

## Royaume-Uni

### Le gouvernement britannique affiche sa volonté de financer une ambitieuse réforme du système de santé

Pierre VOLOVITCH

L'amélioration du fonctionnement des services publics, et spécialement du Service national de santé (National Health Service – NHS), était au cœur des engagements pris par Tony Blair lors des élections britanniques de 2001. En décidant, dans le cadre du projet de budget, d'augmenter les impôts pour financer une importante hausse des dépenses de santé le gouvernement travailliste se donne les moyens financiers d'une réforme de grande ampleur. Mais on aurait tort de s'arrêter aux seuls aspects financiers. Le projet de réforme, tel que présenté dans le rapport Wanless vise à transformer profondément le fonctionnement interne du NHS et les rapports que les Britanniques entretiennent avec leur santé.

La presse britannique a souligné qu'en choisissant d'augmenter le niveau d'imposition pour réformer le système de santé le gouvernement travailliste faisait un pari. Toute la question étant de savoir si les résultats obtenus d'ici la prochaine échéance électorale, prévue au plus tard

en 2006, légitimeront ce choix aux yeux des électeurs.

Les syndicats britanniques tout en se félicitant de la volonté gouvernementale de rattraper le sous-investissement dont souffre le système de santé et en appuyant son choix de recourir à l'impôt pour financer les dépenses supplémentaires affirment que leur soutien n'est pas inconditionnel. La place du secteur privé et les conditions salariales et sociales proposées à l'ensemble des personnels du système de santé sont les deux points sur lesquels UNISON, le grand syndicat du secteur public, entend être tout spécialement attentif.

---

#### Amen sur 20 ans les dépenses de santé au niveau européen

En présentant à la mi-avril son projet de budget le gouvernement travailliste a affirmé sa volonté d'augmenter fortement les dépenses de santé. Au jour d'hui les dépenses de santé britanniques représentent 7,7 % du PIB (6,5 % pour le système pu-

bli  
c -  
N

## Enca dré

**Le Na tional Health Service, NHS**

Le Ser vice na tional de san té (*National Health Service*– NHS) bri tan nique four nit gra tui te ment des soins de san té à toute per sonne ré si dant au Royaume-Uni. Le NHS est financé d'une part sur le bud get de l'Etat, et d'autre par une co ti sa tion spé ci fique (Na tional Insu rance Con tri bu tion). L'ac cès au sys tème de soins passe par le médecin gé né raliste (*General Practitioner* – GP) au près de qui le pa tient est ins crit. La ré mu né ra tion des gé né ra lis tes est dé ter minée par le nombre de pa tients ins crits sur leur liste. Le pa tient choi sit son gé né ra liste et peut en chan ger. Mais dans le même temps les gé né ra lis tes bri tan ni ques, sauf dans les zo nes ru ra les, exer cent en ca bi net de groupe ; dans les faits le pa tient est pris en charge par un ca bi net plus que par un mé de cin par ti cu lier. La ques tion du « choix du mé de cin » ne se pose donc pas dans les mê mes ter mes qu'en France. L'en semble des spé cialistes exerce à l'hô pi tal. Ils sont sa la riés. Ils re çoi vent les pa tients en consultations ex ter nes qui sont donc l'équi va lent de la consul ta tion d'un spé cia liste en ville pour nous, ou en hospitalisation. Sauf urgence l'accès à l'hôpital n'est pas di rect, il passe par le gé né ra liste.

Les soins sont pour leur plus grande part gratuits. Une partie des dépenses de mé di ca ments reste ce pen dant à la charge des pa tients. Mais de nom breu ses ca tégo ries de population (personnes âgées, enfants, bénéficiaires de minima so ciaux) sont exo né rées de ces char ges. Dans les faits, 50 % de la po pu la tion est dis pensée de tout paie ment. Le sys tème de san té pri vé est pré sent sous la forme de struc tu res hos pi ta liè res qui per met tent aux pa tients d'ac cé der aux soins sans subir les pé riodes d'attentes qu'impose la sous-dotation actuelle du NHS. Plus des trois-quart des médecins travaillant dans l'hospitalisation privée travaillent également dans le NHS. Le paiement individuel est une forme très minoritaire d'ac cès au sys tème de san té pri vé. Dans la plu part des cas les pa tients qui ont re cours au sys tème de san té pri vé sont cou verts par une mu tuelle d'en tre prise.

Dans les an nées 1980 les conser va teurs ont ten té une ré forme du NHS. Re non çant à mettre en cause le mode de fi nan ce ment du sys tème pu blic, ils ont vou lu y introduire un « marché in ter ne ». Les ca bi nets de gé né ra lis tes dis po saient d'un bud get leur per met tant d'ache ter les exa mens et cer tains soins hos pi ta liers à des hôpitaux dont l'autonomie financière était renforcée. Sur le terrain le NHS est gé ré par des au to ri té s lo ca les de san té dont le gou ver ne ment tra vail liste vient de ren for cer le nombre et l'au to nomie.

On no te ra que mal gré ses in suf fi san ces, mais aus si sans doute grâce à son ca rac tère éga li taire, le NHS bé né ficie d'un at ta che ment fort de la part des Bri tan ni ques. Lors d'une en quête ré cente 86 % des per son nes in ter ro gées se dé cla raient sa tis faits de leur gé né ra liste, 83 % des pa tients avaient confiance dans les mé de cins hos pi ta liers et 79 % dans les in fir miè res.

Ta bleau 1. Dé pen ses de san té en % du PIB

	Allemagne	France	Pays-Bas	Danemark	Suède	Royaume-Uni
1999	10,3	9,3	8,7	8,4	7,9	6,9

Source OCDE – 2000.

HS + 1,2 % pour les dépenses privées). Le gouvernement affirme sa volonté de voir les dépenses de santé rejoindre progressivement les taux européens (tableau 1) pour se situer au tour du 10 % du PIB en 2022. Alors que les dépenses du NHS s'élèvent au jourd'hui à 65,4 milliards de £, l'objectif est de les faire passer à plus de 100 milliards de £ d'ici 2005 puis à plus de 150 milliards de £ d'ici 2020.

Pour financer cette hausse des dépenses le budget 2003-04 prévoit principalement une augmentation de 1 point de pourcentage de la cotisation d'assurance maladie (*National Insurance Contribution* – NI) tant pour les salariés (pour qui la NI passe de 10 % à 11 %) que pour les employeurs (pour qui la NI passe de 11,8 % à 12,8 %). Sont également programmées une hausse des impôts sur l'exploitation pétrolière en mer du Nord et une hausse sur le prix des cigarettes (+6 pence par paquet de cigarettes). A noter que le même budget enregistre d'autre part une baisse de l'impôt sur le bénéfice des PME et une augmentation des prestations versées aux familles titulaires des revenus les plus modestes.

#### Rat tra per le re tard par rapport

Ta bleau 2. L'offre des soins dans quel ques pays eu ropéens

1998 (pour 1000 hab.)	Allemagne	France	Pays-Bas	Danemark	Suède	Royaume-Uni
Médecins	3,4	3,0	2,9	3,3	3,1	1,7
Lits (soins aigus)	6,6	4,3	3,7	3,4	2,6	2,4

#### aux systèmes de santé européens

La hausse des dépenses est nécessaire pour réduire les écarts de performance entre le système de santé britannique et celle des autres systèmes de santé européens. Premier objectif : réduire les longues périodes d'attente que les patients anglais subissent avant de pouvoir avoir accès à des soins non vitaux. L'objectif ici est de passer progressivement d'une situation dans laquelle au 31 décembre 2001 plus d'un million de personnes attendaient pour entrer à l'hôpital (dont 30 000 qui attendaient de plus de 12 mois), à une situation dans laquelle la durée d'attente ne serait jamais supérieure à deux semaines. La question des délais d'attente est évidemment liée à la faiblesse de l'offre (nombre de médecins, nombre de lits d'hôpitaux) qui est une des caractéristiques du système de santé anglais (tableau 2).

D'autres objectifs sont affichés en matière de qualité des soins en particulier dans le domaine des maladies cardiovasculaires, des cancers, du diabète, des maladies du rein et des pathologies mentales. D'autres objectifs enfin, plus liés à la qualité de vie des personnes hospitalisées, sont également affichés. Ainsi est affirmé l'objectif d'aller vers plus de chambres

individuelles en limitant dans un premier temps la capacité des chambres à 4 lits. Un objectif à comparer avec le fait qu'au

Tableau 3. Structure du financement des dépenses de santé – en %

1999	Allemagne	France	Pays-Bas	Danemark	Suède	Royaume-Uni
Budget de l'Etat	6,4	2,5	4,1	82,2	61,8	73,5
Sécurité sociale	69,4	73,7	64,5	0	21,7	9,8
Total public	78,8	76,2	68,6	82,2	83,5	84,3
Assurpri vées	7,1	12,6	17,5	1,6	0,1	3,5
Ménages	12,8	10,1	8	16,2	16,4	11,1
Autres	4,3	1,0	5,9	0	0	2,1

Source :

aujourd'hui moins de 20 % des membres du NHS sont des membres individuels.

**Te nir compte des ten dan ces  
for tes qui pou s sent à la hausse  
des dé pen ses de san té**

Au-delà de son aspect volontariste, l'affirmation de la nécessaire augmentation de dépenses de santé veut prendre en compte plusieurs tendances lourdes qui poussent les dépenses de santé à la hausse. Si le vieillissement de la population augmente le nombre de personnes âgées, son impact en terme de dépenses de santé viendra principalement du fait que les nouvelles générations qui vont parvenir à des âges où les besoins de soins sont plus importants ont des habitudes et des exigences de « confort de vie » plus élevées que les générations précédentes. Le personnel le plus nombreux qu'il faudra recruter, et conserver, sera un personnel qualifié dont les revenus progressent plus vite que la moyenne des revenus. Les technologies médicales, tout particulièrement le médicament, sont également des facteurs de hausse des dépenses à prendre en compte.

**Trois scénarios axés  
sur les comportements**

La hausse des dépenses sur les 20 prochaines années est présentée sous la forme de trois scénarios. Faisant fon-

ctionner un modèle qui combine l'évolution de l'espérance de vie, l'état de santé des personnes âgées, les avancées plus ou moins rapides dans le domaine de la prévention et de l'éducation pour la santé, les évolutions technologiques, celles des revenus et des prix et la productivité les pouvoirs publics prévoient des niveaux de dépenses en 2022 notablement différents. Il est intéressant de noter que les trois scénarios sont fortement différenciés en fonction du niveau d'implémentation de la population dans la prise en charge individuelle et collective des questions de santé. En effet pour les auteurs du rapport qui présente les trois scénarios une plus grande implémentation dans la santé (promotion de la santé, prévention, santé publique) aurait deux effets : réduire la présence de certaines pathologies pour les personnes actives, et permettre aux personnes âgées d'arriver à des âges élevés dans un meilleur état de santé ce qui retarderait l'apparition de situations de dépendance plus coûteuses en soins.

Ainsi, alors que dans le plus mauvais des scénarios, ce lui où les gains de productivité et l'implication de la population dans la défense de sa propre santé sont les plus faibles, les dépenses de santé atteindraient 184 milliards de £ (au prix de 2003) et 12,5 % du PIB en 2022, dans le meilleur des scénarios (forte évolution de la productivité et implication importante

## UNE AMBITIEUSE REFORME DU SYSTEME DE SANTE

de la population dans sa santé) les dépenses de santé pourraient se limiter à 154 milliards de £ (au prix de 2003) et 10,6 % du PIB. On note que l'écart entre les deux scénarios est de 30 milliards de £, soit presque la moitié des dépenses de 2002-03 (68 milliards de £).

### **Une réaffirmation du choix du financement public non dénuée d'ambiguïtés**

Une des caractéristiques fortes du système de santé britannique est son mode de financement. La place du financement public dans le système de santé est largement prépondérante, plus importante que dans la plupart des autres systèmes de santé européens (tableau 3). Le rapport sur l'avenir du système de santé remis au gouvernement réaffirme fortement le choix de maintenir la prépondérance du financement public. Les arguments habituellement présentés contre le financement public sont successivement écartés. Il est affirmé qu'il n'y a pas de lien direct entre le sous-financement dont a eu à souffrir le système de santé britannique et son mode de financement. A l'examen, les autres modes de financement ne sont pas plus à même de responsabiliser le patient. Au total : « Il n'y a pas de méthode de financement alternative à celle qui existe aujourd'hui au Royaume-Uni, qui pourrait permettre d'atteindre une meilleure qualité des soins à un coût moindre pour l'économie et de façon plus équitable ». Mais cette réaffirmation souffre de plusieurs ambiguïtés. Si le rapport affirme son hostilité à tout paiement direct du patient pour les dépenses liées aux soins, il ne refuse pas d'envisager un paiement du patient pour les autres dépenses (hébergement en particulier). D'autre part les scénarios sont tous construits en faisant l'hypothèse du

maintien des dépenses de soins privés à 1,2 % du PIB et en précisant que les niveaux de dépenses calculés sont globaux et ne présagent en rien de la répartition des financements entre secteur public et secteur privé.

### **Une volonté de réforme qui ne se limite pas aux aspects financiers**

Si l'affichage financier, et en particulier la décision d'augmenter le niveau global d'imposition, sont évidemment importants, l'ambition de réformer le système de santé ne se réduit pas à ces dimensions financières. Le rapport Wanless sur lequel s'appuie la décision gouvernementale affirme des objectifs de réforme beaucoup plus vastes.

Le rapport Wanless est ainsi ambitieux sur au moins quatre plans :

- Il inscrit le projet de réforme du système de santé dans une durée longue : 20 ans.

- Il entend poser la question de la santé non seulement à partir de la question des soins mais aussi dans des dimensions plus larges : place des services sociaux, évolution des inégalités.

- Il affirme que la réforme doit s'accompagner d'une transformation interne du système de santé, en particulier dans le domaine de la définition des champs professionnels de chaque catégorie de soignants (médecins spécialistes, médecins généralistes, infirmières, paramédicaux...)

- Il met en avant la nécessité de transformer les rapports de la population avec les questions de santé en particulier dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention et des politiques de santé publique.

### **L'importance de la durée**

## ROYAUME-UNI

Les auteurs du rapport insistent à plusieurs reprises sur les incertitudes qui entourent la présentation de scénarios qui prétendent embrasser une période de 20 ans. Peut-on présenter des scénarios à long terme quand les résultats sont sensibles aux hypothèses ? Ainsi pour la productivité. Dans le scénario médian les dépenses montent à 11,1 % du PIB mais ce résultat dépend largement des hypothèses faites sur l'évolution de la productivité. Si celle-ci augmente de 1 % moins vite que prévu, toutes choses égales par ailleurs, les dépenses, pour le même résultat, atteindront 13,1 % du PIB. Alors que si au contraire la productivité augmente de 1 % de plus que prévu il suffira de 9,4 % du PIB. Pour résoudre cette contradiction les auteurs du rapport proposent de réaffecter tous les 5 ans les scénarios.

Au-delà de ces difficultés, les auteurs présentent sur tout les « bonnes raisons » qui poussent à réfléchir sur une longue période : les professionnels de la santé (médecins comme infirmières) sont des professionnels dont les temps de formation sont longs et qui devront travailler dans des environnements techniques changeants. Il faut donc que leur recrutement et leur formation soient pensés sur la longue durée. Les comportements individuels et collectifs dans le domaine de la santé sont lents à se modifier et leurs effets sur la santé prennent un certain temps pour se manifester. Les investissements dans le domaine des soins, qu'il s'agisse de bâtiment ou de technologie s'inscrivent eux aussi dans la durée. La stabilité et la prévisibilité des ressources sont donc nécessaires si l'on veut faciliter la planification à long terme. Cohérent avec ce choix, le rapport propose de dépasser l'annualité des ressources.

### **Envisager la santé au-delà des seuls soins**

Le rapport insiste à plusieurs reprises. La santé n'est pas uniquement le résultat des soins. Les conditions de vie et de travail, les modes de consommation, le niveau des inégalités, ont des incidences fortes sur l'état de santé, et donc sur les dépenses de soins.

Encore plus directement le rapport met l'accent sur le nécessaire lien à faire entre les services de soins et les services sociaux. « Il faut envisager les soins de santé et les services sociaux dans leur ensemble ». Si les services sociaux ne sont pas capables d'accueillir les patients après une phase de soins aigus le patient restera à l'hôpital. Le nombre de lits ainsi « bloqués » est évalué à 4 500 pour 2002. Les projections du rapport en matière de dépenses dans le secteur social, qui permettraient à ce lui-ci de répondre à la demande font apparaître un quasi-doublement de la dépense : de 6,4 milliards de £ en 2002-03 à 11 milliards en 2022.

Cette évolution des dépenses est au reste présentée comme sous-estimée car ne prenant pas en compte la nécessaire amélioration de la qualité des services sociaux. Pour résoudre la question du manque de place dans les structures sociales pour les personnes sortant d'hospitalisation le rapport propose de s'inspirer des dispositions prises en Suède au titre desquelles les collectivités locales, qui ont en charge les services sociaux, doivent financer les lits hospitaliers quand ceux-ci sont bloqués par des capacités d'accueil social insuffisantes.

### **Revoir les champs de compétence des professionnels**

Pour pouvoir rejoindre le niveau de service des autres pays européens, le

## UNE AMBI TIEUSE RE FORME DU SYS TEME DE SANTE

Royaume-Uni doit mettre fin à une politique mal conçue en matière de nombre de professionnels de santé. Mais du fait des niveaux de qualifications requis cette hausse du nombre de professionnels ne peut être que progressive. C'est même la contrainte principale qui pèse sur la capacité à augmenter rapidement l'offre de soins. Au-delà, le rapport se pose la question de l'évolution des champs de compétence de chaque professionnel. Quels soins peut apporter une infirmière, quels soins peut apporter un médecin ? Quels soins peut apporter la médecine non hospitalière et quels soins faut-il réserver l'hôpital ? Le rapport plaide pour deux transformations. Elargir le champ des soins non hospitaliers (« primaires ») en étendant en particulier les possibilités de diagnostic et de soins de la médecine générale. Elargir le champ professionnel des infirmières et des paramédicaux en leur permettant de prendre en charge des soins aujourd'hui réservés aux médecins. Le rapport parle de 20 % des actes aujourd'hui exclusivement réalisés par les médecins et qui pourraient de main être pris en charge par les infirmières. L'enjeu porte évidemment tout à la fois sur le nombre de professionnels et sur les rémunérations. Parce qu'il est plus facile, et surtout plus rapide de former une infirmière qu'un médecin, une modification des champs de compétence devrait permettre de résoudre plus rapidement la question du nombre de professionnels. Parce que le niveau de rémunération des uns est inférieur à celui des autres, une modification des champs professionnels a également des incidences financières fortes. Dans un registre proche le rapport appelle au développement du travail en groupe de la part des professionnels. A l'évidence, comme le note le rapport « ces transformations ne peuvent apparaître ra-

pidement et demandent un management actif ».

### **Développer la participation active de la population**

On l'a vu, pour les auteurs du rapport, développer la participation active de la population à la prise en charge de sa propre santé est un enjeu central. Les modes de vie, la consommation de tabac et d'alcool, le mode d'alimentation, le manque d'exercice physique exercent une influence importante sur la santé présente et future de la population. La réduction des inégalités sociales a un effet positif sur l'évolution des dépenses de santé. Au-delà, une meilleure information des personnes malades leur permettant de prendre en charge de façon plus active des traitements dont elles auraient clairement compris la nécessité et le fonctionnement permet d'améliorer les résultats de santé. Sur cette thématique, centrale dans le rapport, les auteurs font de nombreuses propositions qui vont de la modification des rapports entre patient et soignant (« soigner sans jargon ») à l'ouverture des organes locaux du service public de santé à la population.

---

### **La réaction syndicale**

Le syndicat UNISON a accueilli favorablement la proposition de faire augmenter de façon significative le financement du système de santé. Le secrétaire général d'UNISON a déclaré que « la majorité de la population comprend et soutient la nécessité d'une injection massive de financement dans le service de santé. Il faudra de nombreuses années pour améliorer la situation, mais nous pensons que cela est possible. Nous, à UNISON, comprenons qu'augmenter les impôts est une décision difficile pour un

## **ROYAUME-UNI**

gouvernement. Mais on ne peut attendre un service public de santé de qualité sans y mettre le prix ».

Dans le même temps le syndicat a rappelé que son soutien n'était pas inconditionnel. « Nous voulons travailler avec ce gouvernement pour transformer et améliorer notre NHS et pour utiliser le potentiel de l'ensemble des travailleurs du système de santé. Mais il ne faut pas se limiter aux médecins et aux infirmières, même si leur rôle est vital, il faut raisonner sur l'ensemble du personnel de santé... Quand le parti travailliste a gagné les élections il a été mandaté pour investir dans le secteur public et non pour le privatiser. Quelles que soient les garanties qui se raient offertes au personnel qui serait transféré dans le secteur privé nous continuerons à agir contre le recours à des

sociétés privées. Où sont les preuves que des hôpitaux agissant comme des entreprises privées peuvent améliorer les soins ? Où sont les preuves du fait qu'un financement privé serait la bonne façon de financer nos fragiles infrastructures hospitalières? ».