



Colloque International

## ÉTAT ET REGULATION SOCIALE

COMMENT PENSER LA COHERENCE DE L'INTERVENTION PUBLIQUE ?

11, 12 et 13 septembre 2006  
Institut National d'Histoire de l'Art  
2 rue Vivienne - 75002 Paris

### Crise et réforme du système de santé en Russie

Benoît MATHIVET

INSTITUT CDC  
POUR LA RECHERCHE



# Crise et réforme du système de santé en Russie

Benoît MATHIVET

ROSES, CES, Université Paris I Panthéon-Sorbonne et CEMI, EHESS

## Résumé.

Cette étude a pour but de comprendre l'échec de la réforme du système de santé russe amorcée au début des années 1990, qui s'est traduite par un sous-financement persistant, une absence d'amélioration de la coordination des différents acteurs du système, et en conséquence une incapacité à faire face aux défis sanitaires des années de transformation systémique.

## Abstract

The present study aims at understanding the failure of the Russian healthcare reform launched in the early 1990s, which resulted in persisting under financing, a lack of improvement of the co-operation between the actors of the system, and consequently the incapacity to cope with the sanitary challenges of the period of systemic transformation.

## 1. INTRODUCTION

Au début des années 1990, les autorités russes ont amorcé une réforme du système d'assurance maladie sensée lutter contre le sous financement du système de santé. Ce dernier s'étant révélé inadapté aux enjeux de santé publique des vingt années précédentes, il s'annonçait a fortiori incapable de faire face aux nouvelles difficultés sanitaires qui se préfiguraient.

Plus de dix ans après la mise en place effective du nouveau système de santé, on constate que le sous financement persiste et que les indicateurs de santé restent extrêmement mauvais. En ce qui concerne les niveaux de financement public actuels du système, ils n'atteignaient que 74% en 2001 du niveau antérieur à la réforme (Shishkin (2003)), alors même que comme nous le verrons, cette réforme était en priorité axée sur la réforme du financement, et maintenait les acteurs publics comme principale source du financement du système de santé. D'un point de vue sanitaire, on a assisté à une stagnation de l'espérance de vie, et en particulier de l'espérance de vie masculine en dessous de 60 ans (OMS 2000, 2003), soit à un niveau inférieur à ce qu'il était au milieu des années 1960. Le système c'est en effet révélé incapable de faire face tant à des problèmes de long terme, tels que les maladies cardiovasculaires, qu'à des problèmes provoqués par la situation économique et sociale difficile liée à la période de transformation systémique (voir Shkolnikov *et alii* (1995)). Le développement continu sur la période des maladies infectieuses, par exemple de la tuberculose (dont ses variantes multi-résistantes), est la preuve du manque d'efficacité persistant des services de santé.

Cet article tente d'identifier les raisons du sous financement persistant et du manque d'efficacité globale du système de santé russe actuel. On y présente l'évolution institutionnelle du système de santé russe depuis 1990, et en particulier la dynamique introduite par la réforme de 1991-1993. Les caractéristiques essentielles du système soviétique initial et celles du système introduit sont présentées dans les deux premières parties afin de montrer que la rencontre de deux logiques si différentes ne pouvait amener qu'à une situation insatisfaisante, celle du système « hybride » actuel, décrit dans la troisième partie, qui ne parvient pas à satisfaire les objectifs initiaux de la réforme et ne maintient même plus certaines garanties de l'ancien système.

L'échec de la réforme apparaît ainsi clairement imputable d'une part à une absence de prise en compte de la situation initiale, et d'autre part à une focalisation excessive sur les problèmes de financement, sans doute renforcée par une confiance excessive dans les vertus auto-régulatrices des mécanismes de marché.

## 2. L'HÉRITAGE DU SYSTÈME DE SANTÉ SOVIÉTIQUE

Dans cette partie, nous étudions les principes de fonctionnement du système de santé soviétique, qui sont à l'origine à la fois d'un certain nombre de réalisations qu'il appartenait de préserver tant que possible lors de la réforme, que de carences majeures à combler.

## 2.1. Principales caractéristiques du système de santé soviétique

### *Portée de la garantie des soins*

L'État soviétique garantissait un accès universel aux soins médicaux, selon les principes initialement édictés par le Docteur Semashko (Semashko (1921)). Chaque citoyen d'Union Soviétique était donc couvert dès sa naissance. Il disposait d'un accès gratuit à un panier de soins complet, incluant toute la palette de soins de la médecine curative, la médecine du travail et la médecine préventive, mais aussi à tout un réseau d'établissements thermaux et de repos.

Le cas des médicaments était une exception notable. Ils n'étaient en effet disponibles à titre gratuit que lors des traitements hospitaliers ou pour certains groupes tels que les vétérans et les enfants. Le reste de la population devait se procurer les prescriptions des généralistes et spécialistes « de jour » à titre onéreux. Le prix des médicaments était cependant fixé par les autorités du Ministère de la Santé à un niveau accessible pour l'ensemble des salaires.

#### *2.1.1. Responsabilité de la politique de santé.*

La responsabilité de la conduite de la politique de santé était exclusivement confiée au Ministère de la santé et de ses six bureaux (soins curatifs, soins de la mère et de l'enfant, formation médicale, service de vaccination et de veille épidémiologique (*Sanepid*), établissements de repos et sanatoriums, industrie pharmaceutique et médicale). Le ministère orientait aussi l'action de l'Académie des Sciences Médicales. La conformité des décisions régionales et locales était assurée par une réplification complète des six bureaux à ces échelons.

Un nombre non négligeable d'établissements de santé échappaient cependant au contrôle du Ministère de la Santé, puisque d'autres ministères entretenaient sur leurs propres budgets et selon leurs propres priorités des hôpitaux et des centres de soins mis à disposition des employés des administrations et des grandes entreprises (on estime à 10% la part d'établissements de santé gérés indépendamment du contrôle du ministère de la santé). Cette couverture n'annulait pas la couverture générale, mais il n'existait aucun moyen de coordination entre les deux types d'établissements au sujet du traitement d'un cas donné.

L'instrument essentiel du Ministère de la Santé en matière de détermination de la politique de santé publique était le réseau *Sanepid*. Ses antennes régionales faisaient remonter au ministère les données sur les maladies infectieuses et les risques environnementaux. Elles avaient aussi en charge la gestion à l'échelon local des campagnes de vaccination, des campagnes de prévention et de la médecine de catastrophe.

#### *2.1.2. Organisation du réseau de soins*

Ce système de santé était fondé sur deux niveaux de soins : les soins de jour, dispensés exclusivement au sein de centres de soin et de polycliniques par des médecins généralistes et spécialistes, et les soins hospitaliers.

Le système reposait sur le rattachement autoritaire de chaque foyer à une unité de médecine généraliste de jour. En milieu rural cette unité de base était un centre médical responsable d'environ 4000 habitants. Ce centre était composé d'infirmières et de sages femmes qui avaient en charge les soins généralistes ainsi que les soins de la femme enceinte et du nourrisson. Dans les cas plus complexes, ce premier centre orientait les patients vers un centre médical rural composé d'un médecin et souvent d'un gynécologue obstétricien, qui pratiquaient à la fois les soins généralistes ainsi que les actes chirurgicaux basiques (ce centre dispose en général de quelques lits). En ville, 1700 habitants étaient rattachés à chaque médecin généraliste (ou 800 enfants pour les « généralistes pédiatriques ») qui exerçait de manière alternée en visite au domicile des patients et au sein de la polyclinique de district (*rayon*). Cette polyclinique de district était le premier échelon de soins spécialisés et regroupait des médecins dont les spécialités varient en fonctions des caractéristiques de la population. Il existait ensuite, pour les cas complexes, un ensemble de polycliniques de rang régional. On note aussi la présence dans les zones urbaines importantes d'un certain nombre de polycliniques spécialisées dans les soins pédiatriques ou gynécologiques.

Dans le cas de soins nécessitant une hospitalisation, chaque polyclinique était elle-même rattachée de manière « rigide » à un hôpital. En fonction de la gravité du cas, le patient était orienté vers un hôpital de district, de région ou un hôpital national pour des soins très spécialisés.

### 2.1.3. *Un financement strictement budgétaire et résiduel*

Officiellement, le financement du système de santé était strictement budgétaire. Le secteur de la santé n'était pas prioritaire d'un point de vue budgétaire. Son financement était dès lors résiduel, si bien qu'il existait déjà au niveau de décision budgétaire le plus élevé un décalage entre la garantie de soins et les capacités de financement.

La planification budgétaire était de type quantitatif. Une formule déterminait un nombre de lits d'hôpitaux, de médecins généralistes et spécialistes et de personnel infirmier en fonction du nombre d'habitants de chaque zone géographique, ajusté par les caractéristiques démographiques et épidémiologiques fournies par le réseau de surveillance *Sanepid*.

### 2.1.4. *Gestion de la main d'œuvre médicale*

Les médecins, généralistes comme spécialistes, tout comme les infirmières et sages-femmes recevaient directement leurs salaires du ministère de la santé. L'exercice privé de la médecine était interdit. Le salaire des praticiens était déterminé strictement en fonction du niveau de qualification et de l'ancienneté, il ne variait pas en fonction de la charge de travail ou de sa qualité. Le salaire des professions médicales était en outre fixé à des niveaux plus faibles que la moyenne (en moyenne 75 à 80% du salaire moyen soviétique (OMS 1998)).

### 2.1.5. *Contrôle de la qualité*

Les objectifs du système de santé étaient fixés par le Ministère de la Santé en terme de taux d'occupation des lits pour les hôpitaux, en nombre de consultations pour les soins de jour, et en nombre d'exams de chaque type pour les laboratoires d'analyse. Chaque pathologie faisait en outre l'objet d'une norme qui indiquait le type et le nombre des examens complémentaires nécessaires ainsi que le cas échéant le nombre de jours d'hospitalisation maximum.

Les praticiens faisaient l'objet d'une formation continue et d'un bilan de compétence obligatoire. La périodicité de ce contrôle de qualité et de cinq années et déterminait en théorie l'avancement de carrière.

## 2.2. Principales réalisations et carences

### 2.2.1. *Un fonctionnement paradoxal, alliant sous financement et gaspillage*

D'un point de vue financier, le système était caractérisé par le sous financement. En moyenne, l'Union Soviétique dépensait de 3% à 4% de son PIB dans son système de soin, ce qui semble très faible par rapport à la moyenne des pays de l'OCDE ayant opté pour un financement majoritairement public de leur système de santé. Une telle différence ne peut s'expliquer par le seul contrôle des prix des inputs du système de santé et des salaires des praticiens à des niveaux bas. En atteste la dégradation des infrastructures et l'obsolescence des équipements observée à partir des années 1970 (voir Twigg (1998)), ainsi que la faiblesse de la recherche et développement dans la même période.

Du point de vue de l'organisation des soins cependant, on pouvait observer une surcapacité en nombre de lits et en praticiens comparativement à la moyenne de l'OCDE. Les normes de durée d'hospitalisation pour un cas pathologique donné étaient en moyenne doublées par rapport aux normes observées en France ou aux USA (Twigg (1998)). L'effectif était nombreux et extrêmement spécialisé, avec un certain nombre de doublons peu justifiés d'un point de vue médical. Le cas de la pédiatrie illustre ce phénomène puisqu'elle fait l'objet d'une réplique complète des spécialités de l'adulte. Les salaires faibles et ne dépendant pas des résultats ne poussaient pas à la recherche performance.

On peut voir dans ces phénomènes une réponse pragmatique. En effet, le sur-traitement relatif peut être partiellement expliqué par des conditions spécifiques. En premier lieu, il existait des conditions climatiques et de logements qui poussaient les médecins à allonger les durées de séjour d'autant plus que les patients bénéficiaient à l'hôpital de manière certaine de prescriptions gratuites. Plus encore, le système manquait d'établissements d'accueil médicalisés de long séjour pour les personnes vulnérables tels que les personnes âgées ou les handicapés moteur et mentaux. Enfin, durée de séjour

et le nombre de praticiens étaient un palliatif pour le retard technologique. Cependant, une part de ces gaspillages peut sans aucun doute être attribuée à un phénomène de pulsion quantitative provoqué par la confusion qui existait entre qualité et quantité des soins dans le mode de contrôle des autorités sur les services de santé. La formule de calcul des besoins en nombre de lits, alliée à un contrôle des taux d'utilisation des services, poussait les hôpitaux à allonger les séjours et les polycliniques à orienter le plus de malades possibles vers les hôpitaux sans chercher à les soigner sur place, de jour. Ainsi, chaque année les objectifs quantitatifs de chaque unité étaient remplis, considérés comme une réussite sanitaire, et revus à la hausse pour l'année à venir.

### *2.2.2. Un bilan sanitaire contrasté, comme première conséquence du sous financement*

Du fait de son mode de financement, le système s'est retrouvé à partir de la fin des années 1960 dans l'incapacité de franchir le saut qualitatif nécessaire au passage de pratiques médicales extensives – adaptées au traitement des maladies infectieuses – à des pratiques intensives nécessaires au traitement des maladies non infectieuses. Il existait donc dans la crise sanitaire du début des années 1990, des éléments imputables à cette tendance longue du système.

On peut mettre à l'actif du système de santé soviétique la bonne prise en charge des maladies infectieuses, responsable du rattrapage d'espérance de vie spectaculaire observé au cours des années 1950 et jusqu'au milieu des années 1960. En fait, le système de veille sanitaire, de vaccination et de soin semble avoir été tourné dès sa création vers la lutte contre les maladies infectieuses sans la peur des grandes épidémies des premières années du système soviétique était présente (Semashko (1921)). Une autre réalisation marquante du système reste la prise en charge des maladies professionnelles grâce au réseau de polycliniques spécialisées, implantées au plus près du lieu de travail dans les grandes entreprises (y compris en milieu rural).

### *2.2.3. Derrière la garantie d'un système de santé égalitaire, la multiplication des inégalités d'accès*

La faiblesse des salaires du personnel médical, alliée à l'existence d'un rationnement des soins les plus techniques, a entraîné au cours des années 1970-1980 la généralisation d'un phénomène de « dessous de table », parfois aussi appelé « paiements de gratitude » (Kornai (2000)), versés au médecin par le patient de manière à lui garantir un hypothétique traitement privilégié. Ce phénomène est généralisé et comptait selon les études pour 7 à 17% (OMS (1998)) des dépenses de santé. Il entraînait bien entendu une inégalité de traitement contraire aux garanties formelles du système.

Il existait en outre un nombre important de services médicaux qui ne dépendaient pas directement de la juridiction du ministère de la santé et qui poursuivaient des objectifs différents. Ces établissements fermés masquaient souvent un système parallèle mieux doté en particulier en équipements modernes importés destinés à soigner tel ou tel groupe privilégié selon des critères professionnels ou politiques.

### *2.2.4. Les expériences pilotes de 1986*

Conscients des problèmes inhérents au système de financement et de contrôle des coûts, certains responsables politiques et médicaux ont poussé dès 1986 à l'adoption de nouveaux mécanismes économiques dans le système de santé, appliqués d'abord à titre expérimental dans trois régions : Kemerovo, Leningrad (Twigg (1998)) et Kouibichev (Chertukhina (1998)). Ces expériences reposaient sur le nouveau rôle donné aux polycliniques en matière financière. Ces dernières se sont vu en effet confier une somme fixe pour chaque habitant qui leur était rattaché. En cas de nécessité d'hospitalisation, elles réglaient alors les frais de traitement à leur hôpital de rattachement selon un barème négocié en fonction du type de pathologie et des interventions et nombres de jours d'hospitalisation nécessaires. Le fait que les polycliniques puissent retenir une partie des sommes versées et les investir dans du matériel ou dans les salaires des personnels soignants devait inciter au traitement de jour, sans recours à l'hospitalisation.

On a effectivement observé dans ces régions pilotes une diminution des hospitalisations, une amélioration des équipements des polycliniques et une diminution sensible des lits d'hôpitaux. Dans certains cas, un effet pervers de sous traitement des patients et de rétention des dotations a cependant pu être identifié. A la veille de la fin du système soviétique, l'extension de l'expérience était en préparation dans une douzaine d'autres régions. Il existait donc au moment de la réforme à venir, une différence de préparation notable à l'adoption de nouveaux mécanismes de régulation du système de santé entre les autorités régionales, sans politiques que médicales.

### 3. LE SYSTÈME DE SANTÉ RÉFORMÉ

La période du début des années 1990 se caractérise par une crise sanitaire importante illustrée par une montée de la mortalité et une baisse importante de l'espérance de vie (Shkolnikov *et alii* (1995)). Si certaines tendances longues déjà évoquées peuvent partiellement expliquer cette crise, il est clair que le passage à l'économie de marché et l'instabilité socio-économique engendrée en sont les principaux responsables. Le système de santé, sous financé à l'origine et de surcroît touché de plein fouet par la crise fiscale, ne peut faire face à la détresse de la population, il est donc urgent pour les autorités de le réformer et de trouver les sources de financement qui amélioreront de manière durable le respect des garanties étatiques passées.

La réforme peut être subdivisée en deux groupes de mesures, d'une part des mesures décentralisatrices et d'autres part des mesures visant à la mise en place d'un système d'assurance maladie obligatoire reposant sur une nouvelle source de financement et l'introduction de règles de marché entre certains acteurs du système.

#### 3.1. Le processus de décentralisation

##### 3.1.1. *Prise d'indépendance de certains services du ministère*

Dès 1991, l'Académie des Sciences de Russie et le réseau *Sanepid* se voient appliquer de nouveaux statuts qui garantissent leur indépendance vis-à-vis du Ministère de la Santé. *Sanepid* doit être en mesure de fournir en sus de ces missions traditionnelles une évaluation indépendante des résultats du système de santé. Ce dernier rôle est cependant limité dans le temps, du fait que *Sanepid* et finalement réintégré au Ministère en 1996.

A la même période, l'industrie pharmaceutique et celle de l'équipement médical passent sous la responsabilité du Ministère de l'Industrie. Le Ministère de la Santé garde seulement son rôle d'émetteur de licences d'utilisation. Ce rôle est aussi valable pour les médicaments et équipements étrangers mais en pratique ce contrôle est peu effectif.

##### 3.1.2. *Transfert de compétence aux autorités locales*

Il semble que la décentralisation soit en fait plus un phénomène spontané et précipité, lié à la pénurie de moyen de l'État central, qu'un ensemble de mesures ambitieuses et cohérentes visant à améliorer le fonctionnement du système. Ce point est important, car il explique pour parti les problèmes de cohérence rencontrer par la suite. Il est difficile de penser que le processus de décentralisation des systèmes de santé soit le résultat d'une mise en place inspirée des préconisations de la Banque Mondiale (Kergall (2003), Banque mondiale (1993)).

La loi n°2449-1 de Mars 1992 ne fait qu'entériner la perte de contrôle du ministère de la santé dans en matière de financement que de contrôle des coûts et de la qualité des soins. Cette loi stipule que les premiers responsables du maintien du système de santé sont les autorités régionales et locales. Les autorités régionales et locales auront à leur charge les établissements de santé se trouvant sur leur territoire et exerceront elles-mêmes le contrôle de la bonne gestion des sommes investies dans le système de santé. Cette responsabilité financière inclut les établissements de formation et les salaires des personnels de santé.

Le ministère se voit confier la tâche d'édicter les grandes priorités du système de santé mais c'est aux autorités locales d'interpréter ces priorités, tant en termes financiers que d'organisation des services. Il a toujours la charge d'édicter les normes thérapeutiques ainsi que les programmes de formation des étudiants et du personnel, mais dans le même esprit c'est aux autorités locales et régionales de financer les mesures sur le terrain et de prendre en charge les contrôles de conformité aux normes. Son rôle financier se limite dans ce nouveau cadre à l'entretien des infrastructures et aux projets d'équipement importants et au financement des établissements médicaux d'échelon fédéral. Ses organes veillent toujours à la qualité des soins par le contrôle des établissements, mais la portée de leurs recommandations apparaît comme diluée car sans conséquence financière directe.

La décentralisation influe directement sur plusieurs éléments clés du système de santé. Le garant du système reste formellement le ministère de la santé responsable des orientations de la politique de santé et par son rôle de contrôle de la qualité. Il entretient aussi toujours le système de veille sanitaire et de vaccination. Pourtant, en ce qu'elles interprètent de manière indépendante les orientations du

ministère en termes budgétaires, les autorités régionales et locales sont en fait co-garantes de la politique de santé publique dans ce schéma décentralisé.

### **3.2. Le système d'Assurance Maladie obligatoire introduit de 1991 à 1993**

Une partie du nouveau système d'assurance maladie repose sur l'introduction de règles de marché. Le but du présent article n'est pas de dissenter sur les problèmes liés à l'introduction de telles règles en matière de santé publique bien que la littérature en la matière soit riche en études aux résultats contradictoires. Nous chercherons ici à décrire ces mécanismes, afin de montrer plus loin le résultat de leur confrontation avec les institutions préexistantes.

De même, selon la date et la source des documents étudiés, le système exposé ci-après est présenté comme un substitut total ou partiel du système préexistant. Dans cette partie, nous traiterons ses composantes isolément du processus de décentralisation exposé plus haut et du système de santé préexistant.

#### *3.2.1. Étendue de la couverture maladie*

Le nouveau système garde le même caractère universel que l'ancien et l'ensemble des prestations précédemment couvertes est conservé. Les exclusions sont aussi les mêmes, et le cas des produits pharmaceutiques prescrit hors hôpitaux semble toujours problématique.

#### *3.2.2. Source de financement*

Le nouveau système repose sur un changement de source de financement, d'un financement d'origine budgétaire à un financement prélevé directement sur les salaires. Selon la législation de 1991/93 une cotisation représentant 3,6% du salaire des employés est demandé à chaque employeur. Pour les personnes sans emploi (chômeurs, retraités, enfants, étudiants), les autorités locales sont censées verser une somme équivalente. Ce mode de financement a pour principal intérêt sa stabilité relative puisqu'il est sans rapport direct avec les résultats des entreprises (bien que le risque d'arriérés de paiement soit toujours présent). Sa forme de cotisation et non d'impôts assure en théorie que l'ensemble des montants sera bien orienté vers la couverture maladie. On remarque cependant dès le départ que le pourcentage de contribution fixé ne semble pas à la hauteur de l'enjeu, en tout pas si l'on suppose que le nouveau système d'assurance est sensé remplacer l'ancien pour la totalité du financement.

#### *3.2.3. Répartition du financement et mécanisme de contrôle*

Ces deux dimensions de financement et de régulation sont regroupées ici du fait de la prépondérance des mécanismes de marché dans le nouveau système, incarnée par l'arrivée d'un nouveau type d'acteur : la compagnie d'assurance privée. Selon est principe de séparation du fournisseur de soin et du pourvoyeur de financement, les cotisations prélevées sont allouées aux fonds régionaux d'assurance maladie obligatoire (3,4% des 3,6% prélevés) ainsi qu'à un fond fédéral d'assurance maladie obligatoire (pour les 0,2% restants). Ce dernier a pour mission d'égaliser les différences de revenus et de risques des fonds régionaux.

Les sommes sont ensuite réparties entre des sociétés d'assurance maladie privées agréées par les autorités fédérales et territoriales, qui constituent la grande nouveauté du système. Ces dernières sont censées s'implanter dans les régions et proposer des polices d'assurances à la population (qui est statutairement obligée de souscrire). Les assureurs se voient ensuite allouer une part du financement collecté par les fonds régionaux au prorata du nombre de leurs assurés. Une concurrence est censée opérer entre compagnies d'assurance afin de capter le plus grand nombre d'assurés. Les assurances entre en relation avec les établissements de soins, polycliniques et hôpitaux, afin de négocier un tarif de traitement de leurs patients sur la base d'un forfait spécifique à chaque pathologie. L'intérêt pour l'assurance est de pouvoir retenir le plus de marge possible après négociation. Cet intérêt fait pression sur les établissements de soins afin qu'ils adoptent des modes de gestion à la fois moins coûteux et de meilleure qualité. L'assurance doit aussi distribuer des bourses d'équipement aux établissements, et financer des programmes de prévention, avec comme optique de long terme la baisse du nombre et du coût des traitements et donc la rétention d'une plus grande marge. La qualité des soins est aussi une variable clé pour l'assurance puisque s'ils ne sont pas satisfaits des établissements proposés par

l'assurance les assurés peuvent librement changer de compagnie ce qui diminue d'autant les sommes perçues.

L'instauration du marché et la pression des assurances sont censé apporter un revenu substantiel aux établissements de santé, qui permettra par exemple d'établir un salaire fondé sur les résultats médicaux des équipes de soignants et une modernisation des équipements.

À l'échelle du système de santé, l'intérêt des assurances est de voir se développer les soins généralistes et de jour en lieu et place de soins spécialisés et en milieu hospitalier. On doit donc assister selon ce schéma à une réorientation des effectifs et des capacités de traitement vers les polycliniques, ainsi qu'à une baisse notable du nombre de lits d'hôpitaux.

Il faut noter que ces compagnies ont l'autorisation de proposer à leurs assurés des assurances complémentaires payantes pour les soins ne faisant pas partis des prestations garanties par le système d'assurance maladie obligatoire (principalement les soins dentaire, ophtalmologique et la chirurgie plastique). Cette autorisation a été envisagée de manière à créer un complément de revenu pour les compagnies d'assurance obligatoire, en particulier dans les régions ou les perspectives de rentabilité de l'assurance obligatoire étaient faibles.

Les compagnies d'assurance ont donc un rôle très développé dans ce schéma puisqu'elles garantissent à la fois la limitation des coûts et l'amélioration de la qualité des soins par leur action dans un cadre supposé concurrentiel. De fait, avec ce système, les compagnies d'assurance deviennent co-garantes de la qualité des soins prodigués à la population russe.

#### *3.2.4. Le statut des filières de santé fermées*

Les établissements de santé des ministères et des grandes entreprises ne sont pas directement concernés par le nouveau système d'assurance maladie. En ce qui concerne les établissements des ministères ils sont toujours financés à partir des budgets respectifs. Cependant, ces administrations, doivent dans le même temps financer la cotisation employeur. La situation est la même en ce qui concerne les établissements de santé des entreprises, ils continuent d'être financés par les entreprises elles-mêmes, mais avec l'obligation de verser des cotisations employeur au système d'assurance maladie obligatoire. Il est en fait supposé que ce système de double paiement poussera la plupart des entreprises et des ministères à céder leurs établissements de santé aux autorités locales et que les établissements qui resteront seront surtout entre les mains de ministères aux besoins spécifiques tels que le Ministère de la Défense. Reste à noter qu'aucune disposition légale n'est prévue pour accompagner cette cession d'actifs sociaux...

## **4. LE SYSTÈME HYBRIDE ENCORE À L'ŒUVRE ACTUELLEMENT**

La conjonction du processus de décentralisation et de la mise en place du système d'assurance maladie sur le socle de l'ancien système soviétique à produit un système inédit, aux multiples imperfections.

### **4.1. Un problème de portée de la garantie**

Comme nous l'avons déjà signalé, l'ensemble des garanties du système de santé soviétique a été maintenu dans le nouveau système. Ainsi certains domaines coûteux aux bénéfices thérapeutiques contestés ont été préservés. Au contraire des secteurs tels que les médicaments prescrits hors du système hospitalier ne sont pas pris en compte par le système d'Assurance Maladie obligatoire.

Il est en outre stipulé par l'ordonnance n°41 de 1992 que cette liste fournie par les autorités fédérales de la santé est un minimum exigible. Les autorités locales, en collaboration avec le fond régional d'Assurance Maladie Obligatoire, peuvent étendre le champ de la garantie offerte à leurs assurés en fonction de leurs moyens. Il existe donc de facto une incertitude importante quant à l'égalité d'accès des citoyens russes au système médicale en fonction des priorités de politique économique et sociale des autorités locales et régionales.



## 4.2. Un problème de financement persistant

### 4.2.1. Faiblesse du financement collecté par le nouveau système

Si l'on regarde la structure actuelle du financement, on voit que le système d'assurance maladie obligatoire ne finance qu'environ 30% des dépenses de santé du pays. Le reste des dépenses est majoritairement à la charge du système de financement budgétaire préexistant, mais décentralisé, le reliquat étant constitué de polices d'assurance privées et de paiements directs par le patient, principalement pour les médicaments achetés en pharmacie. Selon les sources, on peut conclure soit que cette juxtaposition des systèmes était voulue et que l'équilibre entre les deux sources de financement était souhaité à terme, ou qu'au contraire la substitution se devait d'être complète mais que l'implantation a été stoppée par les difficultés rencontrées.

Cette deuxième hypothèse semble plus réaliste dans les deux systèmes aboutissent à des incitations contraires lorsqu'ils coexistent. Le premier problème posé aux gestionnaires du secteur fut la faiblesse initiale des ressources collectées. Chez les entreprises, on a pu observer un taux de recouvrement des cotisations supérieur à celui des taxes locales, régionales et fédérales mais c'est au niveau des autorités elles-mêmes que se posa le plus de problème. Les autorités étaient censées pratiquer pour un temps une forme de double financement du système de santé : s'engagent à verser des ressources aux fonds régionaux pour la prise en charge des inactifs tout en maintenant le financement budgétaire des services médicaux le temps de la montée en puissance du système d'assurance maladie. Devant les difficultés budgétaires liées à la crise fiscale, un grand nombre de gouvernements régionaux et locaux n'a pas versé de cotisations aux fonds territoriaux pendant un certain nombre de mois ou d'année. Par la suite, avec la montée en puissance du système d'assurance maladie, les autorités ont tout bonnement réduit leur participation au financement budgétaire du système du montant de leurs cotisations.

Au-delà de ce problème, le montant total des cotisations prélevé par le nouveau système s'est révélé insuffisant et les ressources budgétaires des autorités locales et régionales constituent la plus grande part des moyens alloués au système de santé. En tous les cas et y compris dans la période récente, le système n'est pas financièrement en mesure de provoquer la dynamique vertueuse escomptée en 1991-1993.

Se pose aussi un problème d'égalisation de moyens des fonds territoriaux grâce à l'action du fond fédéral. Les sommes perçues par ce fond sont en effet considéré actuellement comme largement insuffisantes car elles ont été décidées à partir du postulat que toutes les régions seraient sujettes aux « bienfaits » de la concurrence entre compagnies d'assurance privées. Le système d'assurance maladie obligatoire renforce donc les inégalités d'accès aux soins entre régions.

### 4.2.2. Des compagnies d'assurance défaillantes ou inefficaces

Le second problème posé au système d'assurance maladie vient de l'arrivée des compagnies d'assurance privées sur le marché. En effet, les régions russes, avec leurs inégalités de niveau de vie ainsi que de capacité administrative ne présentaient pas au moment de la mise en place du système les mêmes perspectives de profit pour d'éventuels entrants. Un grand nombre de licences a en conséquence été demandé et attribué à Moscou, à Saint-Petersbourg et dans les anciennes régions pilotes, alors que certaines compagnies se retrouvaient en situation de monopole sur un territoire. Dans le pire des cas aucune compagnie ne souhaitait s'implanter, c'est pourquoi la principale nouveauté de l'amendement de 1993 fut d'autoriser les fonds territoriaux d'assurance maladie à déléguer des branches locales chargées de se substituer aux compagnies d'assurance défaillantes. On comprend bien que dans cette situation de monopole ou d'oligopole dans la plupart des territoires, l'effet de concurrence entre compagnies d'assurance est devenu nul. En outre, les assurés se sont la plupart vus attribuer une police d'assurance de manière autoritaire du fait de la répartition géographique initiale des compagnies au sein d'un même territoire. Il n'y a donc pas eu de concurrence entre compagnie d'assurance pour la captation de nouveaux porteurs de polices, mais plutôt une répartition géographique au sein de chaque région sur laquelle chaque compagnie agit en monopole. Ces comportements étaient en outre difficilement sanctionnables par les autorités, puisque retirer massivement les licences aux compagnies revenait à enterrer le nouveau système dès sa création. Plus encore, les patients étaient et restent rattachés sans de manière réglementaire que « routinière » à une polyclinique de proximité, elle-même rattachée à un ou plusieurs hôpitaux, ce qui s'explique par le

maillage efficace de l'ancien système. Dans ces conditions il n'existe pas de comportement de recherche par le patient de la police d'assurance lui garantissant l'accès aux meilleurs établissements. Le premier niveau de concurrence présupposé bénéfique est donc remis en cause dès l'introduction du système, d'une part du fait des comportements de collusion des assureurs et d'autre part du fait de la faible information du public de ses droits dans le nouveau système.

Dans ces conditions d'absence de concurrence qui était pourtant le moteur désigné du nouveau système d'assurance maladie, on peut estimer que peu de choses ont en fait changé au cours des dix dernières années dans la fourniture de soins au niveau du financement et de sa distribution dans les services. Le secteur reste sous financé et les effets de l'assurance maladie obligatoire restent marginaux. En effet, devant l'absence de pression concurrentielle les compagnies d'assurance n'ont pour la plupart fait que répéter le schéma préexistant dans le financement des actes médicaux c'est-à-dire un remboursement pur et simple de tous les soins engagés, sans forfait préétabli par la négociation. Ce mode de remboursement n'a bien évidemment pas aidé à la réduction des dépenses de santé et a par conséquent diminué la capacité de financement du système d'assurance maladie. Depuis 1997 les sommes ne leur sont plus versées suivant une formule de capitation mais elles demandent le remboursement de leur frais (auxquels sont additionnées leurs marges, En moyenne 8% à Moscou et Saint-Petersbourg en 1997 selon l'OMS (1998)) auprès des fonds territoriaux. Ce système de remboursement a été adopté devant la multiplication « d'erreurs de gestion » observées au sein des compagnies. Le deuxième niveau de concurrence bénéfique, exercé par les assureurs sur les offreurs .

L'impact de la crise de 1998 sur les compagnies d'assurance maladie obligatoire a été relativement faible. La baisse du nombre de compagnies d'assurance maladie avait commencé en 1997, avec un mouvement de concentration. A cette date, un certain nombre de gouvernements territoriaux et locaux ont aussi imposé un mécanisme d'accréditation local payant ou ont tout bonnement chassé les compagnies du système comme à Kursk (Shishkin (1999)).

Il apparaît clairement que la dualité actuelle du système constitue le frein principal à toute amélioration durable tant du financement que de la coordination des services de santé. En effet, les acteurs du système d'Assurances Maladie Obligatoire, qu'il s'agisse des compagnies d'assurance, des autorités de contrôle, des autorités régionales sensées contribuer financièrement au système au titre de la couverture des inactifs, chacun agit clairement sachant que les budgets fédéraux et régionaux seront présents dans une certaine mesure pour compenser l'inefficacité du système d'assurance maladie.

### **4.3. Impact du nouveau système sur la gestion des établissements**

Le nouveau système est en fait en action de manière très disparate sur l'ensemble du territoire de la Fédération.

#### *4.3.1. Une absence de réorientation du système vers la médecine de jour*

On remarque premièrement que le nouveau système n'a pas généré l'effet de développement de la médecine généraliste et de la médecine de jour escompté. Si l'on a observé dans certaines régions une baisse de la capacité en lits, c'est sans aucun doute plus du fait du manque de moyens et de la fermeture par les autorités de certains services que par une réorientation réelle des patients vers la médecine de jour. Le système hospitalier reste de manière générale hypertrophiée et absorbe la plus grande partie des ressources.

#### *4.3.2. Une faible amélioration des conditions de rémunération officielles des praticiens*

Les ressources drainées par l'assurance maladie ne représentent dans la plupart des établissements de santé qu'une part très peu importante des ressources financières. Ainsi elles ne jouent qu'à la marge sur la rémunération moyennes des praticiens (on remarque cependant parfois la mise en place de primes au mérite pour le personnel qui peuvent dans certains cas représenter jusqu'à 20% du salaire), qui reste à la charge des autorités locales, territoriales ou fédérales.

#### *Une absence de modernisation des équipements et des techniques médicales*

De même, les sommes effectivement obtenues par un mécanisme de contrat conforme à l'esprit de la réforme ne représentent qu'une goutte d'eau comparativement aux besoins (5% des paiements aux hôpitaux en 1997 étaient effectivement obtenu sur la base d'un contrat entre hôpital et compagnie d'assurance sur la base d'un forfait (OMS 1998)). Les mécanismes de bourses d'équipement attribués

par les assurances n'ont jamais été opérants et cet équipement est réalisé lui aussi en fonction des moyens et des priorités des autorités locales et territoriales. Les mécanismes d'attribution des équipements ne sont pas codifiés et la détection des besoins comme la détermination des équipements appropriés sont faites au coup par coup avec une intervention minimale du ministère de la santé.

Le manque d'équipement est toujours à l'origine de certains rationnements locaux pour des traitements lourds. Ce rationnement allié à la faiblesse persistante de la rémunération de la plupart des médecins favorise le maintien de la pratique des dessous de table, avec les inégalités d'accès aux soins qu'elle induit.

#### **4.4. Un système inefficace et pourtant stable**

Il est surprenant de voir que ce système, pourtant sous financé et inefficace comme nous avons pu le voir, a continué à fonctionner jusqu'à aujourd'hui sans réforme majeure.

La principale explication de la grande stabilité de ce système tient au recours à des mécanismes informels.

##### *4.4.1. Développement des paiements non officiels aux praticiens*

Tout d'abord, devant la persistance des faibles rémunérations des praticiens, les paiements informels caractéristiques de l'ancien système n'ont pas disparus et se sont même développés. Selon des calculs réalisés à partir des données du *Russia Longitudinal Monitoring Survey*, on assiste à un développement des paiements directs et informels aux praticiens par les patients ( en 2001 sur la base du RLMS, plus de 50% des visites aux médecins de jour ou des hospitalisations donne lieu à un tel paiement d'après SHISHKIN (2003)), même si le pourcentage d'actes donnant lieu à de tels paiements semble relativement sous-estimé dans cette enquête (en effet de nombreuses études avancent l'idée que les patients russes contribuent à environ 50% du coût de leur traitement si l'on tient globalement en compte paiements informels, paiements des médicaments, et paiements officiels aux praticiens). Le système des paiements de gratitude a aussi dans une grande mesure changé de nature, puisque dans un certain nombre de cas il existe un barème plus ou moins officiel pour les dessous de table, qui sont souvent demandés à l'avance.

##### *4.4.2. Détournement du système d'assurance et recours à l'ancien secteur fermé*

Le système d'assurance maladie obligatoire a lui aussi fait l'objet d'ajustements plus ou moins formels. On a tout d'abord assistés à des accords entre certains employeurs, les compagnies d'assurances privées et les fonds territoriaux, quant à la fourniture de tout ou partie du panier de soins obligatoire à leurs employés par les entreprises elles-mêmes grâce à leurs polycliniques héritées de l'ancien système, en échange d'une exonération totale ou partielle de cotisation. De telles pratiques ne garantissent bien entendu ni la qualité des soins, ni l'égalité d'accès aux soins de la population.

Les compagnies ont aussi dans certains cas profité de la confusion qui pouvait exister entre le panier garanti et les services complémentaires proposés à titre onéreux, pour proposer un accès payant à des établissements réputés de meilleure qualité via une assurance complémentaire mais pour des soins théoriquement couverts gratuitement.

De manière générale, les ajustements spontanés du système ont eu pour conséquence de remettre en question l'universalité et la gratuité officielle de l'accès aux soins.

## **5. CONCLUSION**

Le tableau offert par le système de santé russe actuel est pour le moins alarmant. La réforme des années 1990, qui peut se décomposer d'une part en un processus de décentralisation subi et d'autre part en l'introduction du système d'assurance maladie, est un échec comparé aux objectifs d'augmentation des moyens et de lutte contre les gaspillages initialement recherchés.

Les compagnies d'assurance, institutions clés du nouveau système d'assurance maladie, n'ont fait que répliquer l'ancien système de transfert de fonds vers les établissements de santé et ne sont dans la plupart des régions qu'un intermédiaire coûteux et inutile.

La décentralisation, qui est plus interprétable comme une réponse spontanée à la perte de contrôle financier des autorités fédérales au début des années 1990, entraîne des difficultés de gestion de la politique de santé publique en diluant le pouvoir du Ministère de la Santé.

La multiplication du nombre de garants du système fait qu'il n'existe plus de relais efficace des orientations des politiques de santé aux échelons territoriaux et locaux, si bien qu'on assiste à des divergences régionales en matière de gestion qui viennent augmenter les inégalités d'accès au panier de soins pourtant théoriquement garanti par le système.

De manière à lutter contre le sous-financement global du système de santé et à rétablir l'efficacité de la politique de santé pour l'ensemble de la population, l'adoption d'un système assis sur une source de financement unique semble nécessaire. Au vu des investissements déjà consentis le système d'assurance maladie semble préférable. Il permettrait en effet de séparer offreur de soin et pourvoyeur de ressources et d'exercer ainsi un contrôle des coûts directement par les fonds territoriaux d'assurance maladie, alors qu'il restaurerait le ministère de la santé comme unique garant de la politique de santé publique et de son interprétation sur le terrain. Les autorités régionales seraient en effet libérées de la charge administrative et financière que représente la gestion du système de santé, et il n'existerait plus de conflit à leur niveau entre le financement budgétaire du système et la contribution au titre des inactifs.

L'annonce d'une nouvelle réforme est attendue pour 2007, et au-delà de l'organisation des mécanismes de répartition des ressources, il est clair que les autorités russes auront, si elles persistent dans la voie d'un financement public du système de santé, à augmenter les ressources du système, que ce soit par une allocation budgétaire plus importante ou une augmentation des contributions des employeurs.

## BIBLIOGRAPHIE

BANQUE MONDIALE (1993), *Rapport Annuel, Investir dans la santé*, Washington D.C..

CHERTUKHINA O. (2002), « Health System reform in Samara, Russia : Development of New Approaches to Funding and Care provision ». Paper presented to *10 years of health systems reform in Central and Eastern Europe and Eurasia, USAID, Washington D.C, July 2002*.

DAVIS C. (1998), « Morbidité, mortalité et réformes du système de santé dans les États en transition de l'ex-URSS et de l'Europe de l'Est », *Revue d'Études comparatives Est/Ouest*, vol. 29, n°3, septembre 1998, pp. 133-186.

KERGALL(2002), « Système de santé et décentralisation dans les pays en transition : le cas de la Fédération de Russie ». *Actes du colloque - Les journées des Economistes Français de la Santé, janvier 2003*.

KORNAI J. (2000), « Hidden in an Envelope, Gratitude Payments to Medical Doctors in Hungary ». *Discussion Paper n°60, Septembre 2000, Institute for Advanced Studies, Collegium Budapest*.

OMS [1998], *Health Care Systems in Transition – Russian Federation*, OMS, Bureau Regional pour l'Europe, Copenhague, Danemark.

OMS [2000], *Rapport sur la santé dans le monde 2000*.

OMS [2003], *Rapport sur la santé dans le monde 2003*.

RAISON C. [1998], « Régionalisation et crise sanitaire en Russie », *Revue d'Études Comparatives Est/Ouest*, vol. 29, n°3, septembre 1998, pp. 207-240.

SEMASHKO (1921), « The healthcare system of the Soviet Union », *Archives de la Rockefeller Foundation, Sleepy Hollow, USA*.

SHISHKIN S. [1998], « La réforme du financement du système de santé en Russie », *Revue d'Études Comparatives Est/Ouest*, vol. 29, n°3, septembre 1998, pp. 187-205.

SHISHKIN S. [1999], « Problems of Transition from Tax-Based System of Health Care Finance to Mandatory Health Insurance Model in Russia », *Croatian medical Journal*, March 1999, vol 40, n°2.

SHISHKIN S. et alii. [2003], *Informal Out-of-Pocket Payment for Health Care in Russia*, Independent Institute for Social Policy, Moscou, Russie.

SHKOLNIKOV V., MESLE F., VALLIN J. [1995], « La crise sanitaire en Russie, Tendances récentes de l'espérance de vie et des causes de décès de 1970 à 1993 », *Population*, vol 50 n°4-5 pp. 907-944, INED Paris.

TARANOV A. [2002], "Organization of Federal Health Insurance in Russia", *Paper presented to "10 years of health systems reform in Central and Eastern Europe and Eurasia"*, USAID, Washington D.C, July 2002.

TWIGG J. L. [1998], "Balancing the State and the Market: Russia's Adoption of Obligatory Medical Insurance", *Europe-Asia Studies*, Vol. 50, 4, 1998, pp. 583-602.

## ANNEXE

Tableau 1 : Évolution de la responsabilité des acteurs dans le système de santé en Russie

	SYSTEME HERITE	SYSTEME INTRODUIT	SYSTEM HYBRIDE
<b>Principal mécanisme de coordination</b>			
	Contrôle administratif central.	Marché	Contrôle administratif territorial et local.
<b>Détermination de la politique de santé.</b>			
Orientation./ Planification	Ministère de la Santé	Ministère de la Santé	Ministère de la Santé
Système d'alerte	Ministère de la Santé ( <i>Sanepid</i> )	Ministère de la Santé ( <i>Sanepid</i> )	Ministère de la Santé ( <i>Sanepid</i> )
<b>Financement</b>			
Source de financement	Budgétaire	Cotisation salariale employeur (couverture obligatoire) Primes d'assurance privée (assurance complémentaire)	Budgétaire (60%) Cotisation salariale employeur (couverture obligatoire) (30%) Prime d'assurance privée (assurance complémentaire)
Allocation de la source	Ministère de la Santé	Réseau de fonds d'assurance maladie et de compagnie d'assurance privée pour le SAMO.	Autorités territoriales et locales pour la partie budgétaire. Réseau de fonds d'assurance maladie et de compagnie d'assurance privée pour le SAMO.
Contrôle des coûts	Ministère de la Santé	Compagnies d'assurance privées	Autorités Locales pour la partie budgétaire. Compagnies d'assurance privées pour le SAMO.
Traitement des inégalités de revenus	Ministère de la Santé	Fond Fédéral d'Assurance Maladie Obligatoire	Budget Fédéral Fond Fédéral d'Assurance Maladie Obligatoire
<b>Organisation des soins</b>			
Normes	Ministère de la Santé	Ministère de la Santé	Ministère de la Santé
Interprétation des normes et organisation des prestations	Ministère de la Santé	Directeurs des centres médicaux et chefs de services.	Autorités territoriales et locales. Directeurs des centres médicaux et chefs de services
Contrôle de la qualité des soins.	Ministère de la Santé via ses antennes locales.	Compagnies d'assurance maladie.	Ministère de la Santé via ses antennes locales.
<b>Investissements</b>			
Infrastructures	Ministère de la Santé	Autorités territoriales et locales, entreprises dans le cas d'une propriété privée désormais autorisée	Autorités territoriales et locales.
Matériel médical et fournitures.	Ministère de la Santé	Etablissements médicaux eux-mêmes.	Autorités territoriales et locales. <i>Importants apports de fournitures par le patient.</i>
<b>Ressources Humaines</b>			
Gestion du recrutement	Ministère de la Santé	Etablissements médicaux eux-mêmes	Autorités territoriales et locales.
Salaires des praticiens.	Ministère de la Santé. <i>Importants paiements informels.</i>	Etablissements médicaux eux-mêmes	Autorités territoriales et locales. Etablissements médicaux eux-mêmes (primes). <i>Importants paiements informels.</i>
Formation initiale et continue.	Ministère de la Santé.	Autorités territoriales. Etablissements médicaux eux-mêmes.	Autorités territoriales.
<b>Approvisionnement en médicaments</b>			
A l'hôpital.	Ministère de la Santé.	Etablissements médicaux eux-mêmes.	Etablissements médicaux eux-mêmes, fort recours aux patients.
Centres de jour.	Patients eux-mêmes (sauf groupes « faibles »)	Patients eux-mêmes (sauf groupes « faibles »)	Patients eux-mêmes (sauf groupes « fragiles », pour un certain nombre de médicaments « vitaux »)