

L'EXPERIENCE BRITANNIQUE

Le National Health Service constitue pour la médecine française une expérience à ne pas suivre. Depuis 43 ans il demeure au sein d'une société occidentale et n'a pas été changé malgré l'œuvre de libéralisation de Mme Thatcher. Bien au contraire elle se propose d'en modifier les principes en fonction d'un "livre blanc" qui n'est pas, à priori, le modèle du libéralisme. R.J. Launois l'a étudié et en a tiré d'intéressantes conclusions dans le cadre des travaux de l'Institut La Boétie.

Il nous paraît important d'en retenir la philosophie pour la comparer avec la pensée dominante des libéraux français. Elle deviendra à court terme un problème d'actualité qui ne pourra pas manquer d'influencer les penseurs médico sociaux de notre pays.

Une étude à poursuivre avec attention.

MAIS QUI A PEUR DE MARGARET THATCHER ?

Robert J. LAUNOIS

*Professeur des Facultés de Droit et de Sciences Economiques
Rapporteur Général du chantier Santé de l'Institut La Boétie*

INTRODUCTION

Le Livre Blanc propose de mettre fin à l'intégration, sous l'autorité de l'Etat, des fonctions de soins et de financement. Ce principe, qui peut paraître aux Anglais révolutionnaire, régit, depuis le début du siècle, les relations entre les acteurs du système français. En revanche, le plan Thatcher introduit des modalités de fonctionnement dont notre pays pourrait bien s'inspirer pour sortir de l'impasse du régime de prix administrés ou cartellisés mis en échec depuis plusieurs années. Il témoigne en tout état de cause d'une volonté politique que peu d'autres pays ont manifesté jusqu'ici, et sans laquelle la réforme du système est rendue impossible.

⁶ *Rencontre de la confiance du patient et de la conscience professionnelle du médecin, d'après Louis Porte, Président de l'Ordre National des Médecins, 1950.*

I - Un dilemme éthique : Liberté ou Equité

Du fait de l'émergence à un rythme de plus en plus rapide de nouvelles technologies auxquelles chacun s'estime en droit d'accéder, les dépenses médicales absorbent une part importante de la production intérieure d'un pays au détriment d'autres secteurs d'activités jugés également prioritaires. Certains en tirent argument pour demander aux acteurs du système de santé de faire les choix collectifs et individuels qu'impose la rareté des ressources disponibles. Mais de tels arbitrages ne peuvent être effectués sans **référence éthique**.

Les principes déontologiques traditionnels, qui ne sont valables que dans le cadre du "colloque singulier"⁶, n'offrent aucune aide en la matière. Ils ne formulent aucune règle d'action sur laquelle le médecin pourrait s'appuyer

pour allouer des ressources rares à des besoins concurrents. Tout au plus recommandent-ils au praticien de "limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire dans toute la mesure compatible avec l'efficacité des soins"⁷. Un principe difficilement critiquable, même s'il est plus facile de l'énoncer que de le mettre en œuvre face à de puissants corporatismes, mais un principe insuffisant. Dans l'état actuel du développement des technologies médicales, le nombre des procédures dont l'efficacité thérapeutique est reconnue est devenu si important qu'aucun pays, même le plus riche, n'est capable d'en faire bénéficier la totalité des malades potentiels qu'elles pourraient soulager. Il est donc nécessaire de trouver des principes éthiques sur lesquels on puisse s'appuyer pour fixer leurs conditions d'utilisations.

⁷ *R. Villey, Déontologie médicale, Masson, 1982, p. 69.*

A cet égard, trois philosophies s'opposent.

- Les uns mettent l'accent sur la nécessité de préserver la liberté de chacun pour lui permettre d'utiliser comme il l'entend le fruit de son travail. Une telle perspective conduit à reconnaître à tout individu le droit de définir le montant de sa consommation médicale et le niveau de sa protection sociale dans la limite des revenus dont il dispose. De la même manière, on s'attachera à préserver l'autonomie du Corps Médical dans son exercice professionnel. Dès lors, l'assurance privée est appelée à jouer un rôle de plus en plus important, c'est le modèle de la sécurité sociale à deux vitesses, qui ne manque pas de partisans en France.
- Les autres, au nom de l'équité, affirment qu'il ne s'agit pas de faire le maximum pour une minorité de privilégiés, mais de servir le **mieux possible les intérêts du plus grand nombre** dans le cadre de ressources limitées. Cette conception de budget fermé implique néces-

sairement des choix fondés sur un rapprochement systématique des coûts et des avantages obtenus par grandes catégories de traitements, afin de sélectionner parmi ceux-ci ceux qui sont le plus utiles à la santé du public. On est dès lors condamné à refuser de mettre en œuvre des techniques ayant un effet thérapeutique certain, lorsque les résultats obtenus sont disproportionnés par rapport à l'ampleur des moyens mobilisés. Dans cette logique, une conception égalitariste exclut totalement du système l'intervention de l'assurance privée.

En effet, si celle-ci venait à se développer de façon significative, la hiérarchisation des urgences définie dans le cadre de la protection de base pourrait être remise en cause par la minorité la plus favorisée.

- Une définition plus nuancée de l'équité conduit à introduire le concept de "**niveau de soins adéquat**". Ses partisans prennent acte du fait que les détenteurs de revenus élevés pourront toujours accéder à des

soins différents de ceux offerts à la majorité de la population. Chercher à imposer une égalité en ce domaine aboutirait fatalement à un marché noir de la santé ou, dans le cadre de l'Europe, à des transhumances médicales de patients fortunés.

Tout le problème consiste à dégager, dans une société, un consensus sur le niveau de soins estimé adéquat. Dans un tel schéma, l'assurance privée peut jouer un rôle à **la marge** en permettant de financer des **prestations de confort** ou d'environnement répondant à la diversité des aspirations individuelles. C'est dans cet esprit que la proposition de réseaux de soins coordonnés envisageait l'introduction d'un ticket modérateur *a priori* complétant un forfait annuel de santé payé par la sécurité sociale, aligné sur le montant des dépenses remboursées dans le système traditionnel.

Le risque en ce domaine est la tentation d'un dévoiement du système, aboutissant à rogner sur le forfait de la sécurité sociale, en allégeant le cahier des charges des prestations de base. C'est ce que traduit la proposition Dekker en Hollande. Le danger en la matière n'est pas lié à un montage institutionnel mais reflète une volonté politique. Lorsque celle-ci est manifeste, elle trouve toujours le moyen d'atteindre les objectifs qu'elle poursuit (exemple, le plan Seguin).

Dans la préface du Livre Blanc, Mme Thatcher affirme catégoriquement vouloir préserver les principes sur lesquels s'appuie le système de santé anglais. "Le service national de santé continuera, dit-elle, à être accessible à tout individu, quel que soit son revenu, et sera, comme auparavant, principalement financé par l'impôt". L'objectif affiché de



son gouvernement semble bien être le maintien de l'équité.

II - Le système britannique de concurrence publique

Le Livre Blanc témoigne d'un grand réalisme, puisqu'il recourt en définitive à des mécanismes qui relèvent de trois modèles différents.

1) Les modèles de référence.

- Au niveau hospitalier, il instaure entre payeurs et fournisseurs des **relations contractuelles privilégiées** de type **P.P.O.** (Preferred Provider's Organisations), dissociant de ce fait financement et prestations. Il restaure le pluralisme de l'offre par la mise en concurrence de divers producteurs de soins pour l'attribution des fonds publics, en fonction de critères performances-coûts. Une contractualisation générale au niveau hospitalier devant, dans l'esprit des auteurs du projet, aboutir à une réaffectation des ressources au profit des établissements les plus efficaces, quel que soit leur statut juridique, privé ou public.
- A l'inverse, la **globalisation des ressources** au niveau des groupements médicaux gestionnaires permet, comme dans la proposition de **réseaux de soins coordonnés**⁸, d'intégrer les fonctions de financement et de

soins au niveau des dépenses ambulatoires et d'une partie des dépenses hospitalières. On en attend une redistribution des ressources au bénéfice des soins de ville et une diminution de la fréquentation hospitalière.

- La création de budgets pharmaceutiques pour tout cabinet de groupe, qu'il ait ou non des responsabilités de gestion budgétaire, relève, en revanche, d'une logique de **régulation administrée**.

L'introduction de ces contraintes et de ces incitations s'accompagne d'une volonté de mettre en œuvre des **systèmes d'information** sur les coûts et les résultats, à défaut desquels les choix des divers décideurs concernés ne pourraient être valablement orientés.

Par ailleurs, autant on accepte de privatiser la production, ce qui est une nouveauté pour le système britannique, autant on écarte pour l'instant l'éventualité d'une **privatisation du financement de la protection sociale**.

Il est interdit aux groupements médicaux gestionnaires de chercher à compléter les financements publics par des ressources complémentaires, mutualistes ou privées (ticket modérateur *a priori*). Les commentateurs s'accordent cependant à souligner le caractère contradictoire des objectifs affichés et la philosophie politique des auteurs de la réforme. Ils voient notamment dans la détaxation des contrats d'assurance privée souscrits par les personnes âgées de plus de soixante ans, ou par leurs enfants, les prémisses d'un glissement vers une possible privatisation de la protection sociale elle-même.

2) Les modalités de fonctionnement

La mise en œuvre du système s'appuie sur 3 types de mécanismes, les relations contractuelles, les incitations financières et le financement globalisé per capita.

- **Les relations contractuelles.** Trois types de contrats sont envisagés : les contrats de réservation de capacité, les contrats d'objectifs (achats groupés de traitements), la fixation *a priori* du coût des soins au cas par cas.

Le premier type de contrat doit permettre aux autorités sanitaires de district (DHA) ou aux groupements médicaux gestionnaires (GP budget holders) de disposer d'une capacité d'accueil, notamment en matière d'urgence, dans les établissements contractés. Les prix utilisés dans le cadre de ces contrats reposeront à la fois sur les coûts connus des établissements signataires et sur le référentiel national dont on pourrait disposer en la matière.

Pour les deux autres types de contrats, il sera nécessaire de pouvoir chiffrer le coût des traitements individuels, celui-ci pouvant être calculé à partir du système des groupes homogènes de malades. Rien n'est dit quant aux modalités de fixation de ces prix. Seront-ils déterminés au niveau national, ou librement négociables par les co-contractants ? En fait, dans la mesure où la tarification au coût marginal est explicitement envisagée lorsqu'il existe des capacités de soins excédentaires, il semble bien que ce soit la deuxième solution qui ait des chances de prévaloir. Les Groupes Homogènes de Malades étant considérés comme de simples instruments de facturation.

⁸ cf. *Des Remèdes pour la Santé, sous la direction de Robert Lanois, Masson, Institut La Boétie, 1989.*

- **Les incitations financières.** Elles sont très variées, on peut en citer trois à titre illustratif.

Au niveau hospitalier, lorsqu'un établissement accueille un patient qui lui a été adressé par un groupe médical gestionnaire, les coûts des examens pratiqués doivent rester dans la limite des frais prévus au terme du contrat pour ce type d'investigations. S'il y a dépassement, celui-ci est mis à la charge de l'hôpital et non du généraliste.

Pour les groupements médicaux gestionnaires, le déficit pourra atteindre dans l'année 5 % des sommes allouées, mais ce pourcentage sera déduit de l'allocation l'année suivante. Si le même phénomène se reproduit deux années de suite, l'agrément pourra être retiré au groupement. Pour éviter que des pathologies lourdes puissent déséquilibrer les comptes quelles que soient les qualités de gestionnaire des médecins qui les surveillent, toute dépense par malade supérieure à 5000 livres est prise en charge par la région ou le district. Un tel mécanisme de réassurance garantit la continuité des soins.

En matière pharmaceutique, chaque cabinet de groupe est doté d'un budget mensuel indicatif pour ses prescriptions médicamenteuses. Le montant de celui-ci sera négocié entre le comité régional des omnipraticiens (F.P.C.) et le cabinet de groupe concerné, ceci afin de prendre en compte le profil spécifique de la clientèle prise en charge. Le montant définitif de ces crédits prévisionnels sera arrêté après avoir comparé les habitudes de prescription du groupe avec la moyenne observée dans des cabinets médicaux homologues. Tout écart entre

les crédits mensualisés et les dépenses engagées appellera une intervention du comité médical régional. Dans l'esprit des auteurs du projet, ce contrôle des dépenses par les pairs devrait permettre à lui seul de résorber les déséquilibres. Pour les praticiens isolés, qui ne sont pas dotés aux termes de la réforme de budgets indicatifs, une autre incitation est prévue : la moitié des économies qu'ils contribueront à dégager par rapport à la consommation moyenne régionale leur est réservée, l'autre moitié revenant au comité régional des omnipraticiens, celui-ci pouvant affecter ces sommes soit à des opérations de prévention, soit à une amélioration des soins communautaires.

- **Le financement globalisé per capita.** Les moyens financiers alloués soit aux autorités administratives (RHA, DHA) pour faire face aux besoins de la population de leur circonscription, soit aux groupements d'exercice gestionnaires pour couvrir la par des dépenses hospitalières dont ils ont la responsabilité, le seront sur la base d'un forfait annuel per capita modulé en fonction de l'âge et du sexe. Au niveau macro-économique, tout risque de sélection est exclu, puisque le patient est toujours assuré d'être pris en charge par le NHS. Mais à l'intérieur du NHS il conviendra de rester vigilant si l'on veut éviter l'apparition de filières de relégation médicale. Le refus de l'affiliation à un groupement agréé est interdit, mais les incitations perverses subsistent. La rémunération du médecin pour tout client pris en charge en milieu ambulatoire demeure fixée indépendamment de la gravité de

l'état du patient. Des délestages de responsabilité paraissent inévitables, d'autant que le règlement des séjours dans les services d'urgence ou de médecine ne peut lui être imputé.

Paradoxalement, l'accroissement des responsabilités confiées au généraliste peut contribuer à résoudre les problèmes des hôpitaux les plus performants. Actuellement, les établissements qui travaillent dans le cadre d'un budget donné sont pénalisés lorsqu'ils améliorent leur productivité. Le coût moyen, à ressources constantes, diminue lorsque le nombre des admissions augmente, mais les malades dont les séjours ont été abrégés sont immédiatement remplacés par d'autres. Le coût total reste identique quand il n'augmente pas à la suite de la densification des examens sur une période plus courte. L'établissement est inévitablement pénalisé puisqu'il ne peut accroître ses recettes à due concurrence. A l'inverse, dans le nouveau système, l'hôpital perçoit des revenus qui augmentent en relation avec le nombre de cas traités, ses recettes sont en définitive fonction de l'attrait qu'il exerce sur les médecins de ville.

III - Les enseignements à retenir pour la France

Jusqu'à présent, pour remédier aux effets pervers de la dissociation des responsabilités dans le système de santé entre payeurs, décideurs et consommateurs, deux voies ont été explorées. L'une consiste à faire coïncider

en partie le rôle de **payeur et de consommateur** en instaurant une politique de **ticket modérateur**. L'autre se propose de confier le rôle de **payeur et de décideur** à une seule entité, le prestataire de services, en lui attribuant un **forfait par pathologie traitée** fixé par l'administration, c'est le système des groupes homogènes de malades. Le Livre Blanc anglais ouvre une troisième voie, **contractuelle**, qui prévoit des accords négociés, décentralisés, entre payeurs et prestataires de services dans le cadre d'une enveloppe budgétaire globale fermée. Elle s'appuie sur la concurrence et le pluralisme de l'offre. Mais deux conceptions de la concurrence peuvent exister. L'une estime que celle-ci peut être conçue comme un **moyen** pour améliorer l'efficacité du système dans le cadre des sources de financement existantes, l'autre qu'elle peut devenir une **fin** en soi, permettant au consommateur d'exprimer ses préférences aussi bien vis-à-vis du choix des producteurs de soins que de celui de son niveau de protection sociale. La solution anglaise s'inspire de la première philosophie ; elle écarte le consumérisme médical en confiant la responsabilité des budgets aux administratifs ou aux médecins. Il est révélateur en ce domaine qu'un gouvernement libéral ne se rallie pas aux extrapolations naïves de certains selon lesquelles le patient client serait roi.

Ces propositions ébauchent des perspectives dont la France pourrait s'inspirer.

⁹ *Priority setting in public and private health care. Centre for Health Economics, University of York, 1988.*

- Il est inévitable à terme qu'un **financement fermé** soit introduit au niveau des caisses primaires ou des caisses régionale en fonction du taux actuarial des soins dispensés aux populations dont elles ont la responsabilité. Dans un système dont les ressources sont globalement limitées, on ne peut pas continuer à financer à guichets ouverts les demandes des organismes locaux.
- Dans un tel contexte, les **accords contractuels** devraient être alors **décentralisés**, le régime des conventions nationales paraissant dépassé.
- **Le pluralisme de l'offre** doit être développé en veillant à ce que la concurrence ne soit pas amenée à disparaître aussitôt créée du fait de concentrations excessives. Le plan anglais paraît présenter à cet égard un danger dans la mesure où, quel que soit leur statut juridique, les établissements hospitaliers les plus performants sont invités à entrer dans une logique capitaliste qui pourrait déboucher à terme sur la création de monopoles et l'apparition de rentes de situation.
- La France, à l'instar de la Grande-Bretagne, devra développer un **système d'information** en termes de filières permettant à la fois le chaînage des actes et l'évaluation de la qualité des soins.

CONCLUSION

Le problème de fond que pose toute proposition de réforme de santé, comme l'indique Alan Williams⁹, est bien de nature éthique. La séduction technique qu'exerce l'introduction de mécanismes favorisant les gains de productivité ne doit pas occulter

la question-clé : l'accès aux soins doit-il être fonction des capacités de paiement de chacun ou doit-il être le même pour tous, dans les limites du pouvoir d'achat collectif de la nation ?

Les gouvernements des différents pays apportent à cette question des réponses empiriques plus nuancées que les philosophies qui ont sous-tendu la construction de leur système de protection sociale. Pour remédier aux rigueurs du principe "à chacun selon son dû", les Américains ont introduit un système d'assistance aux personnes âgées et aux cas sociaux qui finance près de 40 % du système de santé. En Grande-Bretagne, le développement d'un système d'assurances privées a permis aux classes les plus favorisées d'échapper aux excès du principe "à chacun selon ses besoins". En France, la méfiance vis-à-vis des procédures inquisitoriales et arbitraires de l'assistance devait mettre largement fin en 1945 à la coexistence de deux systèmes de protection sociale, l'un public, l'autre privé. Mais le clivage idéologique a reproduit ses effets dans le cadre d'un système de soins unifié. Des distinctions subtiles entre prestations sanitaires et prestations sociales, secteur 1 et secteur 2, activité privée et responsabilités hospitalo-universitaires ont permis de découper le système en territoires séparés obéissant à deux logiques opposées.

Avant de proposer des solutions techniques, chacun devrait énoncer les principes éthiques qui les fondent et afficher le dessein qu'il poursuit. Dans une "démocratie pluraliste ouverte", il est normal qu'il existe un débat sur les finalités, encore faut-il que celui-ci soit tranché pour qu'une politique cohérente puisse être mise en œuvre.