

LE SYSTÈME DE SANTÉ EN ANGLETERRE

PAR CHRISTINE THAYER*

CNAM

ET DOMINIQUE TONNEAU**

École des Mines de Paris, Centre de Gestion Scientifique

* Christine Thayer a été directeur d'hôpital, au sein du NHS en Angleterre pendant une quinzaine d'années, avant de venir en France, où elle a exercé des responsabilités de chargée de mission au Ministère de la Santé, avant de collaborer aux enseignements et recherches du CNAM

** Dominique Tonneau est professeur et chercheur à l'École des Mines de Paris, Centre de Gestion Scientifique

Le système anglais de santé, le National Health Service, est un système très majoritairement public, financé directement par l'impôt et dont la mise en place, après la seconde guerre mondiale, en 1948, posait comme principe l'accès gratuit aux soins. Il en est résulté un système un peu atypique parmi les autres grands pays européens (exception faite de l'Italie), où l'État jouait un rôle tout-à-fait majeur : financeur prépondérant du système, il structurait lui-même l'offre de soins et assurait la régulation de l'ensemble et ce, jusqu'à la réforme mise en place au début des années 90.

RAPPELS SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ ANGLAIS

L'offre de soins

Chaque citoyen britannique qui souhaite bénéficier des prestations du NHS doit s'inscrire chez un médecin généraliste auquel il entend faire confiance, choisi sur une liste de généralistes sous contrat avec le NHS (ce qui est la cas de l'immense majorité). L'organisme administratif chargé de coordonner l'offre et la demande, la *Family Health Service Authority*, FHSA, est informée de son choix. Il s'agit d'un organisme local, dont le territoire correspond souvent à celui d'un comté. Les

généralistes n'ont pas le droit de s'installer dans des zones à trop forte densité médicale, et il existe des incitations financières pour les orienter vers des zones à faible densité. Depuis 1948, la dispersion entre zones s'est réduite.

Chaque médecin est, en effet, sous contrat avec le FHSA qui le rémunère en proportion de la clientèle inscrite chez lui et, dans une moindre mesure, en fonction de certains actes qu'il effectue (vaccinations, frottis, etc.). Sa clientèle ne peut donc excéder une certaine taille.

Le malade est toujours libre par la suite de changer de médecin, mais pour ce faire, il doit au préalable demander sa désinscription de la liste de son premier médecin, puis se faire inscrire chez un autre. Mais la tradition veut que les patients changent rarement de généraliste.

Ajoutons que ce médecin généraliste (*General Practitioner*, dit G.P.) constitue la filière

d'entrée obligée dans le système de soins. Les spécialistes, les laboratoires et les services d'imagerie se trouvent normalement dans les hôpitaux ; cela dit, les cabinets de groupe ont une taille suffisante pour pouvoir faire venir des spécialistes hospitaliers dans leur enceinte et offrir ainsi à leur clientèle une prestation de consultation de spécialiste.

C'est uniquement sur avis de son médecin généraliste que le malade pourra aller consulter à l'hôpital, ou s'y faire admettre en séjour (à part, bien entendu, en cas d'urgence).

Les hôpitaux sont essentiellement semi-indépendants, gérés par des fondations, ce sont les *Trust Hospitals*. Auparavant (avant la réforme de 1990), il s'agissait d'hôpitaux publics, les *District Hospitals*, directement administrés par les autorités de tutelle, les *District Health Authorities*, elles-mêmes responsables devant les *Regional Health Authorities*. Il s'agissait donc d'un système très fai-

blement concurrentiel, où l'accent était mis au contraire sur la coordination optimale des moyens à l'échelle de chaque région.

Cette caractéristique du système britannique lui a, certes, permis d'être à peu près le seul pays en Europe à avoir su juguler ses dépenses de santé (environ 6% du PIB), mais au prix, estimaient certains, non de la qualité des soins, mais à tout le moins de la qualité de service. Les délais d'attente, hors urgence, étaient souvent très longs pour pouvoir être hospitalisé ou même pour avoir accès à un spécialiste.

C'est ce qui explique, d'une part, l'existence d'une médecine privée en parallèle, totalement hors NHS, dont l'importance quantitative est très faible (environ 8% des lits d'aigus), mais en augmentation durant les deux dernières décennies et, d'autre, part les réformes du NHS, intervenues en 1991 et que nous exposons ci-après.

Les caractéristiques de son système de santé ont certes permis à la Grande-Bretagne d'être à peu près le seul pays en Europe à avoir su juguler ses dépenses de santé mais, selon certains, au prix, non de la qualité des soins, mais, à tout le moins, de la qualité de service.

Le système de financement

Le financement du système de santé en Angleterre est, comme on l'a dit, majoritairement fiscalisé (85%), le reste étant à la charge d'assurances nationales, ou financé par des assurances privées complémentaires, une contribution étant demandée aux malades pour les médicaments en externe, les soins dentaires ou oculaires.

Ce financement se fait à partir du Ministère (*Department of Health*), qui fixe l'enveloppe globale des dépenses de santé pour l'ensemble du pays.

Ce budget est alors réparti entre les huit régions sanitaires, grâce à une formule où entre en ligne de compte la population totale de la région, pondérée par des coefficients représentatifs de l'âge, des spécificités locales, ou de critères sociaux.

Une allocation en capital est également prévue : tous les projets doivent être approuvés par le Ministère du Budget et justifiés en termes de rentabilité d'investissement. Chaque année, cette enveloppe est revalorisée en tenant compte du montant antérieur, du vieillissement de la population et des installations, des innovations apparues, du taux d'inflation prévu, et de considérations politiques. Le Ministère gère par ailleurs lui-même la répartition d'une enveloppe destinée à la recherche et à l'enseignement.

Chaque région est découpée en une vingtaine de districts, correspondant en général à la zone d'influence d'un hôpital principal (*district hospital*), et coiffe donc plusieurs *District Health Authorities* (DHA) et *Family Health Authorities* (FHA), pour leur allouer des budgets séparés.

Le FHSA finance les généralistes, dentistes et oculistes, et les pharmacies de ville pour les médicaments que ces médecins prescrivent.

Dans la pratique, le FHSA prévoit un budget annuel fondé sur les dépenses constatées de l'exercice précédent, augmenté d'un taux d'évolution prévue de la demande.

Le budget des médicaments est particulièrement suivi, la moyenne des prescriptions par généraliste est calculée ; en cas de dépassement trop élevé, une enquête peut être déclenchée, mais en cas de dépense inférieure à la moyenne, un certain pourcentage d'intéressement est restitué au médecin.

Le *District Health Authority*, (environ cent quatre-vingt-dix en Angleterre au départ, mais un certain nombre de fusions ont eu lieu, qui ont abouti à des *Commissioning Agencies* assez hétérogènes) finance, outre les dépenses de fonctionnement des hôpitaux d'aigus, celles de *Community services* (services sociaux divers, personnes âgées, handicapées, ambulances). Dans la pratique, son budget lui est attribué par la région sur la base de

la population desservie, mais aussi, avant 1991, des installations qu'il avait à faire fonctionner. Le district était alors en prise directe sur les hôpitaux et les *Community Units* qui dépendaient entièrement de lui pour leur budget, et sur lesquels il exerçait une tutelle très étroite. Un des points capitaux de la réforme de 1991 consiste justement à faire évoluer cette formule dans un sens qui ne retient plus que l'importance de la population pondérée.

La démographie médicale est maîtrisée par le fait que le FHSA doit approuver l'installation d'un nouveau médecin, et qu'il dispose, pour ce faire, d'indicateurs fixant un taux maximum par rapport à la population d'une zone.

Dans le cas de régions défavorisées quant à leur encadrement médical, le FHSA peut attribuer des primes pour attirer de jeunes médecins. Dans la réalité, le recours à cet artifice est très limité, et on constate le même taux d'encadrement médical dans toutes les régions.

La régulation du système avant la réforme de 1991

La régulation du système était entièrement le fait de l'État et de ses agences locales, puisqu'il était maître de tous les aspects.

Les budgets hospitaliers étaient fixés de façon contraignante par les DHA. Pour bloquer les dépenses de santé, dans ce système qui n'était que déconcentré et non décentralisé, le gouvernement n'a eu qu'à interdire tout dépassement de ces budgets calculés (réforme Griffith de 1985, auparavant les dépassements pouvaient être récupérés sur le budget de l'année suivante).

Les responsables de région ou de district qui n'arrivaient pas à tenir leur budget de façon répétée encourageaient le risque d'être licenciés, ou de subir des réajustements de leurs salaires.

La croissance des dépenses hospitalières a été ainsi effectivement maintenue à un niveau très inférieur à celui des autres pays européens.

Par ailleurs, ce dispositif laissait le district, ou la région, libre de programmer en concertation les redéploiements qui pourraient leur apparaître pertinents. Ainsi, les fermetures de lits du secteur psychiatrique ont-elles pu s'opérer plus rapidement et plus aisément que dans d'autres pays.

Mais cet encadrement de plus en plus fort des dépenses pendant les années quatre-vingt se traduit par des effets politiques et une exploitation médiatique d'un certain nombre de cas de patients « victimes » de ces blocages budgétaires. Ceci poussait à utiliser au mieux les budgets disponibles.

Le libéralisme thatchérien

La décennie des années quatre-vingt a vu la présence au pouvoir d'un courant idéologiquement très marqué du parti conservateur, incarné par Madame Thatcher. A l'heure de la privatisation de pans entiers de l'économie britannique relevant jusque là du secteur public, la permanence en Angleterre d'un système de santé entièrement nationalisé, l'un des seuls en Europe, lui est apparue comme particulièrement incongrue. Dans cette remise en cause, le gouvernement s'appuyait sur plusieurs constats :

- d'abord, la croissance des dépenses de santé se poursuivait, certes à un rythme inférieur à celui de ses voisins européens, mais au-delà de ce que le gouvernement jugeait souhaitable ;
- il semblait y avoir place pour un secteur privé de la santé, ici beaucoup plus petit que dans la plupart des pays OCDE ;
- ensuite, l'efficacité du système de soins n'apparaissait pas optimale, notamment en raison des délais d'attente à l'hôpital ;
- enfin, la tutelle omniprésente des districts sur les hôpitaux ne laissait que peu de liberté de gestion aux responsables hospitaliers, et conduisait à une certaine déresponsabilisation de tous les acteurs du système.

Après une année d'études, et la publication d'un Livre Blanc (*White paper*) sur la santé (1989), le gouvernement a donc lancé une réforme en avril 91, fondée sur l'introduction de « mécanismes type marché ». Nous examinons ci-après les grands traits de cette réforme, dont l'impact sur le NHS a été considérable.

DE NOUVELLES RÈGLES ENTRE ACTEURS

L'essentiel de la réforme réside dans le changement des attributions de chacun des acteurs. C'est, en particulier, le cas des rapports entre le district et les hôpitaux, entre les médecins généralistes et les hôpitaux.

Un district acheteur de services

Le rôle du district, en particulier, est complètement changé. De financeur des établissements de sa zone géographique, il devient « ache-

teur », pour le compte de sa population, auprès d'établissements situés en théorie n'importe où sur le territoire national, mis par lui « en concurrence » en termes de prix et de qualité de service. Les *Commissioning Agencies*, héritières des districts, ont pour responsabilité première de déterminer les besoins de santé de leur zone, d'acheter des services pour répondre à ces besoins, et d'améliorer la situation sanitaire par l'éducation, la prévention et autres moyens. Les achats se font sous la forme de contrats annuels, dont nous précisons la nature.

Jusqu'à la demande de la population de la zone se manifestait par l'intermédiaire de la première ligne des médecins généralistes, qui choisissaient l'hôpital auquel ils souhaitaient adresser leurs patients. En ce sens, les patients pouvaient très bien se faire hospitaliser hors de leur district, mais c'est alors le district de l'hôpital qui finançait leur séjour. Il n'y avait pas de rétribution claire pour cet hôpital, ni échange de prestations entre districts. Le système restait fondé sur des budgets établis hôpital par hôpital, sur la base de coûts historiques, et d'augmentations progressives.

Dorénavant, le district, représentant non plus ses établissements mais sa population, aura un budget fondé sur sa population et son épidémiologie. Ainsi, par exemple, les budgets iront aux districts de banlieue, quitte à ce que ces derniers achètent auprès des hôpitaux londoniens l'accès à certains services pour les malades qui relèvent de leur juridiction.

Pour les cas où un patient arrive à un hôpital pour lequel le district n'a pas de contrat (adressage par son GP, ou arrivée en urgence, ou personne en déplacement hors de sa région), des sommes sont prévues en marge de l'enveloppe du district, (les *Extra-contractual Referrals*). Ces sommes représentaient au début 1 à 2% du budget total, mais il semble ne plus y avoir, actuellement, de limite posée a priori.

Cela dit, le district conserve la tutelle de quelques rares établissements de sa zone, selon les anciennes modalités.

La délégation d'achats à des cabinets de groupe

Dans cette réforme, les généralistes perdent donc une certaine marge de liberté, celle de choisir l'établissement le plus approprié, à leurs yeux, pour leur patient. L'idée était que leur faible taille ne leur permettrait pas de négocier des contrats à armes égales avec les districts. Or, la plupart des médecins généralistes se sont regroupés en cabinets de groupe, à la fois pour rationaliser l'utilisation de moyens matériels, pour bénéficier des apports mutuels complémentaires que facilite

la proximité, et tirer parti d'incitations financières. Certains de ces cabinets ont atteint une taille assez importante, (entre trois et six médecins en majorité, et de dix à vingt mille patients environ).

Dans le cadre de la réforme, les régions délèguent à ces cabinets un certain budget (dans la pratique, une taille de sept mille patients inscrits sur les listes est considérée comme suffisante), et le droit de passer eux-mêmes contrat avec les hôpitaux de leur choix pour le traitement d'un nombre déterminé de malades.

Ces cabinets, qui gèrent directement un budget, sont donc appelés des *General Practice Fund Holders* (GPFH). Pour les malades hospitalisés, ces budgets couvrent le séjour à l'hôpital, mais aussi les soins externes, les examens de laboratoire et les médicaments ; ils ont été étendus aux soins infirmiers externes à partir de 1993.

Les malades traités au cabinet continuent à émarginer au budget des FHSA, comme chez les autres GP.

Comme les cabinets de groupe ne sont pas obligés de diriger leurs patients vers des hôpitaux du district, mais peuvent les adresser où ils veulent, des comités de coordination ont été mis sur pied.

Les types de contrats

Le Gouvernement suggérait de commencer par des contrats de la forme la plus simple, sachant que, par ordre de complexité croissante, on peut envisager :

- des contrats forfaitaires (« *Block contract* »), avec une somme fixe rémunérant l'accès à un type de service, le montant prévisionnel indicatif du flux correspondant étant, ou non, indiqué ;
- des contrats « coût-volume », (*cost and volume*) où la somme versée est liée à un nombre contractuel de traitements, valorisés sur la base des coûts de ces traitements, à définir ;
- des contrats « coût à l'unité » (*cost per case*), où l'on paye un prix convenu pour chaque malade de chaque type.

La directive gouvernementale suggérait de procéder – au départ – avec prudence, en calculant les contrats, sauf adaptation à la marge, sur les flux antérieurs de malades vers les différents établissements.

C'est ce qui semble s'être passé majoritairement, les districts passant contrat avec les hôpitaux où sont traités les malades de leur ressort, sur la base des flux et des coûts observés l'année précédente.

Mais il n'existe pas de nomenclature nationale, les flux pouvant être appréciés selon une typologie propre à chaque contrat.

Les nouvelles fonctions de l'hôpital

Alors qu'auparavant, l'hôpital percevait un certain budget et faisait, ensuite, au mieux usage des sommes dont il disposait, il n'est plus maintenant assuré d'aucune ressource, si ce n'est celle qu'il est capable d'obtenir des mandants de sa clientèle, à savoir les *Commissioning Agencies*, et les GPFH. Il doit donc développer une fonction de marketing, de fait sinon de nom, et doit, notamment, négocier ses budgets avec les acheteurs, notamment les GPFH, auxquels leur compétence médicale autorise des exigences plus grandes. Nous avons vu ci-dessus le type de contrat dans lequel ils peuvent s'engager. Les médecins hospitaliers se sentent donc davantage jugés que par le passé, certains se disent « *sous pression* » et leur comportement se modifie en conséquence. Ils se voient demander des comptes par leur collègues généralistes en termes de qualité des soins, certes, mais aussi en termes d'efficacité et de coûts, ce qui renverse les rapports hôpital - généraliste.

Cette fonction de marketing doit s'appuyer sur une meilleure planification de l'activité. Ceci suppose une meilleure information concernant l'activité de l'hôpital et une meilleure implication des médecins dans le processus d'élaboration des prévisions. En particulier, dans la logique d'une dynamique de développement que les hôpitaux mettent forcément en œuvre pour attirer les moyens en provenance des *Agencies* et des GPFH, il faut se fonder sur les opportunités présentées par le corps médical pour se lancer ou fermer telle ou telle activité.

Pour réaliser cette gestion de l'activité et du suivi des contrats, les hôpitaux ont mis en place des départements cliniques soutenus par des équipes de gestion assez étoffées, qui prennent en charge les aspects techniques et administratifs.

La logique de développement est parfois nettement affichée ; pour l'instant, le même service est prévu contractuellement pour tous les acheteurs mais, à terme, les gestionnaires n'excluent pas de pratiquer des prix et des services en relation, c'est-à-dire de différencier la qualité de service selon les contrats. Ils comptent sur l'effet d'affichage ainsi produit pour contraindre les acheteurs à accepter des prix supérieurs.

La fermeture d'une - ou plusieurs - salles semble rester le moyen de régulation le plus utilisé. En cas de dépassement de budget (et le contrat prévoit une dépense mensuelle par douzièmes du budget annuel), l'hôpital doit négocier avec la région, qui peut pousser les gestionnaires à diminuer la capacité de leur service, c'est-à-dire à fermer des salles. Il en est attendu une diminution marginale des coûts fixes, notamment par non-renouvellement des personnels intérimaires. A

terme, cette pratique pourrait évoluer, car l'hôpital, au lieu de fermer des lits, les laissera vides (ce qui revient au même pour lui) ; mais, au lieu qu'il s'agisse seulement d'une moindre capacité, il y aurait alors une file d'attente de malades non satisfaits, et le district apparaîtrait comme le responsable de la pénurie.

Les *Trust Hospitals* ont la liberté de gérer l'activité et les budgets, de recruter et de mener leur propre politique salariale, mais leurs dépenses en capital sont soumises à autorisation du Ministère. Lors du changement de statut, l'ensemble des personnels des hôpitaux ont donc été repris par les *Trusts*, aux mêmes conditions que précédemment.

Mais, s'ils le souhaitent, ils pouvaient conclure de nouveaux contrats de travail avec la nouvelle Direction ; par ailleurs, les nouveaux personnels embauchés l'ont été à de nouvelles conditions. Ajoutons que le *Trust* peut regrouper plusieurs établissements ou unités, et qu'il peut essayer d'acquérir ou d'ouvrir d'autres unités, selon les règles du marché.

Les effets de la réforme

Cette réforme était faite pour produire plusieurs améliorations du système de santé :

- une meilleure connaissance des flux de malades, puisque ces flux font maintenant l'objet de contrats dûment quantifiés, selon chaque type de pathologie

mais, une fois encore, sans qu'une nomenclature uniforme soit imposée ;

- une modification des attributions des médecins généralistes : s'ils restent affiliés au district, ils perdent une certaine marge de liberté, puisqu'ils ne peuvent adresser leurs malades qu'aux hôpitaux sous contrat avec le district. Mais s'ils font partie d'un GPFH, ils disposent de moyens supplémentaires : le sens de la demande s'inverse, le généraliste peut mettre les hôpitaux en concurrence en termes de délais, de coûts et de qualité des soins, voire obtenir de meilleures prestations que le district ;

- une plus grande responsabilisation des directeurs d'hôpitaux, qui se voient maintenant placés en situation de chefs d'entreprise responsables, chargés de planifier leur activité et de négocier des contrats avec les acheteurs de soins. Il y a là une réforme majeure, qui a conduit à une redistribution complète des cartes dans le système de santé, voire à une explosion des activités, liée au développement des fonctions marketing et planification d'activité dans les hôpitaux ;

- une transformation du rôle des districts, qui sortent d'un rôle traditionnel de gérant du système hospitalier pour devenir, parfois, en collaboration avec les districts voisins, des acheteurs de services, plus préoccupés de qualité des soins, d'efficacité des coûts et de détermination des besoins de leur zone. Au contrôle a priori des établissements se substitue donc un jugement sur résultats, et une réflexion stratégique sur les améliorations à apporter au système de santé local.

En revanche, plusieurs difficultés sont apparues :

Les médecins hospitaliers se sentent davantage jugés que par le passé, certains se disent « sous pression » et leur comportement se modifie en conséquence. Ils se voient demander des comptes par leur collègues généralistes en termes de qualité des soins, certes, mais aussi en termes d'efficacité et de coûts, ce qui renverse les rapports hôpital - généraliste.

- d'abord, la transition entre les deux systèmes n'est pas facile, puisque la redistribution des enveloppes budgétaires accordées à chaque district modifie les montants disponibles. Certains ont été tentés de mettre sur pied les moyens qui leur font actuellement défaut. D'autres, au contraire, doivent lutter pour maintenir chez eux des flux de malades en provenance de l'extérieur. C'est, en particulier, le cas de Londres où, dès 1992, un rapport officiel faisait état d'une dizaine d'hôpitaux excédentaires, dont quatre hôpitaux universitaires. Des fusions et des rachats ont eu lieu, ainsi que des transformations de sites en hôpital de jour ;

- ensuite, l'apparition d'une concurrence entre établissements peut produire des effets indésirables : c'est notamment le cas si chacun vise le même créneau d'activité, ou au contraire en délaisse un autre ;
- enfin, la fixation des contrats peut entraîner une certaine rigidification des procédures, les admissions à l'hôpital devant maintenant prendre en compte non seulement l'état sanitaire du malade, mais aussi son appartenance à telle ou telle région. (« *Désolés, nous avons rempli notre quota de malades de ce district, il nous faut maintenant travailler pour un autre district* »). Des cas gênants de ce type ont été relevés par la presse.

- les GPFH encourent des risques encore plus grands car ils ont à gérer des flux de malades plus faibles que ceux des districts, donc beaucoup plus soumis aux aléas.

Cela dit, alors qu'il était imaginé qu'ils n'auraient pas les compétences suffisantes pour aborder la négociation avec les hôpitaux dans un rapport de forces favorable, ils ont montré leur capacité à conclure et gérer des contrats très stimulants pour les hôpitaux (et, souvent même, ont fait mieux que les districts).

Ils ont par ailleurs un grand contrôle sur les flux de patients, dans la mesure où les items couverts par le budget concernent des soins choisis ;

- enfin, des hôpitaux ont été fermés (un premier bilan du Parlement en 1995 faisait état de deux cent quarante-cinq fermetures, certaines ayant cependant été compensées par des extensions d'hôpitaux existants), en même temps que se développaient des pratiques de chirurgie ambulatoire et d'augmentation des procédures applicables en soins à domicile.

UNE NOUVELLE INSTRUMENTATION DE GESTION

La négociation des contrats

Dans un premier temps, l'essentiel des contrats passés avec les hôpitaux est du type

contrat global, pour un montant d'activité déterminé. Ce type de contrat restera d'ailleurs probablement la règle pour tout ce qui concerne l'accueil des flux d'urgences. A titre d'exemple, un contrat rencontré dans un hôpital que nous avons visité stipulait que :

- une somme minimum est versée à l'hôpital, quel que soit le niveau d'activité, plus un complément permettant de couvrir la totalité des frais fixes, évalués forfaitairement ;

- si l'activité est supérieure à celle prévue, le coût marginal entraîné par ce dépassement pourra être pris en compte, à condition que le dépassement n'excède pas 10%.

Mais, au fil du temps, il est prévu de passer progressivement à des contrats de type coût-volume puis, cas par cas et notamment pour les spécialistes, au fur et à mesure des améliorations comptables.

L'hôpital que nous avons visité est découpé en grandes sections, qui individualisent un certain nombre de spécialités (chirurgie, orthopédie, obstétrique, etc.). Pour chacune d'entre elles, le district et l'hôpital conviennent d'un prix unitaire : l'indicateur d'activité retenu est « *l'épisode de consultant* », ce qui en fait représente la totalité de ce qui est arrivé à un malade, pendant sa présence à l'hôpital, que ce soit en hôpital de jour ou en hospitalisation complète ; le prix est le prix moyen observé dans la spécialité. Le district indique ensuite le volume de l'activité qu'il souhaite acheter, en nombre d'épisodes. La sommation donne la valeur totale du coût représenté.

Par la suite, il est envisagé de distinguer plus finement à l'intérieur de chaque spécialité un certain nombre de sous-spécialités. En revanche, il n'est pas envisagé de préciser la méthode de calcul des coûts par spécialité, chacune étant libre de son choix. Tout au plus, le Ministère émet-il des conseils sous la forme d'un guide national.

On voit que, dans cette approche, qui se formalise en tant que contrat coût-volume, le district peut jouer sur deux variables : le coût, et le volume. Mais les données concernant les coûts sont du ressort de l'hôpital et, même s'il tente d'en limiter la hausse, le district se heurte au fonctionnement et à la gestion interne de l'établissement, ainsi qu'à la pratique médicale, deux facteurs qu'il maîtrise moins désormais. Quant aux données concernant les flux, donc les volumes qu'il va acheter, ses prévisions doivent être aussi fines que possible, faute de quoi, soit ses malades seront refusés par l'hôpital comme excédant les volumes prévus au contrat, soit, au contraire, il aura payé l'hôpital pour une activité non réalisée.

Cela dit, que se passe-t-il si en fin d'année, l'hôpital affirme avoir consommé tout son budget ? Notamment, en cas de variation dans le *case-mix*, c'est-à-dire de mauvaise prévision des différents flux. Il semble que, alors qu'on prévoyait des heurts assez durs entre les parties, en fait la

négociation est amorcée pour la révision des volumes et des prix de l'année suivante.

Le district doit mener ces négociations avec tous les hôpitaux de sa zone, et hors zone si besoin est. A titre d'exemple, un district londonien a des contrats avec une vingtaine d'établissements, dont six ou sept grands hôpitaux, et réciproquement, un hôpital avec autant de districts (en province, ces nombres sont moins élevés). Il doit aussi tenir compte des patients qui seraient adressés par leur médecin à un hôpital qui n'est pas couvert par un contrat. Ceci peut se produire pour plusieurs types de raisons :

- l'urgence : un habitant du district a un accident en vacances et il est hospitalisé dans un hôpital sans contrat avec le district d'origine ; dans ce cas, le district reçoit la facture et paie ;
- la nécessité médicale du recours à une technologie très spécifique non disponible dans le district : si un flux stable et significatif apparaît, un contrat sera négocié ;
- l'adressage sélectif, pour convenance personnelle du malade ou de son médecin : dans ce cas, le district se réserve le droit de procéder à une enquête avant d'autoriser l'hospitalisation ; il peut refuser, notamment dans les cas d'auto-adressement du malade.

La masse de ces ECR (*Extra-contractual references*) faisait au départ l'objet d'une enveloppe limitée, comme nous l'avons dit, mais l'évolution vers une augmentation progressive de ces pratiques dérogatoires a conduit à supprimer cette limitation.

Le suivi des contrats

En cours d'année, le district va suivre les contrats qu'il a avec les hôpitaux, du point de vue de l'acheteur. Ce suivi porte notamment sur :

- les prévisions en coûts et en volumes : sont-elles respectées ou non ?
- la qualité du service rendu : ici, bien entendu, un paramètre essentiel est le délai d'attente avant hospitalisation (délai sans commune mesure avec ceux connus en France ; avant 1991, il n'était pas rare de trouver des délais, pour des cas non urgents, compris entre un et deux ans. Depuis la réforme, la tendance est à la baisse.

Ainsi, dans un contrat rencontré en 1993, les objectifs quantifiés de qualité ayant trait aux durées d'attente étaient les suivants :

- délai inférieur à 8 - 16 mois pour obtenir un premier rendez-vous de diagnostic ;
- délai de prise en charge supérieur à un an dans moins de 20% des cas
- pas de délai de prise en charge supérieur à deux ans.

Ces objectifs ont été atteints, et révisés l'année suivante pour obtenir des conditions plus favorables pour les patients (diminution des délais maximum notamment).

Mais il y a aussi des objectifs plus pointus, relatifs à d'autres paramètres :

- moins de 5 % de rendez-vous reportés ou annulés ;
- moins de 0,7 % de dossiers médicaux ou de clichés radiographiques égarés ;
- l'information minimale nécessaire que les patients entendent obtenir quant aux traitements qu'ont subis ;
- les objectifs des services, en termes de coûts et de qualité. Il s'agit ici de bien lier les trois approches, coût - qualité - volume, et de mener avec les hôpitaux une réflexion conjointe sur le service qu'ils rendent à la population, sur les progrès qui pourraient être obtenus et sur la manière de procéder à un audit clinique. Ainsi, dans le même contrat évoqué ci-dessus, l'hôpital s'engage à faire passer de 22 % à 25 % le taux d'hospitalisation de jour en chirurgie (« *day-case* ») et à 24 % pour la moyenne générale.

Dans la pratique, le District (parfois regroupé avec ses voisins en groupement d'achats) reçoit chaque mois des états de dépenses et d'activité, et chaque trimestre le nombre de malades traités, la durée d'attente moyenne, et la durée de séjour. Par la suite, d'autres facteurs seront mesurés, au fur et à mesure que se développeront les contrats plus sophistiqués que les contrats globaux.

On voit que la grande novation de ce nouveau partage des rôles consiste en l'irruption des problèmes de qualité de service, jusque-là largement ignorés, dans la problématique des districts.

La planification

Les directeurs d'hôpitaux bénéficient maintenant d'une autonomie certaine, que leur offre le statut de *Trust*. Le District, en tant qu'acheteur de services, est toujours en charge de la planification des moyens à mettre en place, notamment par le biais de l'investissement, et des politiques alternatives de substitution (services communautaires extra-hospitaliers). Bien entendu, il est alors confronté à des acteurs autonomes, libres de mener leur propre politique ou stratégie, voire de se lancer dans des activités conjointes.

Au Royaume-Uni, à la différence de la France, la gestion du système de santé est entièrement déconnectée, au niveau local, de la vie politique. Ainsi, la collectivité n'a d'autre influence directe sur l'organisation des services de santé, que par le biais des commissions locales. En revanche,

si les stratégies mises en œuvre sont suffisamment contestées par le public, cela peut entraîner une certaine politisation du débat, avec implication des médias ou des hommes politiques (par exemple, cas des fermetures d'établissements de petite taille, ou existence de listes d'attente considérées comme excessives). Mais les hommes politiques n'ayant pas la possibilité d'agir directement à ce niveau, ils se gardent, en général, de faire trop de commentaires.

R. Smith/Insight/Réa

Le système de santé attire l'attention des médias au niveau national et l'on peut constater une certaine sensibilité des gouvernements successifs à cet égard. La presse britannique est très prompte à montrer du doigt un manque de moyens, des limitations dans l'accès aux soins, ou des pratiques discutables. En outre, si madame Thatcher a abandonné l'idée d'introduire une plus grande dose de privatisation dans le système de santé britannique, l'attitude des médias et du public n'y a pas été étrangère.

Cela dit, la représentation des usagers reste très faible. Le président du district est nommé par le gouvernement et les autres membres sont essentiellement des hommes d'affaires ; de ce fait, le district s'efforce de faire prévaloir des impératifs de bonne gestion et de planification rationnelle.

Des efforts pour mieux appréhender les besoins ont été menés, en essayant d'y associer les médecins généralistes, avec qui de nombreux contacts ont eu lieu, et en collaborant étroitement avec le *Commissioning Group*, le financeur de ces médecins. Une politique a été définie, tendant à renforcer le rôle des médecins généralistes par rapport à l'hospitalisation (*Primary care led health service*), à davantage mettre l'accent sur les soins de proximité « *Community based care* », à développer les « hospitalisations de jour » (*day care*), en particulier en chirurgie.

Système d'information et comptabilité

Le système d'informations comptables a dû s'adapter à la réforme, du fait de la nécessité de calculer des coûts à proposer pour les contrats.

Actuellement, les centres de coûts correspondent à des divisions géographiques dans l'hôpital, découpé en départements regroupant chacun plusieurs services. Ils se voient imputer tout ce qui concerne le personnel soignant et les dépenses de fonctionnement. La somme de ces budgets sur l'ensemble de l'hôpital correspond, à peu près, à la moitié du budget total. L'autre moitié est composée des salaires des médecins, des prestations réciproques, des frais généraux et des charges en capital.

Dans un souci de vérité des coûts, le gouvernement a - en effet - décidé que les investissements qu'il a réalisés devaient apparaître dans les coûts calculés et les prix pratiqués. Il a donc été instauré un coût du capital, fixé à 6% du montant des investissements, qui apparaît pour la première fois dans les budgets de 1991.

Ajoutons que le fait que l'hôpital soit de catégorie universitaire lui vaut, en revanche, un supplément spécial de charge d'enseignement, (SIFT, *Special Increment For Teaching*).

Les hôpitaux ont, par ailleurs, commencé à procéder à des découpages plus fins, en descendant au niveau des services dans les départements, et en précisant les ventilations des charges indirectes entre services. Mais le recueil des données nécessaires à la mise en place d'une comptabilité analytique ambitieuse permettant d'aboutir à un calcul des coûts par disciplines, ou même par cas, reste problématique. Or, le couplage des données financières et des données d'activité reste la préoccupation majeure pour améliorer la négociation des

l'importance du service), et c'est cette troïka qui gère ensemble. Le gestionnaire a pour rôle de fournir au chef de service les informations et analyses dont il a besoin pour lancer ses nouveaux projets, pour suivre ses contrats, pour mesurer la qualité des soins, et pour élaborer une stratégie.

Avec la réforme, en effet, les cliniciens sont amenés à s'intéresser, beaucoup plus que par le passé, à la qualité et à passer en revue leur activité et leur *case-mix*. Cette attitude nouvelle a déjà débouché sur des gains de productivité appréciables ou sur des changements de pratiques médicales (substitution d'un type de médicament à un autre, modification du protocole thérapeutique, etc.). Par ailleurs de gros efforts sont entrepris pour utiliser au mieux les qualifications des personnels soignants (neuf grades différents, notés de A à I), avec mesure de la charge de travail, et adéquation entre le potentiel offert et les nécessités du service.

Ainsi aboutirait-on à une meilleure perception des coûts engendrés par chaque type de pathologie. Au niveau des services également, on s'efforce de parvenir à différencier des unités plus petites, dépendant d'un clinicien responsable, qui se verrait confier la réalisation d'un budget. L'effort essentiel est, pour l'instant, centré sur l'acquisition d'informations plus fiables et précises quant aux pathologies traitées.

Reste le problème des files d'attente. A la mise en place de la réforme, les médecins n'avaient, semble-t-il, pas perçu toutes les implications des contrats, notamment le fait qu'ils n'ont plus devant eux une file indifférenciée de malades parmi lesquels ils choisissent en fonction de considérations médicales (et compte tenu des délais d'attente, un hôpital universitaire pouvait alors afficher un taux de plus de 70% des admissions réalisées en urgence, la proportion montant à 90% pour les services de médecine), mais qu'ils ont maintenant autant de files que d'acheteurs différents, chacune devant être gérée séparément. Cela signifie qu'ils doivent intégrer dans leurs critères de priorité non seulement le diagnostic mais aussi l'origine du patient. Les gestionnaires de service pensent quant à eux qu'il leur appartient de veiller à faire accepter cette nouvelle contrainte par le corps médical dans les meilleures conditions. Cela dit, dans les faits, les districts et les hôpitaux appliquent cette contrainte avec une assez grande souplesse : ils acceptent des avenants tacites au contrat pour tenir compte des erreurs, dans un sens ou l'autre, sur les prévisions de flux. En revanche, pour les districts, il est important de savoir avec quel délai leurs patients seront traités : en cas de délai trop long, ils pourraient être tentés de s'adresser ailleurs.

Par ailleurs, ces nouvelles organisations poussent les médecins à faire évoluer leurs pratiques médicales. Nous en donnerons un exemple, rencontré dans un hôpital universitaire et issu d'un

Il s'agit ici de bien lier les trois approches, coût - qualité - volume, et de mener avec les hôpitaux une réflexion conjointe sur le service qu'ils rendent à la population, sur les progrès qui pourraient être obtenus et sur la manière de procéder à un audit clinique.

contrats. Pour l'instant, les hôpitaux essaient de chiffrer des coûts spécifiques par grandes classes de sous-disciplines (*average specialty cost*), ce qui est notamment nécessaire pour l'adressage mutuel de factures entre districts, dans le cas des ECR. Six sous-disciplines sont actuellement testées au sein des domaines de la chirurgie, de la gynéco-obstétrique, de l'orthopédie et de l'ORL.

Système d'information et pratique médicale

Dans les services, le chef reste le médecin (senior consultant, pas forcément le plus ancien mais le responsable du budget). Il est assisté d'une surveillante générale chargée du personnel soignant et de l'activité dans le service, et d'un gestionnaire de service (à temps plein ou partiel selon

service du plateau technique (radiologie). Dans ce service, la réforme a introduit un mécanisme supplémentaire de type marché : à une situation où le service disposait d'un budget, on a substitué une situation où, de plus en plus, le budget est donné aux services cliniques qui achètent s'ils le souhaitent des prestations au service de radiodiagnostic. Dans un premier temps, les montants délégués aux prescripteurs visaient à leur faire prendre conscience du montant des consommables. Puis il a été décidé d'étendre le principe aux coûts de main d'œuvre, le service de radiodiagnostic louant donc ses personnels aux cliniciens. L'idée est que les prescripteurs seront ainsi incités à mieux prendre en compte le coût de leurs prescriptions, et ne feront appel à la radiologie qu'à bon escient. Mais, dans cette affaire, le service de radiodiagnostic perd son budget, et il redoute d'apparaître comme disposant de moyens excédentaires (en personnel notamment). Déjà, certaines vacations sont attribuées à certains prescripteurs, qui louent l'équipement pour leur propre activité, et peuvent, au choix, faire appel aux personnels de la radiologie (qui leur adresse alors facture) ou amener leurs propres personnels pour réaliser et interpréter les examens. Un marché interne à l'hôpital est en train de naître.

CONCLUSION

L'exemple britannique est probablement celui qui est le plus aux antipodes des conceptions françaises de l'hôpital. La présence du généraliste comme filtre à l'entrée du système évite des redondances ou des erreurs d'aiguillage.

Alors qu'en Angleterre la médecine est complètement étatisée, on y a introduit des procédures de type marché. Du point de vue de la gestion, on voit bien poindre le besoin de mesurer les coûts, ce que les Anglais ont fait progressivement et pragmatiquement. L'alternance politique n'a d'ailleurs pas remis en cause les orientations de la réforme. Toutefois, des modifications sont en cours d'implantation, qui modifient l'équilibre entre districts et médecins généralistes. Les GPFH ont obtenu que l'ensemble des généralistes participe avec le district à la *Commissioning agency*, pour contracter avec les hôpitaux. De ce fait, il n'y aurait plus deux systèmes concurrents, mais un seul, le généraliste retrouvant sa possibilité d'orienter ses patients, dans le cadre de contrats globaux.

Les résultats enregistrés depuis 1991 montrent une amélioration certaine du fonctionnement, et surtout une réduction des délais d'attente à l'entrée des hôpitaux. Mais ces délais restent supérieurs à ceux constatés sur le continent, le

montant globalement consacré aux dépenses de santé restant faible (il sera d'ailleurs intéressant de voir si l'adoption en France de la formule du vote d'une enveloppe globale par le Parlement, produit à terme les mêmes effets qu'en Angleterre).

En rédigeant cet article, Christine Thayer et Dominique Tonneau ont beaucoup échangé sur les caractéristiques du système anglais, et sur les comparaisons avec le système français.

Le texte ci-dessus fait donc état des constats qu'ils partagent. Il leur a pourtant semblé que le lecteur pourrait être intéressé par les confrontations de leurs points de vue individuels.

On trouvera ci-après deux petits billets d'humeur, d'un côté l'expression des craintes que suscite chez un Français l'exemple anglais, et de l'autre la réponse d'une Anglaise, complétée par le regard que celle-ci porte sur le système français, et qui nous renvoie des interrogations bienvenues.

LES CRAINTES INSPIRÉES PAR LE MODÈLE ANGLAIS

PAR DOMINIQUE TONNEAU

Au fond, le système anglais fait peur aux Français pour plusieurs raisons :

1 – la liberté de choix offerte au patient nous semble limitée, car même si nous avons un généraliste de famille, ou de référence pour les soins courants, nous aimons pouvoir recueillir plusieurs avis en cas de problème grave, avoir accès, de notre propre chef, à des spécialistes ou choisir l'établissement où nous faire hospitaliser, en fonction de la réputation du médecin, ou des conditions de confort et d'accès. La sectorisation heurte notre soif d'autonomie.

2 – le niveau de ressources consacrées à la santé peut être jugé satisfaisant, du strict point de vue comptable, mais il apparaît insuffisant au regard de nos habitudes : les files d'attente mentionnées dans l'article sont bien longues, et même si les indicateurs de qualité des soins ou d'espérance de vie se situent au même niveau des deux côtés de la Manche, on a du mal à croire que le confort de vie des malades ne soit pas affecté, au moins pendant l'attente. Ce point est particulièrement important pour nous, car nous avons importé en

1996 le principe du vote (et donc du contingentement) par le Parlement de l'enveloppe globale consacrée à la santé, et beaucoup craignent à terme un rationnement à l'anglaise.

3 – le développement d'une médecine à deux vitesses semble devoir découler de ces attentes, avec d'un côté un NHS public saturé, et de l'autre un secteur privé réservé à ceux qui peuvent en acquitter les frais. La mise à mal de l'égalité d'accès aux soins nous fait d'autant plus peur que l'on voit poindre en France la tentation de système d'assurance maladie privés.

UN REGARD EXTÉRIEUR PORTÉ SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS

PAR CHRISTINE THAYER

Je vais à la fois répondre à ces trois interrogations, et en même temps faire part de mon étonnement de citoyenne britannique confrontée au système français, en ajoutant deux autres points :

1 – la bureaucratie française est telle que vous vous effrayez de la procédure nécessaire pour changer de médecin. Elle est effectivement lourde pour un Anglais peu habitué aux formulaires en triple exemplaire, mais cela équivaut en fait à la feuille de maladie que vous remplissez en France à chaque passage dans votre système de santé. Le principe du médecin référent nous semble très commode, car d'une part il a accès à la totalité de notre dossier, et d'autre part il a à disposition une assistante qui le décharge de nombre de tâches annexes, et lui permet de consacrer tout son temps à son patient. Au contraire, j'ai l'impression qu'en France, les cabinets des médecins généralistes sont souvent très sous-équipés, ce qui limite sévèrement leurs possibilités de diagnostic. Le médecin généraliste a rarement un personnel de soutien (infirmière attachée, secrétaire) pour effectuer les tâches qui ne demandent pas son niveau de formation et pour assurer une continuité, voire assurer une prestation bien coordonnée à ceux qui ont besoin de soins à domicile. De plus, le médecin anglais est informatisé depuis déjà plus de dix ans, et les difficultés d'adaptation et de maîtrise de l'outil sont maintenant complètement dépassées. Enfin, en France, le médecin généraliste n'est pas complètement généraliste, au sens où certains champs lui échappent. La plupart du temps, il ne s'occupe pas des enfants, ou des femmes pour ce qui concerne le domaine de la gynécologie, donc il ne peut avoir une vision complète de l'ensemble de la santé de son patient. Peut-on complètement faire confiance

à un médecin qui, au fond, a été « désélectionné » de la poursuite d'études spécialisées ?

2 – la surconsommation française (je n'ose pas dire le gaspillage), étonne beaucoup l'Anglais. Le nombre de médicaments prescrits et surtout la nonchalance avec lequel le médecin français utilise des antibiotiques, a tendance à effrayer le patient britannique traité en France, qui se méfie beaucoup plus des effets secondaires et des interactions que son homologue français. De même, quand j'ai une gastro-entérite banale, et que mon médecin traitant me prescrit un médicament, au lieu de me dire que je devrais revenir si jamais le problème persiste, il m'invite à prendre rendez-vous dans une semaine de toute manière, ce qui constitue peut-être un moyen d'assurer ses revenus professionnels. Ceci peut expliquer une part du décalage qui existe entre les deux pays quant aux dépenses de santé. Cela dit, il est vrai que nous connaissons des délais importants à la porte de l'hôpital. Mais n'en avez-vous pas en France ? Mon expérience d'usagère me prouve que le temps d'attente pour un rendez-vous dans certains établissements hospitaliers peut dépasser un mois, même pour un rendez-vous dit urgent. Pour un rendez-vous non urgent, c'est bien pire.

3 – le secteur privé me semble aussi présent en France qu'en Angleterre. Êtes-vous sûrs que vous n'êtes pas déjà dans un système à deux vitesses ? Si l'on est traité dans le secteur privé pour une maladie grave, on est fortement freiné par les médecins de ce secteur lorsqu'on envisage un transfert pour une partie du traitement dans le secteur public. L'on peut soupçonner que la raison est beaucoup plus financière que médicale. Qu'importe si l'usager pense que le traitement pour cette dimension du problème pourrait être de meilleure qualité ailleurs, ou que, sur le plan géographique, un établissement spécifique est plus accessible ?

4 – la prévention me semble très mal prise en charge. Ainsi, les actes de dépistage ne sont pas remboursés par la sécurité sociale, ce qui limite fortement la dimension prévention / promotion, et aboutit à donner la préférence à des traitements qui parfois, ne sont pas vraiment utiles. De même, le médecin ou le dentiste français n'a pas le droit d'envoyer un rappel à un patient pour un acte de dépistage (frottis ou tension artérielle, etc.).

5 – le système de paiement, enfin, se caractérise, chez vous, par une grande complexité du système d'assurance maladie : on ne sait pas vraiment combien on va payer. Si le médecin me prescrit des analgésiques pour une douleur liée à un cancer, l'ordonnance est prise en charge à 100 %. Si, le même jour, j'ai un problème dentaire qui nécessite le même analgésique, je dois payer un pourcentage. Chez nous, tout est gratuit (ou, plus exactement, déjà payé dans le cadre de l'impôt) et vous voyez qu'il n'en résulte pas de dérive des coûts. ●