

Le cas de la Pologne

La spécificité de la réorganisation des services de santé dans une économie de transition

La Pologne a entrepris une réforme de son organisation sanitaire et sociale. Dans un contexte économique qui, bien que s'améliorant, reste précaire ; face à des impératifs d'efficacité et d'efficience, elle a bien du mal à surmonter les difficultés liées à la refonte de son système de protection sociale et de santé.

L'article 70 de la nouvelle Constitution de la Pologne garantit aux « citoyens de la République de Pologne le droit à la protection de la santé et à une assistance en cas de maladie ou d'incapacité de travail ». Ces principes sont affirmés dans un contexte idéologique d'où sont bannies toutes conceptions d'un État tout-puissant en matière d'organisation économique et sociale et de prise en charge des problèmes sociaux des citoyens. L'État garant de la santé publique et du bien-être collectif peut cependant, par l'instauration de procédures d'assistance, jouer un rôle de régulateur social d'un système de santé orienté désormais dans un sens libéral où les relations entre acteurs et les instruments de gestion utilisés peuvent générer des risques d'exclusion.

La problématique posée aux responsables polonais s'exprime en fonction de données sociales et économiques anciennes ou nouvelles, souvent antagonistes. En effet, la volonté d'opérer une rupture avec le régime ancien a incité au déve-

loppement d'une économie de marché. Il fallait aussi inculquer dans la mentalité collective les obligations nouvelles qu'impliquent les libertés nouvelles. Mais par ailleurs, la rémanence d'une tradition d'État-providence dans la société polonaise a constitué une contrainte lourde pour les décideurs et les a conduits à amender les modèles par trop libéraux que certains étaient prêts à proposer. Enfin, les difficultés rencontrées dans l'amorce du décollage économique, que les résultats positifs récents ne peuvent encore masquer, constituent des obstacles très forts à la mise en œuvre de programmes de santé publique et de réformes des relations entre les différents acteurs du système de santé.

L'organisation de la santé publique

La Pologne se trouvait, au début des années quatre-vingt-dix dans une situation sanitaire assez critique. Les louables ef-

forts entrepris huit ans plus tôt dans la stratégie de « la santé pour tous » ne s'étaient pas en fait intégrés dans un programme national.

Si le principe d'un État garant de la santé publique et responsable des moyens à mettre en œuvre demeure, la volonté de libéraliser les relations entre les différents acteurs implique cependant de préciser les responsabilités que l'on souhaite voir se développer. Les références à l'équité sur le plan de l'accès aux soins doivent désormais se conjuguer avec les impératifs d'efficacité et d'efficience.

Le projet présenté par le gouvernement en novembre 1990, appelé programme national de santé, insistait sur la nécessité d'une utilisation optimale des ressources. Il était fortement inspiré des principes de gestion libérale que les nouveaux dirigeants avaient adoptés dans la conduite des affaires générales. Efficience, qualité des prestations, décentralisation de la gestion, adaptation des structures aux besoins doivent être les nouveaux repères pour les responsables. Au système centralisé ancien est substitué un système pluraliste fondé sur la responsabilisation et l'initiative de plusieurs instances susceptibles d'intervenir dans le domaine : État, assurance maladie, collectivités locales, coopératives, institutions privées...

Les objectifs prévus sont appelés à être déclinés selon les différents niveaux décentralisés de gestion. Huit grands thèmes constituent la trame du programme. Ils visent à réduire la prévalence des maladies cardio-vasculaires, de la mortalité associée aux tumeurs, des accidents et empoisonnements, de la mortalité néonatale et des naissances prématurées et à prévenir les incidences du handicap ainsi que les carences en hygiène dentaire chez les enfants et les adolescents.

Un « Conseil pour la promotion sanitaire nationale » est chargé de définir les objectifs et de mettre en œuvre tous les moyens pour les atteindre.

Un transfert du financement de l'État vers les régions a été opéré. La politique générale ne consiste pas en l'octroi de subsides aux organisations non gouvernementales mais des aides sont prévues pour soutenir les initiatives privées.

L'accès aux soins

Dès les premières réflexions concernant la réforme du système de santé, l'idée d'une distinction entre les préoccupations de santé publique et l'organisation des soins individualisés a été avancée. Il s'agissait de bien situer les rôles des différents acteurs. Les relations entre les professionnels de santé, les usagers et le financement doivent être conventionnel. Petit à petit on est passé à la conception d'un financement indépendant de l'État alimenté à partir des partenaires sociaux et géré par eux. Dès le départ, en matière d'organisation et de relation entre les acteurs, l'accent a été mis sur l'autonomie du patient et du praticien (libre choix, libre installation). Le principe d'autogestion est évoqué pour les cabinets médicaux. Le patient est libre de choisir son médecin généraliste. Les soins effectués et considérés comme nécessaires sont gratuits sauf dans le cas où le malade s'adresse directement à un spécialiste sans être passé au préalable chez un généraliste.

Les soins jugés moins nécessaires devraient être à la charge du patient et pourraient être remboursés par les assurances privées.

Mission d'aide à la mise en place d'un programme national de lutte contre le sida

La Diète polonaise a sollicité, très récemment, le gouvernement pour qu'il s'engage à mettre en œuvre et promouvoir une politique nationale de lutte contre le sida. L'ambassade de France à Varsovie, à la demande des autorités polonaises a proposé qu'une mission soit menée avec pour objectif principal d'aider à la mise en place de cette politique dans le cadre d'une coopération bilatérale franco-polonaise.

Des actions ponctuelles avaient déjà fait l'objet d'une coopération franco-polonaise : séminaires sur la formation à l'accueil des malades du sida avec l'ENSP de Rennes, formation d'animateurs de prévention par la fondation Équilibre et Aides Formation.

Les propositions de coopération future portent sur les actions suivantes :

- aide à la mise en place d'une politique de dépistage et de surveillance épidémiologique ;
- mise à disposition de matériels médicaux ;
- jumelage d'hôpitaux français avec des Csih ;
- formation ;
- développement de la prise en charge extra-hospitalière ;
- mise en place d'un centre ressource d'information et de prévention du VIH.

Au 31 août 1995 il y avait en Pologne, d'après les sources officielles, 620 cas de sida déclarés dont 175 décès et 3 670 contaminations VIH. Ce dernier chiffre est considéré comme très sous-estimé par des responsables épidémiologistes qui le rehaussent à 12 000. Le mode de contamination est avant tout la toxicomanie, à raison de 70 % de l'ensemble des cas. Mais il faut signaler que les dépistages sont ciblés surtout sur la population toxicomane. La répartition des cas de sida indique des proportions de 45 % de toxicomanes, 37 % d'homosexuels, 12 % d'hétérosexuels.

Plus de un million de tests de dépistage sont réalisés chaque année essentiellement chez les donneurs de sang. Ces tests sont payants et coûtent cher (80 F). Dans les dispensaires et les centres de soins pour toxicomanes les tests sont toutefois gratuits. Le concept de Centre de dépistage anonyme et gratuit n'est pas développé en Pologne. Cette carence est actuellement évoquée au Parlement. Quarante-neuf centres sanitaires et épidémiologiques régionaux existent à l'heure actuelle. Ils sont financés sur la propre dotation budgétaire du ministère de la Santé et de la Protection sociale. En 1995, ces centres ont été dotés de 1,8 million de zlotys, soit 3,6 millions de francs. Il existe également des centres médicaux de proximité.

L'accès à l'information reste difficile et les documents disponibles semblent peu adaptés aux populations les plus exposées.

L'accent est mis sur les soins primaires et une meilleure orientation entre les soins et la prévention, entre soins spécialisés ou hospitaliers et soins de généralistes. La rupture avec l'hospitalo-centrisme est radicale, sinon dans les faits car les structures anciennes sont toujours là, du moins dans les projets.

Les cabinets sont aidés dans leurs programmes d'équipement par des aides de l'assurance maladie.

Le financement

Le modèle d'assurance maladie qui a été finalement adopté, à la suite des discussions qui se sont déroulées au Parlement à la fin de l'année 1995, ressort en fait d'une réflexion entamée depuis cinq ans. Le débat a porté sur le choix entre un financement budgétaire décliné au niveau régional et assorti d'un système de contractualisation des prestataires en fonction des services susceptibles d'être proposés et un système de caisses d'assurance maladie qui serait progressivement mis en place. Lors de la conférence internationale sur la politique de santé en Pologne organisée par le ministère de la Santé et patronnée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et la Banque mondiale préconisait ce dernier modèle comme le seul susceptible d'assurer une distribution des soins correcte et de garantir leur financement. Par ailleurs, il devait permettre à l'administration de se dégager de certaines obligations, notamment les mises à la disposition des professionnels des moyens nécessaires. Enfin, on insistait sur le fait que l'organisation des soins et leur financement devaient être assumés par les partenaires conventionnels pour assurer une plus grande responsabilisation.

Cette dernière option, qui en fait a été adoptée, nécessite cependant que puissent être prélevées des contributions sur le produit des différentes activités sans que cette ponction ne gêne tel ou tel secteur en difficulté. Le contexte de transition qui caractérise l'économie polonaise ne permet d'envisager qu'une voie progressive. La persistance de difficultés

économiques ne permet pas d'espérer obtenir à court terme un totale autogestion du système d'assurance maladie. Il est nécessaire de prévoir des solutions alternatives, fussent-elles provisoires, pour remédier aux difficultés des partenaires sociaux. Par ailleurs, le développement du chômage, ne peut qu'accroître les difficultés financières. Les subventions d'équilibre ne doivent pas devenir structurelles si l'on veut réussir à instaurer une gestion saine des caisses. D'autre part, il faut remarquer que l'option assurance maladie implique une administration onéreuse, surtout au départ.

Dans le projet proposé, il est prévu qu'une douzaine de caisses gèrent désormais l'assurance maladie. Leurs fonds seront constitués des cotisations des assurés et des subventions d'équilibre du budget de l'État. Elles seront gérées par un conseil d'administration composé de représentants des salariés et du patronat, des sociétés d'assurances, des collectivités locales.

Il est prévu également qu'une définition du « panier de biens et services » soit proposée. Certaines prestations seront donc obligatoirement fournies, d'autres seront payées par les malades ou par leurs assurances privées.

Le système de relations entre les financeurs (assurance maladie obligatoire et assurances privées) et les prestataires de soins serait régi sur un mode contractuel. Il est prévu de privatiser certaines structures, hospitalières notamment.

Un nouveau départ ?

Les derniers avatars d'ordre politique et économique de la société polonaise n'ont sans doute pas été étrangers au retour au pouvoir des anciens responsables sous des habits sociaux démocrates. Un programme alliant recherche d'une nouvelle efficacité et garantie des prestations pour tous pouvait rencontrer les revendications des plus défavorisés, et ils sont nombreux. Les nouveaux dirigeants ont l'avantage désormais d'hériter d'une conjoncture un peu plus favorable, qu'il leur faut cependant transformer en tendance

durable. Il est vrai que les résultats des premières réformes initiées après 1989 font encore sentir leurs coûts. En 1995, la croissance économique s'est révélée plus forte que l'année précédente (6,5 %), le chômage a légèrement baissé — il se situe désormais au-dessous de 15 % — et tend à se concentrer sur certaines régions défavorisées, les rentrées de devises sont appréciables malgré un commerce extérieur déficitaire, la valeur du zloty se renforce malgré une inflation encore importante (23 %).

Il demeure la question de savoir si ces atouts, non négligeables, seront suffisants pour s'attaquer aux difficultés qu'il semble urgent de surmonter en matière de refonte du système de protection sociale et de santé. ■

Marc Duriez

Économiste,
direction générale de la Santé