contrats dans une région donnée (un assureur peut proposer plusieurs contrats). Comme pour tout assureur privé qui prend en charge les médicaments prescrits en ville, l'administration fédérale verse à l'organisme Medicare Advantage ce que paierait Medicare pour cette couverture. À ce moment-là, cette garantie est intégrée aux prestations prises en charge par Medicare Advantage.

Comme d'autres systèmes publics d'assurance santé, dont la Sécurité sociale française, Medicare a initialement limité les remboursements de soins afin d'en limiter la consommation. Mais les assurés pouvaient souscrire une assurance complémentaire pour couvrir leur participation aux frais médicaux. De telles assurances complémentaires annulent l'effet de

modération des dépenses attendu des franchises ou copaiements. Les contrats Medicare Advantage couvrent généralement l'ensemble des médicaments, prescrits aussi bien en ville qu'à l'hôpital, ainsi que l'ensemble des soins. Cette intégration de l'assurance de « base » et de l'assurance complémentaire facilite les négociations en vue de la maîtrise des coûts avec les offreurs de soins et les producteurs de médicaments.

Les avantages pour les bénéficiaires sont évidents. Une personne couverte par Medicare seul risque d'avoir à payer des restes à charge importants et doit financer ses médicaments prescrits en ville. Pour se protéger contre ces restes à charge, les assurés de Medicare doivent souscrire deux autres contrats : une assurance complémentaire et un contrat séparé pour les médicaments. Pour les personnes habituées à l'informatique, les démarches sont largement facilitées par des sites internet qui renseignent sur les différents contrats possibles et les comparent. Néanmoins, les assurés sont face à des décisions complexes et multiples. Medicare Advantage leur simplifie grandement la tâche, car ils peuvent désigner un seul organisme qui prend en charge tous leurs soins.

Aujourd'hui, plus du tiers des bénéficiaires de Medicare – 39 % en 2020 – ont choisi Medicare Advantage (Freed *et al.*, 2021). Ce dispositif est devenu tellement courant qu'un certain flottement apparaît désormais dans l'appellation de l'assurance publique. Aujourd'hui, les Américains la qualifient de « Traditional Medicare » ou parfois « Original Medicare » ou encore « Medicare Fee-for-service ».

II.3. Le fonctionnement de Medicare Advantage

La somme versée par l'administration fédérale à l'assureur privé au titre de Medicare Advantage est calculée sur la base des dépenses de soins observées par l'assurance sociale Medicare sur ses affiliés. En 1985, la capitation était fixée à 95 % d'un prix de référence égal à la dépense moyenne par assuré de Medicare dans une région donnée, généralement un comté. Le calcul est spécifique à une région en raison de fortes variations géographiques des prix de soins. Le versement était légèrement inférieur à ce prix de référence parce qu'un HMO était censé obtenir des économies par rapport à l'assurance publique. Une capitation légèrement inférieure aux dépenses de Medicare devait permettre aux HMO de couvrir leurs frais tout en obtenant une marge et, en même temps, permettre à Medicare de réaliser des économies.

En réalité, les personnes qui choisissaient Medicare Advantage au lieu de l'assurance sociale traditionnelle étaient généralement en meilleure santé que les assurés de Medicare. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cela. Les personnes les plus âgées ont tendance à rester dans l'ancien système par habitude. De plus, les personnes qui souffrent de problèmes de santé

chroniques ont l'habitude de consulter certains soignants ; ceux-ci peuvent devenir inaccessibles s'ils ne relèvent pas du réseau d'un HMO Medicare Advantage. Ensuite, les assureurs privés visent à recruter une clientèle plutôt en bonne santé. Il est possible aussi que les HMO poussent leurs assurés en mauvaise santé à rejoindre Medicare. Enfin, un assuré de HMO qui commence à bénéficier de Medicaid, l'assurance accordée sous condition de ressources, en raison d'une baisse de revenus, peut connaître des difficultés administratives à rester dans le HMO. En tout cas, le coût pour les HMO des prestations qu'ils couvrent sont généralement inférieurs aux dépenses moyennes enregistrées par Medicare. Malgré le fait que la capitation versée aux HMO était inférieure à la dépense moyenne de Medicare, de nombreux experts américains considèrent que, pendant ses premières années de fonctionnement, Medicare Advantage a coûté plus cher à Medicare que l'assurance sociale traditionnelle parce que ce sont les assurés en plutôt bonne santé qui y souscrivaient et que donc leurs dépenses de soins étaient inférieures à la capitation de 95 % payée par Medicare, alors que les personnes qui restaient dans Medicare coûtaient plus cher.

Le fait que les assureurs essaient de sélectionner les risques, c'est-à-dire de recruter une clientèle qui occasionne le moins possible de dépenses, est bien connu des économistes. La façon la plus facile pour un assureur de réduire ses coûts est de choisir comme clients les personnes qui occasionnent le moins de dépenses : les conducteurs qui ont peu d'accidents pour l'assurance automobile, les personnes en bonne santé pour l'assurance santé. Or, dans un système public d'assurance santé, les législateurs souhaitent que tout le monde accède à l'assurance, y compris les individus ayant des problèmes de santé. La manière la plus simple de garantir cela est d'avoir un assureur unique pour tout le monde, tel la Sécurité sociale française ou Medicare avant l'avènement de Medicare Advantage.

En présence de multiples assureurs, il est possible en théorie de résoudre le problème en instaurant une péréquation financière entre les assureurs, calculée selon les caractéristiques de leurs assurés, de manière à transférer des fonds des assureurs dont la clientèle est en relativement bonne santé vers ceux dont la clientèle est en relativement mauvaise santé. Cette pratique est appelée « compensation des risques » (*risk adjustment*). Si la compensation des risques est parfaite, les assureurs n'ont pas d'intérêt financier à sélectionner les risques. Dans ce cas, un assureur n'augmente pas ses marges si ses clients sont plutôt en bonne santé.

L'État fédéral effectue une compensation des risques entre les assureurs privés qui se substituent à l'assurance sociale Medicare. Les règles gouvernant cet ajustement ont évolué au fil du temps. Au départ, en 1985, les seules caractéristiques des assurés prises en compte étaient leur sexe, leur âge, s'ils étaient éligibles à Medicaid ou pas, s'ils vivaient dans une

résidence pour personnes dépendantes (*nursing home*) ou pas (McClellan, 2000). Cette compensation des risques fruste ne suffisait certainement pas pour empêcher une sélection des personnes en relativement bonne santé par les assureurs de Medicare Advantage. Au début des années 2000, l'État fédéral a commencé à ajuster la capitation selon les problèmes de santé diagnostiqués pour chaque assuré, en plus des caractéristiques mentionnées plus haut (*ibid.*:27)¹³. Un assureur touche une somme plus élevée pour un individu qui occasionnera probablement davantage de dépenses. Ainsi les risques entre les différents assureurs privés chargés par l'administration d'assurer les bénéficiaires de Medicare sont censés être mutualisés en quelque sorte. Si la compensation des risques est parfaite, ce système imite l'effet d'une caisse unique. Pour fonctionner dans l'intérêt des assurés, la concurrence entre les assureurs privés qui gèrent Medicare Advantage doit être fondée non sur une sélection des clients mais sur leur efficacité en tant que gestionnaire de soins, c'est-à-dire leur capacité à fournir une gamme complète de soins de bonne qualité tout en minimisant leur coût.

En 2006, les règles concernant la capitation ont été modifiées. Les procédures de fixation de la capitation ont été affinées afin de minimiser les marges des assureurs. La loi ACA n'a pas modifié ce système mais elle a réduit les prix de référence tout en ajoutant des bonus pour les contrats Medicare Advantage qui satisfont à certains critères de qualité (Gruber, 2017). De plus, l'ACA a réglementé le taux de sinistralité des contrats Medicare Advantage, comme pour les contrats Medigap. Depuis 2014, le ratio sinistres/primes ne doit pas être inférieur à un plancher de 85 %, bien plus que les 65 % requis pour Medigap. Si le ratio est inférieur à ce pourcentage, l'assureur Medicare Advantage doit rembourser la différence à Medicare¹⁴.

La prime que paient les assurés de Medicare est généralement déduite directement de leur pension de retraite de la Social Security. Ainsi, la prime prend la forme d'une réduction de pension, sans que le bénéficiaire n'ait à faire de démarche. La prime que paient les assurés de Medicare Advantage peut être inférieure, égale ou supérieure à celle due à Medicare. Si celle-ci est inférieure, l'État fédéral déduit un moindre montant de la pension de la Social Security. Si la prime est égale à celle de l'assurance sociale, l'assuré ne voit pas de changement : l'État prélève la prime comme avant mais la verse à l'organisme assureur au lieu de l'attribuer à la caisse nationale d'assurance sociale. Si la prime est supérieure à celle de l'assurance sociale, l'assuré doit

13. La compensation des risques selon la santé individuelle a été appliquée à Medicare Advantage progressivement entre 2000 et 2004. Dans le cadre de la loi ACA, l'État fédéral applique une compensation des risques selon la santé individuelle aux contrats individuels et de petits groupes de salariés vendus sur les marchés établis par cette réforme.

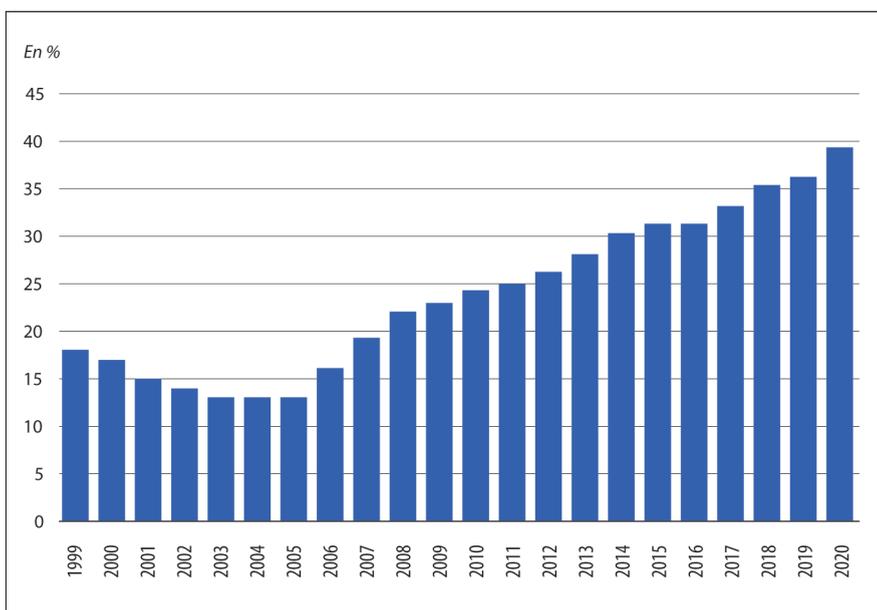
14. L'ACA a défini des planchers pour le ratio sinistres/primes pour l'assurance santé plus généralement : 85 % pour les contrats de groupe de salariés et 80 % pour les contrats vendus aux individus et petits groupes sur les marchés réglementés.

payer la différence directement à l'organisme assureur privé, ce qui fait que les suppléments de prime sont particulièrement visibles pour les assurés.

En réalité, la plupart des assurés Medicare Advantage souscrivent un contrat avec une prime exactement égale à celle de l'assurance sociale (Newhouse, McGuire, 2014). En 2020, 60 % des personnes ayant souscrit Medicare Advantage avec une couverture des médicaments ne payaient aucune prime hormis celle de 144,60 dollars par mois due pour Medicare lui-même (Freed *et al.*, 2021). Du point de vue des assurés, Medicare Advantage offre, souvent pour le même « prix » que Medicare, toutes les garanties de l'assurance sociale avec, en plus, des garanties complémentaires, dont une couverture de médicaments prescrits en ville, et parfois des garanties supplémentaires, au-delà des prestations de Medicare. Pour beaucoup d'assurés, tout se passe comme si Medicare Advantage offrait une couverture complémentaire gratuite et même parfois une couverture gratuite de médicaments en ville.

Les salariés couverts par un contrat de groupe ont souvent le choix entre différents contrats. Dans ce cas, ils n'ont généralement le droit de changer de contrat qu'une fois par an, pendant une certaine durée. Pendant longtemps, les assurés de Medicare pouvaient changer d'organisme assureur librement, passant d'un assureur privé à un autre ou passant de

Graphique 1. Bénéficiaires de Medicare inscrits à Medicare Advantage (1999-2020)



Source : adapté par nos soins de Freed *et al.* (2021), graphique 1.

Medicare Advantage à Medicare ou l'inverse. Ce choix a été restreint progressivement à partir de 2006 (Newhouse, McGuire, 2014). Les assurés peuvent toujours changer d'assureur sans pénalité financière mais seulement pendant une période de quelques semaines en début d'année.

Le graphique 1 montre la croissance de la proportion des personnes inscrites à Medicare Advantage parmi les bénéficiaires de Medicare depuis 1999. Le pourcentage est de presque 40 % aujourd'hui. Les inscriptions à Medicare Advantage se sont développées de façon continue, sauf au début des années 2000. Pendant cette période, le législateur a restreint le montant de la capitation versée aux assureurs privés, donc les assureurs hésitaient à proposer des contrats (McClellan, 2000).

II.4. La couverture offerte par Medicare Advantage

Afin d'illustrer la couverture de Medicare Advantage, nous utilisons de nouveau le site internet de Medicare, qui donne des informations sur tous les contrats Medicare Advantage dans une zone géographique donnée. De nouveau, nous avons consulté les informations pour la région correspondant au code postal 94610 dans la ville d'Oakland en Californie. Pour les résidents de cette zone, le site propose en 2020 20 contrats Medicare Advantage : 19 pour des HMO et un pour un PPO.

Comme exemples, nous avons choisi deux contrats Medicare Advantage : celui avec la prime la plus faible et celui avec la prime la plus élevée. Les deux contrats comprennent une couverture de médicaments prescrits en ville (Part D). La prime la plus faible est égale à zéro : l'assuré ne paie que la prime pour Medicare, soit 144,60 dollars par mois en 2020. La prime la plus élevée est de 126,00 dollars par mois en plus de la prime Medicare, ce qui fait un total de 270,60 dollars par mois (144,60 dollars + 126,00 dollars). L'assureur le moins cher est un HMO, ce qui signifie que les soins en dehors du réseau ne sont pas remboursés. L'assureur le plus cher est un PPO : les soins en dehors du réseau sont remboursés mais dans une moindre mesure que ceux dans le réseau.

Le PPO rembourse les soins en dehors de son réseau, mais les restes à charge sont plus importants en dehors du réseau que dans le réseau. Par exemple, le PPO exige une franchise pour les soins ambulatoires en dehors du réseau : l'assuré doit payer de sa poche les 750 premiers dollars dans l'année. En revanche, les soins dans le réseau sont pris en charge dès le premier dollar. Notons que les copaiements exigés par le PPO pour une hospitalisation hors réseau sont rédhibitoires, sauf pour un séjour très court (tableau 6).

**Tableau 6. Deux contrats Medicare Advantage :
les frais médicaux non pris en charge**

	Medicare Advantage avec Part D, prime minimum (HMO)	Medicare Advantage avec Part D, prime maximum (PPO)
Prime annuelle	1 735,20 dollars	3 247,20 dollars
Plafond annuel sur restes à charge	4 000 dollars dans réseau	Dans réseau 6 700 dollars Dans réseau + hors réseau 10 000 dollars
Hospitalisation 90 premiers jours	Jours 1 à 5 : forfait journalier 100 dollars Jours 6 à 90 : Zéro	Dans réseau Jours 1 à 7 : forfait journalier 175 dollars Après jour 7 : Zéro Hors réseau 40 % du coût du séjour
Franchises annuelles		
■ Pour soins en ville	Zéro	Dans réseau, pas de franchise Hors réseau, franchise 750 dollars
■ Pour médicaments	Zéro	400 dollars
Exemples de copaiements		
■ Consultation à l'hôpital en ambulatoire	Zéro	Dans réseau 250 dollars Hors réseau 40 % du coût
■ Consultation de généraliste	Zéro	Dans réseau 10 dollars Hors réseau 40 % du coût
■ Consultation de spécialiste	Zéro	Dans réseau 35 dollars Hors réseau 40 % du coût
■ Tests diagnostiques, tests laboratoire, examens divers	Zéro	Dans réseau 40 dollars par test Hors réseau 40 % du coût

Plafond sur restes à charge – Le HMO plafonne les restes à charge à 4 000 dollars par an ; au-delà de ce montant, tous les soins délivrés par des professionnels de santé du réseau du HMO sont couverts à 100 %. Le PPO limite les restes à charge pour les soins délivrés dans son réseau à 6 700 dollars par an ; il fixe un deuxième plafond plus élevé, de 10 000 dollars par an, pour les soins délivrés dans son réseau ou en dehors.

Hospitalisation – Les assurés du HMO paient un forfait journalier de 100 dollars pendant les 5 premiers jours d'hospitalisation. Si le séjour se prolonge, les jours supplémentaires sont entièrement pris en charge. Les assurés du PPO paient un forfait journalier de 175 dollars pendant les 7 premiers jours d'hospitalisation dans un hôpital appartenant au réseau du PPO ; si le séjour se prolonge, les jours supplémentaires sont entièrement pris en charge. Les assurés du PPO hospitalisés dans un hôpital qui ne relève pas du réseau du PPO doivent payer 40 % du coût de l'hospitalisation.

Franchises pour soins en ville – Aussi bien le PPO que le HMO n'exigent aucune franchise pour les soins délivrés par des professionnels qui relèvent de son réseau. Le PPO exige que les assurés qui ont recours à des professionnels qui ne relèvent pas de son réseau paient les 750 premiers dollars de frais encourus dans une année ; au-delà de cette franchise, le PPO rembourse une partie des frais.

Copaiements – Le HMO n'exige aucun copaiement pour les soins délivrés par des professionnels de son réseau. Le PPO fixe des copaiements pour tous les soins en ambulatoire. Par exemple, l'assuré doit payer 10 dollars pour consulter un généraliste du réseau et 40 % du coût de la consultation pour consulter un généraliste hors réseau.

Sources : Site Medicare, « Medicare OOP estimator » & « Medicare plan finder », code postal 94610 situé à Oakland, Californie, consulté le 01/09/2020.

Le tableau 7 montre les primes et les estimations de restes à charge publiées par l'administration américaine pour les deux contrats Medicare Advantage dont nous avons décrit la couverture dans le tableau 6. Comme dans le tableau 5, nous avons retenu à titre d'illustration les estimations de restes à charge concernant deux groupes d'assurés : ceux qui se considèrent en mauvaise santé et ceux qui se considèrent en excellente santé. En première ligne du tableau figurent les primes annuelles pour les deux contrats. La prime la plus faible est égale à celle que paient les bénéficiaires de Medicare : 144,60 dollars par mois. La prime la plus élevée est de 270,60 dollars par mois ; l'assuré paie 126,00 dollars de plus que la prime pour Medicare.

Tableau 7. Primes et estimations des restes à charge : deux contrats Medicare Advantage en 2020

En dollars

	Medicare Advantage avec Part D, prime faible *, HMO	Medicare Advantage avec Part D, prime élevée *, PPO
Prime annuelle	1 735	3 247
Estimation restes à charge, y compris primes		
■ Mauvaise santé	6 103***	8 611**
■ Excellente santé	2 803	5 299
Estimation restes à charge, hors primes		
■ Mauvaise santé	4 368	5 364
■ Excellente santé	1 068	2 052

* Le contrat Medicare Advantage qui figure dans la deuxième colonne est celui avec la prime la plus faible parmi ceux proposés dans cette localité. Le contrat dans la troisième colonne est celui avec la prime la plus élevée.

** Les assurés qui s'estiment en mauvaise santé qui souscrivent le contrat Medicare Advantage avec la prime la plus élevée peuvent s'attendre à dépenser 8 611 dollars pour leur santé pendant une année : 3 247 dollars pour les primes et 5 364 dollars en restes à charge.

*** Les assurés qui s'estiment en mauvaise santé qui souscrivent le contrat Medicare Advantage avec la prime la plus faible peuvent s'attendre à dépenser 6 103 dollars pour leur santé pendant une année : 1 735 dollars pour les primes et 4 368 dollars en restes à charge.

Source : site Medicare, « Medicare OOP estimator » & « Medicare plan finder », code postal 94610 à Oakland en Californie, consulté le 01/09/2020.

Les estimations de ce que les individus peuvent s'attendre à payer selon leur état de santé sont censées les guider dans leur choix. Les personnes qui s'estiment en excellente santé ont tout intérêt à choisir le contrat avec la prime la plus faible. Ils peuvent s'attendre à payer en tout une moyenne de 2 803 dollars dans l'année. Les personnes en mauvaise santé paieront

beaucoup plus, quel que soit leur choix de contrat : 6 103 dollars par an avec le contrat le moins cher et 8 611 dollars avec le contrat le plus cher. Il faut prendre en compte également la différence entre un HMO et un PPO. Le second offre plus de choix dans les soignants, ce qui peut être important pour quelqu'un qui a des problèmes de santé.

Conclusion

Les partisans d'une assurance santé nationale ont vu dans Medicare à ses débuts un modèle qui pouvait s'étendre à toute la population. Même récemment, le slogan « Medicare for all » a été utilisé dans la campagne pour l'investiture présidentielle du Parti démocrate de 2020. Cependant ce slogan est ambigu. De quel Medicare s'agit-il ? De l'assurance sociale ? Des assurances privées Medicare Advantage avec des prix et des prestations réglementés ?

Nous avons vu que la mutualisation effectuée par Medicare est défail-lante. Malgré la contribution des travailleurs et employeurs et du budget de l'État, les personnes âgées supportent d'importants frais médicaux, même ceux d'entre eux qui ont peu de problèmes de santé. De plus, Medicare ne répartit pas les frais de façon égale parmi les bénéficiaires : ceux qui se portent relativement bien paient beaucoup moins que ceux qui ont des problèmes de santé. La socialisation des dépenses de soins effectuée par Medicare est limitée, à cause des copaiements et du coût des complémentaires Medigap.

Medicare Advantage corrige partiellement les lacunes dans la couverture de Medicare mais en même temps il introduit de nouvelles sources d'inégalités. Désormais, des organismes privés garantissent les soins couverts par Medicare dans des termes plus favorables aux assurés : la prime pour Medicare Advantage est souvent égale à celle de Medicare et les bénéficiaires ont des franchises et copaiements réduits par rapport à Medicare, des prestations supplémentaires, un plafond à leurs restes à charge. En retour, les assurés acceptent les limites d'un HMO : un choix limité de soignants et des restrictions sur le nombre et la fréquence de soins.

Du point de vue des bénéficiaires, l'un des atouts d'un contrat Medicare Advantage est qu'il couvre l'ensemble des frais médicaux : les mêmes garanties que Medicare et les assurances complémentaires, ainsi que le remboursement de médicaments prescrits en dehors de l'hôpital. En contraste, les personnes qui choisissent Medicare tout court doivent souscrire trois assurances séparées pour obtenir une couverture adéquate : Medicare, plus un contrat Medigap, plus un contrat pour les médicaments prescrits en ville. De fait, Medicare Advantage fait disparaître les assurances complémentaires en instaurant un seul contrat.

Cependant, la mutualisation effectuée parmi ses bénéficiaires par Medicare à l'origine s'est éclatée en une multitude de groupes distincts. Medicare est passé d'une caisse unique à un système fragmenté. Les bénéficiaires choisissent individuellement entre Medicare et Medicare Advantage et, s'ils prennent Medicare Advantage, ils choisissent l'assureur et le contrat. Les individus choisissent parmi un menu de contrats, arbitrant entre le niveau des copaiements et les restrictions à leurs soins et à leur choix de soignants. En général, les personnes en mauvaise santé prennent les contrats avec des primes élevées et une couverture large, alors que ceux en bonne santé choisissent des primes réduites et une couverture restreinte. En fin de compte, ce processus scinde la population des bénéficiaires en groupes distincts selon leur état de santé, ce qui génère des coûts élevés pour les malades et des coûts faibles pour les bien portants.

Nous n'avons pas abordé dans cet article la question des inégalités territoriales de l'offre de soins, qui sont importantes aux États-Unis. Medicare Advantage ne résout pas ce problème. Nous avons choisi pour illustrer les possibilités offertes aux assurés dans la ville d'Oakland en Californie, région avec une population dense, beaucoup de services médicaux et beaucoup de HMO. Dans de nombreuses régions moins peuplées, il n'existe pas suffisamment de soignants ou d'infrastructures pour créer un réseau de soins.

Les partisans des HMO à l'origine de Medicare Advantage dans les années 1980 prétendaient qu'il n'y avait que des avantages à rejoindre un HMO plutôt qu'une assurance basée sur le paiement à l'acte des fournisseurs de soins, comme Medicare. En théorie, un HMO a intérêt à « maintenir » ses assurés en bonne santé. Au départ, le transfert de l'assurance sociale vers des assureurs privés était censé participer au mouvement en faveur des HMO, une forme de *managed care*.

On peut se demander si Medicare lui-même aurait pu mettre en place un tel contrôle. Un des blocages est le fait que ses soins médicaux sont remboursés par deux entités, l'assurance sociale et une assurance complémentaire. Cette double couverture enlève à l'assureur public la possibilité d'ajuster les remboursements pour limiter le volume des soins, puisque les assurances complémentaires prennent en charge la part non remboursée. Plus profondément, un contrôle accru des soins par le gouvernement fédéral rencontrerait sans doute une résistance de la part des professionnels de la santé et de l'industrie pharmaceutique. Enfin, on peut penser que les bénéficiaires de Medicare y verraient une mainmise inadmissible du pouvoir étatique sur leurs soins médicaux. Peut-être qu'un certain contrôle exercé par des assureurs privés serait mieux toléré par les assurés ? Pourtant, on ne peut ignorer que dans les années 1990 est apparue une certaine méfiance

vis-à-vis des HMO. Aussi bien les retraités que la population plus jeune les soupçonnaient de rationner les soins pour limiter leurs dépenses.

En tout cas, Medicare Advantage repose dans une large mesure sur le marché et le choix individuel, plutôt que sur le choix collectif. Son marché est pourtant très réglementé. L'État fédéral agréé les compagnies qui peuvent s'y présenter et contrôle étroitement le contenu des contrats : primes, garanties, plafond annuel, marges des compagnies. En plus, l'État fédéral effectue une compensation des risques entre les compagnies qui participent à Medicare Advantage en fonction de l'état de santé de chaque assuré.

Cette concurrence régulée est censée obtenir de meilleurs résultats qu'un dispositif purement public. Cependant, elle produit des inégalités selon l'état de santé des individus. Elles vont à l'encontre de la mutualisation que devrait mettre en œuvre une assurance sociale, dont le but est de partager le coût des soins afin de permettre un égal accès à tous.

Références bibliographiques

- Atherly A. J. (2014), « Supplementary private insurance in national systems and the USA », in Culyer A. J. (ed.), *Encyclopedia of Health Economics*, Paris, Elsevier, p. 366-370, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375678-7.00917-2>.
- Chapin C. F. (2015), *Ensuring America's Health – The Public Creation of the Corporate Health Care System*, New York, Cambridge University Press.
- CMS (2017), *CY 2018 Medicare Plan Finder Out-of-Pocket Cost Estimates Methodology*, Centers for Medicare and Medicaid Services, November 20, https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-07/oopec_specs.pdf.
- CMS (2019a), « National Health expenditures 2019 highlights », Centers for Medicare and Medicaid Services, <https://www.cms.gov/files/document/highlights.pdf>.
- CMS (2019b), « 2020 Medicare Parts A & B premiums and deductibles », *Fact Sheet*, Centers for Medicare and Medicaid Services, November 8, <https://go.cms.gov/2P31ME7>.
- Cubanski J., Damico A. (2019), « Medicare Part D: A first look at Prescription Drug Plans in 2020 », *Issue Brief*, Kaiser Family Foundation, November 14, <https://bit.ly/2P0RnbW>.
- Cubanski J., Neuman T., Freed M. (2019), « The facts on Medicare spending and financing », *Issue Brief*, Kaiser Family Foundation, August 20, <https://bit.ly/3tOQkKV>.
- Day C. L. (1993), « Older Americans' attitudes toward the Medicare Catastrophic Coverage Act of 1988 », *The Journal of Politics*, vol. 55, n° 1, p. 167-177, <https://doi.org/10.2307/2132234>.
- Dormont B., Geoffard P.-Y., Tirole J. (2014), « Refonder l'assurance-maladie », *Notes du Conseil d'analyse économique*, vol. 12, n° 2, p. 1-12, avril, <https://doi.org/10.3917/ncae.012.0001>.
- Freed M., Damico A., Neuman T. (2021), « A dozen facts about Medicare Advantage in 2020 », *Issue Brief*, Kaiser Family Foundation, January 13, <https://bit.ly/3d4bVbv>.
- Gruber J. (2017), « Delivering public health insurance through private plan choice in the United States », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 31, n° 4, p. 3-22, <https://doi.org/10.1257/jep.31.4.3>.
- Hacker J. S. (2002), *The Divided Welfare State: The Battle over Public and Private Social Benefits in the United States*, New York, Cambridge University Press.
- KFF (2019), « An overview of Medicare », *Issue Brief*, Kaiser Family Foundation, February 13, <https://www.kff.org/medicare/issue-brief/an-overview-of-medicare/>.
- KFF/HRET (2008), *Employer Health Benefits. 2008 Annual Survey*, Kaiser Family Foundation/Health Research and Educational Trust, <https://www.kff.org/wp-content/uploads/2013/04/7790.pdf>.
- KFF/HRET (2019), *Employer Health Benefits. 2019 Annual Survey*, Kaiser Family Foundation/Health Research and Educational Trust, <https://bit.ly/3INbgPF>.

- McClellan M. (2000), « Medicare reform: Fundamental problems, incremental steps », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 14, n° 2, p. 21-44, <https://doi.org/10.1257/jep.14.2.21>.
- Newhouse J. P., McGuire T. G. (2014), « How successful is Medicare Advantage? », *Milbank Quarterly*, vol. 92, n° 2, p. 351-394, <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12061>.