L'Obamacare au temps de Trump

Anne-Laure Beaussier

▶ **To cite this version:**

Anne-Laure Beaussier. L'Obamacare au temps de Trump. Les Tribunes de la santé : Sève, 2020, 2020/3 (65), pp.61 - 68. 10.3917/seve1.065.0061 . hal-02978171

HAL Id: hal-02978171

https://sciencespo.hal.science/hal-02978171

Submitted on 19 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'Obamacare aux temps de Trump

Anne-Laure Beaussier

Chargée de Recherche au CNRS
Centre de Sociologie des Organisations, Sciences Po Paris

Article accepté pour publication par les Tribunes de la Santé, publié sous la référence :

Beaussier Anne-Laure, « L'*Obamacare* au temps de Trump », *Les Tribunes de la santé*, 2020/3 (N° 65), p. 61-68. DOI : 10.3917/seve1.065.0061.

Lien vers article publié : https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2020-3-page-61.htm

Résumé

Dix ans après son passage, toujours relativement intacte malgré les nombreuses tentatives républicaines d'abrogation totale ou partielle, l'Obamacare a permis de ralentir la croissance des dépenses de santé et d'améliorer significativement l'accès aux soins de la population. Elle a permis à près de 20 millions de personnes qui en étaient privés auparavant d'obtenir une assurance santé. 30 millions de personnes restent néanmoins non assurées, loin des promesses d'une couverture médicale « quasi » universelle entendus dans les discours démocrates en 2010. Quelques mois avant les élections présentielles de Novembre 2020 et en pleine pandémie de Covid-19 ces limites appellent à réformer la réforme. Cet article revient sur les avancées et sur les limites de l'Obamacare dix ans après son vote, ainsi que sur les inflexions menées sous les républicains.

Introduction

L'*Affordable Care Act* (ACA), aussi appelée Obamacare, est considérée comme la réforme la plus significative des politiques de santé américaines depuis la création de *Medicare* et *Medicaid* en 1965[1]. Au moment de son passage en 2010, 50 millions de personnes étaient privées d'assurance santé et les dépenses de santé, les plus élevées au monde, dépassaient les 17% du PIB. L'Obamacare ambitionnait d'améliorer l'accès de tous à des soins de qualité et de mener le pays sur le chemin d'une couverture maladie universelle, tout en contenant la croissance des dépenses de santé. Elle prenait acte de la crise que traversait le système de santé américain depuis les années 1980s, alimentée par une envolée des prix des assurances et des actes médicaux et par le déclin des assurances privées collectives et professionnelles qui

[1] Il s'agit des deux principaux programmes d'assurance maladie publics, qui ensemble assurent aujourd'hui plus de 80 millions de personnes *Medicare* assure l'ensemble des américains de plus de 65 ans sur la base de cotisations sociales versées au cours de la vie professionnelle et *Medicaid* est une couverture santé ciblée sur les plus pauvres et gérée par chacun des 50 états fédérés

avaient constitué jusque-là un des piliers du compromis social américain. Elle a encouragé des formes alternatives de couverture santé publique et privée, en renforçant et subventionnant le marché de l'assurance privée individuelle, qui jusque-là n'était que marginal et souffrait d'importantes défaillances de marché.

Pour ce faire, la réforme a créé une obligation individuelle d'assurance qui peut être une assurance individuelle, une assurance professionnelle, ou encore une couverture fournie par *Medicare* ou *Medicaid*. En contrepartie, elle facilite l'accès à la protection maladie en élargissant les conditions d'accès à *Medicaid* aux personnes dont les revenus sont en-dessous de 138 % du seuil de pauvreté fédéral et harmonise les critères d'éligibilité et garanties de couverture entre les états participant au dispositif. Elle a également mis en place des *Health insurance marketplaces*, des centrales d'achat en ligne au sein desquelles différents assureurs se positionnant sur le créneau des assurances individuelles (*non group insurance*) proposent polices en compétition sur la qualité et sur les prix. Les assurances proposées au sein de ces *Marketplaces* sont encadrées par les pouvoirs publics. Elles répondent à des garanties minimales de couverture et ne peuvent refuser de couvrir les personnes présentant des antécédents médicaux ou leur proposer des tarifs prohibitifs. En outre, des subventions et crédits d'impôts ont été créées pour les individus ne bénéficiant pas d'une assurance collective dont les revenus se situent entre 130 et 400 % du seuil de pauvreté fédéral afin de les inciter à souscrire une assurance santé (Beaussier, 2016).

Après des débuts assez chaotiques, rendus plus difficiles encore par les efforts d'obstruction des républicains très opposé à la réforme depuis son vote en 2010, quel bilan dresser des avancées opérées par l'Obamacare ? Cet article revient sur ses avancées et sur ses limites dix ans après son passage, ainsi que sur les inflexions menées sous les républicains.

Une réforme encore largement intacte

Les républicains ont tenté plus de soixante-dix fois d'abroger l'Obamacare depuis son vote en 2010. Jusqu'en 2016, la plupart de ces initiatives n'avaient aucune chance de passer car auraient fait l'objet d'un veto du Président Obama. Lorsque Donald Trump arriva à la Maison Blanche en Novembre 2016, les Républicains redoublèrent leurs efforts pour abroger les principales mesures de l'Obamacare. Cependant ces initiatives n'eurent pas beaucoup plus de succès car les majorités républicaines au Congrès étaient limitées, tout particulièrement au Sénat où le groupe républicain ne comptait que 51 sénateurs sur 100. La principale tentative d'abrogation de L'ACA, l'*American Health Care Act*, aussi surnommé *Trumpcare* déposée au printemps 2017 ne passa pas faute de soutien suffisant.

Face à l'absence de consensus au sein d'une majorité républicaine trop ténue au Sénat pour permettre le moindre désistement, l'abrogation de l'Obamacare fut abandonnée au profit d'une stratégie de démantèlement progressif. Elle s'incarna dans la réduction progressive des ressources allouées à l'Obamacare dans les budgets votés annuellement par le Congrès, par un usage extensif par Trump de décrets présidentiels pour affaiblir le cadre réglementaire de l'ACA et réduire les garanties de couverture et standards de qualité crées en 2010 (Jones et al. 2018). Enfin, le *Tax Cut and Job Act* de *2017*, la grande réforme fiscale de Trump, comportait

une disposition qui abrogeait de fait l'obligation individuelle d'assurance en la rendant inapplicable car supprimant la pénalité financière dont devaient s'acquitter ceux qui ne souscrivaient pas une assurance santé. Cette annihilation de fait de l'obligation individuelle fit craindre que l'ensemble de l'architecture de l'Obamacare s'effondre, tout particulièrement le dispositif des *health exchanges* et avec lui les protections des consommateurs mises en œuvre par Obama, mais ces craintes ne sont pas encore devenues une réalité.

La contestation de l'Obamacare se manifesta aussi sur le plan légal par des recours auprès de la Cour Suprême. Bien que laissant relativement intacte l'architecture de la réforme, ces recours ont toutefois infléchi certaines de ses mesures. La Cour fut saisie à trois reprises : une première fois en 2012 (NFIB vs. Sebelius), une seconde en 2015 (King vs. Burrel) et la troisième est toujours en cours et devrait être examiné à partir de l'automne 2020 (Texas vs. The United States). A chacune de ces occasions, la Cour Suprême a confirmé la constitutionalité de l'ACA. Son action la plus importante remonte à 2012, lorsqu'elle a statué que l'expansion de *Medicaid* voulue obligatoire par l'Obamacare n'était pas constitutionnelle et devait rester un libre choix des états fédérés.

De façon générale, les mesures prises pendant la présidence de Trump n'ont pas signé la fin de l'Obamacare, ni de ses principaux dispositifs. Bien que deux millions de personnes aient perdu leur assurance santé depuis 2016, principalement des personnes souscrivant une assurance au sein des *Health Insurance Marketplaces* (passant de 13 à 11 millions de personnes), les données les plus récentes montrent depuis une stabilisation de ces structures (Keith, 2020). Ainsi, en dépit de conflits politiques, l'ACA s'est progressivement installée dans le quotidien des américains, ce qui a rendu en retour son abrogation plus couteuse politiquement.

Ralentissement de la croissance des dépenses de santé et baisse du nombre de non-assurés :

Dix ans après son passage, toujours relativement intacte malgré les nombreuses tentatives républicaines d'abrogation totale ou partielle, la croissance des dépenses de santé a quelque peu ralenti, passant de 17,3% du PIB en 2010 à 17.9% en 2018, soit une croissance annuelle cinq fois moins rapide qu'au cours des années 2000[2]. Sa réussite la plus visible est cependant l'amélioration de l'accès des états-Uniens à une assurance santé (Glied et al. 2020). Dix ans après son passage, le nombre de non-assurés a substantiellement baissé. Vingt millions de personnes ont gagné une assurance santé[3].

Ces gains de couverture sont d'abord liés à l'expansion de *Medicaid* dans la plupart des états américains (Frean, Gruber, Sommers, 2017)[4], qui a permis à plus de 15 millions de personnes de bénéficier d'une assurance maladie. Ce programme couvre aujourd'hui plus de 20% de la

[2] https://www.npr.org/2019/12/23/790687286/examining-health-care-spending-since-obamacare
[3] https://www.kff.org/uninsured/issue-brief/key-facts-about-the-uninsured-population/
[4] Fin 2019, 39 états fédérés sur 50 ont adopté l'expansion de *Medicaid* prévue par Obamacare.

population américaine soit un peu plus de 65 millions de personnes[5]. Sur le moyen et long terme, l'expansion de *Medicaid* prévue par l'Obamacare s'inscrit une montée en puissance continue de cette politique et plus généralement incarne le renforcement de l'état dans le financement de la protection maladie américaine depuis quarante ans. Bien que contre-intuitive lorsque l'on pense au contexte politique des Etats-Unis, la participation des pouvoirs publics au financement de la couverture santé de ses citoyens a connu une augmentation continue depuis les années 1980s, au moment même où, paradoxalement, la rhétorique Reaganienne prônait un retrait de l'Etat. Face à un marché des assurances santé présentant de plus en plus de dysfonctionnements, le gouvernement fédéral américain a, de fait, assumé une proportion croissante du risque maladie et absorbé une partie des laissés pour compte de l'assurance privée. Alors que *Medicaid* couvrait 4 millions de personnes à ses débuts en 1965, le nombre de bénéficiaires atteignit 20 millions entre les années 1970s, 40 millions en 2000 (Klemm, 2000) et 65 millions aujourd'hui.

À côté de *Medicaid*, le dispositif des *Health Insurance Marketplaces* a permis à plus de 11 millions de personnes de bénéficier en 2019 d'une assurance santé subventionnée et régulée. Cinq millions de personnes auparavant non-assurées ont souscrit une assurance via les *marketplaces* (Glied 2020). Les assurances individuelles ont progressé grâce à l'Obamacare, mais sans doute moins que ne l'avaient espéré les architectes de la réforme de 2010, et les dispositifs de stabilisation du marché mis en place n'ont pas permis d'en corriger toutes les défaillances (Glied & Jackson 2018).

Un démarrage en demi-teinte pour les « health insurance marketplaces » :

Dispositif central des nouvelles régulations introduites par l'Obamacare, les *Health insurance Marketplaces* sont entrées en fonction en janvier 2014. A mi-chemin entre comparateur d'assurances et agence de régulation, ces structures devaient faciliter la souscription d'une assurance santé de qualité et abordable pour tous les américains non couverts par une assurance professionnelle ou par un dispositif public (Medicare et Medicaid). Conjuguées à une obligation d'assurance et à des subventions pour les foyers gagnant jusqu'à 400 % du seuil de pauvreté fédéral[6], elles devaient améliorer la compétition entre assureurs et faciliter le choix des consommateurs.

Dans les faits cependant, les premières années de ces *Marketplaces* furent difficiles, ce qui fit douter de la pertinence de ces structures et renforça la rhétorique républicaine en faveur de l'abrogation de l'Obamacare. Face à la nouveauté de ce dispositif, les assureurs participant aux *Marketplaces* ont largement sous-évalué les besoins de leurs assurés, une population à faibles revenus, longtemps privée de protection maladie, dont les besoins en soins médicaux ont excédé toutes les prévisions (Holahan, Blumberg, Wengle, 2016). Les polices furent d'abord relativement bon marché, mais les assureurs subirent des pertes financières importantes en

[5] https://www.medicaid.gov/medicaid/program-information/medicaid-and-chip-enrollment-data/report-highlights/index.html. Ce nombre est porté à 72 millions si l'on ajoute le programme CHIP (Children Health Insurance Program) qui est lié à Medicaid.

[6] Cela correspond à un revenu annuel d'environ 50 000 $ pour un individu seul et 100 000 $ pour une famille de quatre personnes.

2015 et 2016 ce qui entraina un réajustement des prix des polices et une forte augmentation des tarifs dans les années qui suivirent (Levitt, Cox, Claxton 2017), autour de 20% pour la seule année 2017[7]. Outre l'augmentation des tarifs, les assureurs participant aux *Marketplaces* ont également réagi aux pertes des premières années en proposant des polices de moins bonne qualité, limitant le nombre et la variété des professionnels de santé accessibles aux assurés et augmentant les frais restant à leur charge.

Des différences géographiques importantes sont également apparues entre les états, qui ont exacerbé ces difficultés dans certaines régions. Le marché des assurances individuelles est devenu plus fragmenté et très hétérogène même à l'échelle des comtés en fonction des caractéristiques des territoires et du tissu médical local (Morissey et al. 2017). Le prix des polices pratiquées dans les différentes *health insurance marketplaces* présente des variations du simple au triple[8]. Le nombre d'assureurs en compétition dans ces structures est également très variable : Certains états comme le Wyoming ou le Delaware n'ont qu'un seul assureur. A l'inverse, le comté de Los Angeles compte sept assureurs, ou encore les comtés autour de New York City en comptent six[9]. Ces disparités mettent en lumière la complexité des mesures de régulation du marché des assurances individuelles au États-Unis, car il ne s'agit pas d'encadrer un marché unique, mais plutôt une multitude de marchés avant tout locaux, dont les spécificités dépendent des caractéristiques du territoire. En règle générale, l'Obamacare fonctionne mieux dans des zones urbaines et aisées, richement dotées en prestataires de santé. Dans les zones plus rurales et plus pauvres, dans des déserts médicaux, la compétition entre plans d'assurance ne fonctionne pas, les tarifs pratiqués par les assureurs y sont aussi plus élevés (Morissey et al. 2017).

Ceci étant dit, après des mesures d'ajustement assez brutales entre 2016 et 2018 les *health insurance marketplaces* semblent aujourd'hui se stabiliser sur l'ensemble du territoire. Les assureurs ont déclaré des marges moyennes positives en 2019 et 2020 et un nombre croissant de compagnies d'assurance montrent une volonté de réintégrer le dispositif. Les tarifs moyens des polices ont aussi légèrement baissé entre 2018 et 2020[10], en dépit des mesures prises par l'administration Trump pour fragiliser l'Obamacare.

L'Obamacare et les états fédérés sous Trump : une dévolution de la mise en œuvre

Ces disparités territoriales, qui ne sont pas nouvelles, ont pourtant été renforcées sous l'administration Trump (Wright et al. 2019). L'autonomie des états vis-à-vis du cadre fédéral et l'augmentation de leurs marges de manœuvres en matière de politiques de santé a été encouragée par l'administration Trump et représente un thème classique du programme santé des républicains – globalement hostile à tout renforcement des prérogatives du niveau fédéral

[7] Les plans de base sont passés en moyenne de 270 $ en 2014 à 356 $ par mois en 2017 et 481$ en 2018.
[8] Ainsi, en 2020, les contrat d'assurance de base atteignaient un peu plus 880 $ par mois dans le Wyoming, mais seulement 309 $ dans le Minnesota (source: Kaiser Family Foundation)
[9] kff.org/private-insurance/issue-brief/insurer-participation-on-aca-marketplaces-2014-2020/
[10] https://www.kff.org/health-reform/state-indicator/average-marketplace-premiums-by-metal-tier/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D

en matière de politique sociale. Cette recomposition des responsabilités en faveur des états fédérés fut d'abord liée à l'expansion de *Medicaid* qui est depuis la décision de la Cour suprême de 2012 laissée à la discrétion des états.

Elle touche également depuis 2017 à la question de l'obligation individuelle d'assurance et à sa pénalité. Avec la suppression de cette disposition au niveau fédéral, la question a été transférée aux états fédérés, qui ont dû décider d'adopter ou non une mesure similaire à leur échelle territoriale. De ce point de vue, les positions adoptées sont assez hétérogènes (Gais, Gusmano, 2020). Les états conservateurs comme le Texas ou la Floride, fermement opposés à l'Obamacare, ont simplement supprimé le dispositif. Parmi les états soutenant l'ACA, certains ont réintroduit cette obligation à l'identique[11] sur leur territoire comme Washington DC, d'autres ont modifié le dispositif comme le New-Jersey, la Californie ou le Maryland. D'autres états ont simplement décidé de se passer de cette pénalité. C'est le cas du Vermont considérant cette pénalité comme une taxe régressive et inéquitable (Vermont Individual Mandate Working Group, 2018). L'état de New-York a simplement décidé que ce dispositif n'était pas utile, et qu'une expansion de *Medicaid* couplée avec des subventions supplémentant les subventions fédérales de l'Obamacare atteindraient un meilleur résultat et permettraient à davantage de foyers à faibles et moyens revenus de bénéficier d'une assurance santé.

Cette dévolution de l'Obamacare sous Trump est également passée par un usage fréquent des expérimentations se fondant sur la Section 1332 de l'ACA, une disposition relativement marginale de la réforme mais devenue importante sous l'administration Trump. Elle autorise les états à expérimenter des politiques complémentaires ou remplaçant celles de l'Obamacare tant que les exigences de cette dernière en termes d'accessibilité et de qualité de la protection maladie sont respectées (Wright et al. 2019). Treize états ont candidaté pour lancer une expérimentation section 1332 au cours du Mandat de Trump et autant sont sur la voie de le faire. A l'heure actuelle, quatre d'entre eux ont été approuvés. Parmi eux, l'Alaska, le Minnesota et l'Oregon ont proposé de mettre en place un programme de réassurance pour stabiliser le marché des assurances individuelles en compensant les pertes encourues par les assureurs opérant au sein des *Health insurance Marketplaces* en l'absence d'obligation d'assurance applicable. Les premiers résultats montrent que les mécanismes de réassurance garantis par les pouvoirs publics se sont révélés relativement efficaces, la croissance des polices d'assurance au sein des Marketplaces a ralenti et ces structures ont retrouvé une certaine attractivité auprès des assureurs, comme l'ont montré l'expérience de l'Alaska, du Minnesota et de l'Oregon (Wright et al. 2019).

Conclusion : L'Obamacare et la campagne présidentielle de novembre 2020

Au total, malgré les conflits politiques qu'elle a suscités et ses débuts chaotiques, l'*Obamacare* est toujours présente et relativement indemne. Elle est aussi de mieux en mieux acceptée par

[11] En decembre 2019, 9 états avaient introduit une obligation individuelle d'assurance dans leur légilsation: la Californie, Washington DC, le Massachusetts, le New Jersey, le Rhodes Island et le Vermont. 5 états supplémentaires étaient en voie de le faire: le Connecticut, Hawaï, le Maryland, le Minnesota et l'état de Washington.

l'opinion publique. Une majorité de la population soutient aujourd'hui les mesures mises en place, y compris dans l'électorat de Donald Trump, en partie composé de foyers modestes bénéficiaires des subventions créées. Ce soutien non seulement protège la réforme mais crée ce que la science politique appelle des « effets rétroactifs », à même d'altérer durablement les termes des débats sur les questions de santé (Jacobs & Mettler, 2020). Paradoxalement, les limites mêmes de l'*Obamacare* pourraient porter en elles les germes de réformes plus ambitieuses.

Du côté Démocrate, il existe un consensus croissant autour de l'élargissement des dispositifs d'assurance publics existants afin de couvrir ceux qui restent non-assurés. De ce point de vue, le programme démocrate, tel qu'incarné par le candidat démocrate Joe Biden, représente une prolongation logique de l'ACA. Il soutient l'expansion des conditions d'éligibilité aux programmes existants et en particulier *Medicare* et *Medicaid* sans pour autant se substituer complètement aux assurances privées. Ces extensions passeraient soit par l'élargissement des critères d'éligibilité actuels (par exemple avancer l'âge d'éligibilité à Medicare à 50 ans), soit par leur ouverture facultative à l'ensemble de la population, en créant ainsi une « option publique » dans le paysage d'assurances privées existant aujourd'hui. Cette dernière option apparait comme la plus consensuelle parmi les électeurs démocrates. Point de division majeur de la majorité démocrate au Congrès en 2010, le thème de la création d'une *public option* revient aujourd'hui en force. Elle est aujourd'hui soutenue par une majorité de Démocrates et son insistance sur la notion de « choix » entre une assurance privée et publique dans le contexte post-obamacare et post-covid-19 pourrait lui valoir le soutien des centristes.

Côté républicain, les années Trump ont permis l'émergence et l'expérimentation de nouveaux mécanismes de soutien du marché des assurances privées qui sortent des outils traditionnels des politiques sociales et empruntent au registre de l'assurance et de l'économie de l'assurance. Le programme santé républicain, tel qu'esquissé depuis quatre ans, semble se diriger vers la promotion de mécanismes de réassurance au travers desquels l'état garantirait et encouragerait la solvabilité des assureurs privés, tout en mettant en œuvre des subventions importantes aux assurances pour qu'elles prennent en charge les personnes ou les maladies particulièrement chères (les *high risk pools*). Le principe d'une telle répartition des risques entre pouvoirs publics et assurances privées n'est pas nouveau. Il était déjà présent au moment du compromis de 1965 qui a créé Medicare et Medicaid, mais il prend une nouvelle forme et s'appuie sur de nouveau instruments, dont il sera intéressant de suivre le développement dans les prochaines années.

Références :

Frean, M., Gruber, J., & Sommers, B. D. (2017). Premium subsidies, the mandate, and Medicaid expansion: Coverage effects of the Affordable Care Act. *Journal of Health Economics, 53,* 72-86.

Gais, T. L., & Gusmano, M. K. (2020). Putting The Pieces Together Again: American States and the End of the ACA's Shared Responsibility Payment. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, *45*(3), 439-454.

Glied, S. A., & Jackson, A. (2018). Who Entered and Exited the Individual Health Insurance Market Before and After the Affordable Care Act?. *Issue Brief Commonwealth Fund*, 1-18.

Glied, S. A., Collins, S. R., & Lin, S. (2020). Did The ACA Lower Americans' Financial Barriers To Health Care? A review of evidence to determine whether the Affordable Care Act was effective in lowering cost barriers to health insurance coverage and health care. *Health Affairs*, *39*(3), 379-386.

Holahan, J., Blumberg, L. J., & Wengle, E. (2016). *What Does the Failure of Some Co-ops and the Possible Pullout of United Healthcare Mean for the Affordable Care Act?*. Urban Institute.

Jacobs, L. R., & Mettler, S. (2020). What Health Reform Tells Us about American Politics. *Journal of Health Politics, Policy and Law*.

Jones, D. K., Gusmano, M. K., Nadash, P., & Miller, E. A. (2018). Undermining the ACA through the executive branch and federalism: What the Trump administration's approach to health reform means for older Americans. *Journal of aging & social policy*, *30*(3-4), 282-299.

Keith, K. (2020). "Final Marketplace enrollment data for 2020". *Health Affairs Blog*, April 2, 2020. https://www.healthaffairs.org/do/10.1377/hblog20200402.109653/full/

Klemm, J. D. (2000). Medicaid spending: A brief history. *Health Care Financing Review*, *22*(1), 105.

Levitt, Larry, Cox, Cynthia, and Claxton, Gary. (2017) "Insurer Financial Performance in the Early Years of the Affordable Care Act." Kaiser Family Foundation, April 21.

McCue, M. J., & Hall, M. A. (2017). How Have Health Insurers Performed Financially Under the ACA's Market Rules?. *Issue Brief (Commonwealth Fund)*, *2017*, 1-9.

Morrisey, M. A., Rivlin, A. M., Nathan, R. P., & Hall, M. A. (2017). Five-state study of ACA marketplace competition: A summary report. *Risk Management and Insurance Review*, *20*(2), 153-172.

Rae, M., McDermott, D., Levitt L., Claxton G. (2020) "Long-term trends in Employer-Based Coverage", Health System Tracker, Kaiser Family Foundation, Brief released on April 2020 https://www.healthsystemtracker.org/brief/long-term-trends-in-employer-based-coverage/

Vermont Individual Mandate Working Group. 2018. "Individual Mandate: Report of the Individual Mandate Working Group." November 2018 ratereview.vermont.gov/sites/dfr/files/2018/Individual%20Mandate%20Working%20Group-%20Public%20Comment%20Draft.pdf.

Wright, B., Porter, A., Singer, P. M., & Jones, D. K. (2019). The devolution of health reform? A comparative analysis of state innovation waiver activity. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, *44*(2), 315-331.