

LE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE AU ROYAUME-UNI

SEAN BOYLE ET JULIAN LE GRAND*

Cet article a pour but de décrire le système de financement et de prestations de l'assurance maladie tel qu'il s'est présenté durant la deuxième moitié du vingtième siècle au Royaume-Uni. Seront considérés ici les développements intervenus depuis le début des années 80 dans les méthodes de financement de l'assurance maladie, ainsi que les changements de portée relative et absolue des prestations de soins. Quelques comparaisons internationales seront fournies avant de décrire les options possibles pour l'avenir.

Nous focaliserons notre étude sur le financement et les prestations au sein de l'Angleterre, ce qui représente la majeure partie du système d'assurance maladie du Royaume Uni. Quelques différences mineures existent avec les autres régions du Royaume : Pays de Galles, Ecosse et Irlande du Nord, mais les conclusions générales sont essentiellement les mêmes. Nous aborderons notamment les prestations maladie publiques, tout en attirant l'attention sur la croissance du secteur privé au cours de cette période et sur le potentiel de développement des prestations privées en tant qu'option possible pour le futur. Mais, avant de traiter ces sujets, nous présenterons le contexte en décrivant sommairement quelques développements récents dans le système britannique de prestations publiques d'assurance maladie.

281

Changements intervenus dans l'Organisation des Prestations Maladie Publiques

Les principaux changements intervenus ces dernières années dans le système de santé britannique n'ont pas eu trait à son financement, mais plutôt à son organisation. Depuis son origine, en 1948, jusqu'à la fin des années 80, le Service National de Santé Publique, appelé NHS (National Health Service) était essentiellement une bureaucratie de commandement. La plupart des installations hospitalières étaient détenues et gérées par le gouvernement, qui employait également tout le personnel hospita-

* Chercheur et Professeur adhérent à la fondation King's Fund Institute.

lier, y compris praticiens et infirmières. L'administration et l'affectation des fonds étaient effectuées par deux entités des «autorités de santé» : les Autorités de Santé Régionales qui couvraient 14 régions d'Angleterre et les Autorités de Santé de District couvrant les districts au sein de chaque région.

Les médecins généralistes étaient, pour la forme, des travailleurs indépendants mais, dans la pratique, ils ne passaient des contrats qu'avec l'Etat et sont devenus par voie de conséquence des employés d'Etat. Les praticiens et le personnel hospitalier étaient salariés. Les médecins généralistes étaient payés essentiellement selon le nombre de patients suivis figurant dans leurs fichiers. Toutes les sortes de traitements étaient fournies gratuitement sur place, sauf quelques frais divers, dont les plus importants étaient les frais pour les prescriptions.

Les médecins généralistes agissaient en tant que «garde-fous» du système. Les patients qui avaient besoin d'un traitement médical s'adressaient d'abord à leur médecin généraliste, lequel établissait alors un diagnostic et fournissait lui-même le traitement à suivre ou bien, lorsque la situation du patient le requérait, le généraliste le transférait à l'hôpital ou vers d'autres formes de traitement secondaire. En théorie, les généralistes avaient liberté totale de transmettre les patients à d'autres hôpitaux ou à d'autres prestataires de santé de leur choix. Dans la pratique, les transferts de patients ont été limités par la capacité des hôpitaux : ceux qui se trouvaient en sous-capacité face à une forte demande tentaient de la contrôler au moyen de listes d'attente.

Le système avait (et a) beaucoup de mérites. Etant donné que les médecins n'étaient pas payés selon les services rendus, l'incitation à fournir des soins en excès aux patients était minime. Le mécanisme d'incitation était, en revanche, l'inverse. Tant les médecins généralistes que les spécialistes étaient rémunérés selon le nombre de patients et par conséquent, enclins à réduire la charge de travail en fournissant des soins de manière insuffisante. Par rapport aux systèmes d'honoraires fondés sur le service fourni, ce système était donc moins assujéti à la demande induite par le prestataire vis-à-vis du patient. Ce système était également, à niveau politique, bien placé pour résister à la demande induite par le prestataire. Le financement du système par le biais de l'imposition générale et le conséquent resserrement du contrôle fiscal sur le financement rendaient la structure moins sensible que d'autres systèmes comparables d'assurance sociale aux pressions politiques et professionnelles pour augmenter l'enveloppe budgétaire de la santé. La combinaison de ces deux facteurs a conduit à un niveau élevé de «macro»-efficacité, c'est à dire à des dépenses de santé relativement faibles par rapport aux barèmes internationaux, sans pour autant conduire à une détérioration significative

des soins par rapport à d'autres pays. Le système était aussi amplement équitable, permettant ainsi à tous secteurs de la population confondus l'accès à des soins gratuits sur place.

Néanmoins, sous d'autres aspects, il s'avérait moins satisfaisant, étant généralement considéré comme «micro»-efficace. La combinaison de la liberté clinique et de l'absence de mécanismes de coûts au sein du système ont donné lieu à une utilisation des ressources qui était en inadéquation avec l'efficacité des coûts générés. Le système était enfermé dans un carcan étanche de mécanismes de soins et (de même que la plupart des autres services de santé) et était trop dépendant de services offerts au sein des hôpitaux et requérant une utilisation intensive de technologie (Kirkup et Donaldson, 1994). Des procédures relativement simples, comme celles concernant la remise en place de hanches, le traitement des cataractes et des hernies entraînaient de longues attentes (parfois plus de deux ans) (consulter Frankel et al, 1993). Ce système était fréquemment considéré comme ne répondant pas aux besoins des patients, dont le choix se voyait restreint, et employant des professionnels qui semblaient être davantage concernés par la satisfaction de leurs propres intérêts que ceux qu'ils étaient censés servir.

Vers 1988, nombre de ces préoccupations étaient devenues urgentes. Lorsqu'elles ont coïncidé avec l'une des crises classiques de ressources du Système National de Santé Publique (NHS), tel que cela a été le cas cette année-là, la pression exercée sur les hommes politiques pour qu'ils «fassent quelque chose» est devenue presque incontournable (consulter Lawson, 1992, pour un rapport sur la situation fait par l'un des principaux politiciens concernés). Le Ministère Britannique de la Santé a publié en 1989 un Livre Blanc qui détaillait les changements proposés par le Gouvernement, lesquels ont été introduits dans la Loi de 1990, appelée «National Health Service and Community Care Act».

Le nouveau système, mis en application en Avril 1991, est complètement différent de l'ancien. Il comporte une approche dite de «quasi-marché», selon laquelle l'acquéreur est séparé du prestataire des services de santé et permet l'instauration d'une concurrence entre les acquéreurs et les prestataires. D'une part, il y a l'ancienne Autorité de Santé du District, laquelle se voit attribuer un budget pour acquérir les soins secondaires en fonction de la taille et des caractéristiques de la population du District. De l'autre, se trouve le médecin généraliste qui détient des fonds. Il s'agit d'un médecin disposant d'une liste de patients d'une certaine taille (maintenant 5000), qui se voit également confier un budget afin d'acquérir une gamme plus limitée de soins secondaires au nom de ses patients.

Du côté des prestataires de santé, la grande majorité des hôpitaux et des autres prestataires de services médicaux s'est transformée en «gestionnai-

res» indépendants : des organisations à but non lucratif, relevant encore du Système National de Santé Publique (NHS), mais bénéficiant d'une certaine liberté d'action en ce qui concerne la rémunération, les compétences et la prestation des services. Ces prestataires passent des contrats avec des acquéreurs (des deux sortes) afin de fournir des services.

Bien que ces réformes aient été mises en place il y a déjà quatre ans, il demeure néanmoins difficile à l'heure actuelle d'évaluer leur impact global (Robinson et Le Grand, 1994). Certaines améliorations ont été signalées en matière de micro-efficacité et de réactivité, notamment en ce qui concerne des médecins généralistes employant des fonds attribués. Pourtant, le même phénomène (la capacité apparente des généralistes à obtenir de meilleurs services pour leurs patients) donne lieu également à des problèmes d'équité, notamment en ce qui concerne le développement d'un service à deux vitesses favorisant les patients des généralistes disposant de fonds attribués (Robinson et Le Grand, 1993, Ch. 10 ; Glennerster et al., 1994).

Dépenses de Santé

Nous aborderons maintenant les dépenses encourues pour la santé, lesquelles peuvent être classifiées en trois sortes différentes, selon qu'il s'agisse :

- du public ou du privé,
- des dépenses courantes, ou d'investissement,¹
- du Ministère de la Santé ou des Services Sociaux Personnels (SSP) de l'Autorité Locale.

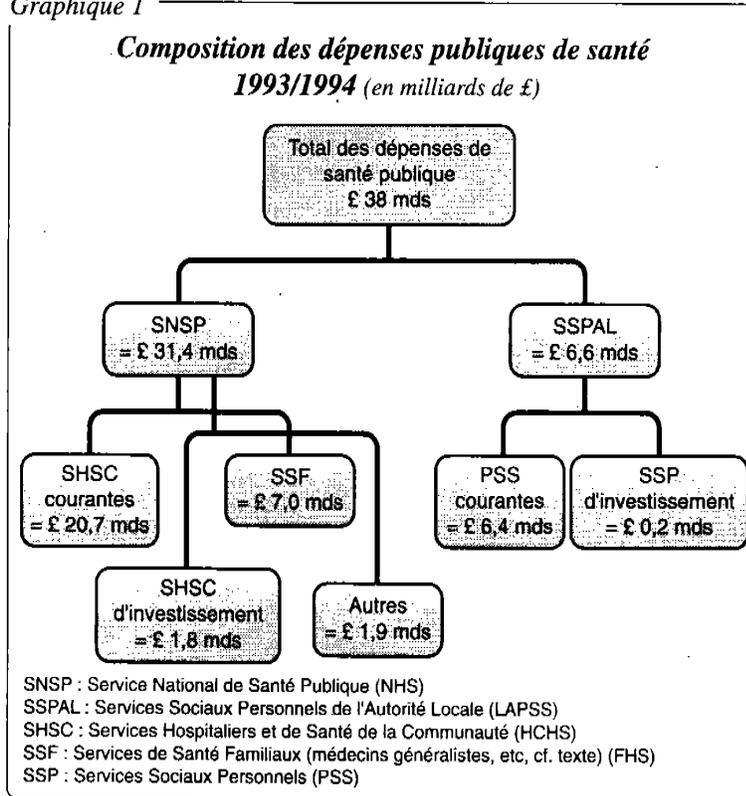
Le Ministère de la Santé est le bras du gouvernement central qui exerce la responsabilité générale dans le domaine de la santé en Angleterre et au Pays de Galles. Il a aussi la responsabilité des Services Sociaux Personnels, c'est-à-dire les soins pour les personnes âgées, les malades psychiatriques ou les personnes ayant des problèmes d'apprentissage, les services pour enfants. Cependant, contrairement aux soins médicaux, ce type de services est actuellement fourni par les autorités locales.

Actuellement, environ 17 % du total des dépenses de santé en Angleterre, que nous estimons à 46 milliards £ en 1994/95, sont financés par des sources privées, soit de la poche du patient, soit par le biais des assurances privées. Plus de 20 % (10 milliards £) sont dépensés dans le secteur privé et les 80 % restants (36 milliards £) dans le secteur public¹.

Le Graphique 1 illustre la composition des dépenses publiques totales de santé en 1993/94 dont plus de 97 % représentent des dépenses couran-

¹ Les estimations de dépenses privées comprennent les médicaments achetés sans ordonnance, se fondant elles mêmes sur les premières estimations faites par Laing (1994).

Graphique 1

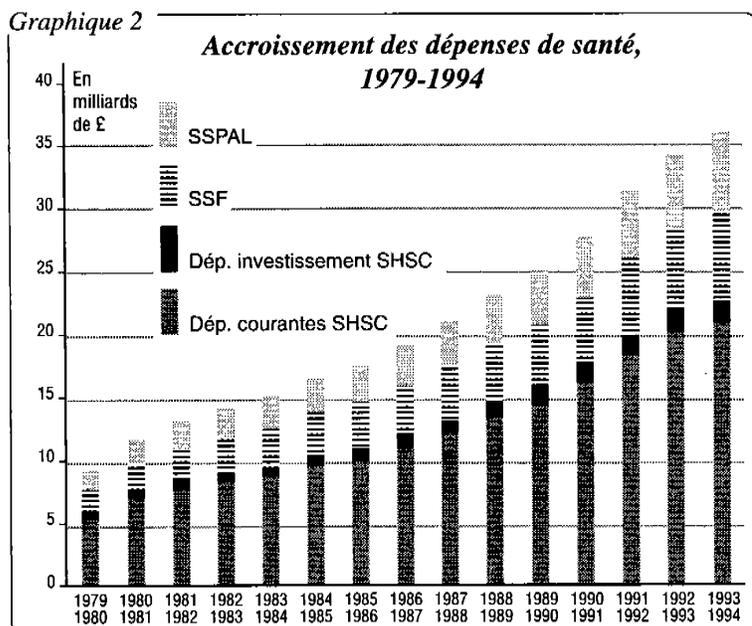


Source : Comité de Santé de la Chambre des Communes, 1994.
 Entre parenthèses, les abréviations anglaises.

285

tes (ou de revenu) et seuls 2,4 % des dépenses d'investissement. La majorité (59 %) des dépenses totales est consacrée aux Services Hospitaliers et de Santé de la Communauté (SHSC) avec une moindre proportion (18 %) sur les Services de Santé Familiaux (SSF), qui comprennent essentiellement les dépenses pour les médecins de famille (médecins généralistes), dentistes, oculistes et services pharmaceutiques.

L'ensemble des SHSC et SSF constitue le total des dépenses du Service National de Santé (NHS), à l'exception d'une somme marginale dépensée à niveau central sur des postes tels que l'administration centrale, les services d'ambulance et les coûts de recherche et développement. La plupart (17 %) des dépenses de santé restantes concerne les Services Sociaux Personnels (SSP).



286

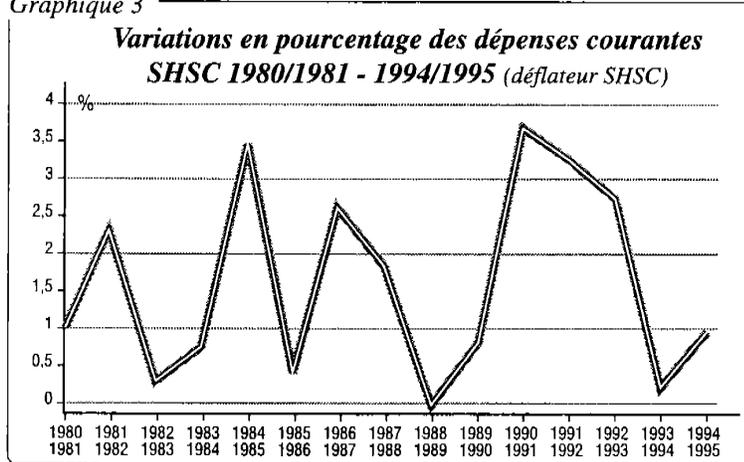
Source : d'après le Comité de Santé, 1994, 1993a, 1993b, Comité des Services Sociaux, 1990, 1985.

Le Graphique 2 illustre la croissance des dépenses des SHSC (Services Hospitaliers et de Santé de la Communauté), courantes et d'investissement, des SSF (Services de Santé Familiaux) et des SSP (Services Sociaux Personnels) des Autorités Locales, sur les 15 dernières années exprimées en termes monétaires nominaux. Les dépenses totales ont été multipliées par quatre sur cette période à un rythme annuel de 15,5 %. A l'intérieur de cette augmentation générale, il y a eu une légère diminution de la proportion dépensée pour les services courants des SHSC qui, en moyenne, a augmenté de 10,2 % seulement, tandis que les dépenses d'investissement des SHSC et de SSF ont augmenté de 10,8 % et celles des SSP de 10,7 %.

Les Graphiques 3, 4 et 5 montrent les taux de croissance réelle en dépenses courantes des SHSC, SSF et SSP respectivement, soit, la croissance ajustée pour prendre en compte l'inflation dans le coût des prestations, en appliquant les indices d'inflation sectorielle appropriés pour chaque type de prestation. Il en résulte une augmentation significative de toutes les formes de dépenses, bien qu'il y ait une fluctuation annuelle considérable (non dissociée des cycles politiques du Royaume Uni), et une croissance réelle sur certaines années proche de zéro.

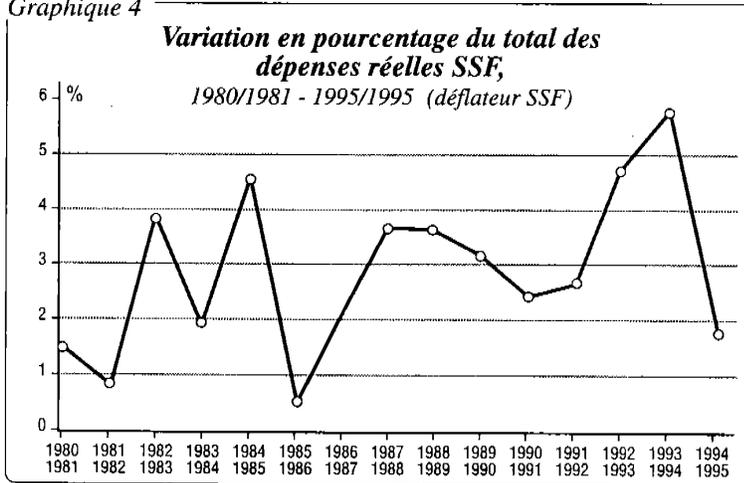
Les dépenses réelles sont souvent calculées au moyen de l'indice

Graphique 3



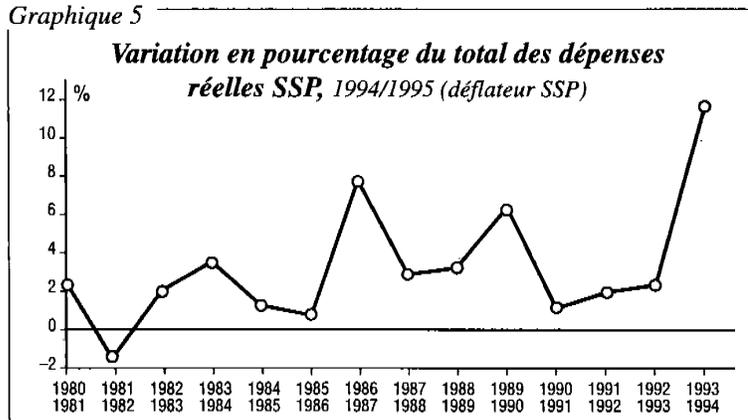
Source : d'après le Comité de Santé, 1994, 1993a, 1993b, Comité des Services Sociaux, 1990, 1985.

Graphique 4



Source : d'après le Comité de Santé, 1994, 1993a, 1993b, Comité des Services Sociaux, 1990, 1985.

Graphique 5



Source : d'après le Comité de Santé, 1994, 1993a, 1993b, Comité des Services Sociaux, 1990, 1985.

288

d'ajustement (déflateur) du P.I.B. qui reflète l'inflation générale de l'économie. Cela tend à produire sur n'importe quelle année spécifique un résultat différent selon la relation existant entre l'inflation d'un secteur donné et l'inflation générale, comme le montre le Tableau 1. Très souvent, le déflateur P.I.B. sous-estime le niveau d'inflation des prix de santé; par conséquent, le taux réel de croissance dans la plupart des secteurs est sensiblement moindre lorsque le déflateur sectoriel est employé à la place du déflateur P.I.B. Par exemple, si l'on emploie le déflateur SHSC, les dépenses courantes des SHSC ont à peine augmenté de 26 % entre 1979 et 1994, à un rythme annuel de 1,7 %. A contrario, l'utilisation du déflateur P.I.B. donne une augmentation générale de 47 % à une moyenne de 2,8 %.

Sur cette période, l'apparition d'un basculement des ressources vers les investissements en équipement sur les SHSC se voit reflétée par un taux plus élevé d'augmentation des dépenses dans ce secteur. Par conséquent, la croissance réelle des dépenses d'équipement sur les SHSC, en utilisant le déflateur sectoriel, était d'environ 70 % à un taux annuel moyen de 3,8 %. Les dépenses réelles sur les SSP ont augmenté d'environ 50 % sur la même période à un taux annuel d'environ 3 %, presque deux fois le taux équivalent pour le SHSC courant, bien que cela masque des différences relatives à l'intérieur du budget SSP.

Bien que les SSP ne relèvent pas de la responsabilité exécutive du Ministère de la Santé - ces services sont gérés par les Autorités Locales (le représentant du gouvernement local) - l'impact des SSP sur la santé est néanmoins indéniable. Le Secrétaire d'Etat à la Santé doit rendre compte de la manière dont les autorités locales gèrent ces fonds.

Tableau 1 : *variation des dépenses réelles de santé, 1980-81 et 1994-95 (prix 1993-94, en milliards de £)*

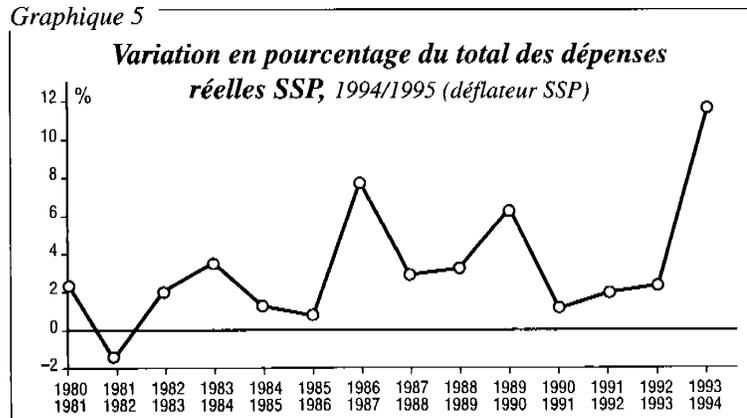
	Dépenses courantes SHCS		Dépenses SSF		Dépenses SSP	
	Déflateur PIB variation %	Déflateur SHFC variation %	Déflateur PIB variation %	Déflateur SSF variation %	Déflateur PIB variation %	Déflateur SSP variation %
1979-80	14,11	16,40	4,44	5,25	4,21	4,26
1980-81	14,24	16,56	4,42	5,33	4,06	4,36
1981-82	14,58	16,94	4,66	5,37	4,14	4,29
1982-83	14,62	16,99	5,07	5,58	4,24	4,38
1983-84	14,73	17,12	5,18	5,69	4,39	4,53
1984-85	15,24	17,72	5,57	5,95	4,39	4,59
1985-86	15,23	17,79	5,58	5,98	4,42	4,62
1986-87	16,19	18,26	5,80	6,10	4,76	4,97
1987-88	16,98	18,59	6,10	6,33	4,98	5,10
1988-89	17,49	18,59	6,45	6,56	5,10	5,26
1989-90	17,52	18,74	6,49	6,76	5,45	5,59
1990-91	18,27	19,43	6,76	6,92	5,55	5,65
1991-92	19,54	20,07	7,22	7,10	5,68	5,75
1992-93	20,63	20,63	7,61	7,44	5,87	5,89
1993-94	20,67	20,67	7,86	7,86	6,57	6,57
1994-95	20,87	20,87	8,00	8,00	n/a	n/a

Source : D'après le Comité de Santé, 1994, 1993a, 1993b Comité des services sociaux, 1990, 1985.

Le Graphique 5 montre une grande augmentation des dépenses sur les SSP entre 1992/93 et 1993/94, mais cela est plus illusoire que réel, car reflétant en fait un transfert des responsabilités sur les ressources d'un département du Gouvernement (Département de la Sécurité Sociale) vers les autorités locales. Par conséquent, cette année-là a été exclue des calculs de tendance globale qui montrent que les dépenses réelles sur les SSP se sont accrues de 38 % jusqu'à 1992/93 à un taux annuel moyen de 2,5 %. A l'intérieur de cette tendance générale, on a observé quelques modifications dans l'utilisation des ressources entre les différents secteurs de soins et également dans l'utilisation des financements privés.

Il demeure évident que, malgré la croissance généralisée en termes réels de tous les secteurs, un processus graduel de transfert des ressources est intervenu au détriment des SHSC, une tendance qui reflète la politique d'abandon des prestations médicales fournies au sein des hôpitaux au profit des soins dispensés à l'extérieur.

Graphique 5



Source : d'après le Comité de Santé, 1994, 1993a, 1993b, Comité des Services Sociaux, 1990, 1985.

Changements dans la demande de soins de santé

La section précédente considérait les changements intervenus dans les prestations des soins de santé publique au Royaume Uni. Nous aborderons ici les possibilités de développement du besoin ou de la «demande» exprimée des ressources de santé publique. Les facteurs qui constituent autant d'intervenants susceptibles de modifier la «demande» de ressources de santé publique sont les suivants : une structure de population vieillissante, des progrès médicaux et technologiques ayant des répercussions variables selon les catégories d'âge, ainsi que d'une manière générale des

changements de profils de santé, (y compris les nouvelles maladies comme le SIDA) et des changements concernant les priorités politiques, bien que ces dernières devraient de façon idéale correspondre à des considérations d'autres types, comme par exemple l'affectation d'un fonds spécial pour répondre aux besoins des personnes ayant le SIDA, .

Facteurs Démographiques et Technologiques

Le Tableau 2 montre les estimations du Département de la Santé concernant l'accroissement des besoins en matière de services hospitaliers sur cette période en relation avec les changements intervenus dans la structure de la population. Ceci est fondé sur des estimations relativement grossières du coût moyen de fourniture existant de prestations à un groupe de tranches d'âge dont les coûts sont supposés constants dans le temps.

Tableau 2 : *Influence de la croissance démographique sur la demande dépenses de santé*

1979/80	1,30
1980/81	1,10
1981/82	0,40
1982/83	0,40
1983/84	0,50
1984/85	0,60
1985/86	1,30
1986/87	0,90
1987/88	1,40
1988/89	1,00
1989/90	0,90
1990/91	0,70
1991/92	0,60
1992/93	0,70
1993/94	0,50
1994/95	0,50

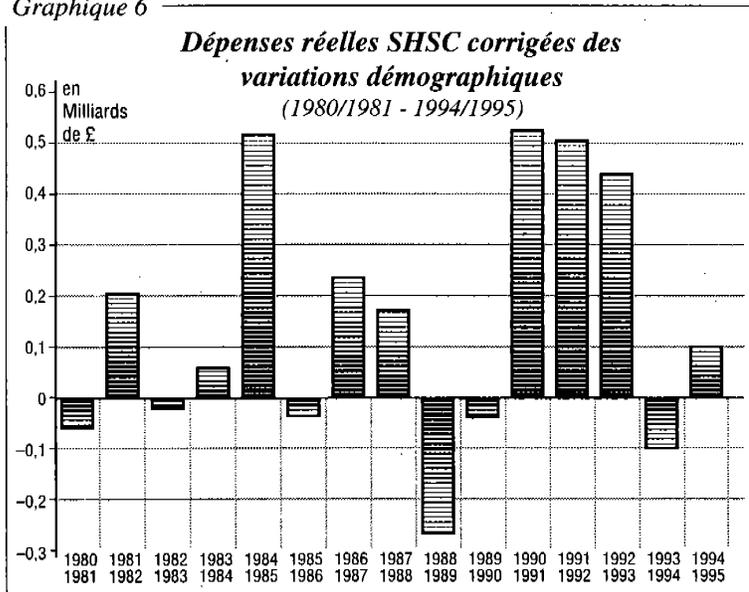
291

Source : Ministère de la Santé, 1994.

Entre 1979 et 1994, l'augmentation des dépenses de santé publique requises pour répondre au changement intervenu dans la pyramide des âges a été estimé à approximativement 13 % à une époque où, comme cela a été signalé dans la section précédente, la croissance réelle des services SHSC a été de 26 %. Il y a eu des années où les niveaux réels d'augmenta-

tion des dépenses de santé publique nationale étaient insuffisants pour répondre aux exigences courantes d'un segment de population plus âgée, tel qu'illustré en Graphique 6 pour les dépenses courantes des SHSC. Pendant plusieurs années les augmentations réelles des dépenses ne sont pas parvenues à compenser le facteur démographique : le cas extrême a été 1988/89, où l'écart à combler par les dépenses réelles était de 260 millions £.

Graphique 6



Source : d'après le Comité de Santé, 1994, 1993a, 1993b, Comité des Services Sociaux, 1990, 1985.

Les estimations de l'impact du changement technologique sur le besoin en accroissement de ressources du NHS ont tendance à manquer davantage encore de précision. De manière générale, le Ministère de la Santé se fonde sur l'hypothèse qu'il faut une croissance de 0,5 % des dépenses pour prendre en compte le changement technologique. Néanmoins, cette hypothèse s'avère discutable : une alternative consisterait à supposer qu'étant donné que certains changements technologiques sont autant susceptibles d'apporter une réduction qu'une augmentation des coûts, ce facteur n'aurait aucune répercussion sur les coûts. En réalité, dans le cas de la plupart des activités économiques, l'effet des progrès technologiques est généralement considéré comme un facteur d'augmentation de l'efficacité et de diminution des coûts.

Néanmoins, si l'on tient compte de l'hypothèse du Ministère de la Santé, on est amené à considérer qu'une croissance des dépenses supérieure à 7 % entre 1979 et 1994 était nécessaire seulement pour accompagner les progrès technologiques pendant les années 80 et le début des années 90. Les deux facteurs : âge et technologie pris ensemble impliquent un accroissement estimé des besoins d'environ 21 % entre 1979 et 1994, ce qui est compensé et même un peu plus, par une croissance des dépenses réelles de 26 % dans les services SHSC.

Nous avons illustré l'augmentation sur les 15 dernières années des niveaux absolus de dépenses liées aux prestations de santé en Angleterre et considéré quelques changements relatifs qui ont été observés dans les secteurs de dépenses. Malgré le fait que la croissance des dépenses globales ait largement compensé l'accroissement des besoins liés aux changements dus à l'âge et à la technologie, l'utilisation accrue des prestations observée pendant cette période n'aurait jamais pu avoir lieu s'il n'y avait pas eu d'améliorations substantielles au niveau de l'efficacité.

En même temps, un changement significatif de politique comportant un abandon des soins à l'hôpital au profit des soins à l'extérieur se voit reflété à la fois dans la redistribution des ressources vers les FHS et dans le réajustement des dépenses SHSC avec une proportion de ce budget dépensée à l'extérieur qui est passée de 8 à 14 % entre 1980 et 1990.

293

Dans la prochaine section, nous allons considérer quelques changements intervenus dans le financement des dépenses de santé publique qui ont eu lieu durant la même période, ainsi que ce que les tendances actuelles permettent d'envisager pour le futur. A ce niveau, nous allons également introduire une présentation de la croissance des prestations du secteur privé, notamment par le financement privé, mais avec également un financement public qui peut être significatif dans certains secteurs de prestations (et à certains moments).

Financement Public et Privé de la Santé

Nous avons déjà mentionné que 17 % des dépenses de prestations maladie sont financés de manière privée. Il s'avère utile d'effectuer deux distinctions : d'une part, entre les dépenses sur prestations publiques ou privées, et d'autre part, entre les dépenses sur services sociaux ou ceux fournis par le NHS. Sur la période observée, on constate une tendance vers le financement et la prestation privés dans pratiquement tous les secteurs. D'abord nous considérerons les changements concernant l'utilisation du financement privé. Ensuite, nous aborderons sommairement la portée des prestations privées.

Tableau 3 : Sources de financement SNSP (NHS)

	Imposition fiscale %	Contributions SNSP %	Recettes et dépenses %
1984-85	85	11,5	3,5
1985-86	84,9	11,5	3,6
1986-87	83,7	12,1	4,2
1987-88	82,2	13,5	4,3
1988-89	80,1	15,1	4,8
1989-90	77,5	16,6	5,9
1990-91	78,7	15,7	5,5
1991-92	80,8	14,1	5,1
1992-93	82,4	13,3	4,3
1993-94	82,5	13,2	4,3

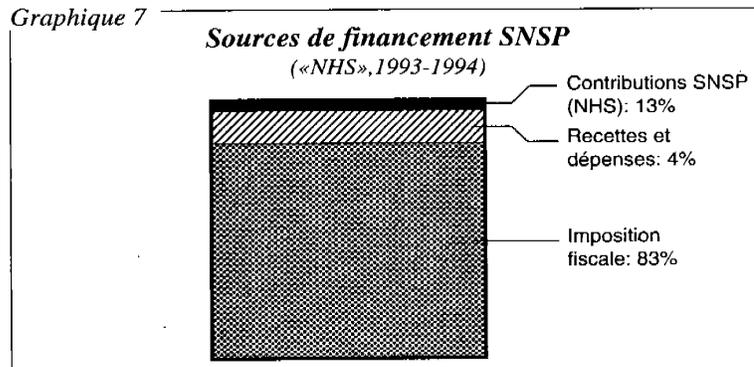
NB : pourcentages estimés pour la période 1993-94

Source : Ministère de la Santé, 1994.

294

Le Tableau 3 illustre la manière dont les sources de financement du NHS ont évolué entre 1984/85 et 1993/94. Au sein des apports du secteur public, on constate une tendance vers davantage de contributions du NHS (fondées sur les cotisations de l'Assurance Nationale), au détriment des ressources du Gouvernement central fondées sur l'imposition fiscale, bien qu'il y ait eu un retour vers le financement par la fiscalité depuis 1989/90. En même temps, il y a eu un changement concernant la proportion de dépenses totales financées de manière privée jusqu'à un plafond d'environ 6 % en 1989/90, bien que la proportion soit redescendue depuis. Le Graphique 7 illustre les dernières estimations pour 1993/94. Le finance-

Graphique 7

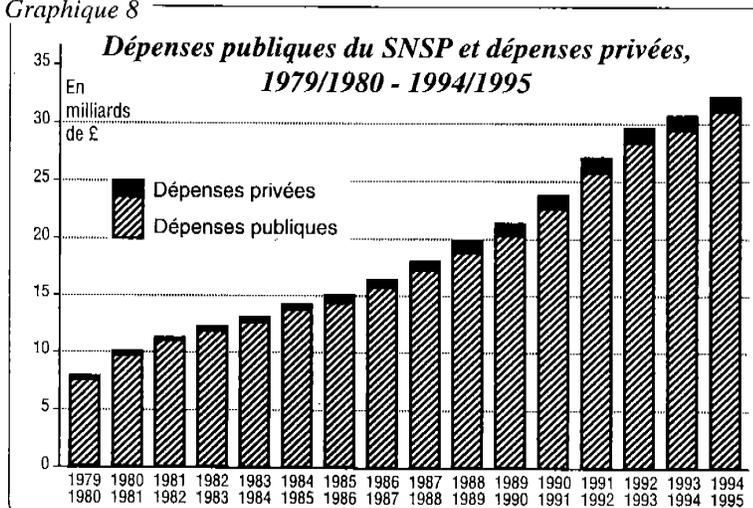


Source : Département de la Santé, 1994.

ment privé consiste essentiellement en frais de prescriptions, frais dentaires et honoraires d'ophtalmologie ainsi que des frais de patients privés.

Le Graphique 8 illustre, pour la période 1979 à 1995, le changement de la distribution des dépenses totales du NHS entre financement public et privé. On a observé une forte augmentation des prestations financées par voie privée jusqu'à 1990/91, de 2 à 6 %, mais depuis elle a baissé jusqu'à seulement 4 % pour l'année en cours.

Graphique 8



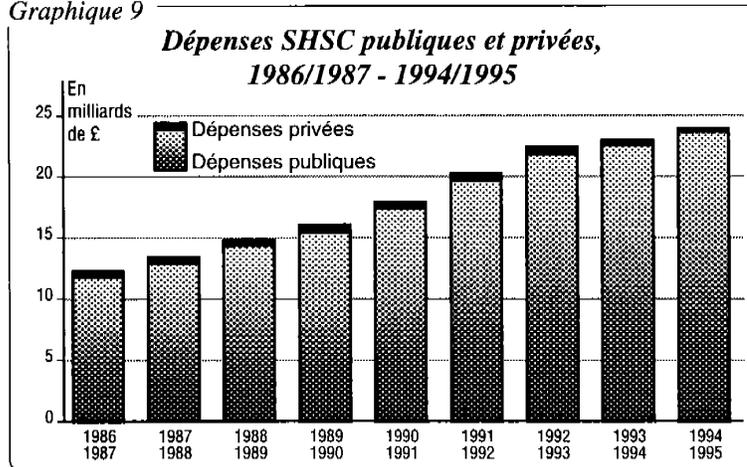
Source : d'après le Comité de Santé, 1994, 1993a, 1993b, Comité des Services Sociaux, 1990, 1985.

295

Ces changements sont considérés plus en détail dans les Graphiques 9 et 10, pour la période à partir de 1986/87. Alors que les frais et recettes ont diminué dans le secteur des SHSC pendant cette période de quatre à deux % des dépenses totales, les prestations financées par voie privée des SSF sont demeurées relativement constantes à dix %, soit un doublement des dépenses nominales.

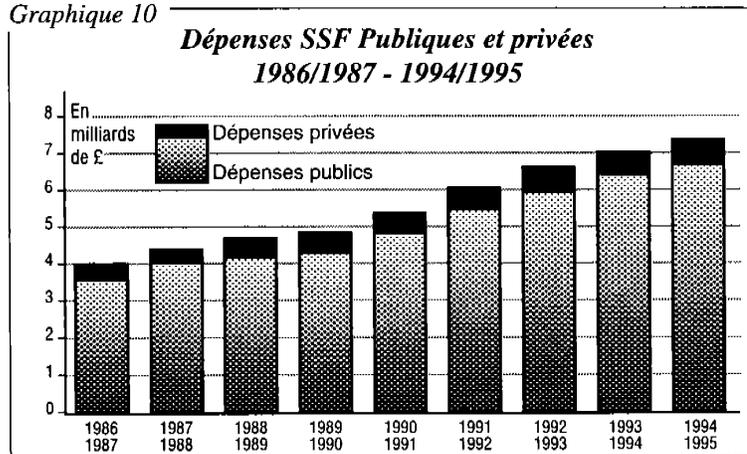
Concernant les dépenses d'investissement, il y a eu une tendance à augmenter l'utilisation des capitaux privés dans les NHS par le biais de l'Initiative Financière Privée (IFP), bien que jusqu'à présent l'effet n'ait pas été trop significatif. Une part considérable des SSP a toujours été financée par des apports (sous financement privé) concernant les prestations suivantes : aides au foyer, soins pendant la journée pour les personnes âgées et places dans les maisons ou foyers spécialisés. Depuis 1986/87, la proportion du financement privé par rapport au total a en effet décliné de 15 à 10 %, tel qu'illustré dans le Graphique 11. Néanmoins, ce Graphique ne

Graphique 9



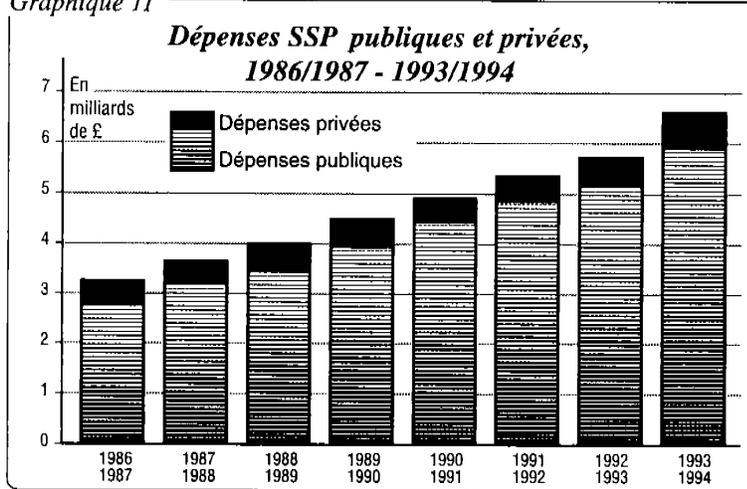
Source : d'après le Comité de Santé, 1994, 1993a, 1993b, Comité des Services Sociaux, 1990, 1985.

Graphique 10



Source : d'après le Comité de Santé, 1994, 1993a, 1993b, Comité des Services Sociaux, 1990, 1985.

Graphique 11



Source : d'après le Comité de Santé, 1994, 1993a, 1993b, Comité des Services Sociaux, 1990, 1985.

donne pas une image adéquate de la situation du financement et des prestations dans ce secteur.

Sur cette période, on a constaté une croissance significative des prestations privées dans le secteur des SSP, laquelle a dépassé toute croissance concernant la proportion de soins à l'hôpital fournis dans des installations privées. Entre 1983 et 1993, par exemple, la proportion des prestations de maisons de retraite dans le secteur privé est passée de 24 à 57 %. La plupart de ces prestations du secteur privé n'a pas été financée par le budget du Ministère de la Santé et la proportion des résidents ayant été financés par les autorités locales est descendue pendant la même période de 5 à juste un peu plus de 1 %. Cette situation est appelée à évoluer suite au changement concernant les ressources provenant du Département de Sécurité Sociale que nous avons précédemment évoqué. Par conséquent, il faut constater qu'il y a eu une augmentation de la consommation financée par voie privée des prestations fournies de manière privée, ce qui n'est pas reflété dans les chiffres du Graphique 11.

Nous avons tracé les modèles de changement concernant les dépenses en termes réels intervenus sur les 15 dernières années. Avant de nous projeter dans le futur des prestations maladie au Royaume Uni, nous comparerons cette expérience avec celle des autres pays.

Comparaisons Internationales

Les dépenses de santé au Royaume Uni sont sensiblement différentes

de celles des autres pays quant à leur dépendance envers les fonds publics. Les dépenses ont tendance également à être faibles en comparaison des autres pays ayant un niveau similaire de développement ou de revenus, cette tendance reste relativement stable depuis plusieurs années.

Tableau 4 : Comparaisons internationales, 1980-92

	Dépenses de santé par tête (USD-PPA)		Taux annuel de variation 1980-1992 (%)	Dépenses de santé en % du PIB			Inflation du prix de la santé 1980-1992	Croissance réelle des dépenses de santé (déflateur secteur) 1980-1992
	1980	1992						
USA	1068	3094	9,3	9,3	13,6	6,7	2,4	
Canada	727	1949	8,6	7,4	10,3	5,8	2,5	
Allemagne	811	1775	6,7	8,4	8,7	3,5	1,8	
France	698	1745	7,9	7,6	9,4	4,7	4,4	
Japon	517	1376	8,5	6,6	6,9	2,2	3,4	
GBR	458	1151	8	5,8	7,1	7,6	2	

USD ppa : parité du pouvoir d'achat en USD.

Source : G.J. Schieber et al., 1994.

298

Le Tableau 4 compare le niveau des dépenses nominales par tête au Royaume Uni par rapport à celui des cinq autres pays principaux de l'OCDE entre 1980 et 1992 (à un taux de parité de pouvoir d'achat en USD). Les dépenses par tête au Royaume Uni restent inférieures à celles des cinq autres pays : seule l'Allemagne a connu une croissance significativement moindre des dépenses (6,7 % comparé à 8 %).

Néanmoins, le Royaume Uni a une inflation des prix de santé largement plus forte que celle des autres pays. Lorsqu'on prend en compte les dépenses réelles de santé par tête (en utilisant l'indice d'ajustement du secteur santé), le taux de croissance annuel au Royaume Uni se compare encore moins favorablement à celui des autres pays, tel qu'illustré par le Tableau 4. On constate également la proportion du P.I.B. que le Royaume Uni dans son ensemble dépense dans la santé par rapport à celle dépensée dans les autres pays. Elle a fortement augmenté allant de 5,8 % en 1980 à 7,1 % en 1992, bien qu'une forte proportion de cela soit probablement due à la relation entre le taux de croissance réelle de l'économie du Royaume Uni sur cette période et le très fort taux d'inflation des coûts de santé anglais.

C'est pour cela que, malgré le fait que les dépenses nominales de santé par tête en livres au Royaume Uni aient augmenté de 9,8 % par rapport à

7,9 % de croissance par tête du P.I.B., l'indice d'ajustement (déflateur) de santé a également augmenté plus rapidement que celui de sa contrepartie économique globale, soit 7,6 % contre 6,1 %. Ce phénomène compense donc presque exactement la croissance des dépenses de santé par rapport au P.I.B.

Le Futur

Nous pouvons distinguer trois séries fondamentales de questions concernant le futur du financement et de prestation de soins médicaux au Royaume Uni. La première a trait aux dépenses totales dans le secteur. Nous avons pu constater que, bien que les dépenses totales de santé au Royaume Uni aient augmenté ces dernières années, elle restent faibles par rapport à celles des autres pays européens. Est-ce qu'elles continueront de croître? S'il en était ainsi, est-ce qu'elles permettront d'ajuster davantage la proportion des ressources nationales consacrées à la santé avec celles des autres pays européens? La deuxième série de question concerne les modèles futurs de financement. Y-aura-t-il des changements significatifs concernant les méthodes employées pour financer la santé au Royaume Uni : une plus forte dépendance envers les frais facturés ou d'autres types de financement privé, par exemple, ou l'adoption de nouvelles formes d'imposition? Finalement, quel sera le futur probable des produits de la réforme du «quasi-marché» effectuée par le NHS : séparation Acquéreur / Prestataire, organismes de gestion hospitalière et médecins généralistes gérants de fonds?

299

Le Futur des Dépenses

Comme nous l'avons déjà vu, tous les facteurs qui contribuent à l'augmentation des dépenses de santé dans les autres pays européens se trouvent également présents en Angleterre, et comprennent notamment le vieillissement de la population, des changements concernant les modèles de santé et les améliorations obtenues dans la technologie médicale et la pratique. Néanmoins, il est probable que certains de ces éléments soient moins éloquents au Royaume Uni que dans les autres pays. Ceci se présente notamment dans le cas du vieillissement de la population, où la plupart de l'augmentation a déjà eu lieu. Le nombre de personnes âgées au Royaume Uni augmentera dans les vingt années comprises entre 91 et 2011 de moins de la moitié de l'augmentation qui s'est produite depuis 1971. Les chiffres augmenteront plus fortement après 2011 (notamment pour les plus de 75 ans), mais, même vers 2041, quatre cinquièmes de la population continueront à avoir moins de 65 ans. Le ratio estimé de «dépendance» d'âge (le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans

rapporté aux personnes âgées entre 15 et 64 ans) ne présente pas de changement majeur jusqu'à 2020, et reste stable à environ 25. Vers 2040, il aura atteint 33,1, mais même alors ce ratio se situera en dessous de celui des autres pays développés, y compris la France (38,2), le Japon (37,8) et de l'Allemagne avant la réunification (48,2) (Willems, 1993).

Compte tenu de ces chiffres, il n'est pas surprenant de constater que les implications d'une population vieillissante dans les dépenses futures de santé au Royaume Uni ne revêtent pas une grande gravité. Une estimation de l'impact sur les coûts de santé et des services sociaux conclut que, si la somme actuellement dépensée par personne âgée restait stable dans le futur, le vieillissement de la population ne rajouterait que 10 % aux dépenses par tête pour ces services vers 2026 (Ermisch, 1990).

Par ailleurs, l'idée que le même montant par personne sera dépensé dans les soins pour personnes âgées peut s'avérer injustifié. La question de savoir si les personnes âgées deviennent à un âge donné plus ou moins sensibles aux problèmes de santé demeure assez controversée (Robine et al., 1992). Nonobstant, une prise de conscience plus importante concernant l'efficacité et la rentabilité des différents traitements donnés aux patients d'âges différents, de pair avec les pressions pour permettre aux personnes âgées de «mourir avec dignité» peuvent conduire à un changement dans la politique des dépenses en faveur des tranches de population plus jeunes.

Néanmoins, il y a à l'heure actuelle deux facteurs spécifiques au Royaume Uni (au moins en Europe) qui pourront contribuer à augmenter la demande de soins maladie. Le Royaume Uni a connu une augmentation extrême de l'inégalité des revenus sur les dix dernières années. Le revenu personnel disponible du foyer moyen après dépenses de logement a augmenté de 35 % entre 1979 et 1990-1, mais celui des 10 % de l'échelon le plus bas de la population a régressé de 14 %, et leur part du revenu national a diminué de moitié. La proportion des foyers disposant d'un revenu inférieur à la moitié du revenu moyen en 1979 était de 9 % ; vers 1990/91 elle était passée à 24 % (Département de la Sécurité Sociale du Royaume Uni, 1993). En d'autres termes, la pauvreté tant relative qu'absolue a augmenté, et ceci peut avoir eu des conséquences négatives sur la santé des individus victimes de cette tendance (Wilkinson, 1989, 1993). Si cette tendance vers une accentuation de l'inégalité perdurait à l'avenir, la santé de ces personnes continuera de s'aggraver, ayant ainsi des répercussions sur l'augmentation de la demande de soins.

Un deuxième facteur pouvant contribuer à augmenter la pression sur les coûts provient du fonctionnement propre du «quasi marché». Cela concerne l'une des caractéristiques des réformes qui à l'origine a été accueillie avec peu d'intérêt, mais qui à présent est devenue sujet de

pression de la part du gouvernement : la détermination locale des rémunérations. Du point de vue de la maîtrise des coûts, l'un des aspects les plus réussis de l'ancien NHS était sa capacité à maintenir basses les rémunérations du personnel travaillant en son sein, une caractéristique qui découlait du statut du NHS en tant qu'acquéreur monopsonistique (virtuel) de l'ensemble des prestataires de santé. Cependant, l'une des caractéristiques de la réforme était que les organismes de gestion de prestations maladie étaient incités à développer des mécanismes de négociation de rémunérations à niveau local. En d'autres termes, la concurrence dans la demande de personnel devait être introduite. Tel que souligné par plusieurs commentateurs (Le Grand, 1991; Mayston, 1990), cette cassure du pouvoir monopolistique du NHS est susceptible de conduire à une augmentation de la dispersion des rémunérations et salaires et, ce qui est encore plus significatif vu sous l'angle de ce document, à un accroissement de leur niveau moyen. Si cette dernière possibilité se présentait et si les budgets globaux des gestionnaires de santé restaient fixes, cela ne pourrait se résoudre que par une baisse du nombre de personnel employé, ou par la réduction d'un autre poste. A son tour, cela pourrait conduire à une diminution générale de la qualité (excepté dans le cas très hypothétique où une augmentation des salaires conduirait à une augmentation de la productivité des employés qui compenserait largement les effets occasionnés par la réduction de leur nombre). Par conséquent, il y aura une forte pression pour revenir à la qualité constatée précédemment, ce qui à son tour amènera des pressions à la hausse sur le budget global.

301

Le Futur du Financement

Comme nous l'avons déjà mentionné, la plupart des changements significatifs de ces dernières années dans le système de santé britanniques sont intervenus dans le cadre de l'organisation ou des prestations de soins et non pas dans son financement. Il est vrai qu'il y a eu une certaine augmentation du financement privé et du recours à la facturation de certains frais pour quelques services; mais cette augmentation a été relativement minime et n'a pas altéré le modèle classique de financement par le biais de l'imposition générale. Le système de financement est-il susceptible de changer dans un avenir proche ?

Il y a eu en effet un nombre important de propositions préconisant un changement (pour plus de détails, consulter Appleby, 1992, et Bailey et Bruce, 1994). Elles suggèrent l'abandon de l'imposition nationale au profit d'une taxation locale ; le remplacement du financement au moyen de l'imposition générale par un système d'assurance sociale plus proche des systèmes des autres pays européens; des impôts dédiés ou spécialement affectés, comme ceux sur les activités nuisibles à la santé, telles que la

consommation de tabac dont les recettes sont affectées au financement du NHS, une utilisation accrue des frais à charge des patients (par ex : les prestations du type «hôtel» liées aux soins hospitaliers) ; une loterie avec des recettes nettes à nouveau affectées au NHS, une plus forte augmentation des recettes dégagées par les gestionnaires NHS ; et une plus forte dépendance envers les dons charitables. Et, bien évidemment, il reste à la portée de la main l'option préférée de la Nouvelle Droite, le développement de l'assurance maladie privée.

Néanmoins, il semble difficile que l'une ou l'autre de ces possibilités puisse acquérir une véritable importance dans le financement de la santé à l'avenir. Le financement par le biais de l'imposition générale présente tout simplement beaucoup trop d'avantages. Nous avons déjà observé que celui-ci représente une façon efficace de maîtrise des coûts et, par conséquent, un outil excellent pour promouvoir la «macro»-efficacité. Mais il a également l'avantage d'être plus équitable que la plupart des autres alternatives, ce qui a été démontré dans une récente étude comparative internationale (Wagstaff, Rutter et Van Doorslaer, 1993). Un système de financement qui soit à la fois équitable et efficace est un instrument politique trop rare pour qu'il soit volontier délaissé par quelque gouvernement que ce soit.

302

Ce principe a déjà été reconnu par les partis politiques. Pour ne prendre que deux exemples, la Commission de Justice Sociale du Parti Travailleiste a récemment (1994) refusé toute alternative au financement par le biais de l'imposition générale. A l'autre extrémité du spectre politique, Nigel Lawson, qui a été Ministre des Finances de Madame Thatcher et l'un des principaux architectes des réformes du NHS, considère que les soins médicaux relèvent d'une situation *sui generis* et ne sont pas susceptibles de privatisation (Lawson, 1992).

Le Futur du Quasi-Marché

Le futur de l'organisation et des prestations du NHS dépend incontestablement de l'évolution du quasi-marché. Cela s'avère difficile à prévoir -en partie parce que les réformes sont encore en état de sommeil, et en partie parce qu'elles sont étroitement liées au Parti Conservateur qui pourrait bien perdre les prochaines élections.

Néanmoins, il est possible de faire quelques prédictions avec une certaine assurance. Quels que soient les résultats des élections, il est fort improbable que tous les changements soient entièrement annulés et que l'ancienne «économie de commandement» du Service NHS revienne en force. Moyennant quelques nuances à propos de la terminologie employée, la logique d'une séparation entre acquéreur et fournisseur a été communément acceptée. L'accent mis sur les premiers soins, implicite

dans le système des médecins gérants de fonds, rassemble également un large consensus, même si cela n'est pas le cas du système même des médecins gérants. Par ailleurs, l'accélération du niveau de sensibilité aux coûts du système NHS et donc sa capacité à rechercher une plus forte micro-efficacité, ont toute chance de perdurer.

Néanmoins, les réformes contiennent suffisamment de failles pour ébranler les fondations du système. L'une d'elles recouvre les «transactions» ou coûts administratifs liés au fonctionnement du quasi-marché (Barlett et Le Grand, p. 26-7). Le NHS a toujours eu des coûts administratifs comparativement faibles : 2,2 % des dépenses de santé en 1988, par rapport à 6,4 % en Allemagne et 5,1 % aux Etats-Unis (OCDE, 1993, p. 98)². Cependant, avec l'introduction du quasi-marché, le nombre des directeurs et autres administrateurs est en forte augmentation. Entre 1989 et 1993, le nombre des effectifs catalogués comme cadres supérieurs et directeurs généraux du NHS est passé de 4 610 à 20 010³. En même temps, le nombre des administrateurs de rang inférieur a augmenté de 13 %. Bien que ces chiffres puissent être interprétés de manière différente, le fait est qu'une augmentation des coûts administratifs a bien eu lieu et il est possible que ces derniers dépassent les gains de micro-efficacité obtenus, à cause de l'introduction de la concurrence ou d'autres incitations de réductions de coûts créées par les réformes.

303

La deuxième faille est l'hostilité publique et professionnelle. Bien que le système NHS ait toujours été politiquement controversé (Klein, 1989), le niveau de préoccupation actuel pourrait bien être sans précédent. Beaucoup de professionnels travaillant dans le service sont de fervents opposants aux changements et ils ont alimenté l'antipathie du public, lequel a des doutes à propos de la «commercialisation» alléguée des prestations. Même dans le climat pro-marché et antiplanification qui a suivi la chute du Mur de Berlin, les marchés dans les services publics sont difficiles à vendre politiquement et, malgré des efforts prononcés, le Gouvernement actuel doit encore surmonter cet obstacle. Peut-être plus que tout autre problème d'ordre théorique ou pratique concernant les mutations du NHS, ce sont les difficultés politiques qui pourraient sonner le glas des réformes.

2. Le chiffre équivalent pour la France est de 1,5 pour cent, cependant, il ne comprend pas les dépenses administratives du système de sécurité sociale.

3. «The Independent», du 16 Novembre 1994.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Appleby, J. (1992) *Financing Health Care in the 1990s*. Buckingham : Open University Press.
- Bailey, S. and Bruce, A. (1994) 'Funding the National Health Service : the continued search for alternatives', *Journal of Social Policy*, 23(4), pp. 489-516.
- Commission on Social Justice (1994) *Social Justice : Strategies for National Renewal*. London : Vintage.
- Ermisch, J. (1990) *Fewer Babies, Longer Lives*. York : Joseph Rowntree Foundation.
- Frankel, S. and West, R. (1993) *Rationing and Rationality in the National Health Service : the persistence of waiting lists*. Basingstoke; Macmillan.
- Glennerster, H. et al (1994) *Implementing GP Fundholding*, Buckingham : Open University Press.
- Health Committee. (1994) *Memorandum from the Department of Health on Public Expenditure on Health and Personal Social Services 1993-94*. London : House of Commons.
- Health Committee. (1993a) *Memorandum from the Department of Health on Public Expenditure on Health and Personal Social Services 1992-93*. London : House of Commons.
- Health Committee. (1993b) *Public Expenditure on Health and Personal Social Services : Memorandum received from the Department of Health containing replies to a written questionnaire from the Committee, 1992-93*. London : House of Commons.
- Kirkup, B. and Donaldson, L. (1994) 'Is health care a commodity : how will purchasing improve the National Health Service?' *Journal of Public Health Medicine*, 16(3), pp. 256-262.
- Klein, R. (1989) *The Politics of the National Health Service*. London : Longman.
- Laing, W. (1994) *Review of Private Healthcare 1993/94*. London : Laing and Buisson.
- Lawson, N. (1992) *The View from No.11 : Memoirs of a Tory Radical*. London : Bantam Press.
- Le Grand, J. (1991) 'Quasi-markets and social policy' *Economic Journal*, 101, pp. 1256-1267.
- Le Grand, J. and Bartlett, W. (1993) (eds) *Quasi-Markets and Social Policy*. London : Macmillan.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (1993) *OECD Health Systems : Facts and Trends 1960-1991, Volume 1*.
- Mayston, D. (1990) 'NHS resourcing : a financial and economic analysis' in A. Culyer, A. Maynard and J. Posnett (eds) *Competition in Health Care : Reforming the NHS*. London : Macmillan.
- Robinson, R. and Le Grand, J. (1994) *Evaluating the NHS Reforms*. London : Kings Fund Institute.
- Schieber, GJ., Poullier, J-P. and Greenwald, LM. (1994) *Health System Performance on OECD Countries, 1980-1992*. *Health Affairs*, Fall, pp 100-112.
- Social Services Committee. (1990) *Public Expenditure on Health Matters :*

- Memorandum received from the Department of Health containing replies to a written questionnaire from the Committee, 1989-90. London : House of Commons.
- Social Services Committee. (1985) Sixth Report from the Social Services Committee : Public Expenditure on the Social Services, 1984-85. London : House of Commons.
- UK Department of Health (1989) Working for Patients. Cm 555. London : HMSO.
- UK Department of Health and Office of Population Censuses and Surveys. (1994) The Government's Expenditure Plans 1994-95 to 1996-97. London : HMSO.
- UK Department of Social Security (1993) Households Below Average Income. London : HMSO.
- Wagstaff, A., Rutten, F. and Van Doorslaer, E. (1993) Equity in the Finance and Delivery of Health Care : an International Perspective. Oxford : Oxford University Press.
- Wilkinson, R. (1989) 'Class mortality differentials, income distribution and trends in poverty, 1921-1981' *Journal of Social Policy*, 18(3), pp. 307-335.
- Wilkinson, R. (1993) 'Income distribution and life expectancy' *British Medical Journal*, 304, pp. 165-168.
- Willets, D. (1993) *The Age of Entitlement*. London : Social Market Foundation.