
Quels principaux axes de réforme pour le système de santé en Roumanie ?

En Roumanie, les indicateurs de résultats du système de santé reflètent les problèmes structurels du secteur. Parmi ces problèmes, on peut citer le financement de la santé, qui demeure le plus faible au sein de l'UE, la concentration des dépenses sur l'hôpital et les médicaments au détriment de la médecine primaire, la présence d'un secteur privé d'assurance maladie peu développé, l'émigration du personnel de santé ou la corruption. Accompagnés par des politiques du médicament conduisant à une fragilisation du marché pharmaceutique, ces problèmes se traduisent par une détérioration de l'accès aux services de santé et par des inégalités croissantes au sein de la population. Récemment, la Roumanie a pris des mesures concrètes en vue l'amélioration du système de santé, dans le sens de la réduction des paiements informels et du développement de l'assistance médicale communautaire. La réforme du système de santé roumain doit se poursuivre, et passer notamment par la mise en œuvre de deux documents stratégiques : la Stratégie nationale pour la santé 2014-2020 et le Plan multi-annuel pour le développement stratégique des ressources humaines de la santé 2017-2020.

I. Etat des lieux du système de santé

1. Le système de santé demeure centralisé malgré une délégation des compétences aux structures territoriales et aux agences

Le système de santé roumain est caractérisé par une centralisation relativement forte. La politique de santé et la réglementation sont définies au niveau national par le ministère de la santé, tandis que la fourniture des services est gérée et assurée au niveau des judets.¹ Les principaux acteurs institutionnels sont :

-La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAS) est le gestionnaire du Fonds National Unique d'Assurance Maladie (FNUAS), ayant la compétence de décider de l'allocation des ressources pour les différents types de services médicaux. La CNAS est également en charge de l'élaboration d'un contrat cadre, qui régit la relation entre la caisse et les fournisseurs de services médicaux, et de la définition des mécanismes de paiement de ces fournisseurs. Au niveau des judets existent 43 caisses nationales d'assurance maladie, branches de la CNAS, qui concluent les contrats-cadres avec les fournisseurs de services médicaux.

-Les Directions de santé publique des judets (DSP) sont des structures déconcentrées du ministère de la santé. Les DSP ont des compétences dans la santé publique, notamment en ce qui concerne la prévention et la promotion de la santé. Leur mission inclut également l'évaluation du fonctionnement des fournisseurs de services de santé.

-Les Conseils des judets² sont pour la plupart des cas les instances responsables de l'administration des hôpitaux publics.

-Le contrôle de la qualité dans le système de santé et l'autorisation des hôpitaux relèvent de la compétence de l'Autorité nationale de gestion de la qualité dans la santé et l'autorisation des fournisseurs de produits

¹ Equivalent des départements français. La Roumanie compte 42 judets pour une population de 20 M d'habitants.

² Les conseils de judets sont des autorités au niveau de l'administration publique locale, dont la mission est de coordonner les décisions des conseils locaux des villes et des communes, pour la mise en place des services publics d'intérêt départemental. Les membres des conseils de judets sont élus lors des élections locales.

pharmaceutiques et équipements médicaux de la compétence de l'Agence nationale du médicament et des dispositifs médicaux.

2. Des indicateurs de santé qui reflètent des problèmes structurels du système de santé roumain : l'accessibilité aux services médicaux et l'efficacité du système

Les indicateurs de résultats du système de santé roumain sont très faibles comparés à d'autres pays européens, indiquant des carences en ce qui concerne la prévention, l'accessibilité et la qualité des services médicaux. **En 2016, l'indice Eurohealth Consumer classe la Roumanie à la 35ème place parmi 35 pays évalués.** En ce qui concerne la mortalité évitable, c'est-à-dire les décès qui auraient pu être évités par un soin optimal, la Roumanie se situe en fin du classement européen, avant la Lituanie et la Lettonie. Les indicateurs font aussi apparaître des faiblesses importantes en termes de prévention, la Roumanie se situant parmi les 5 pays de l'Union européenne ayant le taux de mortalité évitable le plus élevé pour les services de prévention.³ Le taux de mortalité infantile est le plus élevé dans l'Union européenne, avoisinant le double de la moyenne européenne (9,8 pour 1000 contre une moyenne de 4,1 pour 1000). Les maladies chroniques sont l'une des plus importantes causes de décès, notamment les maladies cardiovasculaires et le cancer du col utérin.⁴

II. Une persistance des problèmes structurels qui se traduisent par un accès limité aux soins pour la population

1. Un système de santé sous-financé et des problèmes persistants d'inefficacité dans l'allocation des fonds

Malgré une augmentation des budgets du ministère de la santé et de la CNAS, le système de santé demeure sous-financé. Entre 2007 et 2010, le budget du ministère de santé a augmenté de 54% et le budget de la CNAS de 83%. Pourtant, avec des dépenses de santé s'élevant à 5,6% du PIB en 2014, la Roumanie a **le plus bas niveau de financement de la santé dans l'Union européenne.** De plus, entre 2007 et 2014, la proportion des dépenses de santé dans le PIB a toujours été inférieure à celle des autres pays de l'UE en Europe Centrale et Orientale (Bulgarie, Hongrie, Pologne, République Tchèque, Slovaquie). **En termes de dépenses de santé per capita la Roumanie se situe également en dessous de la moyenne de l'Union européenne, avec 988 USD per capita contre une moyenne de 3379 USD⁵.** La différence entre le niveau des dépenses de santé en Roumanie et dans l'Union européenne est le résultat de dépenses publiques relativement faibles, mais également d'une proportion très réduite de dépenses privées pour la santé⁶. En 2014, les dépenses de santé ont été estimées à 7,4 Mrd EUR, dont 5,7 Mrd EUR en dépenses publiques et 1,8 Mrd EUR en dépenses privées⁷. Un rapport de l'OMS estime que 80% des dépenses de santé viennent du secteur public (FNUAS, ministère de la santé et conseils locaux principalement) et environ 20% du secteur

³ OECD/EU (2016), *Health at a glance : Europe 2016 – State of health in the EU cycle*, http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oced/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en#.WNz_wWpMTcs#page1

⁴ Le taux de mortalité standardisé pour des maladies cardiovasculaires est de 108,9 pour 100 000 en Roumanie, alors que la moyenne au niveau de l'Union européenne est de 43,8 pour 100 000. La mortalité pour le cancer de col utérin est quatre fois plus élevée que la moyenne européenne.

⁵ Données pour 2013. Source : Vlădescu C, Scîntee SG, Olsavszky V, Hernández-Quevedo C, Sagan A., "Romania: Health system review", *Health Systems in Transition*, 2016; 18(4):1–170.

⁶ La part des financements privés pourrait être plus élevée si les paiements informels étaient pris en compte également. Un rapport de la Banque Mondiale publié en 2014 mentionne que la proportion de dépenses privées de santé est nettement plus faible en Roumanie (18%) qu'en Bulgarie (41%) ou en Pologne (28%).

<http://documents.worldbank.org/curated/en/333121468095642862/pdf/PAD6500P145174010Box382166B00OUO090.pdf>

⁷ AT Kearney, *Winning the Battle for Private Consumer Healthcare: Medical Insurers v Medical Providers – Friends or Foes*, 2015

privé (« *out of the pocket payments* » et assurances volontaires). La différence entre les besoins de traitement des patients roumains et le budget alloué par les autorités est estimée par l'ARPIM pour les médicaments à 1,25 Mrd RON⁸.

Dans le système public, il existe **un seul gestionnaire de l'assurance maladie, la CNAS**. L'organisme est financé à travers différentes sources : des contributions budgétaires du ministère de la Santé, des contributions des salariés et des employés, des contributions des entrepreneurs, des contributions des retraités (dont la retraite dépasse un certain plafond) et des contributions volontaires. **Le système privé d'assurance maladie compte 12 fournisseurs et reste encore très peu développé, les primes collectées par les assureurs s'élevant à 24 M EUR en 2015⁹. Ainsi, la santé représente environ 1% de la totalité du secteur de l'assurance en Roumanie¹⁰**. Cela peut être expliqué par la présence d'un système d'abonnements médicaux aux cliniques, qui offrent des paquets de services principalement pour la prévention (consultations, examens de laboratoire), en dehors de l'hospitalisation. Ces abonnements ont des avantages fiscaux dont les assurances santé privées ne bénéficient pas actuellement. Le nouveau gouvernement a passé en 2017 une ordonnance d'urgence qui augmente le plafond annuel de déductibilité fiscale des assurances privées de 250 EUR à 400 EUR, mesure susceptible d'avoir un impact positif sur le marché des assurances maladie privées.

La plus grande part des dépenses de la CNAS est allouée aux médicaments et aux hôpitaux, malgré des recommandations répétées de développer les services de médecine primaire et les soins ambulatoires¹¹. En 2015, 42,1 % des paiements pour matériels et services médicaux de la CNAS ont été alloués aux médicaments et 41,4 % aux services médicaux en hôpital et seulement 13,6 % aux services médicaux ambulatoires¹². Par rapport aux autres pays européens, la Roumanie présente un ratio très élevé de dépenses allouées aux services médicaux hospitaliers par rapport à la totalité des dépenses de santé, étant surpassée seulement par la Bulgarie. Cette situation reflète un sous-financement chronique des soins ambulatoires. En termes de dépenses de médicaments, non seulement la Roumanie se situe en dessus de la moyenne européenne, mais elle se trouve aussi en dessus du 80ème centile. Néanmoins, la dépense de médicaments per capita reste très faible comparée à d'autres pays européens¹³. **Le cadre actuel d'allocation des ressources représente un obstacle à la création d'un système de santé efficace et résilient**. L'allocation d'une partie considérable des ressources aux hôpitaux favorise leur utilisation même dans des situations où un service en ambulatoire, moins coûteux, aurait été suffisant. De plus, la concentration des dépenses sur des produits pharmaceutiques, accompagnée fréquemment par un dépassement du budget alloué (en 2014 le budget alloué aux médicaments a été de 6,6 Mrd RON, mais la consommation s'est élevée à 9 Mrd RON¹⁴), met un frein à l'introduction des médicaments innovants.

2. L'accès à la santé toujours plus difficile face à un déficit de médecins alimenté par l'émigration et une distribution inégale des ressources humaines

L'émigration en masse des médecins et d'autres professionnels de santé (infirmiers, sages-femmes, pharmaciens), la distribution inégale des médecins dans les territoires et le nombre élevé de postes médicaux vacants dressent un tableau alarmant de la crise de la ressource humaine dans la santé. La pénurie de médecins agit comme un obstacle dans l'accès des Roumains aux services médicaux. Ceci est reflété dans le nombre de médecins pour 100 000 habitants, qui situe la Roumanie près de la fin du classement européen. En 2013, la Roumanie comptait 264,4 médecins pour 100 000 habitants contre une moyenne européenne¹⁵ de 328,9. De plus, des disparités territoriales persistent en termes de densité de médecins,

⁸ Cf. Association des Producteurs Internationaux de Médicaments (ARPIM)

⁹ Données de l'Autorité de Surveillance Financière (ASF).

¹⁰ AT Kearney, *Winning the Battle for Private Consumer Healthcare: Medical Insurers v Medical Providers – Friends or Foes?*, 2015

¹¹ Dans son Rapport pays publié 2017, la Commission européenne remarque également qu'en ce qui concerne sa recommandation de développer les services ambulatoire, les progrès de la Roumanie restent limités.

¹² <http://www.cnas.ro/media/pageFiles/RAPORT%20ACTIVITATE%202015.pdf>

¹³ Dépenses pharmaceutiques per capita : Roumanie – 216 EUR, Hongrie – 413 EUR, Slovaquie – 402 EUR, République Tchèque – 313 EUR, Pologne – 234 EUR. Source : OCDE.

¹⁴ Cf. ARPIM

¹⁵ Eurostat

avec de nombreux judets dont la densité se situe en dessous de la moyenne nationale de 2,5 médecins pour 1000 habitants et environ 300 communes où aucun médecin généraliste n'est présent. Outre le problème d'accessibilité aux services médicaux, l'émigration des médecins pose aussi un problème en termes d'**efficacité d'allocation des finances publiques**. L'Etat roumain investit en effet des ressources considérables dans la formation des médecins par les universités publiques qui comptent environ 8 000 diplômés par an dont les études sont payées par le budget de l'Etat¹⁶. Le coût de la formation universitaire d'un médecin en Roumanie, en excluant les années d'internat, est estimé à environ 18 000 EUR¹⁷. D'ailleurs, le nombre d'étudiants en médecine en Roumanie est parmi les plus élevés dans l'Union européenne.

Le nombre de médecins roumains exerçant à l'étranger a augmenté rapidement à partir de 2007, date correspondant à la reconnaissance dans l'UE des diplômes de médecin obtenus en Roumanie. Par exemple, de 2007 à 2013, le nombre des médecins roumains exerçant en France est passé de 156 à 3 510. Cette dernière valeur correspond à environ 6,5% du nombre total des médecins exerçant en Roumanie en 2013. Actuellement, les plus grandes communautés de médecins roumains sont en Allemagne (4 062, soit 7,2 % du nombre de médecins exerçant en Roumanie en 2015), France (plus de 4 000, soit 7,1 % du nombre total de médecins exerçant en Roumanie en 2015), Grande-Bretagne (2 463, soit 4,4 % du nombre total de médecins exerçant en Roumanie en 2015), mais aussi en Belgique, Italie et Espagne¹⁸. Les spécialités les plus fréquentes des médecins qui émigrent sont la médecine générale, la médecine de famille et la chirurgie générale. Il faut rappeler que le phénomène d'émigration touche également les infirmiers. L'émigration du personnel médical roumain reste néanmoins difficilement quantifiable, mais le nombre de certificats sollicités auprès du Collège de médecins fournit des informations sur le nombre de médecins qui réfléchissent à la possibilité d'exercer à l'étranger. Ainsi, le ministère de la santé note que depuis 2007, 43 000 médecins roumains ont sollicité le certificat nécessaire pour exercer à l'étranger¹⁹, soit l'équivalent d'un nouveau diplômé sur 2²⁰. Les facteurs qui contribuent à l'ampleur de ce phénomène d'émigration sont notamment la rémunération jugée insuffisante et très inférieure à celle des autres pays européens, le manque de considération sociale envers le métier et des conditions travail qui ne correspondent pas aux exigences en matière de formation. Même si entre 2016 et 2017 le revenu moyen net dans la santé a augmenté, les salaires des médecins roumains restent bas dans le contexte de l'Union européenne. En 2016, le salaire moyen net mensuel dans la santé était de 2 076 RON (environ 470 EUR), après des hausses cumulées de 30%, alors qu'en France, le salaire moyen net d'un médecin de la fonction publique hospitalière était de 5366 EUR (2014). Des augmentations considérables des salaires des personnels de santé sont prévues pour 2018 par le gouvernement dans un projet de loi qui sera bientôt remis au Parlement (voir Tableau 1).

3. Un niveau de corruption significatif et l'absence d'un cadre adéquat pour la gouvernance des hôpitaux

Le dernier rapport de la Commission européenne sur les progrès de la Roumanie au titre du mécanisme de coopération et vérification (MCV) indique que la santé figure parmi les secteurs où la corruption a des conséquences significatives²¹. Les dimensions de la corruption, diffusée principalement dans le système de santé public, sont nombreuses mais concernent notamment les achats publics d'équipements médicaux et de médicaments, les remboursements frauduleux et les paiements informels. Le sous-financement de la santé, qui se traduit par des infrastructures hospitalières obsolètes et une rémunération insuffisante des professionnels de santé, contribue à la perpétuation d'un système de paiements informels. Selon une étude menée en 2014 par le Ministère de la santé et l'Association pour l'implémentation

¹⁶ Cf. Ministère de la Santé

¹⁷ Cf. une étude menée en Roumanie par l'OMS, citée par le ministère de la santé.

<http://www.ms.ro/2016/12/05/ministerul-sanatatii-a-elaborat-planul-multianual-pentru-dezvoltarea-strategica-a-resurselor-umane-din-sanatate-2017-2020/>

¹⁸ Estimations des organisations professionnelles. Source : éléments de veille de Business France.

¹⁹ Sur ce sujet, les chiffres varient beaucoup selon les sources : selon le Collège des Médecins, entre 2010 et 2015, 14 700 médecins ont demandé les documents nécessaires pour exercer à l'étranger. Source : éléments de veille de Business France.

²⁰ Le nombre de diplômés en médecine est de 8 000 par an, selon le Ministère de la santé.

²¹ https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/com-2017-44_fr.pdf

de la démocratie en Roumanie, 11% des personnes interrogées ont offert de l'argent ou des cadeaux aux médecins²² durant la dernière année et 8% aux assistants²³. Bien que 86% de la population soit couverte par l'assurance publique et que ce système garantisse l'accès aux services de base à tous les assurés, la pratique des paiements informels limite l'accès aux services médicaux tout en renforçant les inégalités sociales. Une autre facette de la corruption dans le système de santé se manifeste dans les achats des hôpitaux publics. L'Agence nationale pour les achats publics (ANAP) estime qu'environ 25%-30% des achats des hôpitaux publics sont effectués dans des conditions suspectes. L'une des situations les plus répandues est l'achat d'équipement pour un montant surévalué²⁴.

Un autre facteur qui pourrait augmenter les risques de corruption est le cadre législatif de la gouvernance des hôpitaux. Au contraire de la France, par exemple, la législation roumaine ne prévoit pas une séparation entre la gestion de l'hôpital et le corps des praticiens. En Roumanie, conformément à la loi sur la santé 95/2006, l'accès à la fonction de directeur d'hôpital est permis seulement aux médecins ayant un statut universitaire et aux médecins primaires (le plus haut degré de spécialisation médicale en Roumanie, supérieur au médecin spécialiste). L'absence d'une vraie professionnalisation des directeurs d'hôpital pourrait, par conséquent, conduire à une allocation des ressources peu efficace et à des choix d'investissements peu adéquats.

4. Des politiques envers le secteur pharmaceutique qui fragilisent les acteurs du marché tout en diminuant l'accès des patients aux traitements

Au nom de l'objectif d'améliorer l'accès des patients aux médicaments, la Roumanie mène un politique de très faibles prix des médicaments qui, en pratique, détériore l'accès au traitement pour les patients et détourne l'industrie pharmaceutique du marché. La méthodologie de calcul des prix²⁵ des médicaments remboursés en vigueur prévoit que le prix d'un médicament doit être égal ou inférieur au prix le plus bas parmi les prix pratiqués dans 12 pays européens de référence²⁶. En 2015, l'Ordre 703/2015 du ministère de la Santé a apporté des modifications à la méthodologie, dont notamment le controversé article 8.1 qui stipule que lors de la prochaine révision des prix, le prix d'un médicament innovant hors brevet ne doit pas dépasser le prix de référence de son générique, ce qui se traduirait par une réduction de 35% dans le prix de ces médicaments innovants. Programmée initialement pour juillet 2016, la nouvelle révision de prix a été reportée en 2017.

La mise en place d'un alignement entre le prix des molécules innovantes et génériques risque d'accroître des phénomènes déjà présents sur le marché des médicaments: **i) les exportations parallèles favorisées par l'écart entre les prix roumains et les prix pratiqués dans autres pays européens, ii) la réticence des laboratoires pharmaceutiques à enregistrer de nouveaux produits en Roumanie et iii) le retrait des différents produits du marché roumain car le nouveau prix ne permettra pas au laboratoires d'atteindre la rentabilité en raison des conséquences sur le prix de référencement dans les autres pays.** L'Association des Producteurs Internationaux des Médicaments (ARPIM) avait estimé que 120 produits risquaient d'être retirés du marché avec la version initiale de l'article 8.1. Si la moitié de ces 120 médicaments innovants avait de un à trois substituts génériques, pour environ 20 médicaments il n'existait aucun substitut générique, celui-ci étant déjà retiré du marché en raison des prix très bas. Il faut rappeler qu'en 2015 seulement, environ 1000 médicaments ont disparu du marché roumain. La pénurie de médicaments frapperait les patients roumains dont l'accès aux soins serait détérioré de manière quantitative et qualitative, les médicaments innovants ayant en générale une efficacité plus élevée. Les associations professionnelles de

²² Le phénomène des paiements informels est plus répandu dans les hôpitaux. Seulement 8% des personnes interrogées ont déclaré des paiements informels aux médecins de famille contre 15% aux médecins d'hôpital.

²³ Etude disponible sous <http://www.aid-romania.org/wp-content/uploads/2015/02/RAPORT-SONDAJ-SANATATEA-PARTEA-2-2015-02-11-PT-COMUNICAT1.pdf>.

²⁴ <http://www.hotnews.ro/stiri-esential-21453077-agentia-nationala-pentru-achizitii-publice-circa-25-30-din-contractele-achizitii-directe-facute-spitalele-din-romania-sunt-suspecte.htm>

²⁵ Entrée en vigueur en 2009 (l'Ordre 75/2009)

²⁶ République Tchèque, Bulgarie, Hongrie, Pologne, Slovaquie, Autriche, Belgique, Italie, Lituanie, Espagne, Grèce et Allemagne.

l'industrie pharmaceutique, les associations de patients et également le Collège des Médecins se sont opposés à cette mesure.

L'accès aux médicaments est également fragilisé par la taxe *claw back*²⁷, introduite en 2011 dans un contexte d'augmentation très rapide de la consommation de médicaments, après l'enlèvement du plafond de remboursement des médicaments en 2008. Son objectif est de combler le déficit du FNUAS, les recettes de la taxe contribuant au financement des dépenses pour des médicaments et des services médicaux. La taxe *claw back* s'applique à tous les producteurs et importateurs de médicaments et se calcule comme un pourcentage de l'assiette formée par la différence entre la consommation trimestrielle de médicaments et le budget public alloué aux médicaments. **Cette méthode de calcul, accompagnée par une augmentation continue de la consommation de médicaments, notamment des médicaments innovants plus chers, et par une allocation budgétaire pour les médicaments relativement stable, a conduit à l'augmentation de la taxe**, qui est passé de 20% de la vente de médicaments pour le 4^{ème} trimestre de 2013 à 25% au 4^{ème} trimestre de 2014. Ainsi, durant les premières deux années de son application, la taxe en valeur absolue a augmenté de 67%. La taxe contribuerait désormais au financement du budget de l'assurance maladie à hauteur de 20 % des recettes, soit l'équivalent de la totalité du déficit en 2014.

Les effets indésirables de la taxe *claw back*, instaurée dans un contexte de financement insuffisant des dépenses de santé, soulignent la nécessité **de réfléchir à un dispositif de prix des médicaments créant moins de distorsions de marché et des modalités pour augmenter la part des financements privés dans le système de santé.**

III. Un bilan mitigé des solutions proposées

1. Un cadre stratégique pour repenser le système de santé qui n'est pas encore implémenté

Les directions de réforme du système de santé sont formulées dans deux documents clés, la *Stratégie nationale pour la santé 2014-2020* et le *Plan multi-annuel pour le développement stratégique des ressources humaines de la santé 2017-2020*. Néanmoins, à ce stade, aucun des deux documents n'est opérationnel, les plans de mise en œuvre étant encore attendus.

En décembre 2014, la **Stratégie nationale pour la santé 2014-2020** a été adoptée. Ce document fixe des priorités à moyen terme pour le système de santé roumain, regroupées autour de trois axes : santé publique, services de santé et mesures transversales pour un système de santé soutenable. Sa mise en œuvre est une conditionnalité ex ante pour accéder aux fonds européens pour la période 2014-2020. L'un des éléments clé est le renversement de la pyramide des services de santé, où l'hôpital constitue actuellement la base, pour **créer un système de santé qui repose d'abord sur des services d'assistance médicale communautaire et de médecine primaire**. Cette nouvelle vision, serait, par conséquent une réponse aux problèmes actuels d'inégalité d'accès à la santé et de faible efficacité du système de santé.

Le Plan multi annuel pour le développement stratégique des ressources humaines de la santé 2017-2020²⁸, présenté par le ministère de la Santé en décembre 2016, rassemble les **mesures visant à améliorer les conditions de travail dans le secteur de la santé et à répondre au problème d'émigration du personnel médical**. Le plan propose entre autres la mise en place d'un centre des ressources humaines dans la santé, la création d'une base de données des ressources humaines de la santé, l'élaboration d'un mécanisme pour établir la nécessité de personnels de santé dans les territoires (en fonction des indicateurs de santé, de la démographie et des prévisions), l'application d'une politique de rémunération basée sur la performance et les résultats, la mise en place d'un cadre financier et non-financier pour faciliter l'exercice dans

²⁷ Ordonnance 77/2011 concernant l'établissement d'une contribution pour le financement des dépenses dans le domaine de la santé.

²⁸ Encore en attente d'être approuvée au MS.

les zones rurales. Au moment de la rédaction de cette note, ce plan n'est toujours pas opérationnel. Un plan de mise en œuvre devrait être développé conjointement par le ministère de la Santé et le ministère du Travail²⁹. Le seul point concrétisé à ce stade est **l'ouverture du Centre pour la Ressource Humaine dans la Santé**, institution qui fonctionnera au sein du ministère, annoncé pour avril 2017. Ce centre accordera notamment de l'assistance aux médecins roumains exerçant à l'étranger qui souhaitent revenir en Roumanie, a déclaré le ministre de la santé, M. Florian Bodog³⁰.

2. Des progrès reconnus dans la réduction des risques de corruption, malgré des initiatives actuellement bloquées par un manque de soutien politique

En ce qui concerne la réduction des risques de corruption, notamment la lutte contre les paiements informels, la Roumanie a enregistré récemment des progrès concrets³¹ avec la mise en place du nouveau système de retour d'expérience des patients (« *feedback* »). La **Stratégie Nationale Anticorruption 2016-2020 (SNA)**³² recommandait la révision du système de *feedback* afin d'obtenir des informations sur l'expérience des patients sans passer par les cadres médicaux, car cela pouvait éventuellement décourager les patients de signaler des actes de corruption. Dans l'ancien système de *feedback*³³, les patients pouvaient donner leurs avis sur la qualité des services et signaler des cas de corruption en complétant un formulaire papier. La collecte des formulaires et l'enregistrement de ces données dans un logiciel était confiés au personnel de l'hôpital. Ensuite, l'analyse des cas de corruption revenait aux Conseils d'éthique des hôpitaux, réunissant des représentants du corps des médecins et infirmiers et également un membre d'une association de patients. Ce système de *feedback* conduisait visiblement à des distorsions dans les résultats, tels qu'un niveau de satisfaction de 97,5% à l'échelle nationale, la gestion des évaluations étant confiée à ceux qui étaient évalués.

Suite à la recommandation formulée dans la SNA, en novembre 2016, de nouveaux actes législatifs ont été adoptés, visant à améliorer la capacité des patients à signaler des actes de corruption. **Un système de *feedback* par sms et formulaire en ligne a été mis en place.** Après avoir quitté l'hôpital, le patient est contacté automatiquement par sms et a le choix de répondre à un formulaire³⁴ soit par sms soit en utilisant un formulaire en ligne. Le patient a la possibilité de signaler un incident d'éthique et d'intégrité. Dans ce cas, la Commission d'Intégrité du Ministère de la Santé sera saisie à travers la plateforme du mécanisme de *feedback* et pourra ensuite contacter le patient pour vérifier les faits et, selon le cas, contacter les autorités habilitées. Les données sont traitées automatiquement par un service qui n'appartient pas au ministère de la Santé (Service de Télécommunications Spéciales), garantissant ainsi la fiabilité des données. Le nouveau système garantit l'anonymat des patients et la gratuité du service sms. Un projet pilote avait d'abord été implémenté dans 5 hôpitaux³⁵, rapportant un taux de réponse des patients contactés très satisfaisant.

Si des progrès concrets contre les paiements informels ont été réalisés, une initiative pour diminuer les risques de corruption dans les hôpitaux est actuellement bloquée par un manque de soutien politique. **Adoptée en novembre 2016, l'ordonnance d'urgence 79/2016**³⁶ **visé à modifier les dispositions concernant le recrutement des directeurs d'hôpitaux et à un ouvrir la compétition pour cette fonction à un nombre plus large de spécialistes.** Son but est d'augmenter la transparence du processus de recrutement et de réduire les risques de corruption et de politisation de ces institutions. Ainsi, le champ du conflit d'intérêt est

²⁹ Déclaration de Mme. Loreta Paun, conseiller pour la santé à l'Administration présidentielle.

³⁰ <https://www.agerpres.ro/sanatate/2017/04/01/bodog-de-luni-va-functiona-centrul-national-de-resurse-umane-pentru-medicij-care-vor-sa-revina-in-tara-12-28-14>

³¹ Le Rapport pays de la Commission européenne publié en 2017 mentionne les démarches pour la réduction des paiements informels comme le progrès le plus notable dans le secteur de la santé.

³² Adoptée en août 2016

³³ Implémenté en février 2015 par l'Ordre de Ministre de la santé 146/2015.

³⁴ Entre autres, les patients ont été interrogés sur leur degré de satisfaction par rapport aux services médicaux offerts en hôpital, à l'activité et l'engagement du médecin, à la propreté dans l'hôpital, à l'activité et l'engagement des infirmiers.

Les patients peuvent également indiquer s'ils ont acheté des médicaments ou d'autres matériels sanitaires durant leur séjour en hôpital, s'ils ont reçu des explications concernant le diagnostic et le traitement. La dernière sollicitation permet au patient de rapporter un incident d'éthique et d'intégrité qui se serait déroulé dans l'hôpital.

³⁵ <http://www.ms.ro/wp-content/uploads/2016/11/Referat-OMS-146-21-nov.pdf>

³⁶ Modifiant la loi de la santé 96/2006

étendu et des règles strictes d'incompatibilité sont mises en place. L'acte normatif établi l'existence d'un conflit d'intérêt dans le cas où l'épouse/l'époux, les membres de la famille ou les membres de la belle-famille du directeur occupent des fonctions de gouvernance dans le cadre du même hôpital. L'ordonnance prévoit aussi que la fonction de directeur d'hôpital et également d'autres fonctions du conseil de direction de l'hôpital sont incompatibles avec des fonctions de direction, gestion, administration et contrôle dans des partis politiques et sociétés commerciales. En janvier 2017, le Sénat a rejeté l'ordonnance, en affirmant qu'elle avait été adoptée sans la consultation préalable des acteurs concernés (les autorités locales sous la coordination desquelles se trouvent les hôpitaux, le Collège des médecins, institutions médicales universitaires)³⁷. La proposition se heurte aussi à l'opposition de certaines catégories de médecins, notamment les directeurs des hôpitaux universitaires, qui ne sont pas d'accord avec l'ouverture de l'accès à la fonction de directeur d'hôpital à une plus grande concurrence.

3. La définition du cadre légal pour l'assistance médicale communautaire – un premier pas essentiel pour réduire les inégalités en termes d'accès aux services de santé

Suivant les objectifs de la **Stratégie Nationale pour la Santé 2014-2020**, en mars 2017 a été publiée une ordonnance d'urgence (18/2017)³⁸ qui assure **le cadre législatif pour l'assistance médicale communautaire et pour le fonctionnement des centres communautaires intégrés**. Les activités des assistants communautaires et des centres intégrés – prévention, assistance médicale primaire – sont ciblées sur les populations vulnérables (personnes au chômage, personnes âgées, population Rom) et la population en milieu rural. Tenant compte du fait que cette population correspond en grande partie à la population qui n'est pas couverte par l'assurance maladie³⁹, ce type de service pourrait avoir un impact considérable à la fois sur l'amélioration de l'accès aux services de santé et sur l'amélioration des indicateurs de santé publique, notamment dans les territoires ruraux. Le financement des dépenses de personnel sera assuré par des ressources transférées du ministère de la Santé aux budgets locaux tandis que les dépenses pour le fonctionnement et la maintenance des centres intégrés seront assurées par des sources propres des budgets locaux. La coordination technique de l'assistance médicale communautaire sera assurée par le ministère de la Santé. Le ministre de la santé a récemment déclaré que la construction des centres intégrés sera financée par des fonds européens, dans le cadre du PO Régional. Il faut préciser que l'absence d'une réglementation de l'assistance médicale communautaire était un obstacle pour l'accès des financements européens pour la période 2014-2020. Un communiqué du ministère de la santé précise qu'environ 355 M EUR sont destinés à l'assistance médicale communautaire dans le cadre du PO Régional et PO Capital Humain.

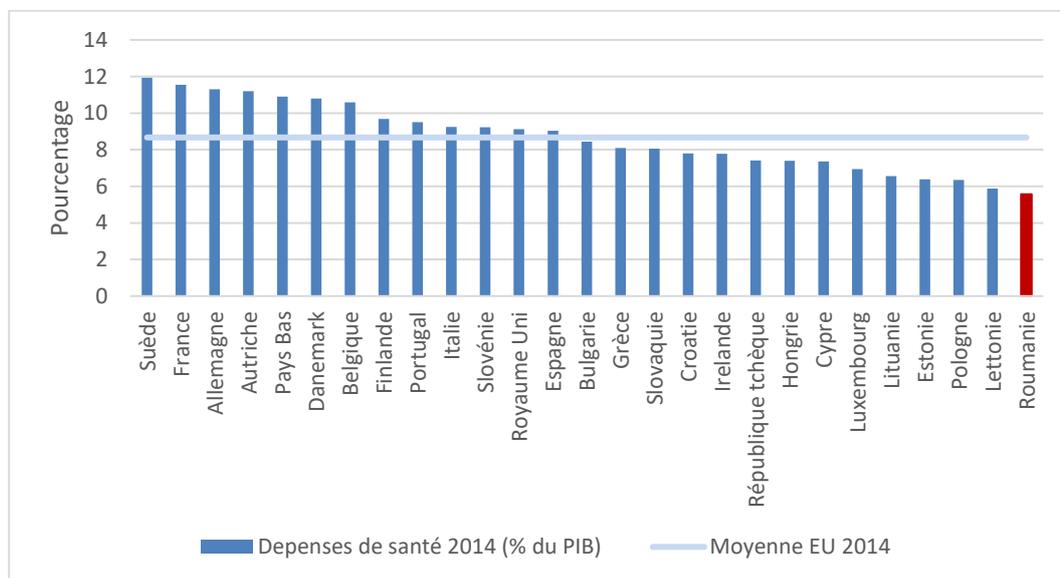
³⁷ L'ordonnance sera prochainement débattue par la Chambre des députés, la chambre décisionnelle en ce domaine.

³⁸ Un projet de loi très similaire avait été adopté en octobre 2016 par le gouvernement Ciolos, mais a ensuite été classé par le Sénat. L'actuel gouvernement a motivé le choix d'une ordonnance d'urgence en précisant que la réglementation de l'assistance médicale communautaire représente une conditionnalité ex ante pour l'accès aux fonds européens dans le cadre de la programmation 2014-2020.

³⁹ Selon l'OMS, seulement 86 % de la population est couverte par l'assurance maladie publique en Roumanie.

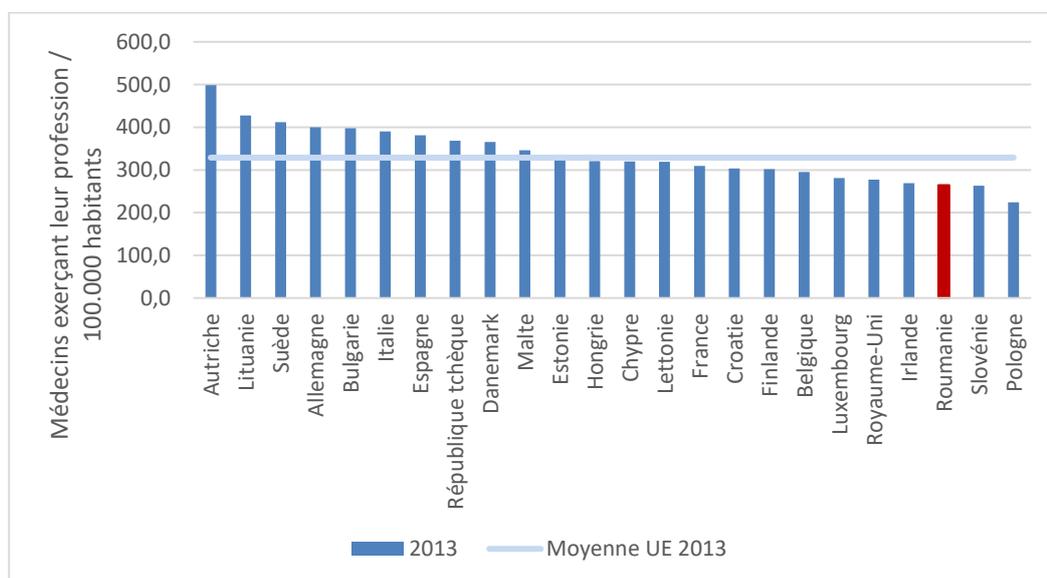
Annexe

Figure 1: Dépense de santé en % du PIB - pays de l'Union européenne - 2014



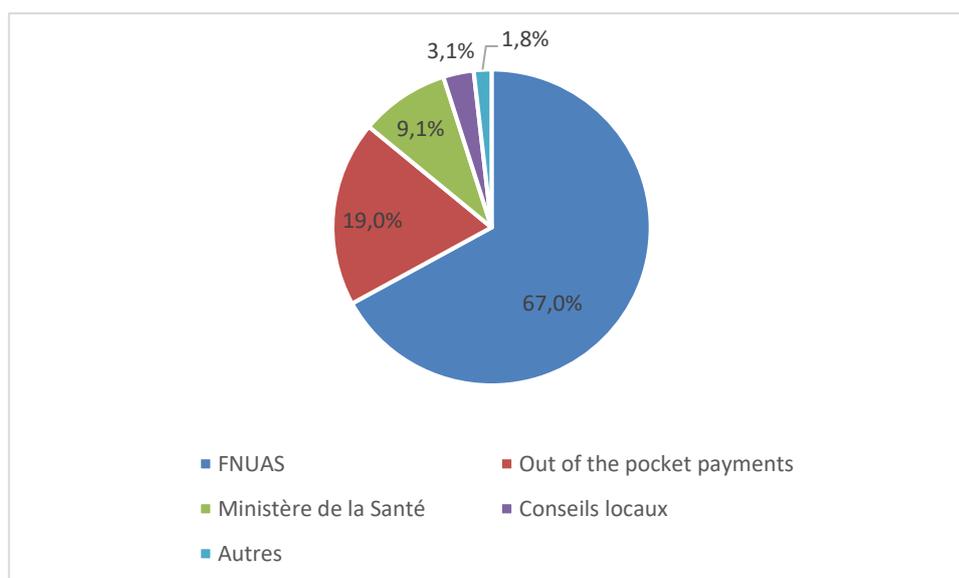
Source : World Bank

Figure 2: Nombre de médecins pour 100 000 habitants (2013)



Source : Eurostat

Figure 3: Dépenses de santé par source de revenu (2013)



Source: Romania Health System Review, WHO, 2016 (Données INS)

Note : Les dépenses dites “out of the pocket payments” n’incluent pas les paiements informels. Les assurances maladies privés sont incluses dans la section autres.

Tableau 1: Mesures comprises dans le projet de loi sur la grille de salaire dans le secteur de la santé

Médecins	2017	2018	% Augmentation	EUR
Médecin résident	2617	5700	118%	1266
Médecin spécialiste 5ème degré	4413	12375	180%	2750
Médecin primaire 5ème degré	5616	15625	178%	3472
Médecin primaire 5ème degré ATI	5987	16672	178%	3705

Infirmiers	2017	2018	% Augmentation	2022	% Augmentation
Infirmier débutant (études supérieures)	1420	1704	20%	3950	132%
Infirmier moyen (études moyennes, ancienneté maximale)	1908	2290	20%	4625	102%
Infirmier principal (études supérieures)	2488	2986	20%	5108	71%

Clause de non-responsabilité - Le service économique s’efforce de diffuser des informations exactes et à jour, et corrigera, dans la mesure du possible, les erreurs qui lui seront signalées. Toutefois, il ne peut en aucun cas être tenu responsable de l’utilisation et de l’interprétation de l’information contenue dans cette publication.