

(le français suit l'anglais)

## OPEN LETTER TO THE CMA FROM BRITISH DOCTORS

=====  
Dr. Ruth Collins-Nakai, MD  
President-elect, Canadian Medical Association  
c/o CMA Convention headquarters  
Shaw Conference Centre, Salon 4  
9797 Jasper Avenue  
Edmonton AB T5J 1N9  
Canada  
BY FAX (780) 442-0728  
(Original to follow by post)

August 15, 2005

Dear Dr. Collins-Nakai and colleagues,

We are writing this open letter to Canadian doctors as representatives from the Canadian medical profession gather at the general meeting of the Canadian Medical Association. We understand that delegates to the meeting will participate in a critical debate tomorrow about privatisation of public health care.

Those in favour of privatisation often point to Britain as an example of how the private sector can “save” public health care. We are writing, as British doctors, to share what we have learned first-hand about the dangers of private sector involvement in health care, in the hopes that our colleagues in Canada can learn from our country’s mistakes and reject private care and other market-style policies.

The British National Health Service (NHS), one of the earliest and most-studied publicly funded health systems in the world, has been under increasing threat from privatisation for some time. Similar but more recent systems in other countries are now being subjected to the same pressures to privatise.

The NHS has suffered from decades of underfunding relative to other developed countries. As a result, despite its inherent efficiency (before the imposition of market-based policies, administrative costs were less than 6%), critics were able to point to long waiting lists and ageing hospitals.

To its credit, the current government has finally recognised the underlying problem and announced that spending will rise annually until it reaches the European average by 2008. Indeed, the annual health budget is already double that of 1997. So far so good. But although there have been some improvements, mainly in elective surgery, doctors and the public are puzzled that despite the extra

funding there are still shortages in other parts of the service, with hospitals having to close beds and whole units to avoid financial deficit.

The answer to this puzzle is that much of the additional money is being diverted from its proper purpose – that is, providing front-line care – by the government’s other policies. Presented to the public as “modernisation,” these include payment by results, Private Finance Initiatives (PFI), competing providers, and the “patient choice” agenda.

Firstly, the money is going into private profit. Short-term improvements in easily counted and politically important areas like waiting lists are being achieved by expensive deals with the private sector. These include not only using spare capacity in existing private facilities, but now the establishment of “independent sector treatment centres” (ISTCs), often owned and staffed by foreign commercial concerns.

These ISTCs are offered long-term contracts with guaranteed income – at costs up to 40% higher than the NHS. They “cherry pick” the simple cases and have little responsibility for complications or followup. Their clinical governance arrangements are currently unclear and there are already concerns about the quality of care in ISTCs.

The removal of much elective surgery from the NHS is putting training in some specialities at risk. Because fewer of the low-risk cases are being seen in NHS hospitals, young surgeons are no longer getting the training they need. In addition, the concentration on short-term episodic care is diverting attention and funds from the majority of patients, whose needs are for the longer-term management of chronic disease or disability.

The concept was initially “sold” as a short-term measure to tackle the backlog until the NHS was able to take on all its commitments but it is now clear that the government intends the growing private sector to remain and compete with the publicly provided NHS, frequently on an unfair basis. The resulting “contestability” is seen by the government as producing a “creative discomfort” which will improve the service.

There is no evidence to support this assumption. There is, however, mounting evidence of the problems it is causing. Yet, the government has said that it is quite prepared to see units and even entire hospitals close under the new competitive regime.

We believe that you have already experienced PFI (known in Canada as P3s or public private partnerships) for hospital construction. This is another example of governments choosing quick, politically useful results without concern for the long-term consequences. Inevitably PFI hospitals are more expensive, as borrowing is at a higher rate and there has to be profit for the shareholders. As a result, our first hospitals were too small. Now, although PFI hospitals must be at least as large as those they replace, many defects are appearing and the repayments – the first charge on the hospital’s budget – are causing financial problems. It is difficult to find anyone in the UK now prepared to support PFI except those in government and those set to profit from it.

Secondly, both financial resources and staff time are being wasted on the bureaucracy inherent in trying to run a competitive market system.

The Conservative government introduced “competition” in the early 1990s, and as a result administrative costs doubled. The key feature was the splitting of the service into “purchasers” and “providers.” While in opposition, the Labour Party opposed the market and PFI. But after gaining power in 1997, they retained both PFI and the artificial separation in which one part of the service (the “purchaser”) has to buy services from the other (the “provider”) which markets and sells them. This purchaser/provider split is the absolutely crucial factor.

Without it a market cannot operate, but with it, the service is wide open to privatisation, as we are now seeing.

The hospital service, split into separate semi-independent “Trusts” with boards of directors under the Conservatives, is now to be even more autonomous, as “Foundation Trusts” enter the market with the power to borrow money and sell assets. To repay money borrowed, they will need to attract patients from outside their normal area. As all hospitals are scheduled to become Foundations within the next few years, there will be a very unstable competitive situation with the government accepting that some hospitals may be forced to close. Foundation Trusts will no longer be responsible to Parliament but to an independent regulator – interestingly, exactly the system which governs our now-privatised railways, telephone, gas, electricity and water industries.

“Payment by results” means that every item of treatment will be marketed, sold and billed for. The public sector will find it hard to compete with the private sector on this basis as the latter does not have to provide expensive emergency and intensive care. The private sector is also not responsible for teaching and training, the costs of which have not been factored into the tariffs.

The government rhetoric is that we must have a diversity of providers, which it justifies as promoting choice. But the public has demonstrated that its first priority is a good local hospital, without the need to “shop around.” It is the system of local hospitals that is now in jeopardy.

This is indeed privatisation – in fact if not yet in name – although some have suggested that commercialisation is a better description, as even those parts which remain in the public sector are being forced to act like commercial enterprises. These reforms are driven by ideology and there is as yet no evidence that a competitive market improves outcomes in health care.

There is much more we could say. It is important to insist that any new and controversial system is piloted and independently evaluated before, rather than after, its general introduction and that the longer-term effects are fully considered.

Beware the recurrent reorganisations which we have suffered over the years, which have damaged the morale of both clinicians and managers whilst totally bewildering patients and harming care. The most cost-effective system is the simplest – an organisation with a budget to provide services for the people of its area and democratically accountable to them.

In closing, do not be persuaded that any improvements in the NHS are due to the government reforms. The reality is that vastly increased expenditure has produced only modest results precisely because of privatisation and commercialisation’s negative effects.

We welcome any opportunity to further share our experiences and research with you, and hope this letter can initiate a meaningful dialogue and exchange about these critical issues.

Yours sincerely,  
(Original signed by)

PETER FISHER  
President  
NHS Consultants' Association

JACKY DAVIS  
Consultant Radiologist  
NHSCA Executive Committee

c.c. Editor, Canadian Medical Association Journal

.....  
NATIONAL HEALTH SERVICE  
CONSULTANTS' ASSOCIATION  
Hill House  
Banbury  
Oxon. OX17 1QH

Tel. and Fax: 01295 750407  
E-mail: [nhsca@pop3.poptel.org.uk](mailto:nhsca@pop3.poptel.org.uk)

---

---

Dre Ruth Collins-Nakai  
Présidente élue, Association médicale canadienne  
a/s Bureau de congrès de l'AMC  
Centre des congrès Shaw, Salon 4  
9797, avenue Jasper  
Edmonton (Alberta) T5J 1N9  
Canada  
Par télécopieur : (780) 442-0728  
(Original par la poste)

Le 15 août 2005

Docteure Collins-Nakai et collègues,

Nous écrivons cette lettre ouverte aux médecins canadiens au moment où les représentants de la profession médicale canadienne sont réunis à l'occasion de l'assemblée générale de l'Association médicale canadienne. Selon ce que nous avons appris, les délégués à cette rencontre participeront demain à un débat extrêmement important sur la privatisation du système public des soins de santé.

Lorsqu'il est question de démontrer comment le secteur privé peut « sauver » le système public des soins de santé, les partisans de la privatisation citent souvent l'exemple de l'Angleterre. Nous sommes des médecins britanniques et nous vous écrivons aujourd'hui afin de partager ce que notre expérience directe nous a appris sur les dangers de la participation du secteur privé aux soins de santé. Notre espoir est que nos collègues du Canada seront en mesure d'apprendre des erreurs commises par notre pays et qu'ils rejeteront les soins de santé privés et autres politiques basées sur les lois du marché.

Le National Health Service d'Angleterre (Service national de la santé, NHS), un système public de soins de santé parmi les plus anciens et les plus étudiés est, depuis un certain temps, soumis à d'importantes menaces de privatisation. Dans d'autres pays, des systèmes similaires, quoique plus récents, sont aussi sujets à d'intenses pressions en faveur de la privatisation.

Depuis des décennies, le NHS souffre de sous-financement en comparaison aux autres pays développés. En conséquence, malgré son efficacité reconnue (avant l'imposition de politiques basées sur les lois du marché, ses coûts administratifs étaient de moins de 6 %), ses détracteurs ont dénoncé ses longues listes d'attente et ses hôpitaux vieillissants.

Il faut constater que le gouvernement actuel a finalement reconnu le problème de base du système et a annoncé que le financement annuel sera majoré chaque année jusqu'en 2008, soit jusqu'à ce qu'il rejoigne la moyenne européenne. En effet, le budget de la santé a déjà doublé par rapport à son niveau de 1997. C'est un bon début. Même si la situation s'améliore, particulièrement dans le cas des interventions chirurgicales non urgentes, les médecins et le public ne comprennent pas pourquoi, malgré l'augmentation du financement, d'importantes lacunes demeurent dans d'autres secteurs de ce service. Ainsi, les hôpitaux sont forcés de fermer des lits et des services entiers pour éviter un déficit.

La solution est simple; la plus grande partie des nouveaux fonds investis est détournée de sa fonction première – assurer les soins de première ligne – sous l'effet des autres politiques gouvernementales. Présentées au public comme une « modernisation », ces politiques sont : le paiement en fonction des résultats, les Initiatives de financement privé (PFI), les soumissions en régime de concurrence et le programme du « choix du patient ».

D'abord, l'argent va aux profits du secteur privé. Des améliorations à court terme facilement mesurables et politiquement rentables dans des secteurs comme les listes d'attente sont obtenues grâce à des ententes dispendieuses avec le secteur privé. Ces ententes comprennent non seulement l'utilisation des ressources disponibles dans les établissements privés existants, mais elles vont maintenant jusqu'à la création d'Independent sector treatment centres (Centres de traitement indépendants, ISTC), qui souvent, sont des entreprises dont le personnel et la propriété dépendent d'intérêts étrangers.

Ces ISTC se voient offrir des contrats à long terme leur assurant un revenu garanti – à des coûts pouvant dépasser ceux du NHS de 40 %. Ces centres choisissent les cas les plus légers et n'assument

aucune responsabilité pour ce qui est des complications et du suivi. Les ententes portant sur les politiques de gestion des services cliniques ne sont pas claires et des inquiétudes ont déjà été soulevées quant à la qualité des soins dispensés dans les ISTC.

La diminution du nombre d'interventions chirurgicales non urgentes dans le réseau du NHS fait en sorte que la formation est menacée dans certaines spécialités. Parce que les cas légers vus dans les hôpitaux du NHS ne cessent de diminuer, les jeunes chirurgiens n'ont plus accès à la formation dont ils ont besoin. De plus, la concentration des ressources sur les soins de courte durée résulte en un financement qui ne sert plus aux besoins de la majorité des patients, soit le traitement à long terme de maladies chroniques et de handicaps.

Le concept avait initialement été vendu comme une mesure à court terme destinée à rattraper l'accumulation de cas, le temps que le NHS soit en mesure de respecter l'ensemble de ses engagements. Mais il est maintenant clair que l'intention du gouvernement est que le secteur privé en croissance demeure en place et qu'il entre en concurrence avec le NHS, souvent sur des bases tout à fait inéquitables. La « contestabilité » qui en découle est perçue par le gouvernement comme étant une source « d'inconfort créatif » qui suscite l'amélioration des services. Aucune preuve n'existe en soutien à cette théorie. Par contre, les problèmes entraînés par cette façon de faire sont de mieux en mieux documentés et les preuves ne cessent d'augmenter. Pourtant, le gouvernement a déclaré qu'il était prêt à faire face aux fermetures de services et même d'hôpitaux entiers qui pourraient être provoquées par ce nouveau régime de concurrence.

Nous croyons que vous avez déjà fait l'expérience des PFI (connus au Canada sous le nom de PPP ou partenariats public-privé) pour la construction d'hôpitaux. Il s'agit d'un autre exemple de gouvernement qui choisit les retombées politiques rapides sans égard aux conséquences à long terme. Il est inévitable que le coût des hôpitaux PFI soit plus élevé car les coûts d'emprunt sont supérieurs à ceux du secteur public et que les actionnaires doivent toucher des profits. Résultat, nos premiers hôpitaux étaient trop petits. Maintenant, malgré le fait que les hôpitaux PFI doivent être aussi grands que ceux qu'ils remplacent, plusieurs défauts de construction font surface et le remboursement – l'élément le plus important des budgets des hôpitaux – cause des problèmes financiers. Au Royaume-Uni, il est devenu pratiquement impossible de trouver une seule personne qui soit en faveur des hôpitaux PFI, à l'exception des gens qui sont au gouvernement et des entrepreneurs qui sont à la recherche de profits.

Ensuite, les ressources financières et le précieux temps du personnel sont perdus par la faute de la bureaucratie, nécessaire à la gestion de ce marché en régime de concurrence. Le gouvernement conservateur a introduit la concurrence au début des années 90, qui a eu pour effet le doublement des coûts administratifs. L'élément principal en était la division du service entre « acheteurs » et « fournisseurs ». Lorsqu'il était dans l'opposition, le parti Travailleiste s'était opposé aux lois du marché et aux PFI. Mais suite à son élection en 1997, il a adopté le concept des PFI et celui de la séparation artificielle par laquelle une partie du service (l'acheteur) doit acheter des services à l'autre (le fournisseur) qui met en marché et vend ces services. Cette division entre « acheteur » et « fournisseur » constitue un élément absolument fondamental. Sans elle, le marché est incapable de fonctionner et grâce à elle, la porte est grande ouverte à la privatisation, comme nous le constatons maintenant.

Le service hospitalier qui, sous les conservateurs, a été divisé en fiducies semi-indépendantes avec conseils d'administration est maintenant appelé à devenir encore plus autonome, alors que des

« Fondations de fiducies » possédant le pouvoir d'emprunter et de vendre des actifs feront leur entrée sur le marché. Pour rembourser l'argent, elles devront attirer des patients de l'extérieur de leur secteur normal d'activités. Comme tous les hôpitaux doivent devenir des « fondations » au cours des cinq prochaines années, le régime de concurrence sera déstabilisé et le gouvernement devra accepter des fermetures d'hôpitaux. Les « Fondations de fiducies » ne seront plus responsables devant le parlement mais plutôt devant un organisme de contrôle indépendant. Il est très intéressant de constater qu'il s'agit exactement du même système qui aujourd'hui, régit les systèmes privatisés de train, de téléphone, de gaz, d'électricité et d'eau.

Le « paiement en fonction des résultats » signifie que tous les éléments d'un traitement seront mis en marché, vendus et facturés. Le secteur public aura beaucoup de difficultés à faire compétition au secteur privé dans ces conditions, parce que ce dernier n'a pas à assurer les services les plus dispendieux comme l'urgence et les soins intensifs. De plus, le secteur privé n'est pas responsable de l'enseignement et de la formation, deux éléments dont on ne tient pas compte dans la tarification.

La rhétorique gouvernementale est qu'il doit y avoir une diversification des fournisseurs au nom du droit au choix. Mais le public a amplement démontré que son premier choix est d'avoir un bon hôpital local et de ne pas avoir à « magasiner les services ». C'est le système des hôpitaux locaux dont l'existence est maintenant menacée.

Il s'agit effectivement de privatisation, même si son utilisation n'est pas encore commune. De fait, certaines personnes suggèrent que commercialisation serait une description plus juste, parce que même les éléments qui demeurent au sein du secteur public sont forcés d'agir comme des entreprises commerciales. Ces réformes sont menées strictement sur une base idéologique et il n'y a aucune preuve que le régime de concurrence améliore la prestation des soins de santé.

Nous pourrions vous parler de bien d'autres choses. Mais le plus important est d'insister que tout système, nouveau et controversé, soit essayé et évalué de façon indépendante avant – et non pas après – son implantation et que ses effets à long terme soient pris en considération.

Méfiez-vous des réorganisations récurrentes que nous avons connues au cours des dernières années; elles ont eu un effet dévastateur sur le moral des cliniciens et des gestionnaires, elles ont désorienté les patients et ont grandement détérioré les soins. Le système le plus efficace et le plus rentable est le plus simple – une organisation dotée d'un budget devant servir à dispenser des services aux gens de sa région et ayant le devoir démocratique de leur rendre des comptes.

En conclusion, ne vous laissez pas convaincre que les améliorations apportées au NHS sont dues aux réformes gouvernementales. La réalité est que l'augmentation énorme des dépenses n'a produit que des résultats modestes, précisément en raison des effets négatifs de la privatisation et de la commercialisation.

C'est avec plaisir que nous profiterons de toutes les occasions qui nous seront offertes de partager plus à fond notre expérience et nos recherches avec vous. Nous souhaitons que cette lettre aura pour effet de susciter un dialogue et un échange constructifs sur ces enjeux extrêmement importants.

Sincèrement,

(Original signé par)

PETER FISHER  
Président  
Association des consultants du NHS

JACKY DAVIS  
Radiologue Consultante  
Comité exécutif du NHSCA

C.C. Rédacteur en chef, Journal de l' Association médicale canadienne

.....

ASSOCIATION DES CONSULTANTS DU  
SERVICE NATIONAL DE SANTÉ  
Hill House  
Banbury  
Oxon. OX17 1QH

Téléphone et télécopieur : 01295 750407  
Courriel : [nhsca@pop3.poptel.org.uk](mailto:nhsca@pop3.poptel.org.uk)