

Le NHS britannique après la réforme

La réforme du système de santé anglais de 1991 a combiné un changement radical : la mise en place d'un « marché interne », avec le maintien d'un des piliers de l'ancien système : un financement largement appuyé sur l'impôt.

L'introduction des incitations et des sanctions du marché devait permettre pour les initiateurs de la réforme une amélioration du niveau et de la qualité des soins tout en facilitant un transfert de ressources de l'hôpital vers les soins primaires. Le maintien du mode de financement devait pérenniser les aspects positifs de l'ancien système : équité, accessibilité, et, « last not least », contrôle de la dépense.

Le marché mis en place par la réforme est un marché « interne », « organisé ». Interne parce que la dépense totale demeure prédéterminée et contrôlée, et que les offreurs et demandeurs qui interviennent sur ce marché sont des organes du système lui-même.

Les *districts health authorities* (DHA) sont financeurs. Ils ont la responsabilité de la promotion de la santé de leur population (250 à 300 000 personnes). Ils doivent identifier les besoins locaux en matière de santé, déterminer des priorités, les hiérarchiser, développer la prévention et la promotion de la santé. À noter que la réforme leur donne une fonction importante de programmation et de prévision.

Par ailleurs, les DHA financent l'achat de services de santé avec à une enveloppe calculée grâce à une formule de capitation pondérée prenant en compte la population mais aussi l'âge, les facteurs

de morbidité, le niveau de pauvreté de la région. Le district signe des contrats avec les hôpitaux et autres fournisseurs de services de santé. Ces derniers peuvent appartenir à son secteur mais également, concurrence oblige, à d'autres régions.

C'est enfin au district de vérifier que les hôpitaux atteignent les objectifs de qualité prévus dans les contrats : listes d'attente, mortalité périnatale, augmentation de l'activité en hospitalisation de jour ou n'importe quel autre critère.

Les médecins généralistes volontaires devenus détenteurs de budgets (« Fund Holders ») sont également des acheteurs.

Des médecins généralistes plutôt satisfaits

L'importance de la population couverte est la condition minimum pour un équilibre du risque. Dans la réforme britannique ne peuvent se porter volontaires que les cabinets de groupe dont le nombre de patients inscrit est supérieur à un plancher plusieurs fois révisé à la baisse et aujourd'hui fixé à 7 000 patients. Deuxième mesure : on a sévèrement limité le champ des soins que le médecin généraliste détenteur d'enveloppe budgétaire peut acheter. Il s'agit des soins les moins chers et les plus courants (ORL, chirurgie orthopédique, hernies, varices...). Enfin dernière protection, dès que les frais entraînés par un patient dépassent 5 000 £ par an en traitement hospitalier, les coûts supplémentaires sont pris en charge par le district. L'accueil des médecins généralistes à cette réforme, réservé dans un premier temps, est devenu plu-

tôt positif. Certains généralistes, qui craignaient que la passation de contrats entre districts et hôpitaux ne réduisent leur liberté, voient dans la gestion d'un budget propre la possibilité d'une plus grande autonomie. Les médecins généralistes ont également vite compris que la gestion de ce budget leur donnait un important moyen de pression sur l'hôpital, en particulier sur les délais pour obtenir les résultats d'un examen (radio, laboratoire). S'ouvrirait également pour eux la possibilité d'entamer un dialogue avec les médecins hospitaliers. Pour être payé, l'hôpital doit fournir des résultats de consultation, des comptes rendus d'hospitalisation.

Certains médecins généralistes demeurent toutefois réticents dans la mesure où ils craignent de devenir des « rationneurs » de soins. Ce n'est plus l'hôpital qui dira non mais eux. D'autres craignent que le système n'engendre une médecine à deux vitesses.

Les fournisseurs : hôpitaux ou centres de soins communautaires, peuvent choisir de devenir autonomes : « NHS Trusts ». Leur autonomie s'applique à la politique menée en matière de personnel, au choix des investissements. Dans ce dernier domaine le capital n'est plus un « bien gratuit ». Les hôpitaux devront rémunérer leur capital au taux de 6 %. La règle de passage au statut de « trust » est le volontariat mais dans les faits une pression assez forte semble avoir été exercée.

Pierre Volovitch