

# Une transition inachevée

## La protection sociale santé en Europe centrale

**Depuis 1990, les pays d'Europe centrale sont engagés dans une phase de transition entre la conception centralisatrice et étatique développée auparavant et l'installation de nouveaux systèmes de protection sociale.**

**L**a problématique s'avère différente de celle observée dans les pays de l'Europe occidentale en matière de part des richesses nationales destinées à la santé. La plupart des pays de l'Est manifestent leur volonté de dépenser plus pour leur système de santé. Ainsi à la fin des années 80, la Hongrie émettait le vœu d'accroître d'un tiers ses dépenses de santé. En 1994, la République tchèque souhaitait consacrer 8 % de son produit intérieur brut (PIB) à la santé contre 5 % en 1990. De telles options s'avéraient difficiles dans un contexte de récession. Les meilleurs résultats obtenus au plan économique en 1993 et durant les premiers mois de 1994 pour la Pologne (accroissement de 4,5 % du PIB en 1993) pour la République tchèque (+2,1 % entre janvier et août 1994) et même pour la Roumanie (un PIB en croissance de +1 % en 1993) pourraient ouvrir des perspectives plus favorables.

Le modèle beveridgien (fondé sur une fiscalisation des ressources consacrées à la santé) associé à une conception pyramidale de l'organisation des soins est rejeté au profit du système bismarkien

(structuré autour de caisses d'assurance maladie) jugé plus libéral, moins susceptible de générer des comportements bureaucratiques.

### La recherche de nouvelles références

L'aspiration à un certain libéralisme est évidente mais le faible degré de développement économique freine plus ou moins, selon les pays, la mise en œuvre d'un modèle de sécurité sociale. Dans certains pays, on se limite encore au stade expérimental, voire aux projets.

En Roumanie, une expérience d'assurance maladie touchant uniquement les soins primaires a été réalisée dans certaines zones. En Pologne, après plusieurs livres blancs et de nombreuses consultations des différents partenaires, un document émanant du ministère de la Santé a circulé fin 1994. Il prévoit l'instauration progressive d'une assurance maladie se substituant au financement de l'impôt. Un réseau de caisses serait mis en place pour gérer cette assurance. Les agricul-

teurs disposeraient de caisses spécifiques. Les cotisations seraient réparties par moitié entre employeurs et salariés.

On est donc loin d'une application intégrale du modèle de sécurité sociale, objectif affirmé pourtant comme fondamental par tous les pays de l'Est. Seule la République tchèque et la Hongrie ont pu jusque-là instituer une assurance maladie indépendante de l'État qui s'installe par étapes successives.

Aujourd'hui, en République tchèque, la protection sociale maladie est financée à 60 % par les revenus du travail, 35 % par l'État et 5 % par les particuliers. Retraités et chômeurs sont pris en charge par l'aide sociale. Au départ, en 1992, les ressources provenaient uniquement du budget de l'État. En 1993, 17 caisses d'assurance maladie ont été mises en place. Depuis, de nouvelles caisses ont vu le jour. Les premières populations à être couvertes par ces caisses ont été les fonctionnaires, les employés de certains secteurs économiques à risque ou déjà bien développés, comme les banques et les grandes firmes industrielles. Début 1994, 15 % de la population dépendait d'elles. Chaque personne a le libre choix de son assureur. Des filets de sécurité ont été institués pour éviter la sélection des assurés par les caisses et les problèmes découlant de faillites de caisses.

En Hongrie, le système d'assurance maladie est unifié et géré par un conseil paritaire formé de représentants élus des syndicats et des employeurs, sans intervention de l'État. Financée en principal par des cotisations, l'assurance maladie est, en fait, encore largement dépendante du budget de l'État en raison notamment de l'importance des cotisations sociales impayées par les employeurs.

La prudence des gouvernements des pays d'Europe centrale s'explique en matière de protection sociale par le fait que le système antérieur était plus protecteur, en particulier pour certaines catégories. Toutefois, dans le domaine de la santé, il avait généré, en raison de l'insuffisance de l'offre sanitaire et de la faible productivité, un marché parallèle des soins qui trouve encore matière à se développer ainsi que de fortes inégalités d'accès.

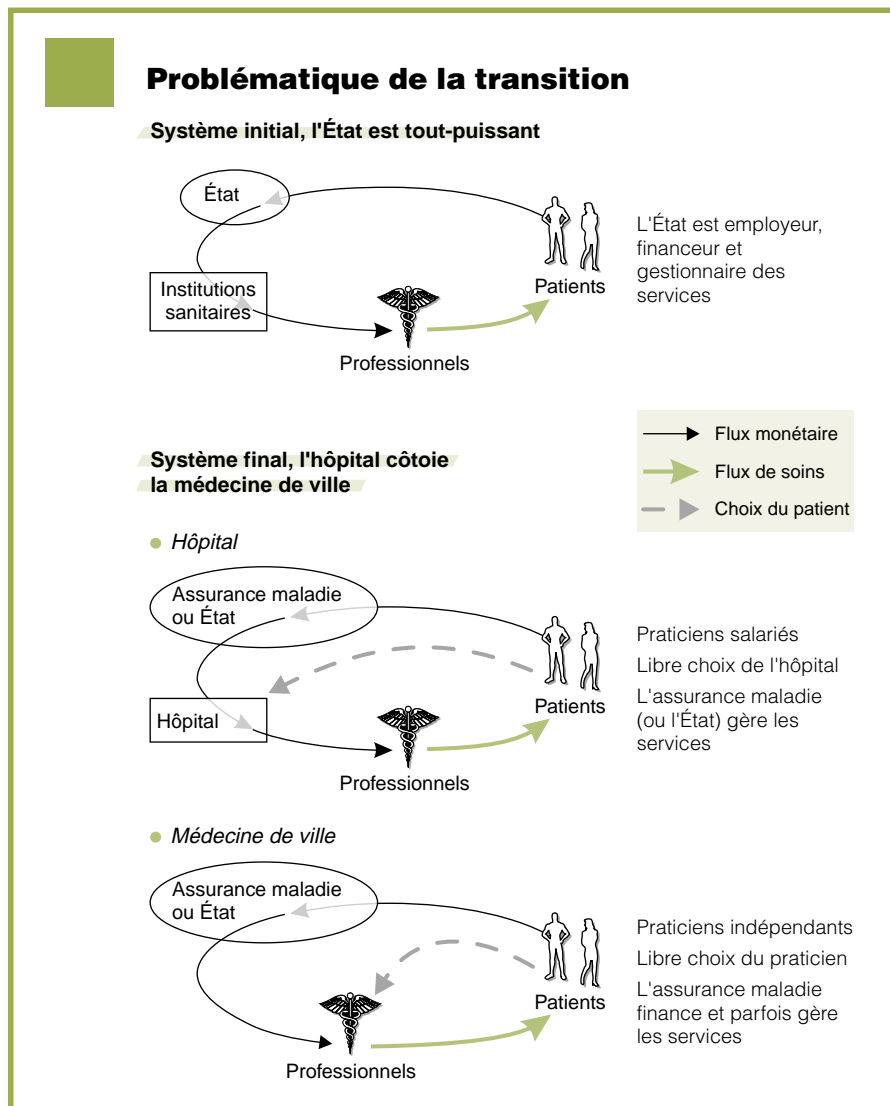
### Des options préalables à l'introduction de la sécurité sociale

L'introduction de systèmes de sécurité sociale nécessite certaines options préalables qui font toujours l'objet d'importants débats dans les pays de l'Est.

Ainsi tout d'abord, sur le choix du régime : un seul ou plusieurs, compte tenu des spécificités de certaines catégories sociales. Ainsi en Pologne, le régime de protection sociale antérieur s'était étendu très progressivement à toutes les catégories professionnelles. Il ne couvre pas les professions libérales.

L'adhésion obligatoire à l'assurance maladie doit-elle être fonction du niveau de revenu ou limitée comme en Allemagne et aux Pays-Bas à un certain plafond au-delà duquel les personnes sont libres ou non de s'assurer ? Cette question divise aujourd'hui l'opinion en République tchèque et en Hongrie.

Le niveau des services pris en charge doit être défini. Souvent sont exclus les soins dentaires, l'assistance à domicile, les soins dispensés par les masseurs-kinésithérapeutes. La plupart des pays cherchent aujourd'hui à limiter le contenu de l'assurance obligatoire.



La contribution au financement de l'assurance maladie demande aussi une réflexion sur ses modalités. L'État doit-il ou ne doit-il pas intervenir dans le financement ?

Enfin dernier point en discussion : les relations entre assurés et prestataires de soins. Certains pays, comme la Pologne et la Hongrie, par exemple, sont tentés d'introduire le paiement direct par le malade avec remboursement ultérieur mais la présence de catégories sociales à bas revenu rend difficilement applicable ce type de dispositions.

L'assurance obligatoire universelle

constitue l'objectif général. Elle sera fondée sur la solidarité. Mais deux niveaux supplémentaires sont évoqués. Certains risques pourraient relever d'une assurance financée soit conjointement par employeurs et salariés, soit intégralement par les personnes elles-mêmes.

### Une difficile redéfinition du rôle des structures sanitaires

Concernant l'organisation du système de soins proprement dit, l'orientation nouvelle des structures sanitaires se

caractérise par un recentrage sur les soins primaires, s'opposant à l'hospitalo-centrisme antérieur, ou tout au moins par l'instauration d'une bipolarité.

Dans l'esprit des promoteurs de ces réformes, les soins primaires devraient relever en partie de l'exercice libéral.

Tous les pays d'Europe centrale connaissent actuellement un véritable essor de la médecine privée. Des cabinets de médecine libéraux s'ouvrent, aidés par les pouvoirs publics et, dans certains cas, par les banques. En Hongrie, la médecine privée existait déjà officiellement sous le régime communiste : un médecin sur cinq avait opté pour l'exercice en secteur privé. En Pologne, la pratique libérale était également tolérée. En 1984, un médecin sur dix reconnaissait avoir une activité libérale en sus de son activité salariée.

En réaction contre le centralisme autoritaire antérieur, la plupart des pays de l'Est ont opté pour une décentralisation allant parfois jusqu'à l'excès. En Pologne, par exemple, un rapport réalisé en 1993 sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé souligne l'absence de coordination générale du système dans un contexte de forte décentralisation.

La rémunération des praticiens se fait soit à l'acte comme en République tchèque et en Hongrie pour les spécialistes, soit à la capitation en Hongrie pour les généralistes, capitation qui varie en fonction de catégories d'âge. Pour éviter la « chasse » à la clientèle le montant de la capitation est dégressif à partir de 1 800 patients.

En raison de ses difficultés économiques, la Roumanie conserve encore l'accès gratuit aux soins primaires publics. Le recours au secteur privé qui s'installe est entièrement à la charge du malade. Le sous-développement et la vétusté des structures de soins entraînent la constitution d'un système parallèle.

Le financement des hôpitaux est globalisé. La Hongrie semble en pointe pour la gestion de ce secteur où elle a introduit le système de forfait par pathologie pour les soins aigus, fondés sur des paramètres spécifiques.

Enfin, autre orientation toujours prô-

née dans les réformes ou projets élaborés, le développement de la prévention, souvent complètement ignorée jusque-là.

### Au-delà de l'économie, de nécessaires mutations culturelles

La mise en œuvre des réformes se heurte à plusieurs obstacles.

Instaurer un système d'assurance maladie dans des pays où la prise en charge financière était auparavant totalement assumée par l'État se doit, sous peine de déstabilisation économique et sociale, de sauvegarder la demande solvable. Et le problème demeure aigu dans des économies où les revenus réels régressent. La dimension économique du système sanitaire constitue, dans ces pays, un impératif de tout premier plan.

Par ailleurs, l'orientation antérieure des structures sanitaires vers un modèle centré sur l'hôpital constitue un obstacle aux mutations désirées.

L'instauration d'une activité libérale nécessite des investissements importants à rentabilité à long terme alors que, par ailleurs, les établissements de soins anciens subsistent.

La culture de la relation médecin-malade dans un contexte libéral n'a pas encore de fondement dans des pays où la

prise en charge sociale et médicale avait une connotation administrative très forte.

La sujétion des patients et du corps médical vis-à-vis d'un système autoritaire et centralisateur, source d'irresponsabilité, rend difficile leur participation largement souhaitée dans un modèle libéral.

Enfin, il faut noter le manque de coordination voire la concurrence dans l'aide internationale aux pays d'Europe centrale en matière de protection sociale avec la multiplication des interventions bilatérales et multilatérales et d'expertises. Chaque pays, chaque organisation internationale a tendance à promouvoir son modèle de société. ■

### Quelques chiffres venus de l'Est

	Hongrie	Bulgarie	Roumanie	Tchécoslovaquie	Pologne
Espérance de vie (années)	72	73	71	70	72
Taux de mortalité périnatale (pour 1 000)	15	11	12	15	10
Médecins pour 1 000 (1992)	3,0	3,2	1,8	2,1	3,2
Dépenses de santé/PIB (1991)	6,0	5,4	3,9	5,1	5,9

#### Diane Lequet

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Sesi

#### Marc Duriez

Direction générale de la Santé