

La privatisation du système de soins britannique depuis 1979

John Stuart MacDonald, Yves Saillard

Citer ce document / Cite this document :

MacDonald John Stuart, Saillard Yves. La privatisation du système de soins britannique depuis 1979. In: Sciences sociales et santé. Volume 4, n°1, 1986. pp. 9-43;

doi : <https://doi.org/10.3406/sosan.1986.1023>

https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1986_num_4_1_1023

Fichier pdf généré le 31/03/2018

Resumen

John Stuart Mac Donald, Yves Saillard : Privatización del sistema de cuidados británicos desde 1979. Es analizado el proceso de privatización del sistema de cuidados intentado por el gobierno Thatcher desde 1979, y eso, en sus diferentes formas : desarrollo del seguro privado, de los hospitales privados, contractualización de los servicios no-médicos producidos por el N.H.S. Muestra un balance de dicha política, las condiciones de desarrollo del sector privado cuya importancia permanece aún marginada.

Résumé

John Stuart MacDonald, Yves Saillard : La privatisation du système de soins britannique depuis 1979. Le processus de privatisation du système de soins tenté par le gouvernement Thatcher depuis 1979 est analysé sous ses différentes formes : développement de l'assurance privée, des hôpitaux privés, contractualisation des services non médicaux produits par les NHS. Un bilan de cette politique montre les conditions de développement du secteur privé dans le système de soins, les différenciations sociales qu'elle implique, les relations entre les systèmes public et privé, la spécialisation du secteur privé (dont l'importance reste encore marginale).

Abstract

John Stuart MacDonald, Yves Saillard: Privatisation of the National Health Service since 1979. Under Thatcherism, privatisation in the NHS takes different forms: growth of private health insurance and private sector, contractual arrangements between the two sectors, privatisation of supporting services. Analyzing this policy, it is made clear how private sector can grow, the social effects of such a policy, the links between public and private Systems and the strategy of the private sector (even if it is only narrow yet).

LA PRIVATISATION DU SYSTÈME DE SOINS BRITANNIQUE DEPUIS 1979

John Stuart MacDonald*, Yves Saillard**

Depuis 1979, le gouvernement de Madame Thatcher tente, conformément à des objectifs plus généraux de politique économique, notamment de réduction des dépenses publiques, d'augmenter la part du financement privé et du secteur marchand dans le système de soins britannique. L'ensemble de ce processus que l'on appelle ici « privatisation » prend des formes très diverses concernant aussi bien le mode d'organisation des soins que la répartition des dépenses de santé.

L'intérêt de cette analyse dépasse le seul cas britannique dans la mesure où privatiser le système de soins fait partie des propositions pour résoudre les difficultés financières des dispositifs publics de protection sociale. Seul le courant libéral le plus extrémiste propose cependant l'abandon pur et simple au secteur marchand et à l'assurance privée de la gestion du système de soins. L'essentiel des projets de privatisation délimite un « noyau dur » où l'intervention publique est nécessaire, le reste du système de soins étant susceptible de relever alternativement (selon des critères d'efficacité économique) de la sphère marchande ou de la sphère non marchande. La définition des deux secteurs (marchand et non marchand) repose aussi, selon les auteurs, sur la nature du risque (et la part de responsabilité individuelle), le niveau des coûts encourus, la dispersion des dépenses entre les catégories socio-démographiques... (1). L'objet de cet article

* John Stuart MacDonald, Professeur de Politiques Sociales, Chelsea College, Université de Londres, 552 King's Road, London SW10 OUA.

** Yves Saillard, économiste, CEPREMAP, 140 rue du Chevaleret, 75013 Paris.

(1) On peut se reporter sur ce point aux propositions de D.L. Lambert [14] ou S. Nora [20] pour le système de soins français.

n'est pas de procéder à un examen critique de ces différentes propositions. Elles appartiennent cependant au courant politique et idéologique qui participe à la caractérisation du « thatcherisme » : la « nouvelle économie libérale » avec son anti-étatisme, sa foi en la responsabilité individuelle et les vertus de la concurrence. Mais le « thatcherisme », que cet article essaiera de caractériser, pour ce qui est de la politique de santé, se définit aussi par sa clientèle électorale (les classes moyennes britanniques), et une tradition conservatrice plus ancienne (2).

Analyser les tentatives de privatisation depuis 1979, c'est aussi soumettre à l'épreuve des faits les politiques économiques libérales en période de crise. L'examen de la politique de santé britannique depuis 1979, et plus précisément du processus de privatisation, s'inscrit dans des débats plus généraux : comment peuvent évoluer les moyens de protection sociale en période de crise économique (selon une logique de développement « anti-crise » ou de restrictions visant à rétablir une dynamique du secteur marchand) ? Quel est le degré d'autonomie, en période de crise économique, d'un système de soins tel que le système de soins britannique avec une offre et un financement essentiellement publics, une organisation centralisée et dont les soins (notamment hospitaliers) doivent suivre l'évolution des normes internationales d'efficacité médicale ? Dans quelle mesure le compromis social à l'origine de la mise en place des systèmes publics de protection sociale, tels que le NHS, se retrouve-t-il dans la stabilité des institutions médicales et des rapports entre groupes sociaux ?

Aborder le thème de la privatisation du système de soins britannique, c'est aussi observer l'écart entre les intentions politiques et leur réalisation effective, la capacité de résistance des institutions existantes aux projets politiques, la gestion par un gouvernement de ses soutiens électoraux.

Nos observations ne permettent bien évidemment pas de trancher à elles seules ces débats. Elles nous fourniront cependant quelques éléments de réponse pour la politique de santé britannique depuis 1979.

Si les problèmes abordés au travers de la politique de privatisation du système de soins britannique ont une portée générale, il est nécessaire cependant de tenir compte des

(2) Ce double fondement du thatcherisme est explicité par I. Cough [2] et I. Cough *et alii* [3].

spécificités du système de soins britannique. Elles sont rappelées brièvement avant de procéder à l'analyse proprement dite des mesures de privatisation prises depuis 1979 et de leurs effets.

I - Spécificités du « National Health Service » britannique (NHS)

Les principes qui ont fondé le NHS (3) sont assez bien connus :

1) la responsabilité de l'Etat dans l'offre de services médicaux gratuits à tous ceux qui en ont besoin, le gouvernement central devant définir la politique de santé ;

2) la couverture complète contre le risque maladie et la protection contre toutes les atteintes à la santé (4) ;

3) l'absence de restriction d'aucune sorte dans l'accès de la population au système de soins (ni cotisation, ni revenu, ni condition d'activité) ;

4) l'absence de discrimination dans l'offre de soins, tous devant bénéficier de la même qualité de service ;

5) mais aussi, l'autonomie professionnelle garantie aux médecins.

Ce dernier principe et l'adaptation de la construction administrative du NHS aux modes de production des soins caractérisent l'évolution du NHS depuis sa fondation.

L'autonomie de la profession médicale est un élément essentiel du compromis social à la base de la création du NHS. Elle leur garantit d'abord la liberté de prescription et l'indépendance de leurs décisions médicales, mais leur laisse aussi le libre choix du mode d'exercice (spécialité et organisation de leur pratique).

La profession médicale est associée à la gestion du NHS : elle est présente dans les hôpitaux, les conseils et les comités correspondant aux divers découpages administratifs. La nationalisation des hôpitaux en 1948 a permis leur renflouement financier ; les médecins y disposeront des moyens d'accès aux technologies avancées. L'organisation

(3) Ils sont rappelés par exemple par J. Allsop ([1], pp. 12-18).

(4) La médecine scolaire et la médecine du travail étant cependant exclues du NHS (cf. J. Allsop [1], p. 13).

du NHS laisse inchangée, et même consolide la structure hiérarchisée de la profession médicale - depuis les médecins hospitaliers chefs de service très spécialisés jusqu'aux médecins généralistes de province.

Le maintien de lits payants dans les hôpitaux du NHS reconnaît, dans le cadre même du système d'offre public, une marge d'autonomie à la profession médicale. Il est aussi justifié par la volonté de soigner dans les hôpitaux mêmes du NHS une clientèle prête à payer des services supplémentaires. L'absence de projet nouveau d'organisation des soins lors de la mise en place du NHS ressort enfin de la distinction de trois filières de soins dans la structure administrative tripartite du NHS entre 1946 et 1974 (hôpitaux, généralistes et services de santé dépendent des municipalités) (5). Cette structure gêne la continuité des soins en même temps qu'elle fixe les hiérarchies entre institutions du système de soins et à l'intérieur de la profession médicale.

La réforme de 1974 (6) essaie de mettre en place une structure administrative adaptée à la planification avec une organisation à trois niveaux (Régions, *Area Health Authorities*, *District Health Authorities*) contrôlés par le *Department of Health and Social Services* (DHSS), équivalant aux services administratifs du ministère de la Santé en France.

Si la rationalisation administrative de 1974, l'adoption de la procédure d'enveloppe globale (exercice 1976/1977) avec une croissance des prix de référence ne se fondant plus sur une inflation anticipée mais sur une pondération de la croissance antérieure des prix et un taux « politique » imposé par l'administration centrale, ont un effet important sur la part des dépenses hospitalières dans les dépenses de santé (7), l'organisation des soins est peu modifiée. Ainsi, malgré le développement, depuis la mise en place du NHS, de centres de santé, de la pratique en groupe, etc., la médecine générale s'exerce encore très largement en cabinet individuel et échappe aux tentatives de planification.

La politique de redistribution entre Régions (formule

(5) Notamment les soins de prévention.

(6) Pour la présentation de l'organisation administrative du NHS et des différentes réformes administratives, on peut se reporter à C. Glarmet [6].

(7) Les mesures de contrôle des dépenses intervenant cependant après la période de forte croissance du début des années 70.

RAWP) a montré pour sa part (8) quelque efficacité. Il est difficile cependant de redistribuer des ressources dont la croissance globale doit être elle-même ralentie. L'étalement dans le temps de l'application de la formule RAWP (mise en application qui doit s'étendre sur 10 ans) écarte les résultats spectaculaires.

La réforme de 1982, qui prend acte de la trop grande complexité du système administratif mis en place par la réforme de 1974 et supprime l'échelon intermédiaire des *Area Health Authorities*, renforce l'échelon administratif local (*District Health Authorities*). C'est à ce niveau, le plus sensible aux conflits en matière d'équipements collectifs, qu'est laissé le soin de gérer le rationnement.

*Du consensus à l'affrontement :
le problème du secteur privé comme révélateur*

Dès la fondation du NHS en 1948, un ensemble de thèmes ont posé question, malgré le large consensus social initial. On les retrouve tout au long de l'histoire du NHS : le découpage géographique optimal des institutions du NHS et ses rapports avec les structures administratives régionales et locales, la répartition des compétences entre l'administration centrale du NHS et ses administrations décentralisées, la définition de l'aire de compétence du NHS relativement à des services non strictement médicaux, l'objectif d'égalité dans l'accès à des soins fournis par un corps médical hiérarchisé et hétérogène... Jusque vers le milieu des années soixante-dix, ces thèmes sont débattus sans que les principes fondamentaux du NHS soient remis en cause : les moyens proposés divergent seulement entre les groupes sociaux et les partis politiques. L'histoire du NHS avant cette période se découpe en phases selon la dynamique interne du système de soins et l'état de l'économie britannique (9). Les questions à résoudre par les politiques de santé successives sont d'abord la maîtrise de l'extension des besoins de santé consécutive à

(8) Une analyse critique de cette formule est proposée par D. Polton [21]. La formule RAWP (*Resource Allocative Working Party*) consiste à définir les budgets régionaux en fonction d'indicateurs de besoin, pratiquement des indicateurs standardisés de la mortalité.

(9) R. Klein distingue ainsi, après la période qui conduit à la création du NHS, une phase de consolidation jusqu'en 1960 puis une phase de changement technocratique jusqu'au milieu des années soixante-dix (cf. [12]).

la prise en charge publique et la nécessité de former un personnel administratif compétent qui puisse équilibrer la fonction d'expertise de la profession médicale. Les politiques de santé doivent, dès la période même de « décollage » du NHS, s'accommoder de contraintes financières drastiques malgré l'importance des inégalités constatées. Elles participent ensuite (à partir des années soixante) au développement international des technologies médicales et rénovent les équipements hospitaliers (plan de 1962). La fébrilité technocratique des années soixante et du début des années soixante-dix (rationalisation administrative, réflexions sur la planification en matière de santé) est assez largement partagée. Elle se nourrit d'illusions sur la capacité de l'appareil administratif du NHS (même rénové) et sur l'avenir de la croissance économique.

Le débat sur la privatisation est l'un des éléments de ce que R. Klein [12] caractérise comme la renaissance des confrontations idéologiques. Sur la toile de fond des questions traditionnelles (réorientation des soins, notamment des soins aigus vers les chroniques ; autonomie des décisions du corps médical ; efficacité des normes énoncées par le NHS...), s'ouvre avec le gouvernement travailliste (1974-1979) un débat beaucoup plus âpre. Les rapports de force ont changé entre les acteurs du NHS. Les syndicats de travailleurs non médicaux du NHS se sont renforcés (10) et participent autant que la profession médicale au débat social sur l'avenir du NHS. Le corps médical hospitalier s'est diversifié. Mais surtout la crise économique s'aggrave, alors que l'imposant appareil administratif mis en place s'est révélé impuissant à corriger des inégalités dans l'accès aux soins et à maîtriser l'allocation des ressources affectées aux soins. La décision prise en 1975 par le gouvernement travailliste de supprimer les lits privés des hôpitaux du NHS participe de cette radicalisation. Cette mesure apparaît davantage comme une compensation accordée aux soutiens électoraux (essentiellement les *Trade Unions*), alors que les contraintes financières obligent le gouvernement travailliste à ramener le taux de croissance des dépenses publiques de santé de 4,3 % (entre 1970 et 1974, sous le gouvernement

(10) Ainsi que, dans une moindre mesure, les organisations de consommateurs.

conservateur) à 1,5 % (de 1974 à 1979) (11). Il s'agit de décider si le NHS peut tolérer, même à dose infinitésimale, un système d'offre privé susceptible d'introduire une discrimination entre malades selon leurs revenus (même s'il s'agit de services non strictement médicaux), un système dual qui permettrait contre paiement d'échapper aux files d'attente. Simultanément, il s'agit d'éviter que des médecins se concentrent dans les régions ou les spécialités les plus accueillantes aux malades payants. Même si le nombre de lits payants dans le NHS a été sensiblement réduit par le gouvernement travailliste, celui-ci a dû finalement reconnaître le droit à l'existence de la médecine privée. Une des conséquences de la politique adoptée en matière de lits payants aura été d'augmenter les incitations à l'extension des hôpitaux privés.

L'originalité de la politique de santé souhaitée par le gouvernement Thatcher est qu'elle propose un système alternatif de couverture du risque maladie : l'extension de la sphère marchande.

Le « thatchérisme » a ainsi pu être caractérisé par l'amalgame des propositions de la « nouvelle économie libérale » (anti-étatisme, cultes du marché et de la concurrence individuelle...) et des thèmes conservateurs traditionnels (sécurité, poids excessif de la bureaucratie et de la fiscalité, respect des « valeurs »...). La privatisation n'est plus alors qu'un élément d'une politique, aux fondements économico-idéologiques, qui vise à redéfinir les formes d'intervention de l'Etat (12). Elle participe aux clivages sociaux par l'accès différencié aux services marchands (13).

Si l'on se concentre sur la politique économique du gouvernement Thatcher dans le secteur public, la privatisa-

(11) Cette mesure est considérée par R. Klein comme caractéristique du changement du débat politique sur le NHS. Elle est analysée dans [12] (pp. 117-124).

(12) Pour I. Cough *et alii* [3], la privatisation figure, avec les objectifs de réduction des dépenses publiques et d'aménagement du marché du travail, parmi les méthodes de restructuration économique de l'intervention de l'Etat en matière de protection sociale. Cette politique s'accompagne sur le terrain idéologique de la popularisation de normes de comportement « responsables », de la dépolitisation des problèmes sociaux et du désengagement de l'Etat (p. 44). La crise de l'Etat-Providence britannique a aussi été analysée par I. Cough [2].

(13) B. Jessop *et alii* [11] critiquent et complètent l'analyse du « thatchérisme » en termes d'« autoritarisme populaire ».

tion est l'un des éléments de la politique de réduction des dépenses publiques et de redéfinition du rôle de l'Etat : réduction des effectifs de l'administration centrale (de l'ordre de — 15 % entre avril 1979 et avril 1984) (14), « localisme » de l'administration publique (15), limitation du déficit budgétaire..., politique qui n'a pas été inaugurée par le gouvernement Thatcher mais qui a été amorcée dès 1976 par le gouvernement travailliste (16). La nouveauté tient plutôt aux encouragements au développement du marché et aux dénationalisations. On retrouvera d'ailleurs à propos de la privatisation du système de soins britannique, des observations relatives aux conditions des dénationalisations dans d'autres domaines : possibilités de transferts au secteur privé principalement limitées aux activités rentables, contraintes du service public à imposer aux entreprises privées... (17).

II - Le processus de privatisation des soins sous le gouvernement Thatcher

On a montré dans la première section l'importance du statut autonome de la profession médicale et du maintien d'un secteur privé dans le compromis social qui a présidé à la mise en place du NHS. Avant de procéder à l'analyse des tentatives de privatisation sous le gouvernement Thatcher, on dresse donc une description du secteur privé avant 1979 : sa dimension, mais aussi sa diversité et sa fonction.

1. Le secteur privé dans le système de soins britannique avant 1979

La Commission Royale sur le NHS, présidée par Sir Alec Merrison, a établi un inventaire des capacités du sec-

(14) Y. Fortin [5], p. 84.

(15) C'est-à-dire renvoi des arbitrages aux échelons les plus décentralisés.

(16) Cette politique a été analysée par J. Leruez [16]. Ces mesures sont accompagnées d'une compression des coûts salariaux dans le but de rétablir la compétitivité, ainsi que le montre T. Ward [29].

(17) Observations rassemblées par J. Leruez [17].

teur privé avant l'arrivée du gouvernement Thatcher. Son rapport distinguait (18) :

— « les hôpitaux privés enregistrés légalement, les centres de soins infirmiers, les cliniques, certaines de ces institutions ayant la possibilité de soigner des malades du NHS, après un accord contractuel ;

— les soins privés dans les hôpitaux du NHS : les malades étant hospitalisés (lits payants), non hospitalisés ou hospitalisés de jour ;

— les soins donnés par les généralistes, les dentistes et d'autres praticiens ayant conclu un contrat avec le NHS (y compris les opticiens et les pharmaciens), qui ont le plus souvent une autre activité privée ;

— les soins donnés par ces mêmes praticiens en dehors du NHS et qui concernent aussi les infirmiers, les pédicures, les physiothérapeutes..., qui pourraient exercer dans le NHS mais qui choisissent de travailler totalement ou pour partie en dehors de lui ;

— des praticiens tels que les ostéopathes ou les chiropracteurs que le NHS n'emploie pas ».

L'état de la pratique médicale privée avant l'avènement du gouvernement Thatcher fait l'objet du *tableau n° 1*, dressé selon les mêmes sources.

(18) Voir *Report of the Royal Commission on the NHS* [22], p. 284.

Tableau 1*L'état de la pratique médicale privée
à l'époque pré-thatchérienne*

Types de pratique privée	Indicateurs de la pratique privée
Hôpitaux et centres de soins infirmiers privés	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'institutions : 1 249 (1977) (2 % des hôpitaux anglais) - Nombre de lits : 34 546 (1977) (6 % des lits d'hospitalisation anglais) <ul style="list-style-type: none"> 1) <i>dont</i> <ul style="list-style-type: none"> services médicaux : 73 % services chirurgicaux : 15 % services de maternité : 2 % santé mentale : 10 % 2) <i>dont</i> <ul style="list-style-type: none"> 4000 environ servant aux soins de malades du NHS après contrat avec le secteur privé 3) <i>dont</i> <ul style="list-style-type: none"> 117 hôpitaux et 5 300 lits dans le court séjour et 2/3 de ces lits en chirurgie
Soins privés dans les hôpitaux du NHS	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de lits payants : 4 150 (1976) et 2 402 (1979)(19) - Pourcentage des chefs de service à temps partiel relativement aux chefs de service du NHS : 42,8 % (1976)
Exercice privé de la médecine par les généralistes et les dentistes	<ul style="list-style-type: none"> - Pourcentage du revenu des généralistes dû à l'exercice privé (hors contrat avec le NHS) : 6 % (1971-1972) - Temps passé par les dentistes dans l'exercice privé : 11 % (1977)

Sources : 1) *Report of the Royal Commission on the National Health Service (1979), Chapitre 18 : The NHS and Private Practice.* 2) *Weekly Hansard*, n° 1291, 28 novembre-2 décembre 1983. 3) *Written Answers*, 28 novembre 1983, cols 419-420.

(19) C'est-à-dire avant et après les mesures restrictives prises par le gouvernement travailliste.

La dimension du premier type de pratique privée (les hôpitaux et les centres de soins infirmiers) est aisément repérable car tous ces établissements font l'objet, selon le *Nursing Homes Act* de 1975, d'un enregistrement par les autorités de santé.

Ces établissements peuvent offrir des soins médicaux, chirurgicaux, de maternité et de santé mentale. Les soins médicaux consistaient principalement selon ce rapport en soins de convalescence, en soins aux malades chroniques, en rééducation et en hospitalisation de personnes âgées. Ces soins étaient souvent donnés par des généralistes locaux sous la responsabilité du NHS. Cette activité est considérée par la Commission Royale comme permettant de combler des lacunes du NHS, en particulier des services de santé communautaire.

Les soins chirurgicaux concernent principalement les interventions non urgentes (« *cold surgery* »).

Une autre spécialisation (sur laquelle on reviendra) des hôpitaux privés est l'interruption de grossesse. La Commission estime que 50 % environ des avortements concernant des femmes britanniques sont réalisés dans ce secteur. Elle constate aussi que ce sont les insuffisances du NHS qui sont la cause de cette spécialisation du secteur privé.

La Commission note les grandes disparités des conditions d'hébergement entre divers établissements sans qu'elles apparaissent, toujours selon elle, davantage marquées que celles que l'on peut observer dans le NHS.

Le secteur privé mêle dans une grande hétérogénéité des institutions charitables (services sociaux et de long terme) et ce que W. Laing et D. Hunter [13] désignent comme les « *Rolls Royces et les Rovers* » (lits du secteur aigu). Cette hétérogénéité se retrouve dans les durées de séjour et les tailles des hôpitaux privés, ainsi que le montre D.A. Horne [8].

La pratique privée des chefs de service du NHS varie fortement selon les régions et la spécialité. Elle est particulièrement importante dans les spécialités chirurgicales (où seulement 15 % des chefs de service du NHS ont, selon la Commission, un contrat à plein temps). Selon des sources anciennes (de 1971-1972), la Commission évalue à 1/3 la part de leur revenu que les chefs de service retirent de la pratique privée.

Aucune contrainte ne s'exerce à priori sur l'exercice privé de la médecine par des généralistes ou des dentistes qui

ont contracté avec le NHS, du moment qu'il « n'interfère pas avec leurs obligations vis-à-vis du NHS ». Selon la même source de 1971-1972 (20) citée par la Commission, ces médecins ne retireraient que 6 % de leurs revenus d'un exercice privé (hors contrat avec le NHS).

La Commission estime enfin à 3 % environ la part que le secteur privé représente en 1976 dans l'ensemble des dépenses de santé du Royaume-Uni. M. Lee estime, quant à lui, cette part à 2 % environ (voir [15]).

L'importance du secteur privé depuis le début des années soixante-dix était restée stable, les controverses sur la question des lits payants dans les hôpitaux du NHS et la politique restrictive des travaillistes en la matière ayant seulement provoqué un glissement au profit des hôpitaux privés (les lits privés ont augmenté au total de 10 % entre 1970 et 1975). M. Lee note que la réduction du nombre de lits payants dans le NHS précède cependant les mesures travaillistes et qu'elle tient certainement à la forte croissance du prix d'accès à ces lits (l'évolution de ces tarifs étant déterminée centralement depuis 1969 par le DHSS).

2. *La description du processus de privatisation*

On procèdera d'abord à la description de l'extension des assurances privées avant d'examiner successivement la privatisation appliquée aux services hospitaliers non médicaux et aux soins médicaux. Le développement des assurances privées est une condition nécessaire à l'essor de l'offre privée de soins coûteux qui ne bénéficient pas de remboursements du NHS.

a) Le développement des assurances privées

Dans l'évolution récente du nombre de personnes assurées, on constate d'une part le *boom* des années 1979 et 1980 (voir *tableau 2*), mais aussi le ralentissement, puis la stagnation dans les années qui suivent, puisque selon la publication officielle *Social Trends* (21) moins de 4,3 millions de per-

(20) *Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration, Fourth Report* (Cmnd 5644), London HMSO, 1974.

(21) *Central Statistical Office*, édition de 1985, HMSO, p. 118.

sonnes seraient couvertes par un système d'assurance privée en 1983 (contre 4,1 millions en 1981, soit un accroissement de moins de 5 % en deux ans, alors que des prévisions de l'ordre de 12 millions de personnes couvertes avaient parfois été avancées pour 1985) (22).

Tableau 2

Evolution du nombre de personnes couvertes (en milliers au 31 décembre) par les trois principales compagnies privées d'assurance (BUPA, PPP, WPA) (23)

Années	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Nombre (en milliers)	2233	2373	2751	3601	4116	4233	4302
Taux de croissance annuel relativement à l'année précédente ..		6,3	15,9	30,9	14,3	2,8	1,6

Sources : 1) *Lee Donaldson Associates, UK Private Medical Care, Provident Schemes Statistics 1981* (1977 à 1981). 2) Rapport publié conjointement par BUPA, PPP et WPA en décembre 1984.

Le fort accroissement du nombre de souscripteurs n'a pu être possible, comme le montre le *tableau 3*, que grâce à une participation accrue des employeurs (payant tout ou partie de la souscription).

(22) Même après le *boom* du début des années quatre-vingt, les ressources gérées par les assurances privées restent modestes comparativement au NHS. D'après des estimations de A. Maynard [18], les prestations distribuées, de l'ordre de £ 233 millions, représenteraient l'activité de 4 à 5 districts.

(23) BUPA : *British United Provident Association Limited*. PPP : *Private Patients Plan Limited*. WPA : *Western Provident Association Limited*. Ces trois compagnies représentent à elles seules plus de 95 % du marché.

Tableau 3

Evolution des modalités de souscription (en milliers au 31 décembre) par les trois principales compagnies privées d'assurance (BUPA, PPP, WPA)

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Souscriptions (en milliers au 31 décembre):							
a) à titre individuel (1)	459	455	474	507	530	546	555
b) à titre d'employé (2)	175	168	200	323	447	438	431
c) à l'initiative de l'employeur (3)	424	495	625	805	886	933	968
Part de B et de C dans l'ensemble des souscriptions (%)	56,6	59,3	63,5	69,0	71,5	71,5	71,6

(1) Souscriptions qui peuvent éventuellement être prises du fait de l'appartenance à des associations ou à des organisations professionnelles ou de métier.

(2) Concernent les plans d'assurance organisés par l'employeur du souscripteur mais où c'est ce dernier qui paie la prime (directement ou par l'intermédiaire de l'employeur).

(3) Le plan d'assurance est organisé par l'employeur qui paie aussi la prime, au moins pour l'employé lui-même et éventuellement pour les personnes qui sont à sa charge.

(Sources identiques à celles du tableau 2).

La couverture du risque maladie par des assurances privées a d'abord concerné des grandes entreprises (G. White [26] cite Rank Xerox, Black et Decker, Marks et Spencer), des entreprises financières ou des secteurs technologiques de pointe. Les employeurs recherchaient initialement, avant le *boom* de 1980-1981, à assurer à leurs cadres supérieurs des soins rapides, selon des dates choisies. Le paiement de leur souscription à des assurances privées était aussi le moyen pour l'employeur de s'attacher son personnel de direction et de tourner des réglementations sur l'accroissement des salaires par des paiements de prestations en nature.

Si le développement du secteur privé de l'offre de soins rend nécessaire l'extension des assurances privées, celles-ci ont également bénéficié directement d'initiatives gouvernementales. Des offres ont été faites par exemple aux employés de British Rail (190 000 salariés) et aux 650 000 fonctionnaires des administrations centrales de bénéficier, avec des primes réduites, d'une assurance privée. De plus, le gouvernement a autorisé en 1982 la déduction fiscale des primes payées aux assurances privées lorsque le revenu des souscripteurs était inférieur à £ 8 500 (voir [26]).

Les modalités de diffusion de la couverture privée du risque maladie sont de fait multiples : par la revendication des employés de bénéficier d'avantages accordés aux cadres de l'entreprise, par des effets d'imitation entre entreprises d'un même secteur d'activité ou d'une même région, par la décision de l'employeur de tourner les contrôles sur les salaires (voir [9]).

Cependant, la couverture du risque maladie par une assurance privée concerne encore le plus souvent une partie seulement du personnel (et non pas tous les salariés). La couverture s'étend à la famille de l'employé sous certaines conditions (l'ancienneté par exemple) et elle est prise en charge le plus souvent, au moins partiellement, par l'employeur (Incomes Data Services [10]).

L'extension du marché des assurances privées à de nouvelles catégories de populations a augmenté la consommation moyenne par adhérent. Par ailleurs, les hôpitaux privés n'ont pas échappé à la croissance générale des coûts hospitaliers. Au total, la marge bénéficiaire des assurances privées (24) a, dans un premier temps, diminué. Ainsi, pour l'ensemble des trois grandes compagnies (BUPA, PPP, WPA), le rapport des prestations versées aux paiements reçus est passé de 85,3 à 96,6 % de 1977 à 1981 (25).

L'observation du développement des assurances privées conduit à quelques remarques que l'on peut regrouper en quatre points :

1) L'extension des assurances privées dans le cas britannique dépend beaucoup d'incitations gouvernementales :

(24) Les prestations par personne couverte augmentent en moyenne de plus de 30 % en 1981, quel que soit le type de prestations.

(25) Source : *Lee Donaldson Associates, UK Private Medical Care, Provident Schemes Statistics, 1981.*

les initiatives privées, jusqu'à la fin des années soixante-dix, étaient restées très modestes. Compte tenu des relations entre soins privés et assurances privées, il faudra cependant revenir sur ce point après la présentation du processus de privatisation de l'offre de soins.

2) Le recours à une assurance privée ne correspond pas, pour l'essentiel, à un progrès de la « responsabilité individuelle ». L'employeur dispose de l'initiative ; souvent, c'est lui qui négocie avec les assurances privées, qui abandonnent alors le principe d'une relation entre l'évaluation des risques et les primes perçues. Les souscriptions aux assurances privées s'intègrent plutôt à la rémunération salariale et deviennent un élément du salaire indirect.

3) Pas plus que les systèmes publics de financement, les assurances privées n'ont eu les moyens de contrôler la croissance des coûts hospitaliers au début des années quatre-vingt. L'extension de leur clientèle à des catégories sociales moins protégées contribue sans doute à leurs difficultés financières, mais aussi leur pratique de *dumping* dans le but d'accroître leur part du marché. Les primes versées ont alors fortement augmenté à partir de 1982, la croissance pouvant atteindre 100 % dans certains cas (26).

Certaines compagnies d'assurance ont réduit leurs niveaux de remboursement. Ainsi le BUPA (70 % du marché) a décidé en décembre 1982 de limiter les remboursements d'honoraires pour frais d'opération. Ne seront plus remboursés entièrement par le BUPA que les frais d'opérations exécutées dans ses propres hôpitaux ou ceux du groupe *Nuffield Nursing Hospital Trust* (27). Comme les assurances privées financent l'essentiel des soins privés (80 % contre 60 % en 1970) (28), elles se voient, relativement à la maîtrise des dépenses de soins, dans une situation que connaissait déjà le NHS : financer des dépenses dont la dynamique leur

(26) En 1980 et en 1981 la croissance des prestations versées par personne couverte est respectivement de 16,1 % et 33,8 %, alors que l'évolution des souscriptions reçues est respectivement de — 3,4 % et 14,6 % (source : *Lee Donaldson Associates, UK Private Medical Care, Provident Schemes Statistics*, 1981).

(27) De manière à contrecarrer les pratiques des hôpitaux privés de reporter sur les honoraires médicaux une partie de la croissance des coûts d'hébergement qui, eux, étaient déjà soumis à contrôle (voir [7]).

(28) *The Times*, 14 juin 1984.

échappe. La faiblesse encore relative des primes pour les revenus élevés ou par comparaison avec l'ensemble des coûts salariaux des entreprises permet cependant aux assurances privées de rétablir leur équilibre financier par des mesures radicales.

Après les années du *boom* (1980 et 1981), les années 1982 et 1983 apparaissent ainsi comme celles du rééquilibrage financier des assurances privées. Cette remise en ordre passe par un net ralentissement de la croissance des prestations par personne couverte (notamment pour les soins hospitaliers) puis, dans une moindre mesure, des honoraires de spécialistes. Alors que les prestations par personne couverte avaient progressé nettement plus vite que les encaissements par personne couverte, c'est le contraire que l'on observe pour 1982 et 1983. Le rapport des prestations distribuées aux souscriptions reçues passe ainsi de 96,5 % en 1981 à 85,6 % en 1982 et à 81,6 % en 1983. On constate enfin que, si le nombre de personnes couvertes continue de croître (très faiblement), les résiliations augmentent très fortement (251 000 en 1982 contre 138 000 en 1981).

4) La diffusion de la couverture par les assurances privées laisse subsister une différenciation sociale très nette puisque selon une enquête de la *Monk's Publication* (29), citée par G. White [26], la proportion de salariés couverts par une assurance privée financée par leur employeur était en 1981, selon le niveau de qualification, de 71 % pour les personnels de direction, de 65 % pour les cadres, de 23 % pour les personnels de surveillance, de 29 % pour les employés de bureau et enfin de 11 % pour le personnel ouvrier (30). Cette observation concorde avec le constat de conditions particulièrement avantageuses d'affiliation pour le personnel de direction, allant le plus souvent jusqu'à la gratuité pour ces salariés et leur famille (Incomes Data Services, [9]).

La dernière édition du *General Household Survey* montre (pour 1982) que les groupes d'individus ayant un statut précaire et appartenant aux classes d'âges de forte consom-

(29) *Monk's guide to company provisions for sickness and ill-health 1982-83*, juillet 1982.

(30) D'autres différenciations apparaissent dans l'extension de la couverture privée aux personnes à charge, qui n'est financée par l'employeur que pour les qualifications élevées.

Tableau 4

Eléments de différenciation de la population relativement au taux de couverture des assurances privées, Grande-Bretagne, 1982

Taux de couverture par des assurances privées (*)	CATÉGORIES DE POPULATION					
	1) selon l'âge	0-15 ans	16-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75 ans et +
	7 %	8 %	9 %	3 %	2 %	
2) selon le statut d'activité	Ayant un emploi		Sans emploi		Inactifs	
	9 %		2 %		4 %	
3) selon le groupe socio-économique	Professions libérales	Patrons et personnel de direction	Cadres moyens et subalternes	Trav. manuels qualifiés et artisans	Trav. manuels peu qualifiés et personnel de service	Travaux manuels non qualifiés
	23 %	19 %	9 %	3 %	2 %	2 %
(*) Taux de couverture pour l'ensemble de la population : 7 %.						
Source : <i>General Household Survey 1982 - Office of Population - Censuses and Surveys - Social Survey Division - Série GHS - N° 12 - CSO - HMSO - 1984.</i>						

mation sont sous-représentées, alors que les catégories sociales les plus élevées sont, elles, sur-représentées (*tableau 4*).

Le taux de couverture varie ainsi de 1 à 3 selon que l'on a plus ou moins de 65 ans : la retraite fait le plus souvent perdre le droit à une assurance privée financée partiellement (ou à plus forte raison totalement) par l'employeur, et les primes des souscripteurs individuels augmentent avec l'âge. L'écart est encore plus important entre les chômeurs et les titulaires d'un emploi, mais surtout le taux de couverture par une assurance privée varie de 1 à 10 selon les catégories sociales extrêmes. Ainsi, 1/5 à 1/4 des effectifs des catégories sociales aux revenus les plus élevés bénéficient simultanément de l'accès au NHS (comme l'ensemble de la population) et, en cas de besoin (files d'attente ou services médicaux non disponibles dans le NHS ou encore demande d'un meilleur confort), de soins privés.

b) La contractualisation des services non médicaux produits par le NHS

Il s'agit d'inciter les hôpitaux du NHS à se concentrer sur la seule activité de soins et de leur laisser la production de services non médicaux de « soutien » (entretien, alimentation, blanchissage, transport des malades...), uniquement s'ils peuvent le faire à un moindre coût que des entreprises privées (31).

Afin de faciliter la comparaison des coûts de production, la TVA sur les services non médicaux fournis par des entreprises privées aux hôpitaux du NHS est remboursée aux *Health Authorities*.

Les modalités de comparaison des coûts et de contractualisation des services non médicaux font l'objet de recommandations assez précises de la part du DHSS. Ainsi les *Health Authorities* peuvent bénéficier de l'expertise de professionnels désignés par le DHSS. L'obligation est faite aux administrations du NHS de rechercher des contractants privés lorsque le maintien de la production de services non médicaux par un hôpital du NHS entraîne des dépenses d'investissement importantes : toutes les *District Health*

(31) HC(83)18 (texte officiel : « *Health Circular* » parue en 1983 avec le numéro 18. Ces textes sont répertoriés à part dans la bibliographie).

Authorities doivent soumettre aux *Region Health Authorities* avant février 1984 un calendrier de mise en œuvre de la circulaire de septembre 1983 du DHSS. Les hôpitaux du NHS ne doivent bénéficier d'aucun privilège dans la comparaison des coûts(32). Les *Health Authorities* ne peuvent imposer, selon l'avis du DHSS lui-même, de conditions de rémunération et d'emploi du personnel du contractant (vacances, congés maladies, salaires...). Le Secrétaire d'Etat à la Santé considère que ces pratiques seraient contraires aux intérêts du NHS et des malades et qu'elles fausseraient le jeu de la concurrence (33).

L'administration centrale intervient donc, ici encore, de façon paradoxale pour fixer les règles des décisions des échelons régionaux et de districts, les incitations à la privatisation passant par une centralisation accrue.

Les espoirs du gouvernement Thatcher sont cependant déçus. Pour l'année fiscale 1981-1982 (avant donc les mesures plus directement incitatives), l'ensemble des dépenses consacrées à des contrats avec le secteur indépendant représentait 159 millions de livres alors que les dépenses du NHS pour les seuls services d'entretien, blanchissage et alimentation s'élevaient pour la même période à 900 millions de livres (34). Ces dépenses comprenaient 110 millions de livres pour l'entretien des équipements et des bâtiments (soit moins de 25% du total de ce type de dépenses), 11 millions de livres pour les équipements servant aux soins médicaux (équipements médicaux, chirurgicaux, de rayons X et de laboratoire), 8,5 millions de livres pour le ménage des locaux et 7,5 millions de livres pour les services de blanchisserie. Pour ces derniers services, un des obstacles concrets à la réalisation des objectifs de privatisation tient à ce que dans certains districts, c'est l'hôpital qui est le seul ou le plus important producteur du service demandé.

Le transfert des services d'un secteur à l'autre s'effectue d'autant plus difficilement qu'il signifie la mise au chômage de personnels hospitaliers (ainsi, 160000 personnes travaillent dans les services d'entretien, de blanchissage et d'ali-

(32) On reste dans le flou quant à l'imputation des indemnités de chômage qui doivent être versées à des employés des hôpitaux du NHS après le recours à un contractant extérieur.

(33) PR(84)318 (« *Press Release* » parue en 1984 avec le numéro 318. Ces communiqués à la presse ne sont pas répertoriés dans la bibliographie).

(34) PR(83)243.

mentation, soit près de 20 % du personnel hospitalier) ou leur réemploi, mais à des niveaux de salaire nettement inférieurs (35).

c) La privatisation des soins médicaux

Elle porte principalement sur les soins hospitaliers. Elle concerne par contre assez peu les généralistes (seuls à exercer en pratique individuelle) mais qui, malgré le système de capitation, ont une assez large autonomie. Enfin, la privatisation de l'industrie et de la distribution pharmaceutiques ne sont plus à faire ! On commencera par quelques observations sur les secteurs qui sont hors de la « cible » de la politique de privatisation.

Les soins non hospitaliers

Bien que sa dimension exacte soit difficile à apprécier, la pratique privée des médecins généralistes est très peu répandue. Elle concernerait, selon I. Walker [24], de 500 à 600 médecins généralistes exerçant à temps complet la médecine privée (36) : l'essentiel de la pratique privée s'effectue à temps partiel.

Géographiquement concentrée à Londres et dans les banlieues résidentielles, cette pratique concernerait, selon l'enquête d'I. Walker, quatre groupes de malades :

- les malades qui, avant 1948, recouraient à cette pratique et continuent de le faire par habitude ;
- les malades qui attendent de la médecine privée un service d'une meilleure qualité (consultations plus longues, choix plus facile du médecin, visites à domicile...);
- les malades qui, ayant changé de domicile, souhaitent conserver leur médecin traitant ;
- enfin des malades sans résidence stable ou étrangers.

L'absence de spécialistes parmi les médecins exerçant en cabinet individuel, la faible valorisation par les médecins eux-mêmes de ce type de pratique contribuent à limiter l'importance de l'exercice privé chez les médecins non hospitaliers.

(35) Voir le cas par exemple de l'hôpital Barking, *The Economist*, 3 novembre 1984.

(36) I. Walker utilisant une enquête par sondage de *Medeconomics* [24].

Le mode de rémunération des médecins qui oblige à déduire, du paiement au généraliste de la capitation, le même pourcentage que la clientèle privée lui rapporte en termes de ses revenus bruts, n'incite pas à développer (ou à faire connaître) la pratique privée.

Le faible développement de la pratique privée ne signifie pas cependant une absence de demande sociale : les personnes âgées et les malades chroniques notamment y voient la possibilité d'établir de meilleures relations médecins-malades. L'absence de prise en charge de ce type de soins par les assurances privées limite cependant la solvabilité de cette demande (à supposer encore que les primes payées ne représentent pas un coût trop élevé pour les bas revenus).

Pour ce secteur, de nouvelles formes de soins et de financement se développent (à une échelle très limitée cependant) à partir d'initiatives privées. L'exemple toujours utilisé (parce qu'unique) est celui du *Harrow Health Care Centre* : ce centre fixe des prépaiements selon la catégorie démographique (adulte-enfant), le type de soins médicaux choisis (avec suppléments pour des examens diagnostiques ou les visites à domicile). L'exercice en groupe de la médecine offre en outre des attraits pour les médecins généralistes : des listes réduites de patients et un accès plus facile à des équipements médicaux. L'importance d'un tel type de centres tient enfin à sa vocation d'assurer toute la gamme de soins non hospitaliers : soins préventifs, soins médicaux sans discrimination d'âge (37).

D'autres secteurs paramédicaux du système de soins ont été plus directement concernés par la politique de santé du gouvernement Thatcher.

Ainsi, le monopole de la fabrication des verres de lunette est retiré (à partir du 10 décembre 1984) aux opticiens (38) et la publicité en matière de prix et de délai de production devient possible. Les nouvelles dispositions prévoient le maintien du monopole de la profession (opticiens qualifiés ou médecins) pour les seuls tests de la vue (par opposition à l'activité commerciale). Le monopole est maintenu intégralement (tests et vente) pour les lentilles de contact et les lunettes d'enfant (moins de 16 ans). Par ailleurs, les conditions d'exemption ou de remboursement sont

(37) Ainsi que le note B. Reynolds [23].

(38) PR(83)263, PR(83)270 et PR(84)371.

maintenues (en 1982, 420000 enfants et 1 million d'adultes bénéficiaient de réduction de prix ou de la gratuité).

Ainsi, la promotion de la concurrence, une nouvelle réglementation et leurs éventuels bénéfices pour la population (réduction des prix, réduction des dépenses du NHS) résultent d'une initiative gouvernementale qui modifie les termes du contrôle administratif plutôt qu'elle ne le réduit.

Les mesures visant à limiter la croissance des dépenses pharmaceutiques ont consisté (39) à limiter les frais de promotion que les producteurs peuvent imputer sur les prix offerts au NHS, à contrôler la croissance des prix, à diminuer enfin le nombre de produits bénéficiant du remboursement du NHS. Il s'agit dans ce dernier cas de réorganiser l'offre et la consommation (40) de médicaments tels que les médicaments de confort, les tranquillisants et les sédatifs « légers ». Cette politique encourage aussi le recours à des produits génériques, au moins pour ces catégories de médicaments.

La politique de santé dans ce secteur apparaît donc en contradiction avec une philosophie générale de recours au marché et au secteur privé pour résoudre les difficultés financières du NHS. Elle se présente davantage comme une réaction aux excès que le financement public aurait permis tout en accroissant le dispositif de contrôle administratif. Cette politique atteint même, par l'encouragement aux produits génériques, la sacro-sainte liberté de prescription.

Les soins hospitaliers

La privatisation concerne ici les lits payants dans les hôpitaux du NHS et les hôpitaux privés eux-mêmes.

La pratique privée des chefs des services hospitaliers a été encouragée par de nouveaux accords de 1980 sur le temps devant être consacré au NHS. Le nouveau « contrat au temps partiel maximum » permet à ces médecins hospitaliers d'être rémunérés sur la base de 10/11 d'activité au lieu des 9/11 précédemment accordés. A partir de 1980 il est de

(39) PR(83)276. D'autres mesures visent à réduire les dépenses pharmaceutiques du NHS : l'obligation pour les pharmaciens détaillants de tenir compte, dans la fixation des prix de remboursement par le NHS, des rabais qu'ils obtiennent de la part des pharmaciens en gros (effet le 1^{er} janvier 1985 : PR(84)358).

(40) PR(84)36, PR(84)397 et PR(84)398.

plus admis que des médecins hospitaliers « exerçant à temps complet pour le NHS » aient aussi une activité privée complémentaire (et devant représenter moins de 10 % des revenus bruts obtenus dans le NHS). Ces mesures ont eu pour effet d'inciter les chefs de service à contracter au temps partiel maximum (en recevant ainsi 10/11 d'un salaire NHS) : augmentation de 28,2 % en 1980 par rapport à 1979 (les autres formes de contrats à temps partiel diminuant de 26,7 %) (41). Mais le coût de ces mesures pour le NHS tient surtout au choix préférentiel des chefs de service pour l'activité à temps complet (variations annuelles pour 1979-1980 et 1980-1981 : — 1,5 % et — 0,2 % pour les contractants à temps partiel, + 6,7 % et + 5,3 % pour les contractants à plein temps).

Le *National Service Act* de 1980 abroge les dispositions du *National Health Service Act* de 1977 (établi sous le précédent gouvernement travailliste) qui excluaient toute nouvelle autorisation de faire bénéficier des malades « privés » des services du NHS et prévoyaient l'annulation progressive des autorisations existantes. La Commission chargée d'exécuter cette dernière décision disparaît (42).

Diverses catégories de malades peuvent bénéficier des soins privés offerts dans le NHS : malades ayant souhaité être hospitalisés dans les lits payants du NHS, malades qui sont hospitalisés après avoir eu recours à des soins médicaux non hospitaliers privés, malades non hospitalisés mais bénéficiant de soins médicaux privés dans le NHS. La nouvelle réglementation établit que le DHSS fixe annuellement les tarifs applicables à ces différentes catégories de malades et les cas où des honoraires médicaux supplémentaires peuvent être perçus (43).

C'est au Secrétaire d'Etat à la Santé que revient la décision d'autoriser les services payants des hôpitaux du NHS lorsque les malades décident eux-mêmes d'être hospitalisés dans le secteur privé du NHS. Les autres cas relèvent des *Local Health Authorities* (malades hospitalisés après avoir consulté des médecins en pratique privée, ou malades non hospitalisés).

(41) Incidences notées par F. Dobson [4], pp. 7-9.

(42) *Health Services Board*, créé en 1976.

(43) Dans tous les cas, la perception de charges sur le malade est conditionnée par son engagement à payer des soins privés.

C'est aussi le Secrétaire d'Etat à la Santé qui peut supprimer les autorisations existantes (et non plus la Commission créée par le Gouvernement travailliste précédent). Ce pouvoir peut être exercé « s'il est convaincu que d'autres équipements alternatifs sont disponibles, dans le secteur privé ou dans le NHS, et que ces équipements suffisent à satisfaire une demande acceptable de pratique privée dans la région desservie par l'hôpital en question ».

Le Secrétaire d'Etat indique par ailleurs (HC(80)10, p. 5) que le secteur payant du NHS doit pouvoir satisfaire des demandes d'urgence et donc comporter un nombre suffisant de lits sous peine de perdre des ressources que lui auraient rapportées des malades payants (44).

Les *Health Authorities* ont pour leur part un rôle intermédiaire entre les demandeurs et le Secrétaire d'Etat : elles consultent les institutions et les corps professionnels concernés et transmettent leur avis au Secrétaire d'Etat.

Afin de préciser les relations entre le secteur payant du NHS et le reste du NHS, le DHSS avance enfin les principes (45) qui « devraient » être respectés :

1) L'hébergement et les services offerts aux malades privés ne devraient pas porter préjudice aux malades non-payants.

2) Des consultations privées plus rapides ne devraient pas conduire à des admissions plus rapides dans les hôpitaux du NHS ou à un accès plus rapide aux moyens de diagnostic.

3) Des listes d'attente communes devraient être dressées pour les cas urgents et graves (comme c'est déjà fait pour les traitements et les diagnostics très spécialisés).

4) Après l'admission, l'accès de tous les malades aux moyens de traitement et de diagnostic ne devrait être fonction que de considérations médicales. Ce principe n'exclut pas un accès plus rapide des malades privés aux équipements spécialement aménagés pour eux si cela n'implique ni préjudice pour les malades non payants, ni coût supplémentaire pour le NHS.

5) Les normes de soins médicaux et de services offerts par les hôpitaux devraient être les mêmes pour tous les malades. Ce principe ne concerne pas les soins de tous les

(44) Le Secrétaire d'Etat propose ainsi 2 lits payants supplémentaires (ou 10 % des lits payants autorisés) par hôpital ou groupe d'hôpitaux ayant bénéficié d'une autorisation.

(45) HC(80)10, p. 6.

jours habituellement pris en charge par le chef de service que les malades privés ont contacté.

6) Des chambres individuelles ne devraient pas être laissées inoccupées, pour une éventuelle admission de malade privé, plus longtemps qu'entre deux admissions NHS.

Le rappel de ces principes révèle les inquiétudes soulevées par le développement de l'accès de malades privés aux hôpitaux du NHS et la nécessité que le DHSS ressent de réaffirmer des principes élémentaires de déontologie.

Si ces principes sont respectés, la différenciation entre malades payants et malades non payants soignés dans les hôpitaux du NHS tient au choix du médecin traitant, à des admissions plus rapides ou à des dates choisies (dans les lits payants du NHS) pour les cas non graves, ou encore à des traitements hospitaliers plus rapides (sous la condition que les malades du NHS n'en subissent pas de préjudice et qu'ils utilisent des équipements spécifiques).

L'administration centrale du DHSS intervient fortement, comme on l'a vu, dans l'organisation des rapports entre le secteur privé du NHS et le reste du NHS. Le DHSS va ainsi jusqu'à inciter les *Health Authorities* et les Conseils d'administration des hôpitaux à imposer aux malades du secteur privé un pré-paiement correspondant au coût prévu de l'hospitalisation, à moins que le malade ne soit couvert par une compagnie d'assurance (HC(83)7, p. 3).

Le *tableau 5* montre que, malgré ces incitations, le nombre de lits payants dans le NHS s'accroît assez peu après 1979 et qu'il est inférieur en 1982 au niveau atteint en 1977.

Les relations entre le secteur privé et les hôpitaux du NHS se fondent sur deux principes généraux de politique de santé (46) :

1) même si le secteur indépendant (extérieur au NHS) représente une part très faible de l'ensemble du système de soins britannique, les objectifs de politique de santé doivent en tenir compte et ce, d'autant plus qu'il est appelé à se diversifier et à se développer ;

2) le secteur indépendant a une double fonction (définie relativement au NHS) : pallier les insuffisances temporaires des services du NHS (saturation, files d'attente...) et offrir des services spécialisés à la place du NHS lorsqu'il peut le faire dans de meilleures conditions économiques.

(46) HC(81)1.

Tableau 5

*Evolution du nombre de lits payants dans les hôpitaux du NHS
(autorisés au 31 décembre)
et du nombre de malades les utilisant
(Angleterre)*

Année	Lits	Malades	Année	Lits	Malades
1970	4 353	110 323	1977	3 213	92 602
1971	4 456	112 928	1978	2 666	92 242
1972	4 496	118 416	1979	2 402	91 128
1973	4 569	114 367	1980	2 402	98 565
1974	4 535	111 418	1981	2 671	96 934
1975	4 150	96 288	1982	2 929	?
1976	4 150	93 731	1983	3 250	?

Sources : 1) *Weekly Hansard*, n° 1291, 28 novembre-2 décembre 1983.
2) *Written Answers*, 28 novembre 1983, cols 419-420.

La négociation de contrats entre le secteur privé et le NHS est encouragée. Le DHSS en fixe la réglementation générale :

- un contrat peut être établi avec une institution indépendante (et nationale) quelconque : des secteurs bénévoles, sans but lucratif ou à but lucratif (cette dernière possibilité, exclue en 1972, est rétablie en 1980) ;
- les malades peuvent continuer à bénéficier de la gratuité des soins lorsqu'ils sont soignés dans une institution indépendante sous contrat avec le NHS et si les soins médicaux sont équivalents ;
- seule une *Health Authority* du NHS peut permettre l'utilisation par des malades du NHS de services ayant fait l'objet d'un contrat avec le secteur privé ;
- les principes de calcul de coûts servant de référence aux négociations des contrats sont précisés par le DHSS ;
- le NHS peut enfin participer aux frais d'investissement du secteur privé s'il peut ensuite bénéficier des nouveaux services.

Selon une même orientation, les hôpitaux du NHS sont incités à ne produire que des biens médicaux ou pharmaceu-

tiques qu'on ne peut produire ailleurs dans des conditions plus économiques.

Les relations ainsi souhaitées par la politique de santé du gouvernement Thatcher entre hôpitaux du NHS et secteur médical privé pourraient conduire à la constitution d'un « quasi-NHS » à statut privé mais fortement contrôlé par le DHSS et intégré dans la planification. La mise en œuvre de cette politique est laissée aux *Health Authorities* qui doivent faire appliquer les recommandations générales énoncées au niveau central. A charge pour elles en particulier de mettre au point les méthodes d'évaluation des coûts entre NHS et secteur privé lorsqu'il s'agit de choisir les « meilleures conditions économiques de production ».

Depuis le *National Health Service Act* de 1980, l'extension des hôpitaux privés est soumise au Secrétaire d'Etat qui reçoit aussi les notifications (47). Le seuil au-delà duquel l'extension d'un hôpital est soumise à contrôle est alors porté à 120 lits. C'est aussi le Secrétaire d'Etat à la Santé qui a le pouvoir de décider que, dans une aire géographique donnée, toute extension des hôpitaux privés sera soumise à autorisation, quel que soit le nombre de lits concernés (procédure de « désignation ») (48).

Les *Health Authorities* organisent la confrontation des intérêts locaux et la collecte d'informations nécessaires aux procédures administratives.

Entre 1980 et 1983, le nombre de lits d'hôpitaux privés a augmenté, comme l'indique le *tableau 6* (49). Le nombre total de lits des hôpitaux privés se serait accru pour ces quatre années de 4095 unités. Le nombre de lits dans le secteur hospitalier aigu atteindrait 6700 (*Registered Nursing Homes*), dont 50 % détenus par des institutions commerciales (50) (voir [18]).

(47) Cette fonction était précédemment remplie par une Commission sur les services de santé.

(48) L'ensemble des procédures administratives concernant la création ou l'extension des hôpitaux privés ont fait l'objet de la circulaire du DHSS HC(80)10.

(49) D'après les notifications transmises au Secrétaire d'Etat, puisqu'aucune autorisation n'a été sollicitée sur cette période. Le tableau montre qu'aucune notification ne dépasse 120 lits, ce qui aurait impliqué une demande d'autorisation. On note, en 1982 et pour la région de Trent, une notification de 119 lits !

(50) Avec les lits payants du NHS, le secteur aigu privé comprendrait donc en 1983 environ 10000 lits.

Tableau 6

Evolution depuis le mois d'août 1980 (où les amendements du Health Services Act deviennent effectifs) des notifications d'accroissement de la capacité des hôpitaux privés

	1980	1981	1982	1983
Notifications	5	33	20	26
Lits	364	1 704	943	1 084

Sources : *Weekly Hansard*, n° 1305, 26-30 March 1984. *Written Answers*, 28 March 1984, Col. 217-220.

On remarque ici encore que le processus de privatisation s'accompagne de fait d'une centralisation accrue des décisions administratives, les échelons locaux du NHS ayant à résoudre les conflits d'arbitrages.

L'extension du secteur privé hospitalier s'effectue selon une stratégie en contradiction avec celle de service public que représente le NHS. Sa spécialisation implique que, même si le secteur privé hospitalier représente encore une masse peu importante relativement au NHS, il peut jouer un rôle décisif au niveau local ou pour certains services médicaux. C'est le cas en particulier pour la « petite » chirurgie (ou chirurgie non urgente), où les files d'attentes dans le NHS (première raison avancée par les malades du choix du secteur privé) (51) sont les plus longues.

L'enquête de J.P. Nicholl *et alii* [19] sur l'activité des hôpitaux privés dans le secteur aigu (52) et les données de la « *Hospital Inpatient Inquiry* » (permettant d'estimer l'activité des lits payants du NHS et utilisées par ces auteurs) montrent que 13,2 % de l'ensemble des traitements chirurgicaux décidés par le malade sont le fait du secteur privé.

Cette enquête indique que les implantations du secteur privé s'effectuent apparemment sans relation avec les densi-

(51) Selon l'enquête de D.A. Horne [8].

(52) Enquête concernant l'Angleterre et le Pays de Galles et portant sur un échantillon de 12959 malades traités dans 148 des 153 hôpitaux privés du secteur aigu.

tés en lits du NHS mais, pour une intervention à longue liste d'attente dans le NHS comme les opérations de la hanche, la part du secteur privé peut atteindre 26 %. Pour ce type d'interventions (chirurgie non urgente), la part du secteur privé est forte dans des régions déjà bien dotées en lits aigus du NHS, comme les régions de la Tamise (53).

L'enquête citée montre aussi l'importance des assurances dans le financement des soins hospitaliers privés : à l'exclusion des malades étrangers et des cas d'avortement, 69 % des malades sont couverts par une forme quelconque d'assurance.

Enfin, la comparaison des structures des populations de malades par âge (voir *tableau 7*) montre, relativement aux hôpitaux du NHS, une sous-représentation des catégories non actives (enfants et personnes âgées).

Tableau 7

Comparaison des structures par âge (en pourcentage) des malades hospitalisés en Angleterre et au Pays de Galles admis dans des hôpitaux aigus du secteur privé et du NHS en 1981

Classes d'âge	Répartition des malades dans les hôpitaux privés (%)	Répartition des malades dans les hôpitaux du NHS (%)
0-14 ans	8	13
15-44 ans	44	36
45-64 ans	32	27
65 ans et plus	16	23
	100	100

Source : Extrait d'un tableau de l'article « Analysis of the work of independent acute hospitals in England and Wales 1981 », B.T. Williams, J.P. Nicholl, K.J. Thomas, J. Knowelden, *British Medical Journal*, Volume 289 - 18 août 1984, p. 447.

(53) Les hôpitaux privés ont aussi une part importante et traditionnelle dans les interruptions de grossesse (28 % des cas).

Dans le secteur des « soins hospitaliers chroniques et d'assistance médico-sociale », la politique de santé a visé à réduire les hospitalisations par des aides aux institutions bénévoles pour l'enfance (Programme « £ for £ » pour les enfants handicapés mentaux) ou les personnes âgées et physiquement ou mentalement handicapées (« *Volunteering Scheme* » qui se propose aussi d'offrir une activité bénévole aux chômeurs).

Le DHSS aurait ainsi versé un total de 34 millions de livres de subventions à des institutions bénévoles pour l'année financière 1983-1984, contre 10 millions de livres pour l'année 1979-1980 (54).

Conclusion

Le secteur privé du système de soins britannique n'offre pas un service complet. Très dépendant du NHS, son avenir est lié à des mesures gouvernementales de soutien qu'un changement politique pourrait remettre en cause. Le NHS assure la formation des personnels médicaux et paramédicaux. Très peu de généralistes exercent en pratique privée en Grande-Bretagne, pratiquement pas en dehors de la région de Londres. L'assurance privée ne couvre pas les honoraires des généralistes. Les services d'urgence privés n'existent pas. L'assurance privée ne porte que sur des soins hospitaliers et les honoraires de spécialistes ayant une fonction hospitalière. Le caractère fragmentaire du service de soins offert par le secteur privé et l'obligation de s'adresser à un médecin généraliste pour bénéficier de soins de spécialistes impliquent que le NHS est un passage obligé pour accéder au secteur privé.

Le secteur privé opère une sélection sur les cas qu'il traite. Ainsi les soins chirurgicaux se concentrent sur la chirurgie non-urgente (« *cold surgery* »). Les soins et l'assurance privés excluent les cas chroniques ou n'en traitent qu'un épisode, laissant au NHS la responsabilité du traitement complet. La sélection entre les cas traités s'effectue sur des critères de rentabilité qui rejettent les soins les plus coûteux requis par une part croissante de la demande. Le secteur privé s'est montré peu novateur, retenant les choix techni-

(54) PR(84)317.

ques et d'organisation les plus faciles, à efficacité immédiate et les moins risqués.

L'assurance privée exclut de sa couverture d'importantes catégories de population, notamment les plus forts consommateurs de soins. C'est le cas des personnes âgées : l'assurance privée s'intéresse essentiellement aux actifs et, parmi eux, à ceux qui ont les revenus les plus élevés (cadres, professions libérales) et les besoins en soins chroniques et de long terme relativement faibles. La concentration des soins privés au bénéfice des cols blancs et des personnels les plus qualifiés ne peut que contribuer au maintien et au renforcement des inégalités sociales d'accès aux soins. L'extension de la couverture par l'assurance privée à des catégories de population moins sélectionnées (en raison de la part prise par les contrats avec les employeurs) a d'ailleurs en partie provoqué les difficultés financières consécutives au *boom* des années 1980-1981 puis le fort accroissement des primes.

Si l'on se rapporte à ses propres objectifs, la politique de privatisation des soins n'a pas été un succès en Grande-Bretagne. Présenté comme un moyen de réduire la croissance des dépenses de santé, le processus de privatisation n'a pu intervenir sur la dynamique des coûts du NHS. Le budget santé, en proportion du PIB, a peu varié et son niveau relativement faible par rapport à ce que l'on observe dans d'autres pays développés s'explique par des caractéristiques du système de soins britannique qui préexistaient à la politique du gouvernement Thatcher. Les dépenses publiques de santé britanniques ont plutôt été ménagées relativement à d'autres secteurs.

Le processus de privatisation n'a pas réduit la « bureaucratie du NHS », ni dans ses dimensions ni dans ses fonctions. De fait, chaque initiative pour étendre le secteur privé depuis 1979 s'est accompagnée de contrôles accrus et d'une centralisation renforcée. La politique gouvernementale conduit plutôt, dans les faits, à constituer un « quasi-NHS » à la périphérie du NHS. Cette extension du NHS est soumise elle aussi à contrôle et sans l'autonomie que l'on attendrait d'un secteur privé concurrentiel. Le secteur privé, à l'exception de son « créneau » privilégié de chirurgie non urgente, est lié au NHS par un ensemble de contraintes tenant aux équipements hospitaliers ou aux filières de soins. Les relations entre ce quasi-NHS et le NHS s'accommodent d'un flou qui ne favorise pas la gestion rationnelle du système de

soins, notamment dans la facturation des services du NHS au secteur privé.

Les interventions publiques dans la distribution des médicaments montrent, elles aussi, l'écart entre le discours politique conservateur sur les avantages du secteur privé et la politique effectivement suivie. La limitation de la liste des médicaments et la réglementation des profits des pharmaciens (par exemple sur la question des rabais consentis en cas d'achat en gros) sont aussi l'exemple d'un renforcement de l'appareil de gestion centralisé qui vise à mieux contrôler les dépenses de santé.

Les équipements du secteur privé ne se sont pas développés là où les besoins étaient les plus importants, dans les régions et les districts où les services offerts par le NHS étaient insuffisants. Le secteur privé hospitalier s'est concentré dans le Sud-Est où les services du NHS dépassaient largement la moyenne nationale. Bien que devant s'intégrer dans un service public au sens large, le secteur privé contredit ainsi l'objectif gouvernemental de réduction des inégalités régionales (dont la formule RAWP proposée en 1976 est l'instrument).

Le secteur privé est assisté par des fonds publics. L'assurance privée et les hôpitaux privés bénéficient d'aides et des déductions fiscales encouragent la souscription à des assurances privées. Les règles d'évaluation comparative des coûts déchargent le secteur privé de contraintes imposées au secteur public. Un des éléments de la stratégie gouvernementale semble même consister à investir dans le secteur privé lorsque des services manquent dans le NHS, en admettant que le NHS ne peut plus prétendre offrir la gamme complète des soins.

Le bilan final pour les finances publiques pourrait ainsi être négatif si l'on tient compte des « coûts de promotion du secteur privé » :

- secteur privé qui n'infléchit pas la dynamique du NHS,
- services non facturés au secteur privé,
- suréquipement et satisfaction de besoins non prioritaires (confort, hébergement) et moyens financiers détournés d'investissements dans le NHS,
- maintien et renforcement d'inégalités sociales...

Le principal enseignement que l'on puisse tirer du processus de privatisation du système de soins britannique depuis 1979 semble bien être l'écart entre les préceptes de la théorie micro-économique et les conditions du développe-

ment effectif d'un secteur marchand. Dans le cas britannique, le secteur privé se développe dans une dépendance au secteur public, sans offrir la gamme de services qui mettrait véritablement en œuvre une concurrence de l'offre. Le recours à l'assurance privée ne se fonde pas sur un comportement de « responsabilité individuelle » mais selon un principe de salaire indirect financé largement par l'employeur. La croissance des coûts observée dans le secteur privé, sa stratégie d'implantation et le choix des soins offerts ne font pas pencher de son côté la balance de la « rationalité » ni celle de la « qualité des soins ».

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

A) Textes Officiels (« *Health Circulars* » du *Department of Health and Social Security*)

HC(80)10 - *Health Services Act 1980 : Private medical practice in health service hospitals and control of private hospital developments - Amenity beds.*

HC(81)1 - *Contractual arrangements with independant hospitals and nursing homes and other forms of co-operation between the NHS and the independent medical sector.*

HC(83)18 - *Competitive tendering in the provision of domestic, catering and laundry services.*

B) Articles, Ouvrages

[1] Allsop (J.), *Health Policy and the National Health Service*, Longman, 1984.

[2] Cough (I.), « The crisis of the British Welfare State », *International Journal of Health Services*, vol. 13, n° 3, 1983.

[3] Cough (I.), Knowles (A.), Mumford (B.), O'Neil (T.), Ruffel (H.), Smith (O.), Watson (C.), « Thatcherism and social policy. The first four years », in : *The Yearbook of Social Policy in Britain*, C. Jones et J. Stevenson (Ed.), Routledge et Kegan Paul, 1983.

[4] Dobson (F.), *NHS Unlimited. A Committee to combat Private Medicine*, House of Commons, Londres, 1982.

[5] Fortin (Y.), « Mme Thatcher et l'administration centrale : amorce d'une révolution culturelle ? » in : *Le Thatcherisme - Doctrine et action.* (Sous la direction de J. Leruez), *Notes et Etudes Documentaires*, n° 4765, La Documentation Française, 1984.

[6] Glarmet (C.), *Etude du National Health Service britannique et comparaison avec le système français*, Rapport CREDOC n° 4855, mars 1983.

- [7] Griffiths (G.), « Private Health Care - Battle over rising costs. Hospital expansion focuses on the provinces », *Financial Times Survey*, 12 janvier 1983.
- [8] Horne (D.A.), « A survey of Patients in the Private Sector. Hospitals », *Health Services Review*, vol. 80, n° 2, mars 1984.
- [9] Incomes Data Services, *Private Health Insurance*, Study 292, juin 1983.
- [10] Incomes Data Services, *Private Health Insurance*, Study 317, juillet 1984.
- [11] Jessop (B.), Bonnett (K.), Bromley (S.), Line (T.), « Authoritarian Populism, Two Nations, and Thatcherism », *New Left Review*, n° 147, septembre-octobre 1984.
- [12] Klein (R.), *The Politics of the National Health Service*, Longman, 1984.
- [13] Laing (W.), Hunter (D.), « Harnessing the private health sector », *Hospital and Health Services Review*, vol. 14, n° 9, octobre 1982.
- [14] Lambert (D.C.), « Faudra-t-il étendre le recours à l'assurance privée pour maîtriser durablement les dépenses de santé en France? », *Journal d'Economie Médicale*, vol. 1, n° 2, avril-juin, et n° 3, juillet-septembre, 1983.
- [15] Lee (M.), « Private and National Health Services », *Policy Studies Institute*, vol. XLIV, n° 578, juillet 1978.
- [16] Leruez (J.), « La gestion de l'économie britannique (1979-1983). Monétarisme ou pas? », in : Le Thatchérisme - Doctrine et Action (Sous la direction de J. Leruez), *Notes et Etudes Documentaires*, n° 4765, La Documentation Française, 1984.
- [17] Leruez (J.), « Privatisation et dénationalisations », in : Le Thatchérisme - Doctrine et Action (Sous la direction de J. Leruez), *Notes et Etudes Documentaires*, n° 4765, La Documentation Française, 1984.
- [18] Maynard (A.), « Private practice : answer or irrelevance? », *British Medical Journal*, vol. 288, 16, juin 1984.
- [19] Nicholl (J.P.), Thomas (K.J.), Williams (B.T.), Knowelden (J.), « Contribution of the private sector to selective surgery in England and Wales », *The Lancet*, 14 juillet 1984.
- [20] Nora (S.), « Sécurité Sociale : de l'impasse à la réforme? », Entretien avec Edmond Maire, *Le Débat*, n° 26, septembre 1983.
- [21] Polton (D.), « La décentralisation du système de santé. Analyse de l'expérience britannique », *Revue Française des Affaires Sociales*, janvier-mars 1984.
- [22] *Report of the Royal Commission on the National Health Service*, Chairman: Sir Alec Merrison, Cmnd 7615, HMSO, Londres, 1979.
- [23] Reynolds (B.), « Inside private practice », *Medeconomics*, vol. 3, n° 12, 1982.
- [24] Walker (I.), « The GP's guide to private patient care », *Medeconomics*, vol. 4, n° 3, avril 1983.
- [25] Ward (T.), « L'évolution du rapport salarial au Royaume-Uni pendant les dix dernières années », in : *Actes du Colloque FERE*, septembre 1984.
- [26] White (G.), « Has the private health perk reached its peak? », *Personnel Management*, août 1983.