Sergey Shishkin*

DÉFIS POSÉS PAR LES SOINS DE SANTÉ EN RUSSIE

La transition vers une économie de marché a provoqué une réduction significative des financements de santé publique, la substitution des soins de santé gratuits par des services médicaux payants, la détérioration de l'accès aux soins par la population – et surtout, une augmentation sans précédent de la mortalité. La situation s'était améliorée pendant la période de croissance économique entre 1999-2007, mais l'augmentation du financement des soins n'a pas été accompagnée par des progrès substantiels dans la lutte contre les graves problèmes de santé apparus vers la fin de la période de transition.

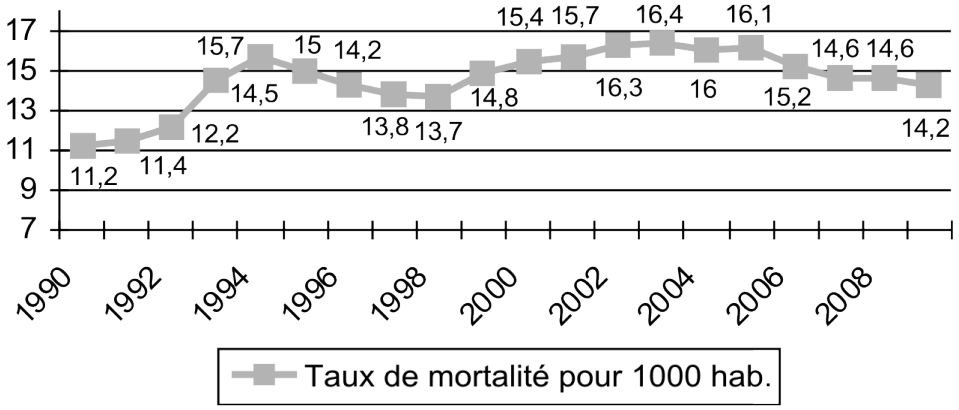
Cet article a pour but de présenter de façon plus détaillée les défis qui se posent au système de santé russe ; une description rapide les politiques de santé mises en œuvres ces dernières années, de même que les grands objectifs de la réforme du système de Santé tel que prévu aujourd'hui, et enfin une évaluation de leur conformité avec les défis actuels.

L'état de santé de la population russe

Les énormes problèmes de santé que doit affronter la nation russe depuis la dernière décennie du XX^{e} siècle et au début du XXI^{e} sont bien connus (*Shkolnikov, etc., 2001*). Le taux de mortalité est passé de 11,2 pour 1000 habitants en 1990 à 16,4 en 2004. Ces dernières années se caractérisent par une amélioration des indices démographiques : le taux de mortalité est tombé à 14,2 en 2009 (figure 1).

* Sergey Shishkin est docteur en économie, vice-Recteur de l'Université de l'État - École supérieure d'Economie, Moscou, Russie.

Fig. 1 : Taux de mortalité pour 1000 en Russie entre 1990 et 2009



Source : Rosstat.

Ces dernières années ont connu d'heureux changements dans la dynamique de mortalité infantile et maternelle, ainsi qu'au niveau de la morbidité de certaines maladies, dont la tuberculose, les maladies sexuellement transmissibles, etc.… La tendance à la baisse de la mortalité se confirme depuis 2006. Le gouvernement s'en attribue le mérite, en mettant en avant les efforts concertés des autorités dans le domaine de la Santé publique ainsi que l'accroissement de son financement. Il a aussi rappelé la mise en œuvre de son projet national « Santé », lancé à partir de 2006, en même temps que le programme de fourniture de médicaments. La réduction du nombre de décès dus aux maladies cardio-vasculaires – de 1296 milliers en 2005 à 1137 milliers en 2009 – a contribué de façon majeure à la baisse de la mortalité – de 2304 milliers en 2005 à 2011 milliers en 2009. La réduction de la mortalité par maladies cardio-vasculaires pourrait en effet être principalement attribuée à l'accès accru de la population aux médicaments, notamment grâce à des programmes publics.

Si l'on observe une chute de la mortalité pour causes naturelles, les indicateurs les plus positifs de la réduction du nombre de décès accidentels concernent la diminution des empoisonnements par l'alcool – avec une baisse de 48 % par rapport à 2000 ; et sur les accidents de transport – avec une baisse de 25 %. Ces résultats peuvent être légitimement attribués aux mesures gouvernementales de contrôle de la production d'alcool (mises en œuvre depuis 2006) ainsi qu'au renforcement de la responsabilité administrative des particuliers en cas d'infraction au code de la route, depuis 2009. Dans le même temps, le nombre de décès par tumeurs (deuxième cause de décès après les maladies cardiovasculaires) a augmenté

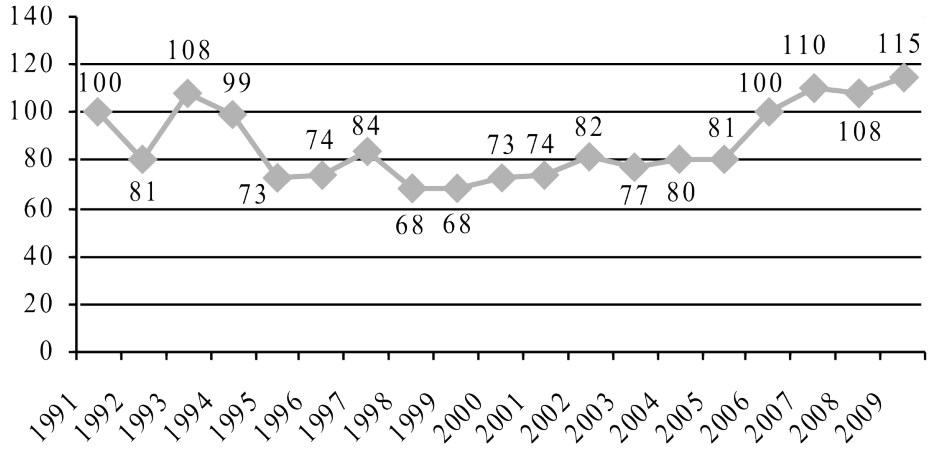
de 2 %, malgré l'introduction des mesures du Projet National visant à améliorer l'assistance médicale offerte aux patients en oncologie.

Les processus sociodémographiques en cours ont engendré de nouveaux défis pour le système russe de santé publique. Le vieillissement inexorable de la population (*Vishnievskiy, 2010*) se traduit par une évolution de la portée et de la structure de la morbidité, ce qui nécessite une augmentation des dépenses en soins de santé et en services sociaux connexes.

Financements de santé

Au cours de la première décennie de transition vers l'économie de marché, les grandes déclarations quant à l'accès illimité et gratuit aux soins de santé – dont a hérité de l'ancien système soviétique la nouvelle Constitution russe – n'ont pas été assumées par l'allocation des ressources correspondantes. Dans les années 1990, le financement public des soins de Santé a diminué de plus d'un tiers en termes réels, et n'a atteint des niveaux antérieurs à la réforme qu'en 2006 (*Figure 2*) – soit 1,265 milliards de roubles, c'est-à-dire 3,2 % du PIB en 2009. Ceci est nettement inférieur aux niveaux de dépenses de Santé dans l'UE (*Figure 3*) et ne suffit pas à garantir au grand public l'accès aux soins gratuits, comme c'est le cas dans la Fédération de Russie.

Fig. 2 : Dynamique des dépenses gouvernementales de Santé publique en termes réels (1991 = 100%)

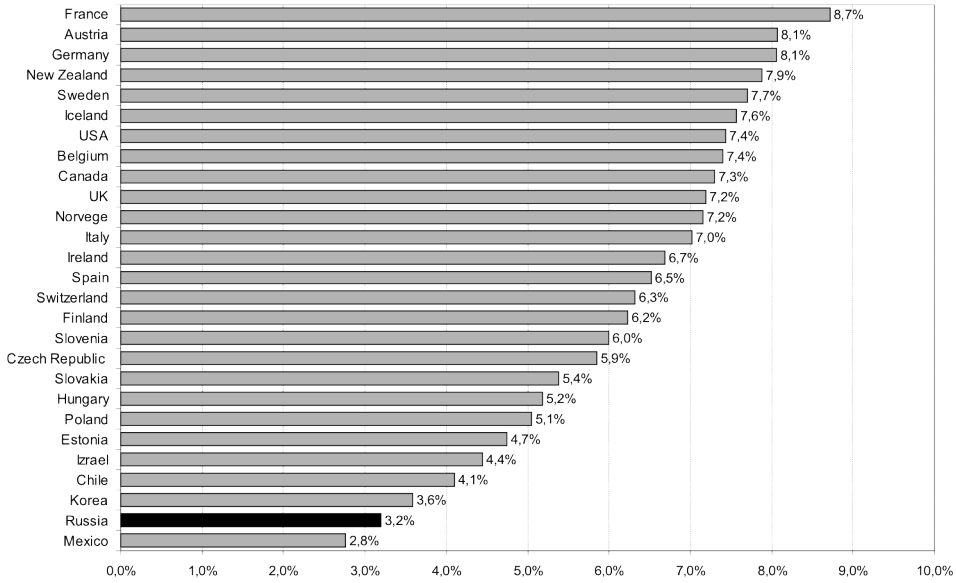


* Ratio entre les dépenses budgétaires et les cotisations salariales consacrées à l'assurance Santé obligatoire à laquelle les citoyens actifs sont tenus de souscrire.

** Jusqu'à 2002 - dépenses de santé et de culture physique ; depuis 2002 - dépenses de santé.

Source : calculs effectués d'après les données de Rosstat et du Fonds fédéral de la CMI sur la base des indices d'ajustement du PIB.

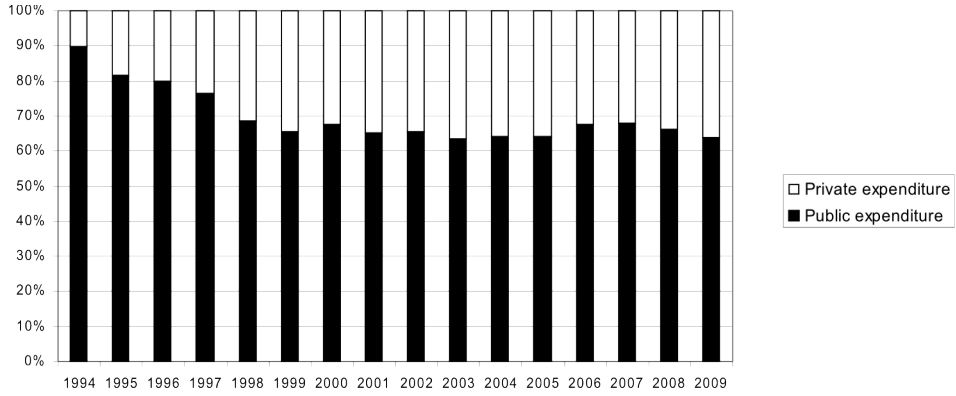
Figure 3 :
Comparaison entre les financements publics de Santé en Russie (2009) et dans les pays de l'OCDE (2008), en pourcentage du PIB



Source : Données 2009 sur la Santé de l'OCDE, et données de Rosstat.

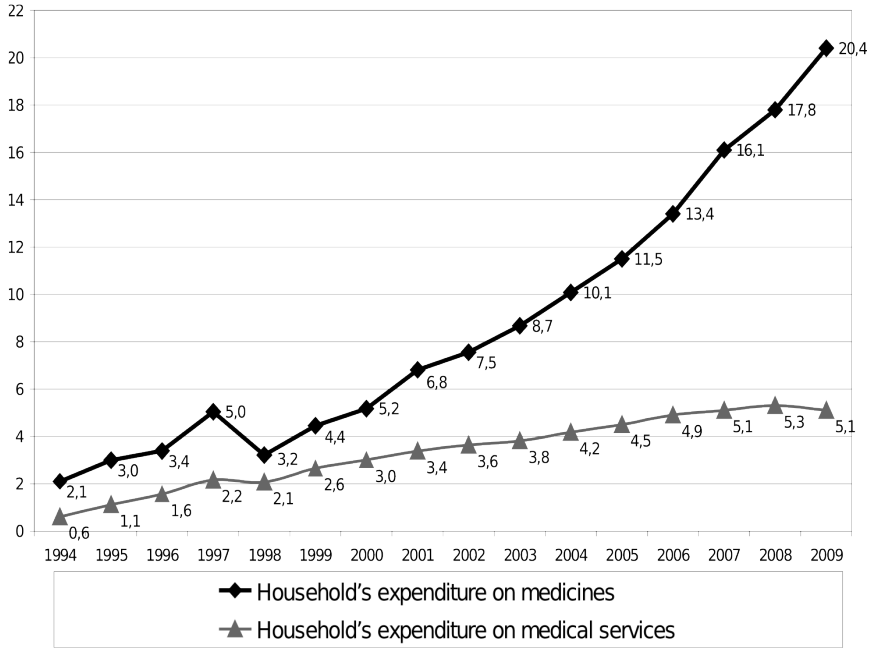
Dans les années 1990, la pénurie de financements publics en soins de Santé a entraîné une réorientation des dépenses de Santé en direction de la population et des employeurs. La part des dépenses privées dans le financement des soins est passée de 15 % en 1993 à 34 % en 1999. Les dépenses des ménages en médicaments et services médicaux ont augmenté régulièrement et à des taux élevés, qui n'ont pas diminué dans les années 2000, malgré une augmentation du financement public (*Figure 5*). Les dépenses totales des ménages en matière de Santé (paiements informels non-inclus) se sont élevées à 1,9 % du PIB en 2009.

Figure 4 :
Part des dépenses de Santé publiques et privées en Russie entre 1994 et 2009, en pourcentages



Source : Calculs basés sur les données de Rosstat.

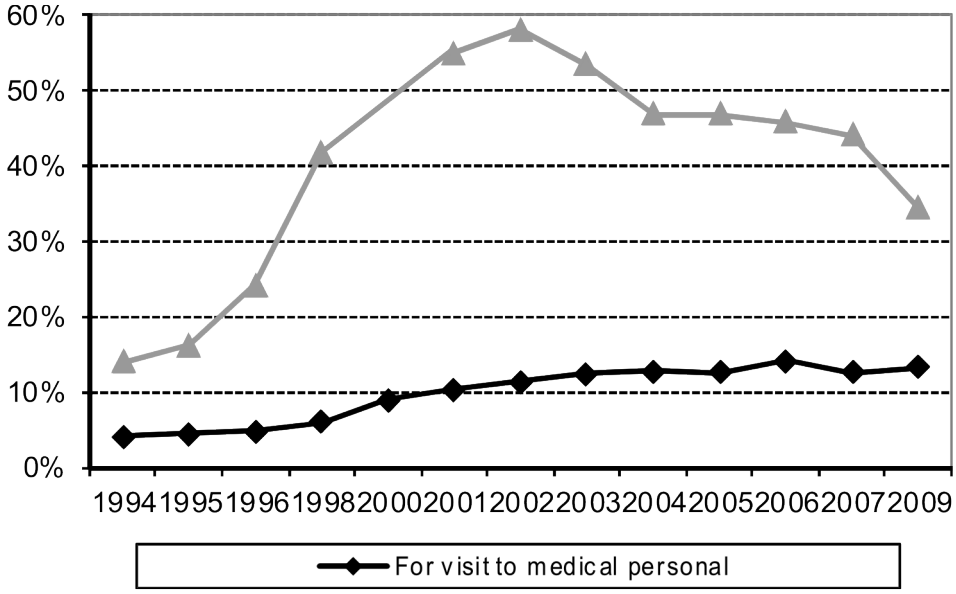
Figure 5 :
Dépenses des ménages en médicaments et services médicaux entre 1994-2009 (prix de 1994)



Source : Calculs basés sur les données de Rosstat.

Dans les années 1990, les soins de santé gratuits ont été massivement remplacés par des prestations payantes. Selon les données trouvées dans le « Suivi de la situation économique et de la santé publique en Russie » (enquête réalisée sur un échantillon représentatif, RLMS), la part des patients qui ont payé pour recevoir des services de soins ambulatoires a augmenté de 3,3 fois pour la période entre 1994 et 2009 (*Figure 6*). En revanche, la part des patients hospitalisés qui ont payé pour leurs soins hospitaliers (paiement des services de soins et achat de médicaments inclus) a diminué de 55 % à 34,3 %.

Figure 6 :
Part des patients qui ont payé pour les différents types de services de soins parmi les personnes à la recherche de ce type de service entre 1994 et 2009, en pourcentage



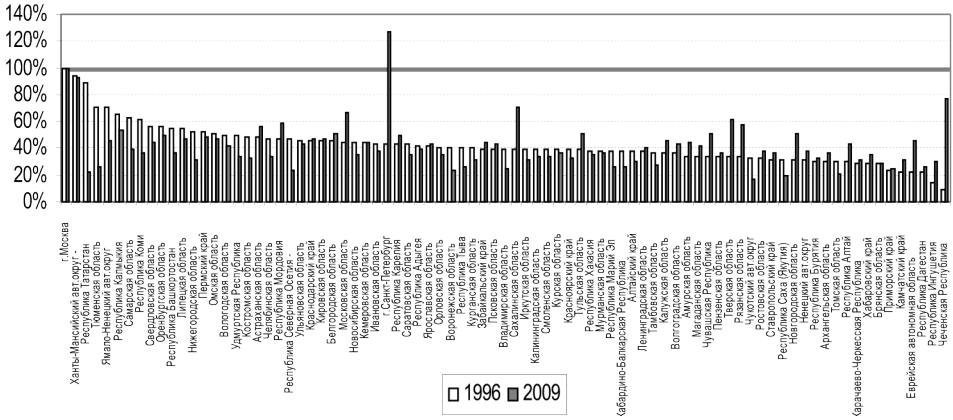
Source : Calculs effectués par E. Selezneva, sur la base des données de la RLMS.

Inégalités d'accès aux soins de santé

Le défi majeur que doit relever le système de santé russe, c'est l'abolition des différences significatives relevées dans diverses régions géographiques au niveau de leur financement public, car cela engendre des inégalités d'accès aux soins. Le financement par habitant de la santé publique dans les régions riches et pauvres de Russie accuse un différentiel de 4 à 5 fois. La caractéristique spécifique de la croissance économique russe c'est l'aggravation de la différenciation régionale en matière de

recettes publiques, ce qui conduit à une différenciation plus marquée de l'accessibilité des soins. Ainsi, la mesure par le coefficient de Gini de l'inégalité des dépenses budgétaires de santé par habitant donne les résultats suivants : augmentation de 0,195 en 1996 à 0,252 en 2009 (*Figure 7*).

Figure 7 :
Ratio par habitant du financement des soins de Santé et des budgets régionaux, entre 1996 et 2009 (Moscou, Russie = 100%)



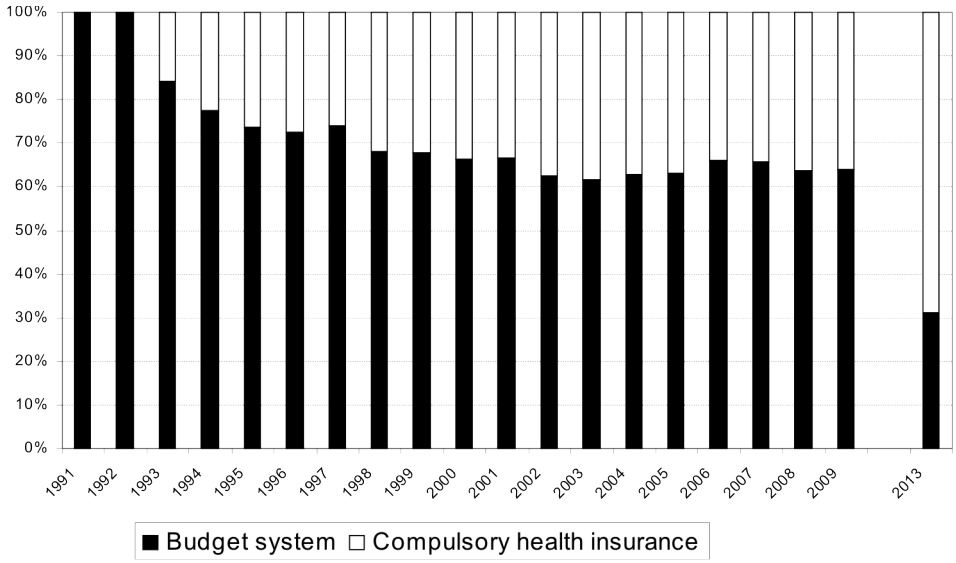
Source : Calculs selon les données du Trésor fédéral.

En conséquence, on constate des différences significatives d'accès aux soins gratuits par les populations selon les régions, du fait de leur inégal développement économique ; on relève aussi des différences notoires dans la proportion de patients ayant bénéficié d'une hospitalisation gratuite. La part des patients bénéficiant d'un accès gratuit aux soins hospitaliers atteint son maximum dans les régions productrices de ressources (74,2 %), elle est au plus bas dans les régions les moins favorisées (55,7 %) (*IISP, 2007*).

Défaillances du système d'assurance maladie obligatoire

L'assurance maladie obligatoire (AMO) a été introduite en 1993 dans l'espoir d'attirer des financements en faveur des soins de santé et permettre de rationaliser la structure du système. Par certains aspects, ce fut une réussite, puisque l'argent des assurances va réellement à l'hôpital ou à la polyclinique dans le cadre de la fourniture de services aux citoyens inscrits / hospitalisés dans la structure hospitalière. Mais, à grande échelle, ce système est un échec parce qu'il n'a pas remplacé le système de financement budgétaire des soins : il l'a seulement complété. Les fonds rassemblés dans le système d'AMO n'ont pas excédé 40 % du financement total de la santé publique (*Figure 8*).

Figure 8 :
Fonds communs affectés en Russie aux soins de Santé dans le système budgétaire et dans le système de Santé soumis à l'assurance obligatoire, en pourcentages



Source : Calculs sur la base des données de Rosstat (pour 1991-2008), et du ministère de la Santé et du Développement social (prévisions pour 2009 et 2013).

Les paiements versés à l'AMO par les populations non-actives et ceux consentis sur les budgets régionaux n'ont pas été réglementés par la loi ; ils dépendent en réalité des arbitrages des autorités régionales. Ces dernières ont préféré ne pas transférer aux fonds régionaux de l'AMO les contributions qui couvriraient le coût des soins fournis aux assurés sans profession. Ainsi, les installations médicales sont financées par des fonds du système d'AMO, qui rembourse partiellement le coût du traitement des assurés, et aussi par des subventions prises sur enveloppes budgétaires. Ce financement des équipements de santé s'appelle le « système de financement à double origine ».

Des assureurs privés (95 en 2009) interviennent dans le système d'AMO russe, mais il n'est pas de leur ressort de contribuer à accroître l'efficacité du système de financement de la santé. Ces derniers jouent le rôle d'intermédiaires entre les fonds d'AMO et les établissements médicaux.

L'un des problèmes clés c'est que le système actuel d'assurance maladie obligatoire présente une faible efficacité en termes d'impact sur les soins de santé. Ce système ne crée pas de fortes incitations à améliorer la qualité des

soins et à faire en sorte que ce secteur utilise efficacement ses ressources.

Disproportions structurelles au sein du système de soins de santé

L'insuffisance des ressources financières et des dotations en matériels des établissements médicaux se combine à la faible efficacité de l'utilisation des ressources disponibles et aux disproportions structurelles constatées entre soins ambulatoires et hospitaliers. Les soins en milieu hospitalier représentent 60 % des dépenses totales du gouvernement en soins, contre 30-40 % dans la plupart des pays de l'UE (*Vishnevskiy, et al. 2006*). Bien que le nombre de journées-lits par 1000 habitants soit en baisse, il est encore 2 voire 3 fois plus élevé que les chiffres relevés dans les pays occidentaux. Un tiers des patients hospitalisés pourraient être traités sur une base ambulatoire.

Selon l'enquête citée plus haut, réalisée fin 2009 auprès des professionnels de santé par le Centre Levada dans le cadre du Projet de Surveillance Économique des Soins de Santé de la HSE (*Health and Safety Executive* / Autorité en charge de la Santé et la Sécurité), plus de 50 % de la population n'est pas satisfaite des soins ambulatoires et a donc souvent tendance à aller à l'hôpital, même pour des maladies bénignes.

Politiques publiques en faveur des soins de Santé

1. Renforcement de la politique de Santé publique depuis 2004

Pendant longtemps, le gouvernement s'est contenté de préconiser les réformes nécessaires pour résoudre ces problèmes mais, dans la pratique, celles-ci n'ont jamais été réalisées. Depuis 2004, au cours du second mandat présidentiel de Vladimir Poutine, la politique de l'État en termes de soins de santé s'est montrée plus active (*Shichkin, Vlassov, 2009*). En 2005-2006, ont été lancés deux programmes ambitieux : celui de la livraison gratuite des médicaments nécessaires aux citoyens éligibles à l'aide sociale (anciens combattants, handicapés, etc.), et le Projet de « Santé » Nationale. La principale et incontestable réussite à l'époque a été de renforcer l'attention des autorités quant aux questions de santé et l'augmentation visible des dépenses publiques en faveur de ce secteur. Cela permettra de renforcer le potentiel des ressources du système de santé et d'améliorer la fourniture de médicaments à certaines catégories de la population.

Projet National spécial « Santé » : il était prévu pour deux ans, mais fut ensuite prolongé jusqu'en 2012. Ce projet comprenait initialement des investissements dans les soins primaires et tertiaires, l'augmentation des rémunérations versées aux agents de soins primaires, etc. Au cours des années suivantes, le projet a inclus en outre des sous-programmes de lutte

contre les maladies cardio-vasculaires (depuis 2008) et le cancer (depuis 2009) et d'autres en faveur des soins d'urgence pour victimes d'accidents de la route (depuis 2008), pour n'en citer que quelques-uns. Des bons, obtenus sur présentation d'un certificat de naissance, ont été introduits en 2006 pour améliorer le financement des soins dont bénéficient les femmes enceintes et encourager les familles à avoir plus d'un enfant. Cette innovation a stipulé la mise en concurrence des prestataires de soins. Le financement du Projet sur budget fédéral a ajouté 10 % supplémentaires aux fonds de santé publique.

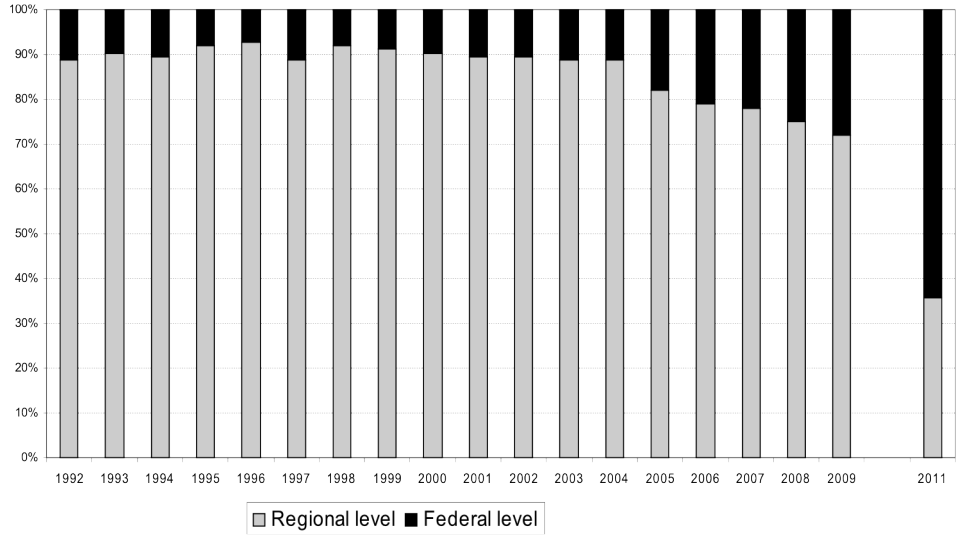
Malgré la crise économique, qui a entraîné une réduction substantielle des recettes publiques, les dépenses budgétaires consenties au Projet National en 2008-2009 n'ont non seulement pas été réduites, mais elles ont augmenté. Les activités menées dans le cadre du « Projet national de Santé » ont amélioré matériels et équipements techniques du système de soins primaires et contribué à l'augmentation de l'accessibilité de certains types de soins.

La modernisation du système de santé publique est considérée comme l'une des priorités politiques les plus importantes définies par le « Concept longue durée du développement socioéconomique de la Fédération de Russie », adopté par le gouvernement fin 2008 (Conceptsia, 2008). La crise économique de 2008-2009 a suspendu le lancement de la réforme mais, avec le début de la reprise, le gouvernement a remis la modernisation des soins de santé à l'ordre du jour.

2. Modernisation du système d'assurance-maladie obligatoire

En 2010, la réforme de l'AMO devient une réalité. À partir de 2011, le taux de cotisation pour l'AMO des salariés (cotisations sociales) passera de 3,1 % à 5,1 %. La nouvelle loi sur l'AMO adoptée en novembre 2010 (*Loi fédérale*, 2010) prévoit une remise à jour majeure du système d'AMO. Le niveau de contribution par la population non-active sera fixé par la loi et des sanctions financières envisagées pour l'atteindre. Cela permettra d'accroître la stabilité des fonds collectés et de faire passer l'AMO d'un système de financement supplémentaire au budget de la santé, pour en faire le financement prioritaire du système de financement de la santé publique. En outre et comme prévu, 69 % des fonds alloués à la santé publique seront en 2013 mis en commun dans le système d'AMO (*Figure 5*). Cette réforme permet un changement suffisant pour passer à la centralisation des fonds de santé publique (*Figure 9*). Toutes les contributions d'AMO seront mises en commun dans la Caisse fédérale d'AMO et affectées alors au fonds régional d'AMO, en vue de rendre plus égalitaire le financement des programmes d'AMO régionaux.

Figure 9 :
Part des fonds communs aux niveaux fédéral et régional de la Fédération de Russie alloués au système de financement de la Santé publique dans la Fédération de Russie, en pourcentage



Source : Calculs fondés sur les données de Rosstat (pour 1991-2008), et du ministère de la Santé et du Développement social (pour 2009 et selon les prévisions pour 2011).

La réforme offre des opportunités de créer un système unique d'achat, d'introduire de nouvelles méthodes de paiement des équipements médicaux, et de développer la concurrence entre les compagnies d'assurance et les prestataires de soins. Le libre choix par l'assuré de sa compagnie d'assurance, de l'établissement où il recevra les soins et de son médecin référent sera garanti. Cela contribuera à améliorer l'efficacité du système d'AMO. Avec une police d'assurance unique, un espace unique d'informations et le droit de choisir ses prestataires de santé, seront ôtés les obstacles à l'accès aux soins en dehors de la résidence permanente de l'assuré.

La loi prévoit que les recettes supplémentaires provenant de l'augmentation du taux de taxation des salaires en 2011 et 2012 (environ 0,4 % du PIB chaque année) seront allouées au soutien des programmes régionaux en faveur de la modernisation des systèmes de soins de santé. Cependant, il existe un risque sérieux que l'allocation de fonds supplémentaires ne parvienne pas à réduire le différentiel entre les niveaux de financement de Santé publique selon les différentes régions de la Fédération de Russie.

Conclusions : orientations de l'indispensable réforme du système de santé

L'augmentation du financement public de santé et la politique visant à améliorer son efficacité peuvent atténuer quelque peu le problème de l'accès des citoyens aux soins gratuits. Mais cela ne suffit pas à éviter sensiblement que les citoyens en soient de leur poche pour obtenir des soins indispensables. Des progrès significatifs dans la résolution de ce problème ne seront possibles qu'avec la révision des garanties de l'État.

Voici quels sont les axes principaux de la réforme tant attendue de la Santé, tels que le gouvernement les a explicités : faire l'inventaire des garanties qu'offre actuellement le système étatique de dispensation des soins et veiller à ce que les financements soient à la hauteur des besoins. Les garanties doivent être spécifiées par type de prestations médicales, par médicament et en fonction des technologies appliquées. La spécification de ces garanties devra être basée sur un système de normes médicales et économiques s'appliquant à toute une gamme de conditions.

Malheureusement, cette composante de la réforme se met en œuvre trop lentement. Les normes élaborées sont trop coûteuses et ne peuvent servir d'outil à une meilleure adéquation entre fonds publics alloués aux soins de Santé et garanties en matière de fourniture de soins.

Les changements à opérer dans l'AMO, tels qu'envisagés par la nouvelle loi, sont insuffisants pour pallier les déséquilibres structurels qui grèvent le système d'AMO. Aucun progrès n'a été relevé sur la question des ressources disproportionnées allouées aux soins secondaires. Pourtant, tous les efforts pour organiser les nouveaux soins primaires sur le modèle de la médecine générale ont échoué. L'augmentation des financements de santé ne résout pas encore le problème de l'accès insuffisant à ces soins dans les zones rurales, alors même qu'il existe un grand nombre de lits surnuméraires dans les villes.

Au cours de la dernière décennie, la Russie a engagé des efforts significatifs pour améliorer le système de santé, mais ils restent insuffisants pour résoudre le problème majeur que constitue l'énorme taux de mortalité et l'accès si difficile aux soins. Le facteur indispensable pour que la modernisation du système de santé soit couronnée de succès n'est pas simplement affaire d'argent mais dépend surtout de la persistance du gouvernement à mettre en œuvre un système rationnel de financement des prestations et des soins et fournis.

Article traduit de l'anglais par la Société de Stratégie (Dominique Macabies)

Références

Conceptsia (2008). Conceptsia dolgosrochnogo sotsialnogo i economicheskogo razvitiya Rossiyskoy Federatsii [The Concept of Long Term Social and Economic Development of the Russian Federation] ; adopted by the Order #1662-p of the Government of the Russian Federation, 17 November 2008 . Ref Type: Unpublished Work

Federal Law (2010). Federalniy zakon ob obiasatelnom meditsinskom strakghovanii. Proect. (Federal Law on compulsory health insurance). № 326-FZ from 29/11/2010. http://ora.ffoms.ru/userfiles/LAW107289_0_20101101_134114_51585(1).rtf

IISP (Independent Institute for Social Policy) (2007). Evidence about Equity in the Russian Health Care System. Report to the European Regional Office of the World Health Organization.
http://www.socpol.ru/eng/research_projects/pdf/proj25_report_eng.pdf

RLMS. The Russia Longitudinal Monitoring Survey,
http://www.cpc.unc.edu/rlms/

Rosstat. www.gks.ru

Shishkin S., Vlassov V. (2009) Russia's long struggle to come in from the cold / British Medical Journal, 18 July, 2009, Vol. 339, pp. 141-143.

Shkolnikov VM, McKee M, Leon DA., 2001. Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s. Lancet; 357(9260)

Vishnevskiy A.G, Kuzminov Ya.I., Shevskiy V.I., Sheiman I.M., Shishkin S.V., Yakobson L.I. (2006)l. Rossiyskoe zdravookhranenie: kak preodolet crisis [Russian Health Care: How to Overcome the Crisis]. Report of the Higher School of Economics State University. Moscow. Publishing House of the Higher School of Economics State University; 2006.
http://www.hse.ru/data/309/462/1237/Доклад_росс%20здравоохранение_2006.pdf

Vishnevskiy A.G. (2010) Sberejenie naroda ili depopuliatsiya Rossii? [Saving people or depopulation of Russia?] / Report to the XI International Conference State University - Higher School of Economics on the economy and society, Moscow, 6-8 April 2010.
https://www.hse.ru/data/2010/04/07/1218109061/vishnevski.pdf