

Grèce

Régulation et réformes du système national de santé

Lila ANTONOPOULOU *

La première instauration en Grèce d'un système public de protection de la santé date de 1983, avec la création du système national de santé (ESY).

La situation lamentable où se trouvaient les hôpitaux publics à la veille de la fondation de l'ESY, liée à la faiblesse du financement public des services de santé, a légitimé cette démarche institutionnelle. La charge financière de la protection de la santé, qui reposait sur les budgets familiaux, avait nourri le développement de « l'initiative privée » dans le secteur des soins hospitaliers. Ce secteur hospitalier privé proposait des prestations d'une qualité relativement basse et ne permettait pas l'égalité d'accès de tous les citoyens aux services de santé, garantie, en théorie, par les seuls hôpitaux publics. Sous ces conditions, c'est le système hospitalier du pays qui a été placé au cœur de la fondation de l'ESY, et les objectifs principaux ont été l'amélioration de son infrastructure matérielle et technique, de son potentiel humain et de l'administration de ses unités, en vue

d'assurer un accès égal et gratuit aux soins pour toute la population.

La même force politique qui avait conçu et élaboré la fondation de l'ESY en 1983 a été celle qui, quelques années plus tard, alors même qu'elle continuait à exercer le pouvoir gouvernemental, a reconnu la faiblesse du système qu'elle avait fondé et son échec concernant les objectifs pour lesquels il avait été mis en place (Tountas, 2002). Ainsi, la recherche d'une « réforme de la réforme » a-t-elle été inscrite dans l'agenda politique immédiatement après la première moitié des années 1980 et, depuis lors, les tentatives de révision du fonctionnement de l'ESY se sont succédé.

La mise en place d'un système hospitalier sur le modèle européen...

L'abandon de l'institution hospitalière publique par tous les gouvernements de l'après-guerre n'a pas laissé d'autre possibilité au pouvoir politique en place en 1983 que de désigner l'ESY comme un

1. Professeure agrégée, Département des sciences économiques, Université Aristote de Thessaloniki (Grèce).

GRECE

système de santé essentiellement « hospitalo-centré ». Pourtant, la distance était grande entre l'insistance des décideurs de l'ESY sur une transformation profonde de l'institution hospitalière d'un côté (transformation qui avait pour point central l'établissement de l'institution du médecin hospitalier à plein temps) et, de l'autre côté, la difficile traduction dans la réalité des objectifs de la réforme sanitaire, eux aussi affichés dans la loi fondatrice de l'ESY, qui portaient sur la mise en valeur des autres composantes d'un système de santé moderne et efficace. Ces composantes sont l'institution de soins primaires, la médecine préventive, l'augmentation du personnel paramédical et sa bonne formation, la création dans les hôpitaux d'unités d'hospitalisation d'une journée ou d'une courte durée, ainsi que l'institution du médecin généraliste, du médecin de famille et du médecin de médecine sociale. A titre d'exemple, il est révélateur que l'institution de soins primaires ait été prévue par la loi fondatrice de l'ESY pour fonctionner dans les zones urbaines, semi-urbaines et rurales du pays. Or, des dispensaires (les « centres de santé ») ont été instaurés uniquement dans les zones rurales et semi-urbaines. En outre, tous ceux d'entre eux qui fonctionnent actuellement délivrent des prestations thérapeutiques de faible niveau au lieu des soins complets primaires et préventifs qui étaient leur objectif initial.

Les centres de santé n'ont jamais été établis dans les zones urbaines. Ce n'est que vingt années après la fondation de l'ESY qu'a commencé à être programmée la fondation à Athènes – qui regroupe la moitié de la population de la Grèce – d'un réseau de tels centres de santé, qui seront encadrés principalement par des médecins généralistes et un per-

sonnel paramédical et qui dispenseront des soins primaires complets. Le premier de ces centres n'a commencé à fonctionner dans un quartier d'Athènes qu'en juin 2004.

... au moment même où ce « modèle » est revisité dans les autres pays

Cette insistance absolue donnée à l'hôpital public, considéré comme « axe majeur » de l'ESY, nous permet de supposer que les concepteurs du projet s'étaient enfermés dans l'idée que la formation du système grec de santé devait obligatoirement passer par le stade où se trouvaient à l'époque les systèmes sanitaires des pays développés d'Europe. Cette étape n'était autre que celle constituée par la mise en place, grâce à de généreux investissements en technologie de pointe et en infrastructures médicales, d'un système hospitalier public complet et efficace, pour satisfaire les exigences des citoyens à un accès égal et gratuit à des services de protection sanitaire de haute qualité (Stasse, 2004). Il apparaît donc que les fondateurs de l'ESY, au moment même où s'ouvraient les premières années de la participation de la Grèce à l'intégration européenne, avaient à l'esprit ce modèle de système hospitalier. Or, exactement à cette même époque les systèmes hospitaliers des pays européens avaient commencé à subir de sérieuses transformations.

En ce qui concerne cette transformation de l'hôpital public dans l'espace européen, soulignons le fait qu'en cohérence avec des choix macroéconomiques, les gouvernements européens ont tous eu la volonté de restreindre le financement public de la santé. Ils ont alors tourné leur attention vers l'encouragement de politiques sanitaires moins coû-

teuses favorisant, au moins en théorie, la formation de programmes de soins ambulatoires et la prévention. Quelques années plus tard, les règles fixées par le traité de Maastricht (1992), ont principalement imposé aux pays membres une sévère discipline des finances publiques.

C'est dans ce cadre que les dépenses de l'Etat providence ont commencé dans les années 1990 à subir la plus grande pression. Les financements publics du système de santé, et tout particulièrement les dépenses hospitalières, ont absorbé une grande part de cette pression. Le résultat de cette évolution ne pouvait être autre que le transfert graduel de la charge du financement de la protection de la santé du secteur public aux budgets familiaux des citoyens (par l'intermédiaire des mécanismes du secteur privé d'assurance) et, en fin de compte, le renversement du fondement des systèmes de santé qui avaient été établis jusqu'alors : l'égalité d'accès aux services sanitaires pour l'ensemble des citoyens, sans discrimination fondée sur les revenus ou le statut social.

Les réformes précises des systèmes de santé qui tendent vers cette direction et qui ont été mises en œuvre en Europe au cours de la dernière décennie, sont constamment débattues (voir notamment l'IRES, 2004 ; Palier, 2005). Un de leurs aspects mérite d'être discuté davantage, pour éclairer plus complètement les remarques que nous formulons plus loin au sujet de l'ESY.

Une des réformes les plus répandues en Europe dans le système hospitalier, semble être l'adoption de la méthode de la « tarification à l'activité » pour le financement de l'hôpital public, laquelle consiste en l'instauration d'un tarif fixe de paiement des soins dispensés lors du traitement de chaque pathologie (Expert,

2004). Les anciens modes de financement (budget global de l'hôpital ou prix de journée) étaient supposés être responsables des coûts élevés des hôpitaux, du gaspillage des fonds publics et du manque d'efficacité de l'hôpital public. Avec ce nouveau mode de financement, et en tenant compte de la volonté ferme des gouvernements nationaux de restreindre le financement public des systèmes de santé, les établissements hospitaliers seront intégrés dans une situation concurrentielle. Pour déterminer ce tarif fixe (qui s'exprime sur la base du coût moyen des soins délivrés à une période antérieure précise), chaque hôpital aura intérêt à faire décroître autant que possible ce coût (Cases *et al.*, 2002 ; Cornilleau, Ventelou, 2004). Ainsi, tout système national de santé pourra être homogénéisé graduellement, du point de vue du mode (unique) de financement qui régira autant la composante publique que la composante privée du sous-système de l'offre de soins.

Cet alignement de l'institution de l'hôpital public sur les organismes privés de soins aura pour le premier des conséquences collatérales importantes. Les hôpitaux publics qui ne réussiront pas à proposer des tarifs de soins hospitaliers attractifs suspendront leur fonctionnement, tandis que certains autres, qui réussiront à le faire, auront entre-temps très probablement compromis la qualité des soins qu'ils proposent ou se seront « spécialisés » dans des soins rentables, après avoir renoncé à la prestation d'autres soins, moins rentables. Dans chacun de ces cas, les organismes privés d'offres de soins guetteront le moment de s'emparer du champ désormais laissé libre par l'hôpital public, si bien que la prise en charge du poids du financement des soins par les particuliers constituera la réponse obligée

GRECE

à la recherche anxieuse des citoyens d'une protection de leur santé. Bien que soient brandis régulièrement de tels « scénarios catastrophe » (Expert, 2005, Mills & Cautron, 2004), ce mode de financement est instauré dans environ vingt pays européens, à la suite d'années de préparation assez longues.

Ce que le système de soins révèle de l'Etat et de la société en Grèce contemporaine

Avec la fondation en 1983 de l'ESY et le fonctionnement de ce système jusqu'à nos jours, les structures et les mentalités paternalistes de l'Etat et de la société en Grèce ont eu pour mission d'assurer la protection de la santé des citoyens. En pratique, les structures et les mentalités en question qui se sont « transposées » dans l'ESY ont rendu inefficaces les tentatives de réforme du système qui ont eu lieu ces dernières années et ont contribué de manière décisive à leur dévalorisation. Les remarques qui suivent donnent une image certes partielle mais tout à fait représentative de cette osmose des structures et mentalités du système social grec « étatocentrique » et du système de santé national. Ces remarques ne visent pas à dévaloriser la formation scientifique et le dévouement professionnel, reconnus, dont disposent et font preuve des médecins et des fonctionnaires de l'ESY isolés – mais nombreux – et l'abnégation qu'ils montrent très souvent au cours de l'exercice de leurs devoirs.

Comme à l'époque de sa fondation, l'Etat dans la Grèce d'aujourd'hui se distingue de la société de façon informelle. Il reflète davantage la société qu'il ne fonctionne comme instrument d'intérêts collectifs ayant une position économiquement dominante dans la so-

ciété, comme c'est le cas dans le reste de l'espace européen. Il constitue l'unique puissance économique cohérente vers laquelle tous se tournent (les millions de petits propriétaires et petits bourgeois, ainsi que la fameuse « initiative privée »), recherchant dans le meilleur des cas la régulation et la protection d'intérêts privés et souhaitant, dans le pire, l'encadrement massif de l'Etat sur la base de méthodes peu méritocratiques. Des « armées » de fonctionnaires faiblement rémunérés – et tout pareillement, de faible formation et spécialisation – sont clouées dans des conditions d'emploi improductives et maintiennent à leur tour le système étatique dans la rigidité et l'inefficacité. Le résultat est qu'une conception moderne de l'administration connaît de grandes difficultés, à tous les niveaux et à tous les degrés, à s'épanouir dans le cadre des rouages de l'Etat.

Ainsi, dix-huit années après sa fondation – précisément en 2001 – et après un premier échec d'une tentative de restructuration de son administration à l'échelle régionale (Antonopoulou, 2001), l'ESY a été déconcentré en 17 « systèmes régionaux de santé » (PESY), qui sont revêtus d'une personnalité juridique autonome. La mission de chaque PESY était de créer un « système complet de prestations de services de santé » au niveau de la région, et de coordonner les actions, l'organisation et l'administration de toutes les unités de santé du PESY qui siègent dans la région. Celles-ci, c'est-à-dire les hôpitaux et les dispensaires, ont perdu l'autonomie juridique qu'elles possédaient jusqu'alors et ont été transformées en « unités décentralisées et hiérarchiquement indépendantes » de chacun des PESY.

La source d'inspiration des PESY a été la déconcentration des systèmes de santé déjà appliquée dans les autres pays

européens (voir les *Regional Offices* du Royaume-Uni ou les agences régionales d'hospitalisation en France) (Laplace *et al.*, 2002). Pourtant, les PESY ont été pourvues d'une foule de compétences spéciales de gestion administrative, sans que lui soit ajoutée la seule compétence qui les institutionnaliserait comme instances rationnellement organisées : le pouvoir de déterminer les objectifs de politique de santé à atteindre au niveau de la région, d'estimer les résultats qui permettraient de constater leur écart éventuel par rapport aux objectifs poursuivis et de déterminer les mesures correctives nécessaires.

De surcroît, les phénomènes de mauvaise gestion et de bureaucratie demeurent dans le système étatique grec tout entier (juridisme, dispersion des responsabilités, faible productivité, faible degré de spécialisation, retards dans l'exécution, substitution de certains objectifs par des préoccupations de circonstance, etc.). Ils se sont facilement répandus à tous les niveaux de la hiérarchie administrative des PESY et principalement des hôpitaux, d'autant que la réglementation législative de 2001 n'a pas prévu l'introduction d'une méthode de gestion rationnelle ni coercitive, si ce n'est pour le sommet de la hiérarchie administrative des hôpitaux. Il s'agit, en effet, du poste de « manager » de chaque hôpital dont il a été prévu qu'il sera occupé par une personne mandataire qui signera avec le PESY correspondant un « contrat d'efficacité » (dans lequel seront enregistrées des obligations plus spécifiques à sa charge et qui permettront d'atteindre des objectifs précis), en sorte qu'il pourra être licencié si l'on constate qu'il n'a pas atteint les objectifs mentionnés dans son contrat. En ce qui concerne le phénomène de mauvaise gestion des hôpitaux, un ré-

cent rapport des inspecteurs des services de santé décrit sous les couleurs les plus sombres les manifestations du phénomène.

Un autre aspect de l'osmose entre les structures et mentalités de la société grecque et le fonctionnement de l'ESY est reflété dans le rôle des médecins de l'ESY. Partout dans le monde capitaliste, la profession de médecin présente une particularité culturelle. La motivation de celui qui poursuit les études exceptionnellement longues qui lui permettront d'obtenir le permis d'exercer la profession de médecin, est souvent la perspective de recevoir en retour une combinaison de divers avantages : la satisfaction procurée par cette fonction même, le prestige social et, enfin, l'ambition de revenus élevés. Ces éléments sont présents dans chaque pays à des degrés divers, mais c'est peut-être seulement en Grèce, où la morale civile du travail est une espèce quasi inconnue, que le corps médical est dominé par l'ambition d'un revenu élevé. Chez les médecins de l'ESY, cette ambition des membres du corps médical se combine à des pratiques illégales que l'Etat lui-même tolère (amélioration des traitements des médecins grâce à des gardes fictives). D'autre part, des comportements individualistes extrêmes de la part des consommateurs des services de santé dégénèrent en pratiques de corruption envers les médecins. Pratiques illégales et corruption produisent un mélange explosif des mentalités des médecins du système hospitalier national ; transgression des lois et manquements à la déontologie médicale entraînent une perte encore plus grande du prestige déjà faible des médecins dans la société.

Afin de rendre compte des difficultés rencontrées dans l'introduction des valeurs modernes au sein de l'ESY, nous

GRECE

abordons la question des droits des malades. En 1997, le Parlement hellénique a institué les droits individuels des patients soignés dans les hôpitaux publics, suivant en cela la pratique internationale (accès aux services hospitaliers, respect de la dignité du patient, droit au consentement ou au refus de tout acte diagnostique ou thérapeutique, information détaillée des patients permettant leur participation à la prise de décisions, protection de la vie privée et garantie de la confidentialité du dossier médical, respect des convictions religieuses et idéologiques etc.).

Le seul résultat pratique de la réglementation de ces droits a été qu'en quelques années, le nombre des recours déposés auprès des tribunaux par des patients qui demandent réparation pour violation de leurs droits a quadruplé. Une image plus exacte de l'étendue de la violation des droits des patients dans les hôpitaux publics grecs est fournie par deux enquêtes empiriques réalisées en 2004.

La première enquête a été effectuée par l'Université d'Athènes. D'après celle-ci, un consentement oral à la thérapie ou à l'examen a été demandé à 24,6 % des patients hospitalisés ayant participé à l'enquête, tandis qu'un accord écrit a été fourni seulement par 8,7 %. Parmi les patients opérés, à peine 7 % avaient signé un consentement à l'opération. La seconde enquête a été réalisée dans le cadre d'un programme communautaire et a enregistré les opinions de patients soignés en Allemagne, en Grèce, au Royaume-Uni, en Espagne et en Finlande sur le respect de leurs droits. Ceux-ci devaient noter sur 5 l'information qu'ils reçoivent, leur consentement sur les thérapies qu'ils suivent, le respect de leurs données personnelles (secret médical, dignité) et leur participation à la prise de décisions diagnostiques et thérapeuti-

ques. Conformément à cette enquête, plus la notation est basse, moins les droits de l'individu sont observés. La Grèce s'est trouvée en dernière position dans les quatre groupes de droits (1,9 pour l'information, 1,4 pour le consentement, 2,4 pour le secret médical-dignité et 2,1 pour la participation à la prise de décisions), la Finlande ayant occupé dans tous les cas la première place.

La réforme de l'ESY de 2005 et la perspective de nouvelles réformes

Bien que le pouvoir politique du pays ne manque pas de prendre des décisions en vue de la modernisation de l'ESY, la fondation du système autant que les réformes ultérieures qui lui ont été appliquées sont restées enfermées dans la reproduction de la particularité grecque, qui consiste dans l'identification de l'Etat lui-même avec les structures et les mentalités archaïques qui persistent au sein de la société. Dans le cas de l'ESY se confirme notre hypothèse que la réforme et la modernisation se heurtent à l'absence de transformations culturelles plus profondes de la société et de l'Etat. Une réforme adéquate devrait absolument transformer la mentalité du facteur humain du système de santé (médecins et usagers) par le biais d'actions entreprises dans le domaine de l'éducation et de l'instruction.

Nous ne considérons pas que la nouvelle réforme de l'ESY, approuvée le 22 mars 2005 par le Parlement, a quelque chose d'essentiel à apporter qui conduirait vers le type de réforme que nous venons d'esquisser. Le nouveau régime de l'ESY met principalement l'accent sur l'autonomie juridique redonnée aux hôpitaux publics, qu'ils avaient perdue avec la réforme de 2001. Le caractère trompeur

REFORMES DU SYSTEME DE SANTE

de l'allégation de la nouvelle loi qui soutient que l'autonomie juridique des hôpitaux les dégagera de la complexité bureaucratique, apparaît dans le fait suivant : sur les 15 compétences essentielles du conseil d'administration de l'hôpital, seules deux ne dépendent pas de l'approbation finale du « manager » de la « région sanitaire » ; sur les 27 compétences essentielles du gestionnaire de l'hôpital, 5 (qui sont aussi les plus importantes, étant donné qu'elles concernent le plan opérationnel de l'établissement, le budget, etc.) dépendent de l'approbation finale du « manager » de la « région sanitaire », 12 dépendent de l'approbation finale du conseil d'administration de l'hôpital, tandis que seulement 10 compétences essentielles sont exercées par le « manager » de l'hôpital sans que celui-ci soit soumis au contrôle d'une autre autorité.

L'exercice de la politique de santé à l'échelle régionale est confié par la nouvelle loi à une personne juridique autonome, l'administration de la région sanitaire (DYPE), qui n'est en réalité que la nouvelle appellation des PESY. La seule amélioration vient du fait que les DYPE ont acquis certaines compétences nouvelles : création d'un système unique de gestion informatisée, homogénéisation et contrôle des fournitures en matériel et en équipement médicaux, fondation de « centres de délivrance de services aux citoyens », qui apporteront des solutions concrètes aux dysfonctionnements qui surgissent dans les relations entre les hôpitaux et les usagers.

Dans ce dernier secteur, le gouvernement actuel s'est activement engagé en institutionnalisant (avril 2005) le « médiateur de la santé », dont les compétences sont étendues à la protection des droits des malades, mais aussi à l'enquête sur des erreurs médicales éventuelles,

ainsi qu'à l'enquête sur les conséquences sur la santé des usagers provoquées par une mauvaise organisation des services de l'hôpital.

Reste une question de fond. Bien que conçu selon le modèle des systèmes de santé européens « hospitalo-centrés », l'ESY peut-il absorber des réformes qui suivraient le « destin » réservé entre-temps à l'hôpital public dans le reste de l'Europe ? Un destin qui pourrait conduire à la marchandisation graduelle du financement de l'institution hospitalière et au renversement des fondements sur lesquels ont été construits les systèmes nationaux de santé (l'accès non discriminatoire de tous les citoyens aux services de santé).

Le résultat de la situation déficitaire de l'ESY est que la Grèce a déjà « atteint » le niveau de transfert des finances publiques aux budgets familiaux de la charge de la dépense de santé, que les autres pays d'Europe tentent à grand effort d'atteindre. En effet, en 2002 la Grèce avait le « privilège » d'occuper la « première place » parmi les pays de l'Union européenne en ce qui concerne le pourcentage des dépenses privées de santé dans le total des dépenses de santé (47,1 %), position « contestée » parmi les pays de l'OCDE seulement par les Etats-Unis (55,1 %), le Mexique (55,1 %) et la Corée du Sud (47,9 %) (OCDE, 2004)¹. Certes, parmi les pays de l'Union européenne, la Grèce a toujours eu les dépenses privées de santé les plus élevées en pourcentage de la dépense totale de santé (Antonopoulou, 2002). Pourtant, il y a dix ans, en 1992, ce « privilège » était contesté à la Grèce par le Portugal (41,4 %, contre 45,4 % alors en Grèce) ; or, le Portugal a réussi à diminuer le pourcentage de la dépense privée de santé à 29,5 % du PNB, tandis que la Grèce ... l'a

GRECE

élevé à celui précédemment cité (OCDE, 2004). On ajoutera une conséquence notable de cette part prise par les dépenses privées de soins. Alors que, selon les estimations de l'OCDE, l'augmentation de la productivité du secteur privé de l'économie en Grèce est la plus basse de celles enregistrées en Europe pendant les années 1990-2001 (à peine 1 %), le pays enregistre un des rythmes les plus élevés d'augmentation de la productivité dans le secteur privé des services de santé. Ce secteur de l'économie privée grecque occupe en effet, du point de vue de l'accroissement de sa productivité, la cinquième place en Europe. L'entreprise de prestations de services hospitaliers la plus puissante en Grèce a été rangée en 2004 parmi les meilleures entreprises européennes, sur la base du rythme de croissance de leurs profits, dans la liste « *European Business Hot 100* » que publie chaque année la revue *European Business*.

Sources :

Antonopoulou L. (2001), *Formes organisationnelles de l'E.S.Y. à l'échelle régionale, en vertu de la loi récente portant sur sa modernisation* (en grec), 1^{er} Symposium sur le Développement Régional « Problèmes du développement régional grec », 27 & 28 mars 1998, Thessaloniki, AUTH, pp. 339-345.

Antonopoulou L. (2002), *Dépenses et politiques de santé en Europe* (en grec). Thessaloniki, Zygos.

Cases Ch., Cuneo Ph., Hartmann L., Moschetti K., Rochaix L. (2002), « La tarification à la pathologie : leçons de l'expérience étrangère », *Dossiers solidarité et santé* (pp. 7-18), Paris, La Documentation française.

Cornilleau G., Ventelou B. (2004), « La réforme française de l'assurance-maladie », *Problèmes économiques*, 10 novembre 2004, n°2.862, pp. 20-25.

Expert P. (2004), *La tarification à l'activité. Médecine et gestion : une dynamique nouvelle*. Paris, Berger-Levrault.

Expert P. (2005), « Santé et deniers publics » *Le Monde*, 15 avril 2005, p. 15.

IRES (2004), *Réformes des systèmes d'assurance maladie et débats sociaux, Chronique internationale de l'IRES*, numéro spécial, 91, novembre.

Laplace L., Kamendje B., Nizard J., Coz J.M., Chaperon J. (2002), « Les systèmes de santé français et anglais : évolution comparée depuis le milieu des années 90 », *Santé publique*, 14 (1), pp. 47-56.

Mills C., Cautron J. (2004), *Le système de santé. Résistances et alternatives. Critique de la contre-réforme Douste-Blazy et perspectives*, Paris, Le Temps des Cerises.

OECD (2004), *OECD Health Data 2004*, 3rd édition, .

Palier B. (2005), *Les réformes des systèmes de santé*, 2^{ème} édition, Paris, PUF.

Stasse F. (2004), « Pour les discriminations positives », *Pouvoirs*, n°111, pp. 119-131.

Tountas G. (2002), *Politique de santé* (en grec), Athènes, Odysseas/lea Ógeia.