

Mémoire n° 109

Octobre 2007

**LE SYSTEME HOSPITALIER
BULGARE SUR FOND DE
REFORME DEPUIS 1989**

Lila Gounéva

*Ce mémoire a été réalisé dans le cadre du DESS
en économie et management de la santé - Master
in Health Economics and Management (MHEM)*

MEMOIRE DU DIPLOME POSTGRADE EN ECONOMIE ET
MANAGEMENT DE LA SANTE

Le système hospitalier bulgare sur fond de réforme depuis 1989

Présenté et soutenu par : Lilia Gounéva

Diplômée en Finances de l'Université d'économie nationale et mondiale, Sofia, Bulgarie

Directeur de mémoire : Monsieur le Professeur Gianfranco Domenighetti,
Université de Lugano
Professeur invité à la Faculté des HEC de l'Université de Lausanne

Expert : Monsieur Thomas Vogel
Swiss Tropical Institute, Bâle

**Institut d'économie et management de la santé
Université de Lausanne**

TABLE DES MATIERES

1. Introduction.....	4
2. La Bulgarie et son système de santé.....	5
2.1 Bref aperçu géographique et historique de la Bulgarie.....	5
2.2. Le système de santé en Bulgarie.....	5
2.2.1 Le système sanitaire de 1878 à 1944 : organisation et fonctionnement.....	6
2.2.2 « Le régime du peuple » après 1944 et l'organisation de la santé.....	7
3. Les hôpitaux en Bulgarie sur fond de réformes.....	8
3.1 Nécessité de la réforme du système des soins en Bulgarie après 1989.....	9
3.2 Première étape des réformes entreprises 1990-1996.....	12
3.2.1 Le contexte politique et socio-économique.....	12
3.2.2 Les tentatives de réformes dans le secteur hospitalier.....	13
3.3 Deuxième étape des réformes entreprises 1997-2001.....	14
3.3.1 Le contexte politique et socio-économique.....	14
3.3.2 La construction d'un nouveau système de santé.....	15
3.3.3 Les résultats et les problèmes non résolus.....	18
3.4 Troisième étape des réformes entreprises 2001-2005.....	19
3.4.1 Le contexte politique et socio-économique.....	19
3.4.2 Les avancées hésitantes du processus de réforme.....	20
3.4.3 Les résultats et les problèmes non résolus.....	21
3.5 La situation aujourd'hui.....	23
3.5.1 Observations générales.....	23
3.5.2 Problèmes identifiés dans le secteur hospitalier public.....	24
4. Etude de cas : L'association régionale des hôpitaux de la région de Stara Planina	27
5. Conclusions.....	30
6. Bibliographie.....	31
7. Annexes.....	32

Abréviations

ARH	Association Régionale des Hôpitaux
BGL	Lev Bulgare
CNAS	Caisse Nationale d'assurance santé
CNIS	Centre National d'information sanitaire
CP	Clinical Pathway
DDC	Direction du Développement et de la Coopération
DFAE	Département Fédéral des Affaires Etrangères
MDL	Mouvement des droits et libertés
MNSII	Mouvement National Siméon II
MS	Ministère de la santé
PIB	Produit Interne Brut
PSB	Parti socialiste bulgare
UE	Union Européenne
UFD	Union des forces démocratiques
UMB	Union des Médecins en Bulgarie

1. INTRODUCTION

Les changements survenus en Bulgarie en 1989 ont complètement retourné l'environnement politique et socio-économique du pays et ont logiquement influencé son secteur sanitaire. D'une économie de type centralisée et planifiée, avec un secteur étatique ayant un monopole dans tous les domaines, la Bulgarie s'est brusquement retrouvée devant la nécessité d'entreprendre des réformes de libéralisation des processus politiques et socio-économiques afin de permettre la démocratisation de l'état et le développement d'une économie de marché.

Dans ce contexte la réforme du système de santé en Bulgarie, et en particulier la réforme hospitalière, a connu et connaît un développement tortueux et extrêmement difficile. Ces dernières années l'état bulgare abdique de ses responsabilités sur la réforme dans le secteur hospitalier. Ceci provoque une détérioration des soins fournis aux patients et favorise la corruption.

L'objectif principal du présent mémoire est de décrire le système hospitalier bulgare dans les conditions de la réforme sanitaire entreprise depuis 1990 et les raisons des difficultés qui empêchent l'application d'une réforme réelle dans ce secteur.

Dans la première partie nous décrivons le système de santé de la Bulgarie sur un plan historique afin de présenter le développement et les différents changements et réformes qui l'ont transformé durant les années avec une attention particulière en ce qui concerne les hôpitaux.

Dans la deuxième partie le système hospitalier en Bulgarie est présenté depuis 1989 jusqu'à nos jours en essayant d'identifier les principaux résultats et défaillance de l'impact de la réforme sanitaire sur le développement du secteur hospitalier.

Enfin, dans la troisième partie une étude de cas se basant sur des recherches et interviews menées auprès de 10 hôpitaux membre de l'Association Régionale des Hôpitaux « Stara Planina » afin de sonder directement la situation sur le terrain, ainsi que d'identifier les problèmes auxquels sont confrontés quotidiennement les directeurs de ces 10 établissements et leurs attentes futures, est présentée.

Pour atteindre ces objectifs, l'auteure du présent mémoire s'appuie sur :

- des informations, des statistiques et des rapports du Ministère de la Santé de Bulgarie, le Ministère des finances et d'autres institutions étatiques telles que la Caisse Nationale d'assurance-Maladie, le Centre d'information sanitaire etc.
- de la documentation portant sur la gestion du système sanitaire, l'économie de la santé, la santé publique, la réforme économique et, évidemment, la réforme des systèmes de santé
- des contacts directs sous formes d'interviews avec des professionnels du secteur hospitalier, ainsi que des acteurs-clé et avec le personnel médical.

2. LA BULGARIE ET SON SYSTEME DE SANTE

2.1. Bref aperçu géographique et historique de la Bulgarie

La Bulgarie est un état de la péninsule balkanique qui est situé entre le Roumanie au nord, la Serbie et la Macédoine à l'ouest, la Grèce et la Turquie au sud et est baignée par les eaux de la Mer noire à l'est.



La Bulgarie s'étend sur une superficie de 110 910 km² et compte une population de 7 707 495 d'habitants, avec une densité de 69,5 hab. /km².

Bien qu'historiquement la Bulgarie ait été fondée au 7^{ème} siècle par le Khan Asparukh, C'est un relativement jeune état qui a proclamé son indépendance en 1878 après avoir fait partie pendant 5 siècles de l'Empire Ottoman.

A la fin de la Seconde Guerre mondiale, plus précisément le 9 septembre 1944, la Bulgarie entre dans la sphère d'influence de l'URSS et devient elle-même une soi-disant "démocratie populaire" (en fait une dictature totalitaire) en 1946. La domination soviétique s'achève en 1990, quand ont eu lieu les premières élections multipartites.

La Bulgarie rejoint l'OTAN en 2004 et fait partie de l'Union européenne depuis le 1^{er} janvier 2007. Elle a signé son traité d'adhésion le 25 avril 2005 à Luxembourg.

2.2 Le système de santé en Bulgarie

Durant des siècles les bulgares ont été privés d'une aide médicale, ainsi que d'hôpitaux. Pour la plupart ils se fiaient à la médecine populaire et aux guérisseurs locaux. Le premier hôpital bulgare voit le jour en 1827 dans la région de Plovdiv et est l'œuvre caritative d'un ordre catholique, qui d'ailleurs quitte peu après le pays sans laisser d'archives. Le premier hôpital militaire turc qui s'ouvre par la suite aux civils est fondé en 1837 dans le nord-est du pays (Shoumen). Par la suite d'autres hôpitaux militaires turcs voient le jour dans plusieurs villes bulgares. En 1866 Maurice de Hirsch, le fondateur des Chemins de fer d'Orient,

organisa pour ses ouvriers travaillant sur la construction de ses lignes ferroviaires, un service médical selon les dernières tendances européennes.

Nous allons essayer de décrire ci-dessous les deux étapes qui ont marqué le fonctionnement et l'organisation du système de santé bulgare contemporain : i) depuis l'indépendance de l'empire ottoman en 1878 jusqu'à 1944 et ii) de 1944 à 1990.

2.2.1 Le système sanitaire de 1878 à 1944 : organisation et fonctionnement

A la fin du XIX-ème siècle après la proclamation de l'indépendance de l'empire ottoman, les services de santé financés par la collectivité furent introduits.

Entre 1879 et 1903 des lois régissant la santé furent votées et des structures sanitaires furent construites. Des médecins régionaux et municipaux furent nommés à partir des médecins privés locaux pour toutes les villes ayant une population de plus de 4000 habitants. Les aides-médecins (*feldshers*) furent basés dans les villages et travaillèrent en partie dans le privé. Des améliorations dans l'hygiène et l'assainissement furent effectuées. Les grands hôpitaux publics furent construits durant la guerre russo-turque et des soins hospitaliers pour les pauvres, à la charge de l'état furent introduits.

La première loi de santé publique fut approuvée en 1903. Certaines structures de soins privées furent construites au début du XX-ème s. (hôpitaux, sanatoriums et polycliniques). Un système d'assurance sociale et de santé qui intégrait les petits fonds existants jusqu'à ce moment, fut mis en place dès 1924. Tous les fonctionnaires de l'Etat, les employés des entreprises publiques et privées, ainsi que les ouvriers dans les fermes étaient obligés par la loi d'avoir une couverture d'assurance en cas d'accidents et de maladies, ainsi que de se cotiser pour des congés de maternités et la retraite. 2/3 de ce fond d'assurance était constitué par des sources en provenance des employeurs et de l'état et 1/3 par les cotisations des employés.

La Croix Rouge bulgare offrait également une large variété de services médicaux. L'université de médecine fondée en 1918 devint un centre de recherche médicale. En 1929 la loi populaire de la santé fut votée. La responsabilité de la maintenance des structures de soins fut transférée de l'Etat aux municipalités. Des services de maternité et de prévention comme l'immunisation furent développés en même temps que les services sanitaires dans les écoles, la promotion de la santé et l'hygiène. Un réseau de « médecins de famille » pratiquait la médecine de famille. La communauté rurale obtenait graduellement un meilleur accès aux soins.

La couverture de l'assurance-maladie s'étendait peu à peu et en 1948 presque 70% de la population en bénéficiait.

Un ministère de la santé fut créé en 1944 afin de gérer et coordonner le système de santé qui comportait un secteur public assez bien développé et un secteur privé de moindre taille.

Selon des statistiques de la période 1943-1946 (voir tableau 1 ci-dessous), pour une population d'environ 7 millions de personnes, on dénombrait 161 hôpitaux, dont 74 publics avec 7905 lits et 87 privés avec 1764. Bien que plus nombreux, les hôpitaux privés comptaient presque 5 fois moins de lit que les publics. 5 hôpitaux municipaux comptant 278 lits étaient également ouverts.

Tableau 1 (1943-1946)

Type d'établissement	Nombre	Lits
Hôpitaux publics	74	7'905
Hôpitaux privés	87	1'764
Hôpitaux municipaux	5	278
Hôpitaux appartenant à	10	1'004

diverses organisations (Assurances, Croix-Rouge, Eglise catholique, Ministères etc.)		
Centres gynéco-obstétriques	26	186
Institutions psychiatriques	8	1'135
TOTAL	210	12'272

Pour une population d'environ 7 millions de personnes, cela signifie 1.75 lits/1000 personnes, ce qui par rapport aux autres pays européens (pays européens occidentaux 10 lits/1000 personnes, pays voisins de la Bulgarie-2 lits/1000 personnes) classait la Bulgarie parmi les derniers. Les conditions dans la plupart des hôpitaux étaient vétustes et nécessitaient de sérieux investissements en vue d'une meilleure prise en charge des patients.

Dans cette même période (1943-1946) la Bulgarie comptait 3708 médecins, 824 dentistes, 1070 sages-femmes, 372 infirmières et 826 feldshers (aides-médecins). 1 médecin couvrait donc une population moyenne de 1900 personnes et une infirmière de 18'800.

Cependant, il est intéressant de souligner que seulement 806 médecins étaient basés dans les villages qui comptent alors $\frac{3}{4}$ de la population bulgare et 2902 ont leur cabinet ou travaillent dans les hôpitaux en ville. Chaque médecin de campagne (des 806 en activité) doit couvrir plus de 6500 personnes, contre 651 pour leurs collègues urbains que 603. La situation pour les infirmières est pire.

Ceci est une des raisons majeures qui explique par la suite l'augmentation considérable dans les 20 années suivantes du nombre de médecins et d'infirmières, étant donné que le Ministère de la santé populaire se pose comme objectif primordial cette augmentation via le développement des études secondaires et supérieures dans ce domaine.

2.2.2 Le « régime du peuple » après 1944 et l'organisation de la santé

En 1948 l'administration communiste commença à remplacer le système d'assurances existant avec le modèle soviétique dit « Semashko » du nom du fondateur du système de santé publique de l'URSS. En appliquant ce modèle, les autorités commencèrent une nationalisation massive des hôpitaux privés et des pharmacies. Les compagnies d'assurances furent abolies. L'association médicale bulgare créée en 1901 fut également abolie. Le ministère de la santé prenait toutes les décisions officielles quant à l'organisation du système de santé, l'éducation médicale, le financement et l'approvisionnement en services médicaux de la population et, enfin, veillait au cadre idéologique imposé pour toutes les activités, y compris dans le domaine de la santé, par le parti communiste au pouvoir. La Bulgarie fut divisée en régions administratives qui s'appliquaient également au domaine de la santé, dont le nombre variait de 9 à 28 selon les années.

Des polycliniques furent introduites afin de s'occuper des soins primaires et furent intégrées dans les hôpitaux.

Les jeunes médecins devaient obligatoirement après la fin de leurs études exercer pendant 3 ans dans des régions rurales et assez éloignées des grandes villes.

Chaque professionnel de la santé recevait un salaire fixe indépendant de la quantité et la qualité de son travail.

Tout ce système était régi par une seule loi - la Loi populaire pour la santé. Le système était financé via les impôts collectés au niveau central. Le ministère de la santé n'était responsable que de 25% du budget total de la santé. Plus de 50% était géré et distribué par le ministère des finances via les municipalités. Le reste était géré par d'autres institutions

étatiques comme le ministère de la défense, le ministère de l'intérieur ou des transports qui maintenaient des structures de santé propres. L'Etat encourageait d'autres structures parallèles comme les réseaux sanitaires dans les écoles et le système de santé au travail.

Le côté positif de ce système fut la mise en oeuvre de services et structures sanitaires qui avaient pour objectif d'éradiquer les maladies infectieuses comme la tuberculose et le paludisme. En construisant des centres pour le contrôle des maladies infectieuses dans tout le pays et en assurant la couverture extensive de l'immunisation, cette politique a pu réduire la mortalité infantile et augmenter l'espérance de vie de la population.

Le système de santé dans cette période se développe principalement comme un système curatif en n'impliquant aucun élément de santé publique et donc de prévention, exception faite pour l'immunisation. Un réseau extrêmement dense de services sanitaires, d'hôpitaux et de cliniques de maternité fut développé dans les zones rurales.

Dans les années 60 et 70 du siècle dernier de nouveaux hôpitaux furent construits et d'anciens furent élargis. 5 nouvelles universités de médecine ouvrirent leurs portes ce qui contribua à l'augmentation des cadres médicaux.

Pour palier également à la répartition inégale des spécialistes médicaux (voir plus haut dans 2.2.1), le Gouvernement décida d'investir dans le développement des études supérieures et secondaires afin d'augmenter le nombre de médecins, infirmières, dentistes et feldshers. Malgré cela, le système n'incitait pas la provision de soins de qualité. Il ne s'adaptait pas aux besoins des patients et était extrêmement inefficace. Bien que fournissant des services libres d'accès couvrant tout le pays, le système de santé n'était pas en position de répondre aux nouveaux besoins suite à l'augmentation importante des maladies chroniques

Avec la détérioration de l'économie et la diminution des finances nécessaires pour entretenir ce système, la demande de soins excéda l'offre et la qualité baissa encore plus, bien que des coupures et des manques en termes de moyens financiers et de consommables et équipements ne furent jamais officiellement déclarés.

En suivant de très près le modèle soviétique de système sanitaire, le système des soins en Bulgarie se développa comme un système basé sur l'offre, et non sur l'équilibre entre l'offre et la demande. Le modèle imposé de la sorte définit par la suite le développement extensif du système des soins, duquel on attend uniquement une offre de services. Voilà pourquoi, la planification des services, ainsi que des établissements ne fut nullement liée aux besoins et à la demande.

3. Les hôpitaux en Bulgarie sur fond de réformes

Les changements de 1989

Les changements, comme on appelle timidement les événements de 1989, marquèrent la naissance d'un nouveau monde pour les peuples de l'Europe de l'Est, y compris pour la Bulgarie. Son changement eut lieu le 10 novembre 1989 avec la chute du pouvoir de Todor Jivkov, chef suprême de l'état depuis 1956.

Une démocratisation de l'état, ainsi que l'avènement d'une économie de marché sont deux processus intrinsèquement liés qui influenceront également et logiquement le système de la santé de la Bulgarie, mais qui se développèrent pendant une période de transition dont la fin pour certains pays est encore discutable, y compris la Bulgarie malgré son adhésion à l'Union Européenne (UE).

3.1 Nécessité de la réforme du système des soins en Bulgarie après 1989

Contenu et définition de la réforme du système de santé

Une “réforme sanitaire” représente selon L. Brown (1984), un ensemble d’ « **activités qui changent les politiques sanitaires et les institutions** ». Celle de A. Cassels (1995), selon lequel la réforme d’un système de santé inclut la définition de priorités, une meilleure politique et une réforme des institutions est assez proche de la précédente. Ces deux définitions délimitent assez clairement le champ de compréhension de “la réforme sanitaire”. Toujours dans le même esprit de développement démocratique et de changements structurels radicaux, sont les définitions de R. B. Soltman et J. Figueras (1997) qui soulignent que dans les différents pays les réformes sanitaires ne doivent pas négliger les caractéristiques nationales. Ces deux auteurs définissent les éléments-clé d’une réforme d’un système de santé surtout par rapport à la démarche utilisée lors de la planification et de la réalisation de cette réforme:

- Changements des objectifs du système de santé, suivis par des changements structurels ;
- Un effort constant, au lieu de changements chaotiques,
- Des changements durables et à long terme, au lieu de changements instables et pour un court laps de temps ;
- Couvrir tous les niveaux du changement voulu : national, régional et local.

Pour être cohérent tout au long de ce document, l’expression “réforme du système de santé” signifiera: un processus propre à chaque système de santé pendant son développement, dans lequel en même temps ou consécutivement sont introduits des changements dans la politique de santé et la base législative, dans les relations économiques, les institutions, ainsi que dans l’organisation et la structure du système, qui ont pour objectif d’améliorer la réalisation de la mission du système et d’augmenter son efficacité en ce qui concerne la santé de la population.

Suite à ce qui est mentionné plus haut (voir 2.2.2), ainsi qu’au profil extensif de développement qui est typique pour ce modèle de système de santé, on peut affirmer que vers 1990 nous avons 3 raisons principales qui nécessitent une réforme du système de santé bulgare :

I) L’état de santé de la population est mauvais et continue de s’aggraver

Pour avoir un aperçu de l’état de santé de la population bulgare en cette année 1989, il est intéressant de comparer les données suivantes :

Tableau 2

Taux brut de mortalité/1000 personnes **Années**

Pays	1960	1970	1989
Hongrie	10.2	11.4	13.4
Tchécoslovaquie	9.2	11.0	11.4
Roumanie	8.6	9.2	10.8
Pologne	8.6	8.0	9.8
URSS	7.1	8.5	9.8
Bulgarie	8.1	9.1	12.0
Autriche	12.7	12.7	11.2
France	11.4	11.8	11.2
Allemagne	10.0	10.3	11.2
Suède	9.5	9.6	11.1
Finlande	9.0	9.6	9.7
USA	9.3	9.6	8.8
Canada	7.8	7.4	8.2

Le taux de mortalité est un des indicateurs de la santé d'une population. Il est inquiétant de noter dans ce tableau que la Bulgarie est le seul pays dont le taux de mortalité augmente de 4/1000 ou de 50%. C'est d'autant plus inquiétant que même en éliminant l'influence du facteur de vieillissement de la population le taux de mortalité reste élevé.

Etant donné que le tableau ci-dessus nous présente des données concernant le taux brut de mortalité, il nous semble utile de présenter également la structure de la mortalité par âge pendant cette période, comme suit :

Tableau 3 Taux de mortalité par âge/1000 personnes en Bulgarie pour la période 1970-1990

Année	Groupes d'âge									
	Total	< 1 an	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 et plus
1970	9,1	27,3	0,8	0,6	1,0	1,5	3,2	8,1	22,4	84,2
1980	11,1	20,2	0,7	0,6	1,0	1,6	3,6	9,1	24,3	88,1
1985	12,0	15,4	0,7	0,6	1,0	1,7	4,0	9,8	22,9	90,4
1990	12,1	14,8	0,6	0,6	1,0	1,8	4,2	9,9	23,2	91,9

Comme il est visible le taux de mortalité est le plus élevé dans les groupes d'âge de 70 et plus, 60-69 et les moins de 1 an.

L'espérance de vie moyenne en 1989 est de 71,22 années – 68,02 pour les hommes et 74,66 pour les femmes. Pour comparaison en 1960 l'espérance de vie moyenne est de 69.59 et en 1975-71,31. C'est d'ailleurs à partir de cette année qu'elle commence progressivement à baisser.

II) La capacité organisationnelle et de gestion du système est réduite

L'analyse du tableau 4 ci-dessous montre que dans la période 1980-1990 il y a une augmentation des lits et en même temps une baisse du taux d'hospitalisation en 1995 dans les villages et une stagnation du taux d'hospitalisation pour les villes, ce qui signifie une réduction de l'utilisation d'une ressource matérielle importante du secteur hospitalier – les lits, ceci entraînant des dépenses supplémentaires totalement injustifiées. Mais étant donné le financement budgétaire fixe existant pendant cette période, la stabilité financière de l'hôpital est garantie indépendamment de la qualité et de la quantité de son activité.

Tableau 4

	1980	1985	1990	1995
Etablissements hospitaliers TOTAL dont :	248	251	256	289
Hôpitaux régionaux	28	28	29	29
Hôpitaux Municipaux	117	114	91	98
Lits TOTAL dont :	78'740	81'691	88'027	89'190
Lits Hôpitaux Régionaux	24'667	26'630	28'750	28'913
Lits Hôpitaux Municipaux	23'735	24'418	24'871	25'747
Hospitalisations hôpitaux régionaux	570'369	641'527	641'674	559'219
Hospitalisations hôpitaux municipaux	549'858	589'492	523'707	529'076
Taux d'hospitalisation sur 100 personnes :				
Dans les villes	17.6	19.3	19.6	17.7
Dans les villages	15.3	16.7	14.8	13.4
Occupation des lits Hôpitaux Régionaux (en jours)	324	318	289	237
Occupation des lits Hôpitaux Municipaux (en jours)	304	239	259	222

Nous sommes témoins d'un phénomène assez paradoxal qui est le fait de sous-utiliser les ressources disponibles (ressources humaines, matérielles, financières), mais en même temps d'accroître la capacité du système. Ce processus est une fois de plus expliqué avec le développement déséquilibré et extensif du système— un modèle qui mène à une dépense incontrôlée et insensée des ressources et qui se caractérise avec une piètre qualité des soins.

Il faut souligner que les principaux facteurs d'équilibre du système socialiste des soins en Bulgarie vers 1989 qui garantissaient la stabilité d'un système de santé adéquat était gravement atteints (voir pour certains quasi-inexistants) plus précisément pour ce qui concerne :

- la demande et l'offre des services de soins ;
- le secteur public et le secteur privé ;
- le secteur de prévention et de promotion et le secteur curatif ;
- les soins de santé primaires et le secteur hospitalier ;
- les soins de santé primaires et les soins spécialisés ;

III) Incompatibilité entre le statut du système de santé existant en 1990 et les conditions économiques, politiques et sociales qui ont commencé à changer radicalement en Bulgarie pendant cette année.

Cette troisième raison qui nécessite la réforme du système de santé est externe au système – les profonds changements dans la vie politique et les nouvelles relations économiques apparues après 1989. Bien qu'externes, ces facteurs ont une importance cruciale en ce qui concerne les principes et les directions à suivre dans la réforme du système de santé.

La principale contradiction qui est à la racine de bien d'autres incompatibilités, est l'héritage du monopole de l'état sur le système sanitaire bulgare d'un côté, et les demandes/conditions posées par l'économie de marché et la démocratisation des processus socio-économiques, de l'autre.

Le monopole socialiste de l'Etat sur la propriété, le financement et la gestion du système, imposé en 1948-1950 et renforcé en 1973 avec l'interdiction absolue de la pratique privée, exclut toute sorte de propriété exceptée celle de l'état. Le financement du système de santé se fait entièrement par le budget de l'état. Le fait que le système de santé d'un état socialiste ne produit pas de richesses et fait donc partie du secteur dit « non productif » est largement imposé dans les esprits de cette époque. Les budgets sont donc « historiques » et sont établis d'une manière centralisée sur la base des ressources de l'année précédente avec éventuellement une augmentation des lits et des postes de médecins/infirmières ou aides-soignants. Les investissements sont également définis au niveau central selon le plan général et la tâche principale de chaque établissement sanitaire est de réaliser ce plan. Dans ce système il n'y a pas d'autres moyens de gestion et de régulation que les moyens administratifs et hiérarchiques. Il y a un manque total de mécanismes d'auto-régulations (surtout dans le domaine économique) ce qui amène à une augmentation de l'appareil administratif qui doit compenser ce manque. Le manque de choix pour les patients par rapport aux établissements et aux médecins est également en vigueur dans ce système. La rémunération des professionnels de la santé est non seulement faible par rapport à leur confrères des pays occidentaux mais également par rapport aux personnes employées dans d'autres secteurs économiques.

3.2 Première étape des réformes (?) entreprises 1990-1996 : planification communiste et réalisation postcommuniste du processus de réforme

3.2.1 Le contexte politique et socio-économique

La chronologie qui est proposée ci-dessous n'est pas inutile, car elle contient une grande partie de l'explication du tortueux et difficile développement du processus de réforme de système de santé bulgare.

Le début de cette période est durant les derniers mois de 1989 pendant lesquelles l'état est entièrement dominé par le Parti Communiste Bulgare (premier ministre : Guéorgui Atanassov). Même après les changements du 10.11.1989 (date à laquelle Todor Jivkov, chef suprême de l'état est blâmé par son parti), la situation politique ne change pas car ce sont deux gouvernements communistes qui se succèdent et qui ne permettent pas le recours à d'experts indépendants dans le domaine de la santé. Ceci va avoir lieu avec le troisième gouvernement dit « indépendant » de Dimitar Popov (Décembre 1990-Novembre 1991), duquel font partie des experts indépendants, ainsi que des experts des partis de l'opposition. Les gouvernements qui se succèdent à des périodes relativement courtes n'arrivent pas à mettre en œuvre une stratégie à l'échelle nationale quant à la réforme générale de l'économie, ainsi que le développement du processus de démocratisation : Novembre 1991-Novembre 1992 – Gouvernement de l'Union des Forces Démocratiques (UDF) ; Décembre 1992-Octobre 1994 – Gouvernement d'experts ; Octobre 1994-Janvier 1995 – Gouvernement d'experts ; Janvier 1995-Février 1997 – Gouvernement du Parti Socialiste Bulgare (ex-communiste) (PSB). Toute cette période est caractérisée par une situation économique qui s'aggrave d'année en année : inflation grimpante, pouvoir d'achat de la population dégringolant, des tentatives de réformes dans le secteur économique qui n'aboutiront jamais etc.

En Octobre 1990, le chef économiste de la chambre du commerce des Etats-Unis d'Amérique, Richard W.Rahn en collaboration avec un autre économiste américain, Ronald Utt, élabore le « *Bulgarian Economic Growth and Transition Project* », un document de 600 pages largement discuté et qui était censé être le carnet de route pour la Bulgarie afin de l'aider dans sa transition vers une économie de marché et vers le développement du processus de démocratisation. On ne saura pas pourquoi, les dirigeants de la Bulgarie pendant cette période (le PSB, ex-communiste) ont préféré confier cette tâche si cruciale aux USA et non à l'Union Européenne. Etait-ce à cause de la renommée du plan Marshall d'après la Seconde Guerre Mondiale ou à cause d'autres raisons d'ordre beaucoup plus pratiques – on ne le saura peut-être jamais. Une des principales recommandations pour le secteur social proposée dans ce document était, afin de ne pas créer d'obstacles à la réforme économique, que le gouvernement fournisse aux bulgares assez de nourriture, de logements et de soins médicaux afin de mener à bien la réforme économique. En même temps, le Plan Rahn-Utt préconisait de ne pas mener une réforme du système sanitaire avant que celle du secteur économique et politique ne soit achevée avec succès - une raison de plus pour repousser dans le temps la réforme dans ce domaine.

Malgré l'adoption officielle du Plan Rahn-Utt et la bonne volonté publiquement affichée par tous les partis politiques de l'appliquer, les 6 gouvernements qui dirigèrent la Bulgarie en cette période de 7 ans n'ont permis le déploiement d'aucune stratégie à échelle nationale quant à la réforme générale de l'économie, ainsi que le développement du processus de démocratisation.

3.2.2 Les tentatives de réformes dans le secteur hospitalier

Dans le système en général

Pour la période 1989-1996, on ne peut pas parler d'un début du processus de réforme radical dans le système, mais plutôt de changement partiels. Ceci s'explique par le manque

d'un concept global concernant les réformes à entreprendre dans tous les domaines, ainsi que les politiques à appliquer. Il n'y a aucune continuité entre les gouvernements qui se succèdent pendant ce septennat. Il est également important de souligner la crise économique qui atteint son apogée lors du gouvernement du PSB en février 1997 dont le signe distinctif est une hyperinflation qui dévalorise la devise nationale et le salaire moyen mensuel tombe alors à 5-6 USD. Les dépenses pour la nourriture d'un ménage augmentent en conséquence : en 1995, elles représentent 46.2% du budget familial et en 1997 – 54,3%.

Pour cette période 1989-1996, il n'y a pas de documents stratégiques qui soient largement discutés et surtout approuvés par les partis politiques sur lesquels la réforme sanitaire peut se fonder.

Les changements partiels mentionnés plus haut se résument à trois qui sont particulièrement importante :

A) Limitation du monopole de l'état avec la *réhabilitation du secteur privé* ;

B) *Décentralisation et démocratisation* qui touchent directement la gouvernance des hôpitaux publics, ainsi que les polycliniques et ambulatoires. Le Décret issu en 1991 prévoit que l'Assemblée générale est la plus haute instance dans un hôpital, suivent après le Conseil médical et la direction administrative. Pour la première fois depuis 1944, des principes d'autogestion et d'ouverture vers le monde extérieur comme signe de démocratisation et transparence accrue (des représentants des syndicats et des organisations professionnelles, ainsi que des représentants de l'Etat ou de la Municipalité peuvent devenir membres de l'Assemblée Générale avec droit de vote ; sans droit de vote font aussi partie des représentants de compagnies, banques, fondations, ONG et citoyens). Malgré toutes ces bonnes intentions, l'impact de ce changement reste quelque peu isolé car il n'est pas accompagné par d'autres changements concernant le statut général et plus particulièrement économique des hôpitaux, ce qui en conséquence, ne permet pas le développement de nouvelles relations et processus propices à une éventuelle réforme du secteur.

C) Formulation du concept d'introduction d'un *système d'assurance-maladie*.

Ce système ne fut pas introduit durant cette période, mais fut l'objet de discussions publiques intenses. Grâce à ces discussions, l'idée de l'assurance-maladie commença à frayer son chemin et à trouver progressivement le soutien nécessaire parmi la population qui commença, ensemble avec les professionnels de la santé, à l'identifier comme le pilier de la future réforme. De cette façon, bien avant son introduction, l'assurance maladie devient en quelque sorte une condition de la réforme. Pendant cette période, beaucoup d'équipes composées de consultants étrangers et bulgares travaillèrent à l'élaboration du modèle d'assurance maladie bulgare.

Dans le secteur hospitalier

La situation des hôpitaux ne s'améliore guère pendant cette période : la situation financière de la plupart est catastrophique, les équipements sont obsolètes et l'infrastructure vétuste. Le Décret mentionné plus haut qui concerne la gouvernance des hôpitaux est bien accepté par le milieu professionnel. En revanche, la Commission pour la santé, la jeunesse et les sports du Parlement se prononce contre certaines des dispositions contenues dans ce document. Selon ce décret, c'est le Conseil d'administration, élu par l'Assemblée générale, qui choisit et nomme le directeur médical, le directeur pour les questions administratives et l'infirmière en chef de l'hôpital. En 1995, le Ministère de la Santé propose que la nomination du directeur se fasse sur ordre du Ministre lui-même. En conclusion, le mécanisme de sélection et nomination pendant toute la période manque de transparence et de clarté et devient essentiellement politique.

Les changements structurels qui touchent les hôpitaux pendant cette période sont uniquement concentrés sur la diminution des lits et les conditions d'hygiène.

Du point de vue légal, certains changements dans la loi de la santé du peuple ont été faits. Néanmoins, on peut noter un développement irrégulier de la réforme du secteur sanitaire et plus particulièrement dans le secteur hospitalier. Voilà pourquoi l'adoption d'une nouvelle loi concernant les médicaments et les pharmacies (1995) est très surprenante dans ce contexte très confus de la réforme sanitaire et ne peut être expliquée que par de très fortes actions de lobbying. Avec cette loi les positions monopolistiques de l'Etat dans le secteur pharmaceutique sont détruites, tandis que dans les hôpitaux on ne peut parler que de légères secousses, car dans ce secteur pendant la période 1989-1996, les rouages du système existant ne sont pas rompus et par conséquent le système continue à se reproduire.

L'état de santé de la population : nous l'avions mentionné comme une des trois raisons principales pour mettre en oeuvre une réforme dans le secteur. Qu'en est-il après ces 7 années ? Une tendance négative vu la situation économique et politique était prévisible et se confirma par les données statistiques surtout concernant le taux de mortalité général et le taux de mortalité de la tranche d'âge 40-69.

3.3 Deuxième étape 1997-2001 : le développement et l'application d'une réforme réelle et radicale dans le système de santé

Pendant cette période, un vrai concept de réforme dans le secteur de la santé est finalement élaboré et sa réalisation commence presque immédiatement. Voilà pourquoi l'opinion que la réforme a commencé précisément pendant cette période est très répandue.

3.3.1 Le contexte politique et socio-économique

Comme déjà mentionné plus haut la situation économique et sociale en Bulgarie est catastrophique. Depuis le 01.01.1997 les manifestations de la population contre le gouvernement du PSB sont de plus en plus importantes.

En février 1997, sous une immense pression populaire le gouvernement de Jean Videnov est obligé de démissionner et après des élections parlementaires anticipées, l'opposition (Union des Forces Démocratiques- UFD) vient au pouvoir en avril 1997 avec une écrasante majorité au parlement. Les mesures entreprises pour stabiliser la situation économique de la Bulgarie sont immédiates et radicales dont la plus importante vise la consolidation du système bancaire à travers l'introduction de la Caisse d'émission – ou plus couramment appelé de son nom anglais « currency board » - qui fixa la parité du lev bulgare par rapport au mark allemand. Les résultats sont visibles assez rapidement : l'inflation chuta de 1300% fin 1996 à 1.3% en juin 1997, les dépenses alimentaires du budget total par ménage diminua progressivement (1997 :54.3% ; 2000 : 44.1%). Néanmoins les difficultés dans la privatisation des entreprises d'état (qui entre-temps sont vidées de tout leurs équipements et biens de valeurs) tardent à être réglées, le taux de chômage augmente et une nouvelle vague d'émigrants quittent le pays. D'ailleurs ce seront les principales raisons pour lesquelles l'UFD perdra les élections parlementaires de 2001, qui amèneront au pouvoir le Mouvement National « Siméon II » avec à sa tête Siméon de Saxe-Cobourg Gotha, l'ancien roi de Bulgarie détrôné par les communistes en 1946.

Malgré tout, pendant cette période le climat sociopolitique est propice aux réformes : avec une confortable majorité et une économie stabilisée, l'UFD peut s'attaquer à certaines réformes longtemps repoussées par les gouvernements précédents, y compris celle du système de santé.

3.3.2 La construction d'un nouveau système de santé

Pendant cette période, le processus de réforme continue avec l'adoption d'un paquet de lois, qui, conjointement avec la législation pharmaceutique constituent le cœur de la réforme radicale du système de santé. Plus spécifiquement ce sont :

- la loi sur les établissements de santé
- la loi sur l'Assurance Santé
- la loi sur les organisations des professionnels de la santé

Bien que ces lois traitent un sujet différents, elles sont intrinsèquement liées à une logique commune qui répond à la condition et à la tendance de démocratisation et ouverture du système de santé. Avec cette législation, le statut, les fonctions et les structures du secteur curatif sont réglementées par rapport aux nouvelles conditions de l'environnement socio-économique et politique. Les trois acteurs-clé de ce secteur sont : i) les consommateurs (patients), les prestataires de services (les établissements de santé) et l'intermédiaire financier (un service administratif de l'état ou d'une municipalité, une compagnie d'assurance). Afin de pouvoir démocratiser et ouvrir le système, il est nécessaire de rendre ces trois composantes plus autonomes. Pour consolider cette démarche, le régime de propriété des établissements de santé est également changé.

L'application de la loi relative à l'assurance santé, qui représente un des piliers majeurs de cette réforme, va diviser le système comme suit :

- 1) A partir du 01.07.1999 commence la collecte de la cotisation santé s'élevant à 6% du salaire mensuel de chaque individu
- 2) A partir du 01.07.2000 elle visera les soins de santé primaire. Les premiers à bénéficier de cette réforme sont donc les soins primaires avec la création du statut de médecins généralistes qui sont censés être les *gatekeepers* du système : les patients sont obligés de les consulter en premier lieu afin de pouvoir par la suite, si nécessaire, être référés à un spécialiste ;
- 3) A partir du 01.07.2001, ce sont les hôpitaux qui devront conclure des contrats avec la caisse nationale d'assurance santé.

Tout était planifié de sorte que le système soit établi et puisse fonctionner pleinement à partir du 01.07.2001. On verra par la suite que cela ne c'est pas passé exactement comme prévu et que la création et la mise en marche d'un nouveau système de santé, s'est avéré être un processus beaucoup plus complexe et imprévisible que prévu.

Quel est l'impact de cette législation sur les hôpitaux ?

1. Sur l'organisation et la structure du réseau sanitaire

La loi sur les établissements de santé pose les fondements d'une nouvelle structure du réseau curatif et des services qui le composent. Les soins primaires et les soins hospitaliers sont séparés et leurs caractéristiques et fonctions sont clairement définies. De cette façon, la gestion de ces services est censée devenir plus efficace et cohérente, ainsi que les relations contractuelles de ces structures avec les institutions d'assurance maladie. Un système de services médicaux d'urgences, séparé des hôpitaux, est créé avec 28 centres régionaux et 183 branches dans le pays. De la même façon un système national d'hématologie transfusionnelle voit le jour.

2. Sur l'autonomie des hôpitaux sur le marché de soins

L'autonomie des prestataires de services, dans notre cas les hôpitaux, représente un des changements fondamentaux dans le système de santé et est régulée par la loi

sur les établissements de santé. Cette autonomie inclut également un statut juridique qui les autorise à avoir des relations contractuelles avec d'autres organisations.

Par rapport aux patients, cette autonomie est prévue via la loi sur l'assurance maladie et des changements dans la loi de la santé du peuple.

En ce qui concerne l'autonomie de l'intermédiaire financier, celle-ci est traitée par la loi relative à l'assurance maladie, qui institue la création d'une seule et unique institution financière publique avec un statut de monopoliste pour la couverture universelle d'assurance santé - la Caisse Nationale d'Assurance Santé (CNAS) et ses 28 agences régionales. L'assurance-santé complémentaire est confiée à des sociétés d'assurance maladie volontaire entre lesquelles la concurrence est possible. Le financement des hôpitaux par la CNAS se fait sur la base des *Clinical Pathways* (paiement par cas).

Les relations contractuelles entre les hôpitaux et la CNAS se formalisent sur la base d'un contrat-cadre national qui est signé chaque année et qui détaille les obligations dans le traitement des patients par les établissements de santé, la qualité des soins, les prix des activités médicales et le régime par lequel elles seront remboursées.

3. Sur la structure de la propriété du réseau hospitalier et la gouvernance

La démonopolisation du système de santé a commencé par le secteur pharmaceutique. Jusqu'à 1999, année de l'adoption des 3 lois mentionnées plus haut, le secteur hospitalier était presque entièrement (sauf quelques rares exceptions telles que les cliniques stomatologiques) propriété de l'Etat. Avec l'adoption de la loi sur les établissements de santé, la propriété dans le secteur hospitalier se transforme comme suit :

- **Entièrement étatique** : les centres pour les services d'urgence, les centres d'hématologie transfusionnelle, les hôpitaux psychiatriques, les hôpitaux dits « institutionnels » qui sont rattachés aux Conseil des Ministres, au Ministère de la défense, Ministère de l'intérieur, Ministère de la Justice et au Ministère des transports ;
- **Publique sous forme d'actions** – les hôpitaux universitaires ;
- **Société Actionnaire**- 51% propriété de l'état et 49% des Municipalités – les hôpitaux régionaux ; l'assemblée générale qui est composée par des représentants des propriétaires (Etat-Ministère de la santé et Municipalités de la région) élit le Conseil des directeurs qui à son tour nomme le directeur exécutif de l'établissement qui doit par la suite mettre en oeuvre la politique du conseil.
- **Entièrement municipale** – 100% propriété de la municipalité – les hôpitaux municipaux et autres établissements qui n'ont pas le statut d'établissement de soins avec importance nationale. La municipalité comme propriétaire est responsable de la nomination du Directeur de l'hôpital
- **Privée** – hôpitaux à 100% privés.

L'enregistrement légal des hôpitaux se fait selon le Code du commerce et de cette façon ils deviennent des entités économiques à part entière suite à la politique du Gouvernement pour la démonopolisation du secteur et la mise en oeuvre de mécanismes de marché dans le système des soins. De son côté, la typologie de gouvernance des hôpitaux dépend de la forme juridique de l'enregistrement selon le Code du commerce.

Selon la loi sur les établissements de santé, un hôpital peut être ouvert ou fermé uniquement sur proposition du Ministre de la santé. Cette proposition est ensuite

présentée au Conseil des Ministres qui prend la décision finale. Toujours selon cette loi un Conseil de tutelle peut être créé dans les hôpitaux municipaux après approbation de la part de la municipalité qui en est le propriétaire. Son objectif principal est de rassembler des figures de la société locale qui peuvent œuvrer bénévolement pour le développement de l'hôpital municipal.

Avec l'inclusion de la couverture obligatoire, la création d'une caisse d'assurance et le statut autonome des structures hospitalières, le financement existant c.à.d à l'entrée de la structure, change et s'effectue selon la nouvelle loi relative à l'assurance santé, à la sortie. Les activités des hôpitaux publics, comme privés, sont rémunérées sur la même base en fonction du travail effectué. En conséquence de ces changements, des conditions de concurrence par rapport à la provision de soins entre les différents hôpitaux sont censées se créer.

4. Sur la catégorisation des hôpitaux

Selon le type de soins donnés et la durée du séjour les hôpitaux sont catégorisés comme suit :

- Hôpitaux pour traitement actif ;
- Hôpitaux pour traitement continu et de convalescence ;
- Hôpitaux de réhabilitation ;

Selon le profil des activités médicales les hôpitaux sont classifiés comme suit :

- Hôpitaux Multi-profils : ceux qui disposent d'au moins 4 cliniques (services) avec les spécialités respectives qui sont clairement définies selon la loi relative aux établissements de santé comme « spécialités médicales majeures »
- Hôpitaux spécialisés : ceux qui effectuent des activités médicales dans une des spécialités médicales majeures ou dans des spécialités relatives.

5. Sur la qualité des soins dans les hôpitaux

C'est la première fois depuis 1944 que des mesures réelles pour le contrôle de la qualité sont prises par rapport aux hôpitaux, bien que une fois de plus la manière de faire est plutôt centralisée et assez autoritaire.

La loi sur les établissements de santé institue la création d'un système national de monitoring et contrôle de la qualité dans les structures de santé. L'élément majeur de ce système est la procédure d'accréditation des structures sanitaires en entier, de certains services ou activités. Une caractéristique importante de cette procédure est qu'elle est effectuée par une institution du gouvernement central. L'accréditation est une procédure obligatoire pour tous les types d'hôpitaux mentionnés plus haut. Les établissements de soins doivent recevoir une note d'appréciation (allant de 2 pour le plus mauvais jusqu'à 6), ainsi qu'un délai pendant lequel ils sont en droit d'avoir des activités, mais pas plus que 5 ans. Si un établissement reçoit une très mauvaise note, aucune pénalisation n'est prévue dans la loi.

6. Sur la planification et le développement du réseau curatif

La loi sur les établissements de santé prévoit l'utilisation d'une carte régionale et nationale sanitaire qui contient le nombre et la capacité des établissements hospitaliers, des centres des soins d'urgence et d'hématologie transfusionnelle, les dispensaires, les institutions pour enfants de 0 à 3 ans, ainsi que le nombre des

médecins et des dentistes. Cette carte est actualisée tous les 5 ans et oblige la CNAS à conclure des contrats avec toutes les structures hospitalières qui y figurent.

3.3.3 Les résultats et les problèmes non-résolus

Le résultat principal de cette période 1997-2001 de réformes intenses est l'arrêt de la reproduction du système de santé existant et l'élaboration d'une base législative sur laquelle commence ensuite la construction d'un nouveau système de santé. Le monopole de l'Etat est supprimé, ainsi que la gestion centralisée du système. La propriété pluraliste des ressources est restaurée. Le statut professionnel autonome des médecins et des dentistes est également restauré. Un nouveau système de financement est appliqué.

Cette période est également marquée par les premiers résultats positifs, bien que modestes, pour l'amélioration de l'état de santé de la population. Un pas décisif en ce qui concerne la rationalisation du réseau hospitalier a été la diminution des lits dans les hôpitaux de 38,3% (de 85'408 en 1997 à 52'712 en 2001). Pour la même période, le nombre de patients hospitalisés diminue de 32,7% et le taux d'hospitalisation par rapport à la population chute de 18,3%. Ceci pourrait être expliqué par le fait que les hôpitaux ont été mis en attente d'une deuxième étape de la réforme (à partir du 01.07.2001) donnant la priorité aux soins primaires. En conséquence jusqu'à cette date les hôpitaux continuèrent à être financés par l'Etat, tandis que la CNAS couvrait les coûts des généralistes et spécialistes du secteur de soins primaires. Cette décision de séparer la réforme en deux parties était principalement due aux difficultés de trouver les ressources financières nécessaires pour mener à bonne fin les réformes fondamentales qui étaient entreprises. En effet, l'intention initiale du gouvernement en 1998 était d'augmenter la cotisation « santé » à 12% (taxe prélevée directement sur le salaire mensuel) ce qui amenait à une considérable augmentation de l'imposition et provoqua de grands débats dans la société. Cette cotisation fut donc réduite par la suite à 6% et c'est comme cela qu'elle commença à être appliquée à partir du 01.07.1999. Le schéma initial de répartition du paiement de cette cotisation entre l'employeur et l'employé était le suivant :

Tableau 5

Année	% couvert par l'employeur	% couvert par l'employé
2000-2001	80	20
2002	75	25
2003	70	30
2004	65	35
2005	60	40
2006	55	45
A partir de 2007¹	50	50

Les suppositions du gouvernement étaient que pendant cette période d'une année avant la mise en marche de la réforme de financement des hôpitaux, la CNAS aurait cumulé suffisamment de fonds pour progressivement couvrir les soins hospitaliers. Malheureusement, ce ne fut pas le cas.

Un autre problème qui fut identifié était le très bas niveau d'information de la société (y compris les professionnels de la santé) sur les réformes entreprises dans le domaine. Selon

¹ Depuis fin 2006 la date limite d'introduction du rapport 50 :50 est repoussée pour 2009. Actuellement, le rapport appliqué est 65 :35.

une enquête effectuée parmi les médecins de 3 grands hôpitaux à Sofia, Veliko Tarnovo et Lovech, a montré que presque la moitié des médecins sont assez mal informés sur le déroulement et les objectifs de la réforme et déclarent recevoir des informations uniquement par les médias. Le manque d'information des médecins est comparable à celui des patients qui selon la même enquête sont 68% à avoir très peu de renseignements sur la réforme.²

Une autre enquête effectuée parmi les patients par l'association régionale des hôpitaux de la région de Stara Planina en mai-juin 2000 montre que 10% n'ont aucune information sur les réformes et presque 27% ont des informations contradictoires et confuses. Cette tendance à ne pas informer d'une manière proactive les professionnels de la santé, ainsi que la société en général, par rapport à ce qui va avoir lieu dans le système et des prochains développements de la réforme, ainsi qu'à éviter le dialogue avec eux, aura des conséquences extrêmement néfastes dans le futur également sur l'acceptation des réformes dans le domaine de la santé, qui étaient pourtant plus que nécessaires.

Toujours selon cette même enquête, 81.5% des patients hospitalisés ont dû payer en plus pour différents produits, pour de la nourriture et des services du personnel médical (y compris les infirmières et les aides-soignants(e)s). La plupart des patients soulignent en réponse à la question quelles sont les problèmes des hôpitaux, que ces derniers manquent de moyens financiers et donc d'équipements, que l'attention qui est portée aux patients est insuffisante et l'attitude du personnel médicale est souvent rude et impoli.

3.4 Troisième étape des réformes entreprises 2001-2005 : lenteur et hésitation

La troisième étape du processus de réforme couvre la période du gouvernement du Mouvement National « Simeon II » avec à sa tête Siméon de Saxe-Cobourg-Gotha – ancien roi de la Bulgarie, détrôné par les communistes en 1946. Pendant cette période, la réforme dans le domaine de la santé est marquée par un ralentissement important de la stratégie initiale de 1999 décrite dans le chapitre précédent, ainsi que par de grandes hésitations quant à sa réalisation.

3.4.1 Le contexte politique et socio-économique

Après une victoire convaincante aux élections parlementaires de 2001, un gouvernement de coalition entre le Mouvement National « Simeon II » et le Mouvement des droits et libertés est constitué avec à sa tête Siméon de Saxe-Cobourg-Gotha. Pendant le mandat de 4 ans de ce gouvernement, le Ministère de la santé changera à deux reprises de Ministre.

Cette période se caractérise par une continuation de la stabilisation politique et socio-économique du pays. Le PNB pour le pays, ainsi que individuellement augmente. Le chômage diminue et atteint un niveau de 12.2% en 2004. La part relative des dépenses alimentaire dans le budget d'un ménage diminue. Une meilleure qualité de vie est visible. Ces conditions sont propices à une augmentation des ressources pour la santé (voir tableau 6).

Tableau 6 Ressources financières pour le système de santé en Bulgarie pour la période 2001-2004 (en milliers de lévas)³

Dépenses du Budget national	2001	2002	2003	2004
Total pour la sante	980	1'195,9	1'438,8	1'697,6
% du PIB	3.7	4.0	4.5	4.8

(Taux 1 CHF=1.25 BGL)

² M.Popov, B.Davidov, "Garantir le soutien de l'opinion publique sur la reforme du système de sante. Politique de communication dans le domaine de la sante. ", édition du Centre national d'information sanitaire, 2000.

³ Source: Ministère de la santé, République de Bulgarie

Dans le domaine de la santé le gouvernement doit résoudre de sérieux problèmes surtout dans le secteur hospitalier.

Une stratégie pour la santé – « La santé – un droit pour chacun » est presque immédiatement formulée (Novembre 2001) après la mise en place du gouvernement. Une fois de plus, il n'y a aucune continuité entre ce document et la « Stratégie sur la santé 2001 » approuvée en avril 2001 par le gouvernement précédent, qui n'est pas mentionnée une seule fois dans le document de novembre 2001. Les mots d'ordre dans cette nouvelle stratégie sont « santé publique » et « accès aux soins pour tous les citoyens ». Les 4 priorités affichées sont : i) augmentation du rôle de la médecine préventive ;ii) réorganisation des services relatifs à la santé publique ;iii) augmentation de la qualité et de l'efficacité des soins curatifs et enfin, iv) amélioration de la méthode de financement du système de santé national.

Cette stratégie, une fois de plus, ne fut pas l'objet de présentations publiques, de campagnes d'information (y compris pour les professionnels de la santé), ni de grands débats et commentaires.

3.4.2 Les avancées hésitantes du processus de réforme du système de santé (2001-2005)

Nouvelles dispositions légales

Durant cette période, les changements législatifs suivants ont vu le jour :

- 1) *Une nouvelle loi relative à la santé* fut adoptée en 2004. Cette loi remplaça enfin la loi sur la santé du peuple de 1972. Cette nouvelle réglementation contribue au renforcement de la nouvelle structure et gestion du système de santé, bien que la coordination entre les différentes institutions ne fut pas suffisamment développée. La promotion de la santé publique y tient une place majeure, ainsi que les institutions étatiques qui en sont responsables. La formulation de conditions claires et précises en ce qui concerne les professions de la santé et l'enseignement relatif à ces professions y sont aussi traitées. Les droits des patients y sont également présentés et développés ;
- 2) *Une loi relative aux changements et compléments de la loi sur l'assurance santé* fut votée en 2002. En fait, ce changement précis de cette loi est le plus important (il y a eu 20 changements de cette loi entre 1999 et 2004) car elle formule plus précisément : i) les dispositions légales relatives à l'assurance santé volontaire , ii) les changements en terme de renforcement du contrôle de l'Etat dans la gestion de la CNAS ;
- 3) *Une loi relative aux associations professionnelles des infirmières, sages-femmes et autres spécialistes médicaux* est formulée et adoptée en 2005.

Les hôpitaux

En mars 2002, une stratégie de restructuration des soins hospitaliers, ainsi que le plan d'action respectif, sont formulés et approuvés par le Conseil des Ministres. Comme l'indique la stratégie en question, l'objectif principal de cette restructuration « est d'optimiser le rapport *dépense/efficacité médicale* dans le secteur hospitalier, tout en prenant en considération l'équité d'accès et de répondre adéquatement et efficacement aux besoins avec des soins de qualité». Un équilibre entre la demande de soins hospitaliers et les ressources qui sont nécessaires pour y répondre, est envisagé.

Selon le plan d'action envisagé, la réalisation pratique de la stratégie doit se faire jusqu'à fin 2004. Pendant cette période de deux ans, le système de santé doit se libérer des « hôpitaux et des lits superflus », sans que cela ait un impact sur l'accès de la population aux soins hospitaliers. Il est prévu de diminuer la capacité surtout des hôpitaux municipaux (125) soit par fermeture, soit par restructuration. En procédant de la sorte, une partie du personnel des hôpitaux en question serait licencié et le fonds salarial qui sera économisé serait transféré vers d'autres hôpitaux plus prometteurs. La possibilité de créer des hôpitaux multisites est également envisagée. Les ressources humaines qui seront libérées des hôpitaux fermés vont être réorientées vers d'autres structures hospitalières, vers le secteur primaire ou vers d'autres sphères d'occupation. Des structures ayant pour but la réhabilitation et le traitement continu vont être développées, ainsi que des hospices et d'autres établissements médico-sociaux. Une stratégie nationale d'investissements dans le système de santé va être formulée et une Agence Nationale pour la planification des technologies de la santé va être créée.

Cette stratégie se concentre d'une manière unilatérale sur un des multiples problèmes des hôpitaux en Bulgarie : leur nombre important qui est la raison du déséquilibre entre les coûts croissants et l'efficacité médicale. Les mesures proposées pour parvenir à restaurer cet équilibre sont d'ordre exclusivement administratif et extensif.

En fin de compte, le seul résultat réel de cette stratégie pour la période en question est une baisse relative du nombre de lits dans les hôpitaux. En terme de contribution pour la réforme du système de santé, ce document se caractérise par ses orientations bureaucratiques et autoritaires et qui, en conséquence, nous laisse perplexe quant à l'intention de ses auteurs de l'appliquer dans la vie réelle. L'impression après sa lecture est plutôt de fournir un document sur le secteur hospitalier pour calmer les esprits et les attentes, sans se soucier de sa faisabilité.

3.4.3 Les résultats et les problèmes non-résolus dans le secteur hospitalier

La période 2001-2005 dans le domaine de la santé est loin du dynamisme de l'étape précédente. Le résultat le plus important fut l'adoption de la Loi relative à la santé.

Un autre résultat est le développement des activités des hôpitaux privés. Leur nombre double durant cette période, et le nombre de patients qui y sont hospitalisés fait plus que quadrupler (voir tableau 7 plus-bas). Ceci s'explique par le fait que de plus en plus de personnes préfèrent payer afin de recevoir des soins de qualité dans un environnement qui respecte les patients.

Les hôpitaux privés en Bulgarie 2001-2004
Tableau 7

Indicateurs	2001	2002	2003	2004
Nbre Hôpitaux privés	20	24	32	40
Nbre Lits	400	475	589	819
Patients hospitalisés	6'011	7'769	14'803	24'764

Des efforts sont faits quant à la stabilisation de la situation financière des hôpitaux, malheureusement avec peu d'impact. Le principal problème est l'accumulation de dettes des hôpitaux qui reçoivent un financement insuffisant de la part de l'Etat et de la CNAS. La séparation dans le processus de réforme du secteur de soins primaires et du secteur hospitalier est la source d'un autre antagonisme qui naît pendant cette période : entre les médecins généralistes d'un côté, et les médecins du secteur hospitalier, de l'autre. Les premiers, qui sont des privés à part entière, bénéficient de revenus beaucoup plus élevés que leurs collègues des hôpitaux. Cette différence de traitement par rapport au processus de

réforme est également interprétée comme de la mauvaise volonté de la part des institutions responsables pour améliorer la situation du secteur hospitalier.

On identifie un autre problème dans le statut des hôpitaux qui sont enregistrés selon le Code du commerce, mais qui sont régis par la Loi relative aux établissements de santé. Ceci représente un obstacle quant à leur restructuration. En plus, selon d'autres dispositions légales (Code du travail et la Loi relative à la concurrence), le personnel médical peut travailler dans d'autres établissements de santé (privés y compris) ce qui crée des conflits d'intérêts.

En 2004, il s'est avéré selon l'Institut National de Sécurité Social que plus de 1 millions de bulgares ne sont pas couverts par l'assurance santé. Ceci fut expliqué par le fait que beaucoup d'entre eux, ainsi que leurs employeurs respectifs, ne déclarent pas leurs revenus aux fins de l'imposition fiscale et de ce fait ils sont automatiquement exclus du système de couverture universel des soins.

Les très bas salaires dans le secteur hospitalier sont la raison d'une croissance rapide de la corruption dans ce milieu. En 2002, les services du Ministère de la Santé avance un chiffre de BGL 560 millions (environ CHF 450 millions) par an de paiements « informels » pour le secteur hospitalier. Ce problème majeur du secteur hospitalier va être traité en détail plus loin dans le chapitre 3.5.2 du présent document.

Un autre problème qui prend naissance pendant cette période est le sous-paiement par la CNAS des coûts des traitements dans les hôpitaux par le biais des *Clinical Pathways*, ce qui représente une des raisons du financement insuffisant des hôpitaux. Les prix fixés par la CNAS pour les Clinical Pathway (CP) s'avère être nettement plus bas que les coûts réels engendrés pour un traitement donné. Le ministre de la santé de cette période (Dr Bojidar Finkov) avoue lui-même dans une interview que les CP ainsi calculés ne couvrent que « 20% des coûts hospitaliers »⁴. Les principales conséquences qui découlent de cette situation sont que les hôpitaux cherchent soit à effectuer une pré-sélection de patients avec un diagnostic qui est « rentable » et de les hospitaliser par la suite, soit d'établir (si possible et faisable) un diagnostic « rentable » à un patient souffrant d'une autre maladie. De cette manière, pour citer un directeur d'un grand hôpital « des classes entières de maladies ont disparu des rapports d'activités des services hospitaliers », tandis que d'autres ont fortement augmenté.

Le Gouvernement via le Ministère de la santé pendant toute cette période donne des signaux alarmant quant au retrait de l'Etat en ce qui concerne les subventions accordées aux hôpitaux municipaux et prône avec insistance que c'est aux Municipalités – les propriétaires selon la loi de ces structures – de les prendre en charge. De leur côté, les Municipalités sont réticentes, dans ce climat de restrictions budgétaires et de processus de décentralisation inachevé, à prendre en charge un secteur économiquement aussi perdant que les hôpitaux. Ce parfum d'abdication de la part de l'Etat va se concrétiser en 2006 (voir chapitre 3.5 plus bas). La privatisation des hôpitaux en mauvaise situation est stoppée et un moratoire est déclaré, qui est d'ailleurs toujours en vigueur.

Tous les problèmes cités plus haut sont intrinsèquement liés ce qui complique encore plus leurs résolutions. Pendant la période entre 2001-2005, la poursuite de la réforme du système de santé est extrêmement ralentie ce qui décale dans un avenir plus ou moins lointain les bénéfices pour la population et les professionnels de la santé. En conséquence, un désengagement et une baisse de confiance dans la nécessité de la réforme entreprise commence à se faire sentir parmi la population, ainsi que dans les milieu médicaux. L'absence de débat national ouvert et transparent et de communication entre les institutions engagées dans la réforme et la population, y compris les professionnels de la santé continue à caractériser cette étape du processus de réforme. En général, on remarque également une

⁴ Journal "Troud" du 20.03.2003

forte politisation de la réforme : il devient habituel pour des politiciens d'exercer des pressions sur la direction des hôpitaux à des fins politiques, corporatives ou privée.

3.5 La situation aujourd'hui

3.5.1 Observations générales

Après les élections parlementaires de 2005, un gouvernement de la « triple coalition » : PSB, MDL et MNSII fut formé.

En terme de chiffres, le tableau 8 ci-dessous nous montre l'évolution de la proportion de la richesse nationale affectée au secteur de la santé depuis le début des réformes radicales de 1999 jusqu'à nos jours :

Tableau 8
Dépenses publiques pour la santé en Bulgarie (1999-2007)⁵

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
% du PIB	3.9	3.7	4.0	4.4	4.9	4.6	4.7	4.4	4.3

Le nouveau gouvernement, via le Ministre de la santé, effectua une entrée fracassante dans le domaine de la santé par l'envoi d'un message menaçant envers les professionnels de la santé en licenciant dès le premier mois plus de 10 directeurs de grands hôpitaux et centres nationaux pour cause d'accumulation de dettes importantes.

Le processus de désresponsabilisation de l'Etat par rapport aux hôpitaux municipaux, dont la préparation avait commencé en 2004, s'acheva le 1-er janvier 2006 avec l'arrêt des subventions de la part du Ministère de la santé pour ces structures, qui n'avait dès lors comme unique source de financement que le contrat avec la CNAS. Bien que propriété des municipalités, la plupart de ces dernières manifestent un clair désengagement souvent mêlé à un désarroi par rapport au futur de ces établissements.

Une stratégie nationale pour la santé 2006-2013 a été formulé début 2006, mais elle est constamment révisée et est encore objet de discussions au Parlement et n'a toujours pas été approuvée par les institutions gouvernementales de plus haute instance – le Parlement et le Conseil des ministres. Un des objectifs stratégiques de ce document est la restructuration et une gestion efficiente des soins hospitaliers. Bien que la nécessité d'un consensus national dont les premiers pas sont des campagnes d'information auprès de la population et des professionnels concernés, ainsi que des débats nationaux quant à la restructuration du secteur hospitalier, est clairement indiqué, rien de cela pour l'instant n'est appliqué en pratique. Les sous-objectifs et activités respectives qui y sont énumérés par la suite font ressembler cette stratégie plutôt à un plan d'action rédigé de telle façon pour qu'il soit entièrement compatible avec la politique nationale pour le développement des régions qui de sont côté doit couvrir les points de la stratégie de Lisbonne de l'Union Européenne, définissant le futur développement des pays de l'Union Européenne. Nous sommes loin de critiquer la stratégie de Lisbonne, qui est un document cohérent et qui indique les orientations générales à suivre. En revanche, on ne peut être que perplexe quant à la façon très théorique de transposer ces indications au système de santé bulgare.

Une carte nationale sanitaire va être élaborée d'ici avril 2008. Elle est censée présenter les besoins de la population en structures hospitalières et professionnels de la santé. Elle doit également formuler des recommandations en ce qui concerne la rationalisation du réseau de soins hospitaliers dans le pays.

⁵ Sources: Institut National des Statistiques, Ministère des Finances

Actuellement le secteur hospitalier en Bulgarie comprend plus de 300 hôpitaux dont 20 hôpitaux universitaires, 28 hôpitaux régionaux et 102 hôpitaux municipaux. Ci-dessous un aperçu du réseau hospitalier actuellement est présenté sous forme de tableau :

Type de structure hospitalière	Nombre	Nbre Lits
TOTAL établissements hospitaliers	262	45'537
TOTAL Hôpitaux multiprofils	125	29'720
Hôpitaux multiprofils pour traitement actif	125	29'270
Hôpitaux multiprofils de réhabilitation, traitement continu et convalescence	0	0
TOTAL Hôpitaux spécialisés		
Hôpitaux spécialisés pour traitement actif	29	3'742
Hôpitaux spécialisés de réhabilitation et traitement continue	9	570
Hôpitaux spécialisés de réhabilitation, traitement continu et convalescence	10	711
Hôpitaux spécialisés de réhabilitation	22	3304
Hôpitaux psychiatriques	12	2790
Autres	1	60
Hôpitaux institutionnels	9	3'525
Hôpitaux privés	45	1'565

Tableau 9⁶

3.5.2 Problèmes identifiés dans le secteur hospitalier public

Nous avons identifié 3 problèmes majeurs auxquels est confronté actuellement le secteur hospitalier public qui sont : i) le financement insuffisant des hôpitaux ; ii) la gestion de la qualité ; iii) la corruption

Le financement

Les raisons identifiées pour le financement insuffisant des hôpitaux sont d'ordre différent et peuvent être classés comme suit :

1) Raisons institutionnelles :

- Retrait de l'état : Jusqu'au 31.12.2005, le MS couvrait les dettes accumulées envers les fournisseurs de tous les hôpitaux. Le Ministère de la santé a arrêté au 01.01.2006 ces subventions aux structures hospitalières en transférant la totalité du financement à la CNAS. Toutefois, le Ministère continue à favoriser les hôpitaux et centres nationaux qui sont entièrement ou majoritairement propriété de l'état (Hôpitaux universitaires, Centres Nationaux, Hôpitaux régionaux) en couvrant les dettes cumulées pendant l'année 2006. Une subvention minimale (environ 5% du budget annuel d'un hôpital municipal) du Ministère est attribuée à 51 des 102 hôpitaux municipaux qui sont situés dans des zones montagneuses et difficilement accessibles.

- Pour l'instant l'Etat n'a pris aucune décision par rapport au 950'985 personnes (12,45% des personnes qui doivent s'assurer) qui n'ont pas de couverture pour l'assurance santé et qui ne font pas partie des groupes dont les cotisations pour l'assurance santé sont couverts par l'Etat, ce qui représente un paradoxe dans un pays dans lequel la couverture universelle est censée exister depuis 7 ans.

⁶ Source : Centre National d'information sanitaire, Ministère de la Santé de la République de Bulgarie

- Faible participation des municipalités dans l'entretien des hôpitaux municipaux. Etant donné que le processus de décentralisation n'est pas achevé, y compris dans sa partie fiscale, les autorités municipales n'ont toujours pas les ressources financières suffisantes pour couvrir les besoins en coûts d'infrastructures des établissements hospitaliers dont ils sont propriétaires.

- Le contrat-cadre national qui détaille les obligations dans le traitement des patients par les établissements de santé, la qualité des soins, les prix des activités médicales et le régime par lequel elles seront remboursées, n'a pas été conclu pour 2007. Les signataires (le MS, la CNAS et l'Union des médecins) n'ont pas pu trouver un accord sur plusieurs points.

II) *L'intermédiaire financier*

- Les prix des *Clinical Pathways* par lesquels la CNAS rembourse les traitements aux hôpitaux sont fixés à un niveau nettement inférieur aux vrais coûts engendrés par les hôpitaux. La différence est donc comblée par les hôpitaux eux-mêmes ce qui est une des raisons de leur endettement.

- L'assurance volontaire privée est très faiblement développée et l'environnement économique et les dispositions légales actuellement ne permettent pas son développement.

La gestion de la qualité

La gestion de la qualité des soins hospitaliers est dans sa plus grande partie basée sur un contrôle administratif très poussé qui essaye de créer des motivations d'ordre financier chez les gestionnaires d'hôpitaux qui doivent de cette façon appliquer des principes de bonne gestion dans ce domaine. Ses principaux instruments -l'accréditation et les standards médicaux- sont centralisés et donc mis en place par le MS qui prend la décision finale quant à l'octroi de l'accréditation aux différents établissements hospitaliers. En revanche c'est la structure hospitalière qui doit passer cette procédure, qui couvre tous les frais relatifs à la commission d'accréditation.

La période pour laquelle est donnée une accréditation peut varier de 2 ans (note 3/6) jusqu'à 5 ans (note 6/6). L'accréditation a pour objectif d'assurer des standards minimums par rapport à l'équipement et à la formation, qui sont nécessaire pour les prestations des services concernés qui sont couverts par la CNAS. En fait, les établissements hospitaliers sans accréditation ou avec une très mauvaise note ne peuvent pas compter sur un contrat avec la CNAS et donc faute de financement doivent fermer leurs portes.

L'accréditation était censée filtrer les structures hospitalières à l'entrée du système. Ceci n'a pas eu lieu en pratique, dans la plupart des cas pour la raison qu'au stade actuel de développement socio-économique de la Bulgarie, on privilégie beaucoup plus l'accès aux soins que la qualité. D'autre part, dans la plupart des cas, les priorités locales d'ordre politique et social, ainsi que celles plutôt personnelles des élus parlementaires respectifs, sont plus grandes que l'attention portée à la qualité des soins. L'accréditation se base sur les 24 standards médicaux concernant le traitement des différents groupes de maladies. Elle spécifie les exigences en termes d'équipements, de personnel médical et formation, ainsi que les définitions détaillées des différents syndromes couverts par un standard donné et les interventions respectives.

En conséquence, afin de pouvoir décrocher l'accréditation qui leur garantira le contrat avec la CNAS, les hôpitaux préfèrent concentrer la plupart de leurs investissements dans l'achat

d'équipements et rénovation (ce qui d'ailleurs est une des raisons des dettes importantes des hôpitaux envers les fournisseurs), en négligeant l'investissement dans la formation du personnel médical (médecins, infirmières, aides-soignants) et leurs salaires.

La corruption

Selon un sondage de l'agence Vitosha Research à la question « Si durant cette dernière année on vous a demandé quelque chose (argent, cadeau ou service) en échange de la résolution d'un problème, cela vous a été demandé par... » les médecins se classent en première position bien avant la police routière, qui était traditionnellement la plus corrompue : *(% des personnes ayant indiqué le groupe professionnel respectif)*

	2002	2003	2004	2005	2007
Médecins	20.3	16.6	22.5	26.2	30.1
Policiers	22.3	13.9	22.2	27.7	26.7
Douaniers	19.4	15.3	13.8	22.1	23.8
Avocats	26.5	13.8	16.5	22.0	18.9
Procureurs	12.3	4.2	5.1	1.2	14.3
Juges	16.6	8.5	5.8	3.4	11.7
Fonctionnaires dans les Ministères	5.6	8.2	6.3	8.2	11.5
Employés des services des impôts	4.2	5.9	5.1	8.1	11.3
Enseignants à l'université	11.9	16.6	12.6	15.3	10.7
Employés dans les universités	5.6	9.0	9.0	10.1	9.8
Maires et conseillers municipaux	5.3	3.3	6.6	6.5	9.8
Employés municipaux	10.9	6.4	10.3	9.5	9.5

Tableau 10

Suite au manque de financement suffisant des hôpitaux qui se répercute en partie sur le niveau des salaires du personnel hospitalier, la corruption dans ce secteur devient de plus en plus importante. La pratique de corruption la plus répandue et pour laquelle nous disposons de plus de données (voir tableau 8) est celle qui concerne l'offre de prestations de soins aux patients par les médecins, infirmières et/ou aides-soignants. Le manque de transparence dans l'organisation des procédures d'achats de médicaments et équipements, de sélections des compagnies de reconstruction et rénovation ou bien dans la sélection et choix des directeurs d'hôpitaux, suppose l'existence d'autres pratiques de corruption mais nous ne disposons pas d'assez de preuves pour affirmer leur existence.

4. Etude de cas : L'Association Régionale des Hôpitaux « Stara Planina »

Cette association, créée en 1997 avec le soutien de la Direction du Développement et de la Coopération (DDC), agence gouvernementale auprès du DFAE, a pour mission principale de soutenir les établissements hospitaliers avec l'objectif d'améliorer l'accès à des soins de qualité en utilisant d'une manière efficiente les ressources disponibles.

L'association est limitée territorialement car seuls les hôpitaux de la région de Stara Planina (Nord Centre) ont le droit d'en devenir membres (voir annexe 1).

L'association compte 10 hôpitaux membres, dont 2 régionaux (le MS est propriétaire à 51%, les municipalités à 49%) et 8 municipaux. Ces hôpitaux couvrent une population d'environ 330'000 personnes.

Dans l'annexe 2 vous pouvez trouver un tableau contenant les détails de la structure des hôpitaux qui ont été visités par l'auteur du présent document. Les données indiquent une claire diminution des lits.

Des interviews ont été menées par l'auteur avec les directeurs des 10 hôpitaux-membres afin de pouvoir sonder l'opinion et le sentiment des personnes qui sont quotidiennement confrontés à la réalité de la réforme dans le système.

Ressources financières

Les 8 hôpitaux municipaux ont déclaré que 95% de leur ressources pour 2006 provenaient de la CNAS et seulement 5 % de dotations de la Municipalité-proprétaire de l'établissement et du MS. Officiellement ce sont les municipalités, dans leur fonction de propriétaire, qui doivent prendre en charge les investissements pour l'amélioration de l'infrastructure (rénovations, réparation etc). Les 8 directeurs ont affirmé que ces subventions municipales sont extrêmement faibles et ne peuvent pas couvrir les besoins en termes d'investissements dans les infrastructures des hôpitaux. C'est la raison pour laquelle, la direction de l'hôpital essaie de faire des économies sur les remboursements de la CNAS afin de palier à ce problème. Ces économies se font essentiellement sur la partie dite « bonus pour la performance » qui selon les dispositions légales ne doit pas être inférieure à 40% des paiements par cas remboursés par la CNAS. Ceci est une des explications du montant faible des salaires du personnel médical dans ces hôpitaux.

Les deux hôpitaux régionaux (Gabrovo et Lovech) ont déclaré que 80% de leurs ressources pour 2006 provenaient de la CNAS et 20% du MS et d'autres donations. Les ressources provenant du MS sont en fait dans leur plus grande partie destinées à couvrir les dettes accumulées pendant l'année par les établissements hospitaliers appartenant à l'état.

Ressources humaines

Le nombre de médecins des 10 hôpitaux s'élève à 484. Il est intéressant de noter que presque la moitié (241) sont concentrés dans les 8 hôpitaux municipaux et le reste (243) dans les 2 hôpitaux régionaux. Il s'avère également que la charge de travail est inégalement répartie : 140 patients par médecin pour les hôpitaux municipaux contre 115 pour les 2 hôpitaux régionaux.

Le principal problème auquel font face les gestionnaires des hôpitaux est le manque de médecins spécialistes qui dans la majorité choisissent de travailler dans le secteur des soins primaires à cause de la rémunération nettement plus importante qu'ils touchent. Ce problème est aggravé par une décision ministérielle d'il y a 4 ans qui a statué un moratoire sur les spécialisations médicales, étant donné que le nombre de médecins spécialistes en Bulgarie a été jugé trop élevé. La priorité est donc de former exclusivement des médecins généralistes.

Un autre problème autour duquel les opinions des 10 directeurs se réunissent unanimement est le manque de personnel infirmier qui pour des raisons financières préfèrent travailler à l'étranger. Ceci nous laisse penser que ce problème ne s'arrangera pas avec l'entrée de la Bulgarie dans l'Union Européenne car le mouvement des personnes sera encore plus facilité.

Activité médicale

En 2006 presque 61'622 patients ont été traités dans les 10 hôpitaux. La moyenne du taux d'occupation des lits pour les 10 hôpitaux est d'environ 80%. Le nombre de services cliniques pour les hôpitaux municipaux varient entre 4 et 7. Les 2 hôpitaux régionaux ont chacun 17 services cliniques. Tous les hôpitaux (municipaux et régionaux) ont un service de maternité et un de pédiatrie, sauf l'hôpital municipal de Tryavna qui a fermé le sien en 1995, car jugé trop près de l'hôpital régional de Gabrovo (17 km).

Gestion de la qualité

Comme déjà mentionné plus haut, l'instrument principal de gestion de qualité est la procédure d'accréditation des établissements hospitaliers qui est centralisé, sous la responsabilité du MS.

Les opinions des gestionnaires des 10 hôpitaux étaient partagées et l'ont jugée comme :

- Inutile : 3 directeurs (hôpitaux municipaux) : « *Instrument de restructuration du secteur, plutôt qu'un instrument de gestion de la qualité* » ; « *avec ou sans accréditation, si il n'y a pas une bonne gestion quotidiennement, on peut fermer l'hôpital* » ; « *Enormes conflits d'intérêts car la procédure n'est pas exécutée par une institution indépendante* » ; « *Certains collègues sont obligés d'acheter de l'équipement qui ne leur sert pas beaucoup par la suite et ceci juste pour pouvoir passer l'accréditation et avoir le contrat avec la CNAS* »
- Moyennement utile : 4 directeurs (2 hôpitaux régionaux, 2 municipaux) « *On se mobilise pendant 5 jours – le temps de l'évaluation- et si on a une bonne note on pourrait dormir sur nos lauriers pendant au maximum 5 ans* » ; « *L'accréditation est également un processus d'auto-évaluation qui nous est toujours utile* »
- Utile : 3 directeurs (hôpitaux municipaux) : « *Cela nous permet de nous remettre en question et de rectifier le tir* » ; « *On renouvelle un peu l'équipement et on se remet à jour* »
- Très utile : 0

Tous les 10 hôpitaux font régulièrement des enquêtes de satisfaction (questionnaire par écrit rempli à la sortie de l'hôpital, comportant une douzaine de questions en moyenne) auprès d'au moins 10% des patients. Il n'y avait pas d'indications sur le taux de réponse et donc on ne peut pas vraiment juger de l'exploitabilité de ces questionnaires. L'impression est que c'est fait surtout pour inclure un « plus » dans l'évaluation de l'hôpital plutôt que parce qu'il y a vraiment un réel suivi et des mesures qui seront prises par la suite.

Relations avec les institutions

- *Le Ministère de la santé* : i) Trop de réglementations et législations qui sont souvent contradictoires; ii) par rapport aux hôpitaux municipaux, l'Etat a abdiqué de ses responsabilités et favorise les centres nationaux et hôpitaux régionaux ; iii) manque de coordination avec les autres acteurs-clé du système (CNAS, UMB) qui se répercute sur le fonctionnement des hôpitaux ;
- *La Caisse Nationale d'assurance santé* : i) le reproche le plus fréquent est par rapport aux exigences de la Caisse concernant les conditions à remplir pour pouvoir effectuer des traitements pour une maladie donnée, ce qui donne suite au remboursement des prestations : engager des consultants externes, achat d'équipement coûteux etc; ii) Impose aux hôpitaux de remplir énormément de formulaires le plus souvent à la main ; iii) manque de coordination avec les autres acteurs-clé du système (MS, UMB) qui se répercute sur le fonctionnement des hôpitaux ;
- *Union des médecins en Bulgarie (UMB)* : l'opinion des 10 directeurs était unanime et exprimée par rapport au statut de l'UMB comme signataire du contrat national cadre⁷

⁷ Contrat National Cadre (rappel définition) : *Le contrat-cadre national détaille les obligations dans le traitement des patients par les établissements de santé et les médecins généralistes, la qualité des soins, les prix des activités médicales et le régime par lequel elles seront remboursées. Signé chaque année par la CNAS, l'UMB et le MS.*

avec la CNAS: cette union n'est absolument pas représentative des hôpitaux en Bulgarie, et n'est pas en position de défendre les intérêts des hôpitaux dans les négociations avec la CNAS ;

- *Les municipalités*⁸ : Le plus souvent il y a de bonnes relations, bien que la santé soit un thème qui n'est pas vraiment prioritaire dans l'agenda des maires ; suite au processus de décentralisation toujours inachevé et actuellement 2% des ressources budgétaires des municipalités sont couvertes par des recettes fiscales en provenance d'impôts locaux – le reste provient du Ministère des finances mais est réparti préalablement au niveau central par secteur d'activité : environnement, éducation, infrastructures etc-. Avec l'arrêt des subventions du MS pour les hôpitaux municipaux, les municipalités manquent cruellement de ressources propres afin de couvrir ce déficit.

Opinions sur la réforme dans le domaine de la santé (principalement depuis 1999) et son impact sur le secteur hospitalier :

Tous les 10 directeurs se sont regroupés autour de cette position, qui représente la critique majeure envers la réforme du système, entreprise en 1999 :

Le fait d'avoir séparé le processus de réforme en deux étapes – soins primaires et soins hospitaliers- et d'avoir commencé uniquement à réformer les soins primaires a énormément influencé de manière négative le développement par la suite des hôpitaux : i) le secteur des soins primaires était entièrement privatisé, tandis que la démonopolisation du secteur hospitalier tarde toujours à venir (moratoire depuis 5 ans) ; ii) revenus beaucoup plus élevés chez les médecins généralistes que chez les médecins dans les hôpitaux ; iii) création d'antagonismes et de tensions entre les deux secteurs qui en fin de compte se reflètent sur la prise en charge et le traitement du patient ; iv) fuite des médecins spécialistes du secteur hospitalier vers le secteur des soins primaires à cause des revenus plus élevés.

Tous sont également unanimes sur le fait de la nécessité d'avoir commencé cette réforme, étant donné l'impasse dans laquelle se trouvait le système de santé dans ces années-là.

La plupart (8 sur 10) sont d'avis que cette réforme aurait dû commencer plus tôt ce qui aurait donné plus de temps pour le changement des procédures, mais aussi des mentalités.

5. Conclusions

Une réforme du secteur sanitaire a le plus d'impact quand elle est anticipée. Elle doit avoir un rôle préventif par rapport à la crise qui peut survenir si cette réforme n'a pas eu lieu. On peut conclure donc que toute réforme sanitaire est un travail de longue haleine qui se caractérise par sa complexité et un besoin impératif de planification entreprise suffisamment à l'avance.

Beaucoup de conclusions ont été déjà mentionnées précédemment dans le texte, tout au long de cet essai d'analyse de l'impact de la réforme sanitaire dans le secteur hospitalier.

La majorité des initiatives concernant la réforme hospitalière ont été revêtues législativement, mais leur application réelle tarde à se manifester. On ne peut pas parler de changements dans l'organisation ou l'activité des hôpitaux qui soient réellement perçus par la population. Plus spécifiquement, la réforme entreprise dans le secteur hospitalier a souffert de ce manque d'engagement et de vision de la part de l'Etat. Le manque de

⁸ Ces opinions reflètent essentiellement les positions des directeurs des hôpitaux municipaux.

continuité dans les politiques sanitaires quant à la mise en œuvre de la réforme des différents gouvernements a également contribué à la dégradation significative des hôpitaux. Le manque d'une stratégie à long terme de la réforme et restructuration des hôpitaux cause une incertitude quant à leurs futurs et empêche les directeurs des établissements hospitaliers d'avoir une volonté d'implémenter les changements. Le manque chronique de financement est également perçu comme un obstacle à l'accomplissement des principaux objectifs du système de santé : la qualité, l'accès et la durabilité financière.

Il s'est avéré durant toutes ces années, que la réforme dans les hôpitaux est un thème sensible dans la société bulgare qui nécessite plus de débats et de consultations publics afin de pouvoir inclure tous les acteurs-clés du système et ainsi sécuriser un accord de long terme aux prochaines étapes de la réforme hospitalière.

La décentralisation des pouvoirs et des responsabilités tant attendu dans le secteur hospitalier, n'a toujours pas lieu. Une restructuration du système hospitalier ayant pour but l'optimisation du réseau et l'augmentation de la qualité des soins est actuellement plus que nécessaire en Bulgarie. Il y a évidemment une multitude de raisons pour lesquelles l'Etat préfère pour l'instant privilégier l'accès à la qualité, mais il est impératif que dès maintenant les institutions concernées commencent à mettre en place une stratégie réaliste pour la restructuration et l'amélioration des processus dans le secteur hospitalier qui aura pour objectif final un meilleur traitement des patients.

Une conclusion générale qui ressort de ce mémoire est que l'amélioration de la santé de la population en Bulgarie est un devoir et une responsabilité de l'Etat et ses trois pouvoirs – législatif, exécutif et judiciaire. Lors de nos recherches, l'expression « responsabilité partagée » (Etat, société et citoyen) était souvent mentionnée dans des textes officiels concernant la réforme sanitaire. Malheureusement elle reste vidée de contenu si au préalable, l'Etat n'a pas créé les conditions nécessaires (législatifs, économiques et sociales) pour le partage effectif de cette responsabilité.

6. Bibliographie

1. La statistique sanitaire annuelle du Ministère de la santé, Centre National d'Information sanitaire de 1960-2004 (en bulgare), www.nchi.government.bg/
2. SEMERDJIEV Ilko, « L'état de santé de la population et du système de santé en Bulgarie », rapport en langue bulgare, Institut International de santé et d'assurance santé, Sofia, 2005 (en bulgare)
3. MCKEE Martin, HEALY Judith, « Hospitals in a changing Europe », European Observatory on Health Care Systems, 2002
4. "Hospital reform in Bulgaria and Estonia-what is rational and what not?" – Index Foundation, Sofia ; Praxis Center for Policy studies, Estonia, 2007
5. European Observatory on Health Care Systems; Health Care Systems in Transition- Bulgaria, Rapport, 1999
6. GEORGIEVA Lidia, SALCHEV Petko, DIMITROVA Rostislava, DIMOVA Antonyia, AVDEEVA Olga, Health Systems in Transition, Vol.9, N°1, 2007, Bulgaria – Health System Review
7. RECHER Bernd, MCKEE Martin "Healing the crisis-A prescription for Public Health Action in South Eastern Europe", Information Review, Open Society Institute, 2003
8. DIMOVA Antonyia, POPOV Miroslav, ROHOVA Maria "La réforme sanitaire en Bulgarie- Analyse", Open Society Institute-Sofia, 2007 (en bulgare)
9. KONSTANTINOV Nikola "Le système de santé en Bulgarie 1944-1952 », Sofia, 2006 (en bulgare)
10. « Who cares ? Health care reform from the Bering to the Adriatic", The quarterly policy journal of the local government and the public service reform initiative, Open Society, Budapest, Spring 2003
11. Textes des lois relatives à la santé et documents officiels relatives aux politiques de la santé en Bulgarie, site internet du Ministère de la santé, www.mh.government.bg
12. Données statistiques sur les personnes assurées en Bulgarie, Institut National de sécurité sociale, www.noi.bg/
13. Informations sur le système d'assurance-santé public, Caisse Nationale d'Assurance Santé, www.nhif.bg/
14. Articles et analyses de l'Institut International de santé et d'assurance santé, www.zdrave.net
15. Articles du journal « Capital » dans la période 1999-2007 ; (en bulgare)
16. Articles du journal « 24 Heures » dans la période 1995-2007 ; (en bulgare)

Annexe 1

Emplacement Les hôpitaux membres de l'Association Régionale des Hôpitaux « Stara Planina »



Annexe 2

Informations sur les 10 hôpitaux membres l'Association Régionale des Hôpitaux « Stara Planina »

	Type	Population	Nbre Lits	Nbre de services	Nbre patients par année	Nbre médecins	Nbre infirmières	Total Personnel	Budget annuel '06	Accréditation
Etropolé	Municipal	13'400	80	7	4'000	33	62	175	2'000'000	Très bien, 4 ans
Teteven	Municipal	29'000	104	7	4'700	36	68	156	2'137'000	Très bien, 3 ans
Loukovit	Municipal	22'900	100	6	4'900	27	53	130	2'100'000	Parfait, 5 ans
Troyan	Municipal	43'000	125	6	5'422	42	84	157	3'340'000	Très bien, 4 ans
Elena	Municipal	13'415	54	4	2'300	13	32	72	900'000	Bien, 3 ans
Dryanovo	Municipal	11'100	50	4	1'500	18	37	75	700'000	Bien, 3 ans
Sevlievo	Municipal	46'000	120	9	7'000	50	125	250	2'430'000	Très bien, 4 ans
Tryavna	Municipal	15'800	85	5	3'800	22	46	101	1'800'000	Parfait, 5 ans
Lovech	Régional	65'000	291	17	12'000	123	255	570	7'000'000	Parfait, 5 ans
Gabrovo	Régional	70'000	350	17	16'000	120	300	530	8'000'000	Très bien, 4 ans

TOTAL		329'615	1'359		61'622	484	1'062			
--------------	--	----------------	--------------	--	---------------	------------	--------------	--	--	--

Tableau comparatif LITS

	Type	Population	1997	2007
Etropolé	Municipal	13'400	250	80
Teteven	Municipal	29'000	160	104
Loukovit	Municipal	22'900	100	100
Troyan	Municipal	43'000	340	125
Elena	Municipal	13'415	114	54
Dryanovo	Municipal	11'100	180	50
Sevlievo	Municipal	46'000	150	120
Tryavna	Municipal	15'800	120	85
Lovech	Régional	65'000	900	291
Gabrovo	Régional	70'000	1'000	350
TOTAL:			3'314	1'359