INSTITUT DIDEROT

Les Dîners de l'Institut Diderot

La réforme de la santé aux États-Unis : quels enseignements pour l'assurance maladie française ?

Victor G. Rodwin

Professeur de Management de la santé,
Wagner Graduate School of Public Service (New York)

www.institutdiderot.fr

Les Dîners de l'Institut Diderot

La réforme de la santé aux États-Unis : quels enseignements pour l'assurance maladie française ?

Victor G. Rodwin

Professeur de Management de la santé,
Wagner Graduate School of Public Service (New York)

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS p. 5
Jean-Claude Seys

LA RÉFORME DE LA SANTÉ AUX ÉTATS-UNIS : QUELS ENSEIGNEMENTS POUR L'ASSURANCE MALADIE FRANÇAISE ? p. 7
Victor Rodwin

LES PUBLICATIONS DE L'INSTITUT DIDEROT p. 19

AVANT-PROPOS

Victor G. Rodwin est professeur en gestion et politique de santé à la Wagner School (New York University) et consultant. Il exerce également ces deux activités en France et est donc bien placé pour tirer les enseignements que permet la comparaison des deux systèmes de santé, en particulier après le vote de la réforme Obama.

Dans les deux pays, le coût de la santé est globalement très élevé, et se traduit par des difficultés d'accès aux soins de certaines populations, particulièrement fortes aux États-Unis avant la réforme.

Les deux pays souhaitent améliorer l'état sanitaire de la population tout en contrôlant le niveau des dépenses grâce à la chasse au gaspillage, au développement de la prévention, à l'informatisation et à la coordination des prestataires de soins ainsi qu'à des réformes des modes de rémunération.

Outre le fait que la droite américaine est hostile à l'intervention de l'État fédéral, même pour une question aussi vitale que les états n'ont, à l'évidence pas résolue, la plus grande différence entre les deux pays réside dans le fait que l'État américain encourage l'expérimentation pour mettre en évidence les meilleurs moyens de parvenir à atteindre un objectif difficile, et affecte 10 Md de dollars à son financement alors que la France, malgré la réforme Juppé de 1995 qui en a prévu le principe, fait tout pour la décourager.

Jean-Claude Seys
Président de l'Institut Diderot

LA RÉFORME DE LA SANTÉ AUX ÉTATS-UNIS : QUELS ENSEIGNEMENTS POUR L'ASSURANCE MALADIE FRANÇAISE ?

Nos systèmes de santé présentent des contrastes forts, ce qui fait qu'une justification courante d'études comparatives s'inspire d'une belle phrase de Paul Valéry : « Enrichissons nous de nos différences mutuelles ! ».
Cependant, bien que nos systèmes de santé soient différents, aussi bien en ce qui concerne l'importance de la solidarité, du marché, de l'État, et de la concurrence, il reste quand même des convergences notamment d'origine Bismarckienne, qui combinent un financement sur la base des assurances avec une offre mixte du secteur public et privé. C'est grâce à ces convergences que les enseignements de la réforme du système de santé aux États-Unis sont peut être pertinents pour la France.

Les grandes lignes de la réforme

Le *Patient Protection and Affordable Care Act* (ACA) est sans doute le projet de réforme du système d'assurance de santé aux États-Unis le plus ambitieux depuis celui du président Lyndon Johnson, en 1965, qui a créé une assurance maladie publique pour les personnes âgées (Medicare) et pour les couches les plus pauvres (Medicaid). Signé par le président Obama le 23 mars 2010, (après avoir été voté par le Sénat le 24 décembre 2009, et par la Chambre de Représentants, le 21 mars 2010), cette loi devrait, d'ici 2019, selon le bureau du budget du Congrès (Congressional Budget Office), étendre la couverture en assurance maladie à 34 millions d'Américains, amenant le taux de couverture de 84 % à 95 % de la population.

La réforme Obama, à la différence au projet de réforme du président Clinton, rassure la majorité de la population américaine qui est assurée par leurs employeurs, que ce système reste en place, que la réforme ne les obligera pas à changer leur couverture en assurance maladie. Par contre, elle instaure une obligation des employeurs (entreprises de plus de 50 salariés) de contribuer à la couverture santé de leurs employés, et une obligation individuelle, sous peine d'amende, de souscrire, dés 2014, à une assurance maladie qui couvre un panier minimum de services. L'état du Massachusetts a déjà rendu obligatoire l'adhésion à une assurance maladie, mais c'est la première fois que l'État fédéral réussit à faire passer une telle loi, qui pour les détracteurs de la réforme, est contraire à la constitution.

Comment rendre abordable l'adhésion à une assurance maladie pour les couches sociales actuellement non couvertes par leurs employeurs ? La loi prévoit l'élargissement du programme Medicaid destiné aux populations les plus défavorisées par le relèvement du seuil de pauvreté à ce programme de 133 % (14 404 $ pour un individu, 29 237 $ pour une famille de quatre). Elle prévoit aussi un alignement des tarifs remboursés aux médecins intervenant dans le cadre de ce programme - très faibles jusqu'à présent, surtout pour les soins primaires - sur les tarifs de Medicare. Le gouvernement fédéral doit assurer le financement de ces mesures. On estime qu'à peu près la moitié des 34 millions d'Américains qui seront couverts par la loi vont ainsi pouvoir accéder au programme Medicaid, ce qui coûtera environ 434 milliards de dollars à l'État fédéral sur une période de 10 ans.

Les personnes dépourvues d'assurance santé, qui sont au-dessus du seuil d'éligibilité du programme Medicaid, pourront se procurer une assurance privée au sein d'un système d'offre réglementé, un marché encadré appelé la « bourse santé » (*American health benefit exchanges*). Ces assureurs devront se soumettre à une réglementation interdisant notamment la prise en compte des antécédents médicaux, fixant des plafonds de remboursement annuel, et imposant un plafond sur les restes à charge en fonction des revenus. On estime que l'autre moitié

des 34 millions d'Américains qui seront couverts par la loi devrait pouvoir accéder à une couverture par la bourse santé, financée, grâce à une subvention fédérale, sous forme de crédit d'impôt bénéficiant aux personnes dont les ressources pourront atteindre 400 % du seuil de pauvreté. Un ménage gagnant jusqu'à 80 000 dollars par an pourra ainsi bénéficier d'une subvention annuelle rendant abordable le coût d'une assurance.

Aucun des éléments de la réforme ci-dessus ne menace les revenus des médecins. Pour le reste, la réforme Obama vise à moderniser le système de santé en mobilisant des ressources considérables au niveau fédéral pour financer sur une large échelle des expérimentations autour d'idées qui sont connues et débattues depuis 25 ans : le *disease management*, le paiement à la performance, les programmes de prévention et de dépistage, et les systèmes forfaitaires de rémunération. Les systèmes forfaitaires de rémunération pourraient éventuellement provoquer des anticorps parmi les médecins américains les plus attachés à la médecine libérale. Cependant, dans la mesure où il existe déjà une part de médecins qui soutiennent, et souvent réclament ces modalités de rémunération, l'idée de financer encore des expérimentations ne provoque pas d'opposition.

Enfin, un autre volet de la réforme vise à réduire les gaspillages, à lutter contre les abus et les fraudes, et à rationaliser le système de Medicare, ce qui nous mène aux controverses les plus sensibles de la réforme : comment la financer ? Le coût de la réforme est estimé par la Congressional Budget Office à 938 milliards $ sur dix ans et plus de la moitié de cette somme devrait être couverte par une réduction des dépenses prévisionnelles du programme Medicare grâce à des économies dégagées par des mesures qui visent une meilleure efficience dans l'allocation de ses ressources. D'autre part, suite aux débats controversés portant sur les nouvelles recettes fiscales, un compromis s'est dégagé autour des sources suivantes : impôts sur les primes des contrats d'assurance privés « haut de gamme », sur les profits des industries de santé (groupes pharmaceutiques, équipement médical et hôpitaux), et surtout une augmentation des cotisations de Medicare pour les employés gagnant plus de

200 000 $ par an ou déclarant un revenu de ménage au-delà de 250 000 $. Ce dernier impôt représente une rupture avec la politique sociale suivie depuis le président Ronald Reagan, qui a vu une augmentation des inégalités de revenus aux États-Unis. Si la loi est appliquée au cours des dix ans à venir, elle remettra l'Amérique sur une nouvelle trajectoire fiscale via une légère redistribution des revenus.
Pour conclure, rien dans cette loi n'a mis en cause l'organisation actuelle du système de soins. Aucun article de la loi ne propose une réforme généralisée de la rémunération des médecins. Bien au contraire, tout ce qui touche aux procédures d'ajustement des tarifs fixés par le programme Medicare est rapporté pour l'avenir.

Pourquoi cette réforme ?

Il y a aux États-Unis, dans le secteur de la santé, au moins six problèmes majeurs visés par cette réforme.

1-Les personnes dépourvues d'assurance maladie
Il y a actuellement (en 2011) plus de 50 millions d'Américains dans cette catégorie, soit 17 % de la population. Ce pourcentage atteint 36 % si le dénominateur n'est que la population des moins de 65 ans. Ces « non assurés » ne sont quand même pas rejetés entièrement par le système de soins. Il existe un réseau d'hôpitaux publics et plus de 3 700 centres de santé implantés dans les quartiers défavorisés, qui assurent 15 millions de consultations par an. Ceci dit, l'Institute of Medicine a mis en évidence une surmortalité de 18 000 morts par an dans les populations non assurées[1]. En outre, des études montrent que la mortalité des Américains sans assurance, à égalité d'âge et de risque, est plus élevée que celle de la population couverte

1. Institute of Medicine, « Coverage matters: insurance and health care », et « Hidden costs, value lost, uninsurance in America », Washington DC, National Academy Press, 2003.

quel que soit le régime d'assurance (Meidicare, Medicaid ou les assurances privées)[2].

2- Les dépenses des soins de santé et leur croissance

Il est bien établi que les États-Unis dépensent une plus grande partie de leur richesse nationale (mesurée en PIB) par rapport aux autres pays de l'OCDE. Pendant la période 2000-2009, les primes d'assurance maladie pour les 55 % de la population couverte dans le secteur privé par les employeurs ont augmenté de 108 %, un chiffre énorme par rapport à l'augmentation de salaire des employés (32 %) ou l'indice des prix (24 %)[3]. Pour ce qui concerne le secteur public, la croissance des dépenses de Medicare et Medicaid pèse aussi bien sur les budgets des États fédérés que sur celui de l'État fédéral et suscite des pressions politiques pour réduire le taux d'augmentation de ces dépenses.

3- Un taux d'insatisfaction élevé par rapport au système de santé

Les Américains aiment bien leurs médecins, mais lorsqu'on les interroge sur le système de santé, depuis plus d'une décennie plus de 40 % d'entre eux se prononcent pour une réforme de fond[4]. D'un point de vue comparatif, que l'on interroge un échantillon de la population adulte ou même d'une population souffrant de maladie chronique, les résultats tendent à montrer que les Américains ont des taux d'insatisfaction plus élevés que les Français ou les Hollandais[5].

2. Hadley J., « Sicker and Poorer : The Consequences of Being Uninsured : A Review of the Research on the Relationship between Health Insurance, Medical Care use, Health, Work, and Income », *Medical Care Research Review*, (60) 3S-75S, 2003.
3. Davis K., *Why health reform must counter the rising costs of health insurance premiums*, Commonwealth Fund, 2009.
4. Blendon R. et al., *American public opinion and health care*, Washington DC, CQ Press, 2010.
5. Voir, par exemple, enquête Harris Interactive-France 24-International Herald Tribune, 2 juin 2008 ; et Schoen C. et al., « In chronic condition : experiences of patients with complex health care needs, in eight countries », *Health affairs*, WE10.1377, 13 novembre 2008.

4- Le gaspillage des ressources

Le problème d'inefficience dans l'allocation des ressources en matière des soins de santé est présent dans tous les systèmes de l'OCDE. Il est d'autant plus grave dans le pays le plus dispendieux du monde ! Ainsi, Alain Enthoven a décrit un système de santé américain où règne le « paradox of excess and deprivation » car certaines personnes reçoivent des soins en excès tandis que d'autres voient leurs besoins non satisfaits[6]. Plusieurs études tentent de classer et chiffrer les redondances et les économies qui pourraient être faites[7].

5- Des variations territoriales des pratiques et dépenses médicales

Au cours des dix dernières années, le docteur John Wennberg et son équipe ont analysé les pratiques médicales de l'ensemble des bénéficiaires de Medicare à travers une grille identifiant 304 territoires de santé couvrant tout le pays[8]. A partir des données obtenues, son équipe a extrapolé les dépenses de Medicare par circonscription territoriale, ce qui a soulevé des questions de politique de santé très sensibles[9]. Comment peut-on justifier que les dépenses de Medicare, après ajustement par âge et d'autres facteurs de risque, soient 52 % plus élevées dans le premier quintile des 304 territoires de santé que dans le dernier quintile ?

6- L'organisation archaïque du système de santé

Depuis quarante ans, des évolutions technologiques majeures ont eu lieu dans le domaine de l'information médicale et des

6. Enthoven A., Kronick. R,. « A consumer-choice health plan for the 1990s : universal health insurance in a system designed to promote quality and economy », *New England Journal of Medecine*, (320) 29, 1989.
7. Rand Compare (http://Rand.compare.org/current/dimension/waste) et Thomson Reuters(http://thomsonreuters.com/content/press_room/tsh/waste_US_healthcare_system).
8. www.dartmouthatlas.org
9. Fisher E. et al., « Slowing the growth of health care costs lessons from regional variation », *New England Journal of Medicine*, (360) 9, 2009.

systèmes d'information avec le développement d'Internet. Cependant, ces applications dans le secteur de la santé ne concernent qu'une sous partie du système. Le sentiment général, soutenu par l'industrie de l'informatique médicale, est qu'il faut investir dans ce champ pour mettre les médecins et les hôpitaux sur un pied d'égalité avec les autres secteurs de la vie économique et ainsi moderniser le système de santé.

Contexte historique de la réforme

La réforme Obama tend à renforcer le rôle de l'État fédéral pour accroître la solidarité du système de santé américain, l'équité de son financement et éventuellement la maîtrise de ses dépenses. Les passions politiques déclenchées par cette politique ne sont pas nouvelles. Depuis le début du XXème siècle, les forces « progressistes » font campagne pour instaurer un système universel et obligatoire d'assurance santé aux États-Unis. Sous la présidence de Woodrow Wilson (1913-1921), c'est l'échec : un tel dispositif est associé à Bismarck, à l'Allemagne, et les États-Unis sortent à peine de la guerre ! C'est « unamerican », contraire à la constitution, et donc irrecevable.

L'étape suivante se situe sous la présidence de Franklin Roosevelt, dans les années 1930. La profession médicale, déjà regroupée au sein de la puissante American Medical Association (AMA), y est opposée. Malade, influencé, par son médecin personnel et un conseiller très lié à l'AMA, le président Roosevelt est soumis à de fortes pressions soulignant les dangers que son projet pour la justice sociale, acceptable pour les retraites, ferait courir à la qualité de la médecine. Il mourra après avoir accompli la majeur partie de son programme du New Deal, à l'exception du volet santé. Convaincu de la nécessité d'une telle loi, son successeur, Harry Truman, échoue lui aussi dans sa tentative d'instaurer une assurance santé universelle. Ce n'est plus alors l'Allemagne qui sert de repoussoir, mais l'URSS, et c'est à la « soviétisation » de

la médecine que crie l'AMA[10].
Il faut alors attendre que le président Lyndon Johnson réussisse à faire voter les programmes Medicare et Medicaid, contre l'opposition de l'AMA, pour que le gros risque soit effectivement socialisé aux États-Unis. Le président Clinton reprend le dossier en 1992 mais l'opposition est féroce. Les propositions du Haut Comité présidé par Hillary Clinton n'aboutissent même pas dans un projet de loi au Congrès[11] ! Pour les détracteurs d'un système d'assurance santé universelle et obligatoire, non seulement l'État allait intervenir dans la fixation des tarifs médicaux et dans le remboursement des soins, mais il allait aussi contrôler les décisions médicales. On trouve dans les discours passionnés des opposants à la réforme Obama les échos d'un siècle d'opposition à la mise en place d'un tel système. Par exemple, John Boehner, le leader des républicains à la Chambre des représentants, évoquait un « government takeover », une « expérimentation dangereuse ». Le sénateur républicain de l'Iowa, Charles Grassley, prévenait ses collègues que cette loi pourrait même impliquer l'État dans des prises de décision cliniques qui raccourciraient la vie des grand-mères (« pull the plug on granny »). Et la droite républicaine, soutenue par le mouvement du Tea Party, a même prétendu que cette loi établirait des « panels de morts »…
Et pourtant, la réforme Obama n'a jamais tenté d'instaurer un système collectiviste, pas plus qu'un système national sur le modèle du NHS britannique, mais plutôt un système inspiré du modèle bismarckien dans ses formes actuelles, comme en Suisse ou aux Pays-Bas, où les assureurs privés dominent le marché. Comment alors expliquer les réactions passionnées suscitées par cette loi ? D'une part, et c'est un point de vue repris dans de nombreuses analyses de politique de santé aux États-Unis, ces réactions révèlent des valeurs profondes, voire une idéologie,

10. Blumenthal D., Moronne J., *The heart of power : health and politics in the oval office*, Berkeley, University of California Press, 2010.
11. Skocpol T., *Boomerang : Clinton's Health Care Reform and the Turn against Government*, New York, W.W. Norton, 1996.

qui nourrissent une culture extrêmement méfiante par rapport au pourvoir des États, et surtout de l'État fédéral[12]. D'autre part, toute tentative de réformer le secteur de la santé, qui représente un septième de l'économie Américaine, se heurte nécessairement aux industries des fournisseurs de soins qui comprennent parfaitement que les « dépenses de santé » sont avant tout pour eux des recettes dont ils dépendent[13]. Le pouvoir des lobbies, pas seulement médicaux, est devenu considérable pour influencer les membres du Congrès et orchestrer des campagnes d'information (voire de désinformation) auprès de l'opinion publique[14].

L'avenir : Les défis de la mise en œuvre.

Dans le contexte actuel, on peut se demander comment la réforme Obama a pu être votée ! Certains, plutôt à gauche, prétendront sans doute que cette réforme servira surtout à solvabiliser la demande en étendant le marché et en renforçant le pouvoir déjà considérable des assurances privées et des groupes pharmaceutiques. D'autres, plutôt à droite, répéteront les arguments des détracteurs de la réforme, à savoir qu'elle constitue un tournant dangereux vers l'étatisation de la médecine, ce que l'actuel gouverneur du Texas, Rick Perry qualifie déjà de « socialism on American soil »[15].
Ce désaccord profond entre républicains et démocrates provoque des défis énormes pour la mise en œuvre de la loi, qui contient plus de 1 500 décrets d'applications !

12. Daschle T., Critical : *what we can do about the healthcare crisis*, New-York, Thomas Dunne Books, 2008.
13. Brett A., « "American values", A smokescreen in the debate on health care reform », *New England Journal of Medicine*, (361) 5, 2009.
14. Laugesen M.J., Rice T., « Is the doctor in ? The evolving role of organized medicine in health policy », *Journal Health Politics, Policy and Law*, 2003 Apr-Jun, 28 (2-3) : 289-316.
15. Sack K., « Texas battles health law even as it follows it », *New York Times*, 28 juillet 2010.

En mai 2011, déjà 166 décrets d'application sont publiés ! Jamais dans l'histoire de la politique sociale américaine un projet de loi n'a été mis en application avec une telle rapidité[16]. D'autre part, jamais dans l'histoire récente des États-Unis il n'y a eu une telle polarisation entre républicains et démocrates. Les républicains se sont organisés pour mettre en question la légitimité de la loi en contestant, sur le plan juridique, le droit qu'aurait l'État à imposer l'obligation de s'assurer[17]. En outre, ils font de subtils efforts pour affaiblir la loi en ralentissant l'adoption ou en s'opposant aux décrets d'application[18]. Enfin, il est évident que les lobbies travailleront à leurs côtés pour diminuer le montant des impôts payés par les couches sociales les plus aisées et les subventions accordées aux nouveaux assurés. Dans ce contexte, il est clair que la capacité gestionnaire des administrations publiques sera encore plus déterminante que d'habitude dans la mise en œuvre de la réforme[19]. Le besoin de personnes compétentes - aussi bien pour les États fédérés que pour l'État fédéral - sera énorme car il faudra écrire, interpréter puis appliquer une réglementation comme il n'en a encore jamais existé aux États-Unis. Il y aura des tensions entre l'État fédéral et les États fédérés autour de la mise en place des bourses santé et des « risk pools » (fonds collectifs financés par la loi) pour la prise en charge des gros risques d'ici 2014[20]. Il y aura également des tensions à l'intérieur même du parti républicain : les gouverneurs républicains chargés d'appliquer la loi soutiennent les efforts pour ralentir son application, et leurs administrateurs civils, également chargés d'appliquer la

16. Kersh R., «Health reform: the politics of Implementation. » *J. of Health Politics, Policy and Law* (36) 3, juin, 2011
17. Jost T., « Can the states nullify health care reform ? », *New England Journal of Medecine*, (362) 10, 2010.
18. Skocpol T., « The political challenges that may undermine health reform », *Health Affairs*, 29, 1288-1292, juillet 2010.
19. Brown L., «Obamacare : où en sommes nous ? », *Les Tribunes de la santé* (30) avril, 2011.
20. Jennings C., Hayes K., « Health insurance reform and the tensions of federalism », *New England Journal of Medicine*, 10, 1056, 13 mai 2010.

loi, sont tentés d'obtenir des fonds du gouvernement fédéral pour aider leurs électeurs sans assurance santé !
Enfin, la mise en œuvre de cette loi dépendra des prochaines élections présidentielles en novembre 2012. Cependant, quel que soit le résultat de ces élections, dans la mesure où la réforme Obama est à l'origine une idée républicaine (celle du gouverneur Mitt Romney), on peut déjà entrevoir les grandes lignes de changement du secteur de la santé aux États-Unis. C'est bien celles-ci au-delà du débat américano-américain, qui portent un certain nombre d'enseignements pour la France.

Enseignements pour la France.

La nouvelle agence créée par la loi, le Center for Medicare and Medicaid Innovation, disposera d'un budget de 10 milliards de dollars sur dix ans pour mettre en œuvre une série d'expérimentations, y compris dans le domaine de l'informatisation des dossiers médicaux et des maisons médicales (accountable care organizations, ACO)[21].
Ces expérimentations financées par la réforme Obama - paradoxalement fruit d'un consensus technocratique entre experts républicains et démocrates - auront vraisemblablement un impact important sur l'avenir organisationnel du système et les mécanismes forfaitaires de rémunération des professionnels de santé. C'est justement ces adaptations profondes dans l'organisation et la rémunération des producteurs de soins qui me semblent susceptibles de porter de enseignements éventuels pour la France.
Ils permettront de répondre à certaines questions qui concernent aussi bien la France que les États-Unis :

1- Comment intégrer les services ambulatoires, de prévention et de soins avec les services spécialisés de l'hôpital ?

21. Shortell S., Casalino L., Fisher E., « How the center for medicare and medicaid innovation should test accountable care organisations », *Health Affairs*, (29), 10, 2010.

2- Comment informatiser le système de santé pour assurer une meilleure sécurité et qualité de soins ?
3- Comment rationaliser les pratiques médicales pour tenir compte d'une information scientifique actualisée, des préférences des patients et des variations territoriales de pratiques difficilement justifiables ?
4- Comment tenir responsable de nouvelles organisations - maisons médicales, ACO -, pour protéger la santé et rendre des services appropriés à des populations bien définies ?
5- Enfin, quel rôle pour l'état central et les autorités régionales et locales dans la gestion du système ?

Nous n'avons pas encore la réponse à ces questions.

Cependant, dans la mesure où elles concernent aussi la France, l'évaluation de nos expérimentations en cours devrait permettre d'y voir plus clair.

Les publications de l'Institut Diderot

Dans la même collection

La Prospective, de demain à aujourd'hui
Nathalie Kosciusko-Morizet

Politique de santé : répondre aux défis de demain
Claude Evin

Les Carnets des Dialogues du Matin

L'avenir de l'automobile
Louis Schweitzer

Les nanotechnologies & l'avenir de l'homme
Etienne Klein

L'avenir de la croissance
Bernard Stiegler

L'avenir de la régénération cérébrale
Alain Prochiantz

L'avenir de l'Europe
Franck Debié

L'avenir de la cybersécurité
Nicolas Arpagian

L'avenir de la population française
François Héran

L'avenir de la cancérologie
François Goldwasse

L'avenir de la prédiction
Henri Atlan

L'avenir de l'aménagement des territoires
Jérôme Monod

L'avenir de la démocratie
Dominique Schnapper

L'avenir du capitalisme
Bernard Maris

L'avenir de la dépendance
Florence Lustman

L'avenir de l'alimentation
Marion Guillou

L'avenir des humanités dans l'entreprise
Jean-François Pradeau

L'avenir du droit international
Monique Chemillier-Gendreau

L'avenir de la famille
Boris Cyrulnik

L'avenir du populisme
Dominique Reynié

Les Notes de l'Institut Diderot

L'euthanasie, à travers le cas de Vincent Humbert
Emmanuel Halais

Le futur de la procréation
Pascal Nouvel

La République à l'épreuve du communautarisme
Eric Keslassy

Propositions pour la Chine
Pierre-Louis Ménard

L'habitat en utopie
Thierry Paquot

Les Entretiens de l'Institut Diderot

L'avenir du progrès
(actes des Entretiens 2011)

Retrouvez l'actualité de l'Institut Diderot sur
www.institutdiderot.fr

La réforme de la santé aux États-Unis : quels enseignements pour l'assurance maladie française ?

Victor G. Rodwin est Professeur en gestion et politique de santé à la Wagner School (New-York University) et consultant. Il exerce également ces deux activités en France et est donc bien placé pour tirer les enseignements que permet la comparaison des deux systèmes de santé, en particulier après le vote de la réforme Obama.
Dans les deux pays, le coût de la santé est globalement très élevé, et se traduit par des difficultés d'accès aux soins de certaines populations, particulièrement fortes aux États-Unis avant la réforme.

Victor Rodwin

Professeur de Management de la santé, Wagner Graduate School of Public Service (New York)

La présente publication ne peut être vendue

institut DIDEROT

FONDS DE DOTATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ÉCONOMIE SOCIALE RÉGI PAR LA LOI N°2008-776 DU 4 AOÛT 2008 - SIRET N° 513 746 651 00019

11, place des 5 martyrs du lycée Buffon 75014 Paris / T. +33 (0)1 53 10 65 60 / F. +33 (0)1 53 10 65 36
contact@institutdiderot.fr / www.institutdiderot.fr

Conception 4uatre.fr - Réalisation www.idcomm.fr - Imprimé sur papier issu de forêts gérées durablement.