

## Chapitre 2

# Accroître l'efficacité du secteur public

Étant donné la dégradation des finances publiques, il n'est guère possible désormais d'augmenter les dépenses. En améliorant l'efficacité du secteur public, on dégagerait des ressources et on obtiendrait de meilleurs résultats avec les mêmes intrants, ce qui contribuerait à stimuler la productivité et donc la croissance potentielle. Il est urgent d'améliorer l'efficacité de la collecte des impôts et taxes (notamment de la TVA) ; des plans visant à unifier le recouvrement de l'impôt et des cotisations de sécurité sociale doivent être mis en œuvre rapidement et les dispositifs de tirage sur les fonds de l'UE doivent devenir plus efficaces. En outre, améliorer l'efficacité des soins de santé devrait être une priorité. Cela implique de s'attaquer au problème du montant élevé des paiements directs et de réformer la structure de rémunération des médecins. Les dépenses pharmaceutiques sont excessives et peuvent être réduites, notamment en encourageant le recours aux génériques. Il faudrait réexaminer les entraves à la concurrence entre caisses d'assurance-maladie et améliorer le système de péréquation des risques.

La dégradation des finances publiques, avec un creusement du déficit budgétaire de 5 points de PIB en 2009, impose une importante action d'assainissement. Dans ce contexte, des politiques visant à accroître l'efficacité du secteur public, tant au plan des dépenses qu'à celui des recettes, peuvent être particulièrement utiles. De telles mesures non seulement améliorent la situation budgétaire (dégageant ainsi des ressources pour d'autres domaines comme l'éco-innovation : chapitre 3) mais contribuent à stimuler un accroissement de la productivité et donc la croissance potentielle en améliorant les résultats obtenus avec les mêmes intrants. Ce faisant, elles améliorent la soutenabilité des finances publiques.

En République slovaque, l'efficacité globale du secteur public se situe autour de la moyenne des nouveaux pays membres de l'UE, des autres marchés émergents et des économies en rattrapage (Afonso *et al.*, 2009)<sup>1</sup>. Cette situation reflète en partie les efforts déployés dans le passé pour améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre de services publics, comme l'amélioration importante des procédures budgétaires ou la mise en œuvre d'un cadre budgétaire à moyen terme (OCDE, 2004). La part des dépenses publiques dans le PIB est également sensiblement inférieure à la moyenne de l'OCDE. Les résultats qui sont obtenus grâce à ces dépenses pourraient toutefois être nettement supérieurs dans certains domaines, notamment dans celui des soins de santé (Joumard *et al.*, 2010a). En outre, si l'efficacité se situe autour de la moyenne dans l'enseignement primaire et secondaire (Sutherland *et al.*, 2007), dans l'enseignement supérieur elle est relativement faible (St. Aubyn *et al.*, 2009) et des réformes s'imposent dans ce domaine pour encourager la capacité de l'économie à innover (chapitre 3).

Ce chapitre se concentre sur quelques aspects de l'efficacité du secteur public qui semblent particulièrement importants dans le cas de la République slovaque :

- Le recouvrement de l'impôt et des cotisations de sécurité sociale doit être amélioré, notamment en améliorant la collecte de la TVA et en unifiant le recouvrement de l'impôt et des cotisations de sécurité sociale, comme l'envisage le gouvernement ;
- le tirage sur les fonds communautaires doit devenir plus efficace ; et
- l'efficacité des dépenses de santé, qui représentent l'un des principaux postes de dépenses publiques de la zone OCDE (tableau 2.1), est inférieure à celle d'un grand nombre d'autres pays de l'OCDE (Joumard *et al.*, 2010a) et doit être améliorée.

## Améliorer l'efficacité du recouvrement des taxes

### **Le déficit de TVA est très élevé...**

Les taxes à la consommation jouent un rôle important dans le système fiscal slovaque ; la part des taxes sur les biens et services dans les recettes fiscales totales était en 2007 de 38.4 %, soit environ 10 points de pourcentage de plus que la moyenne de l'UE19. Compte tenu des différents effets de distorsion de la fiscalité, une structure de ce type reposant davantage sur les taxes à la consommation que sur l'imposition des revenus, est probablement moins préjudiciable pour la croissance (Johansson *et al.*, 2008). Cette

Tableau 2.1. **Dépenses publiques par catégorie de dépense**  
% des dépenses publiques totales, 2007

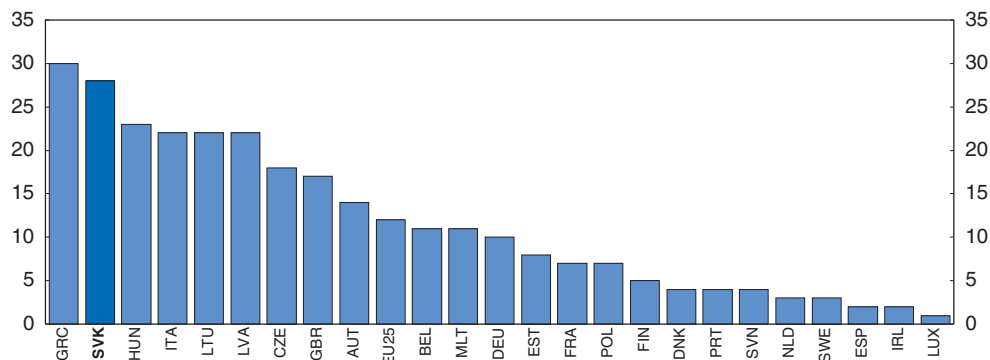
	Services publics généraux	Ordre public et sécurité	Éducation	Santé	Sécurité sociale et protection sociale	Logement et aménagements collectifs	Services économiques	Autres
<b>République slovaque</b>	<b>10.8</b>	<b>5.7</b>	<b>11.5</b>	<b>18.7</b>	<b>30.6</b>	<b>2.2</b>	<b>12.4</b>	<b>8.2</b>
République tchèque	10.3	4.9	10.9	16.7	30.2	2.7	16.1	8.2
Allemagne	12.5	3.6	8.8	14.3	46.5	1.9	7.2	5.2
États-Unis	13.7	5.7	16.9	20.7	19.0	1.8	9.8	12.3
Hongrie	18.8	4.0	10.7	9.8	34.8	2.0	13.0	6.9
Pologne	13.1	4.4	13.6	10.9	37.3	2.7	10.8	7.3
<b>OCDE</b>	<b>13.7</b>	<b>3.9</b>	<b>12.9</b>	<b>15.2</b>	<b>34.0</b>	<b>2.0</b>	<b>10.6</b>	<b>7.7</b>

Note : La moyenne de l'OCDE n'est pas pondérée.

Source : Comptes nationaux de l'OCDE excepté pour l'Australie et la Suisse ; FMI, *Government Finance Statistics Yearbook* pour les autres pays.


évaluation positive doit néanmoins être assortie de réserves. Premièrement, l'un des facteurs qui explique la forte proportion des taxes à la consommation dans les recettes globales est le faible niveau des recettes fiscales totales comparé à d'autres pays européens<sup>2</sup>. Deuxièmement, étant donné que le taux standard de TVA de 19 % se situe autour de la moyenne de l'UE19 et que la proportion des biens imposés au taux réduit est relativement faible [le manque à gagner généré par l'application du taux réduit est estimé être le plus faible des pays de l'UE (Copenhagen Economics, 2007)], la République slovaque devrait accroître considérablement le montant de recettes tiré des taxes à la consommation. On peut le voir si l'on examine le déficit de TVA, qui mesure les recettes effectives de TVA par le ratio des recettes « théoriques » qui pourraient être obtenues si tous les biens étaient imposés à leur taux de TVA respectif (graphique 2.1). Plus le déficit est faible, plus l'efficacité d'un pays en matière de collecte de la TVA<sup>3</sup> est grande.

Graphique 2.1. **Estimations du déficit de TVA**  
%, 2006



Note : Le déficit de TVA se définit comme la différence entre les recettes de TVA accumulées et un passif net théorique pour l'ensemble de l'économie en proportion du passif théorique en 2006.

Source : Reckon (2009), *Study to quantify and analyze the VAT gap in the EU25 member states*.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932358447>

### ... ce qui suggère un manque d'efficacité dans la collecte de la taxe

Le déficit de TVA a été estimé à 28 % en 2006 ; ce chiffre, le deuxième plus élevé des pays de l'UE25, est bien supérieur à la moyenne de l'UE25 qui est de 12 % (Reckon, 2009).

Bien que l'on ne dispose pas de chiffres plus récents pour le déficit de TVA, le déclin continu du ratio de recettes TVA (qui compare les recettes effectives et les recettes théoriques mais ne prend pas en compte les taux réduits ou les exemptions) est une indication du fait que la situation de la République slovaque s'est probablement aggravée depuis cette époque. L'une des sources possibles de cette baisse d'efficacité pourrait être l'entrée du pays dans l'Union européenne en 2004. Les règles en vigueur sur le marché unique en matière de paiement de la TVA (non assujettissement des exportations et encaissement de la TVA sur les biens importés avec un mois de décalage plutôt qu'au passage de la frontière) augmentent les possibilités de fraude et d'évasion fiscale<sup>4</sup>. Ce point de vue a été également évoqué dans une étude préparée par le ministère des Finances slovaque (Krajcir et Odor, 2005).

Les indicateurs nationaux de la performance opérationnelle de l'administration fiscale donnent à penser que la République slovaque pourrait améliorer l'efficacité du recouvrement de la taxe (OCDE, 2009b) :

- L'incidence des dégrèvements, mesurée par la part des remboursements de taxe dans les recettes fiscales totales, est l'une des plus élevées de l'OCDE, ce qui est probablement lié au gonflement des demandes de remboursement de TVA (Harrison et Krelove, 2005).
- La part des taxes impayées dans les recettes fiscales annuelles est la plus élevée de la zone OCDE et elle a augmenté entre 2005 et 2007 (dernière année disponible), ce qui donne à penser que l'efficacité du recouvrement des dettes est faible.
- Le nombre des activités de vérification mesuré par le nombre des actions intentées par contribuable est moins élevé que dans bien d'autres pays de l'OCDE<sup>5</sup>. Toutefois, la valeur des actions de vérification intentées en proportion des recettes mais aussi des dépenses du personnel de vérification, est relativement élevée, ce qui indique que le retour sur activités de vérification pourrait être important. Pour optimiser leur efficacité et minimiser les coûts administratifs<sup>6</sup>, les audits doivent se fonder sur le risque.

Dans ce contexte, accroître l'efficacité de la collecte de la TVA, comme l'envisage le gouvernement, devrait être une priorité. Les gains potentiels provenant d'améliorations dans ce domaine sont considérables : dans l'hypothèse d'une diminution du déficit de TVA ramené à la moyenne de l'UE25, l'augmentation des recettes serait de plus de 1 % du PIB. Par comparaison, même si le déficit de TVA reste constant, on estime que l'augmentation d'un point de pourcentage du taux standard de TVA qui sera introduite en 2011 devrait entraîner une progression des recettes de 0.3 % du PIB.

### **Unifier la collecte des taxes et des cotisations de sécurité sociale**

Alors que la plupart des pays de l'OCDE ayant des régimes séparés de sécurité sociale administrent la collecte des cotisations par le biais d'une agence distincte, et non pas par le principal organe de collecte de recettes fiscales, certains pays (comme l'Irlande, l'Italie, le Royaume-Uni et la Suède) sont passés à un système de collecte intégré (OCDE, 2009b ; Barrand et al., 2004). La justification économique se fonde sur les synergies que l'on pourrait dégager en fusionnant des organisations séparées qui ont des processus et des compétences clés similaires en matière de collecte de revenus, conduisant ainsi à une utilisation plus efficace des ressources et réduisant les coûts administratifs pour le gouvernement et les coûts de conformité pour les employeurs (Barrand et al., 2004). En outre, une réforme de ce type peut améliorer le contrôle du respect des obligations fiscales, s'opposant ainsi à la fraude et augmentant la base de recettes. Étant donné que les coûts

administratifs de collecte par rapport aux montants nets de taxes collectés en République slovaque sont les plus élevés de la zone OCDE, il faudrait envisager des réformes dans ce sens (OCDE, 2009b)<sup>7</sup>.

Les autorités slovaques ont l'intention d'accroître l'efficacité du système de recettes en passant à un système intégré de collecte dans le cadre du projet UNITAS. Lancé en 2008, ce projet devrait être pleinement opérationnel à l'horizon 2014. La première phase, UNITAS I, consiste à fusionner les administrations fiscales et douanières existantes et à mettre en place un nouveau système de gestion et d'organisation de la collecte des recettes publiques via une organisation nouvellement créée, l'Administration financière de la République slovaque. Parallèlement à ces changements organisationnels, une optimisation de processus spécifiques est également prévue. Elle impliquera, en particulier, la concentration et l'unification de certains processus à un niveau central. Cette phase devrait être mise en œuvre à l'horizon 2013.

UNITAS II regroupera la collecte des taxes, des droits de douane et des cotisations de sécurité sociale (y compris les cotisations d'assurance-maladie) dans un point de collecte unique. À titre de préalable, l'unification des bases d'évaluation des cotisations sociales et de l'impôt sur le revenu des personnes physiques est envisagée, ce qui pourrait faciliter la mise en place d'une déclaration unique d'impôts et taxes et de cotisations. Il est prévu, en outre, d'adopter un identifiant uniforme pour les personnes et d'interconnecter les systèmes d'information des entités de l'administration centrale. Le concept détaillé de la deuxième phase doit être préparé et approuvé par le gouvernement slovaque d'ici décembre 2010. Le ministère des Finances estime que, sur la période 2008-17, les avantages globaux d'UNITAS I seront supérieurs aux coûts d'environ 1.5 milliard EUR (2.4 % du PIB) en base cumulée, revenant à la fois aux contribuables et à l'État (tableau 2.2)<sup>8</sup>. Les projets d'unification du système de recouvrement sont extrêmement bienvenus et devraient être intégralement mis en œuvre le plus rapidement possible. Pour éviter tout retard, le gouvernement devrait procéder rapidement à l'approbation de la deuxième phase de la réforme (UNITAS II).

Tableau 2.2. **Impact cumulé de la réforme d'intégration des recettes dans le cadre d'UNITAS I**

Millions EUR

	2008-12	2008-13	2008-17
Avantages	280	601	1 892
Coûts	190	250	409
Différence	90	352	1 484

Note : Les coûts et avantages estimés reposent sur les hypothèses suivantes : réduction des charges administratives des contribuables d'au minimum 25 %, augmentation (de 12 % à 50 % au moins) de la proportion des documents envoyés aux bureaux de l'administration fiscale sous la forme de fichiers, diminution du nombre des visites à l'administration fiscale de 50 % à l'horizon 2013, réduction progressive des effectifs de l'administration fiscale de 20 % à l'horizon 2014, augmentations globales de salaires des employés de l'administration fiscale de 20 % à l'horizon 2012 et augmentations annuelles de 3 % au-delà, enfin réduction de 10 % de la taille de l'économie souterraine après la mise en œuvre de la réforme.

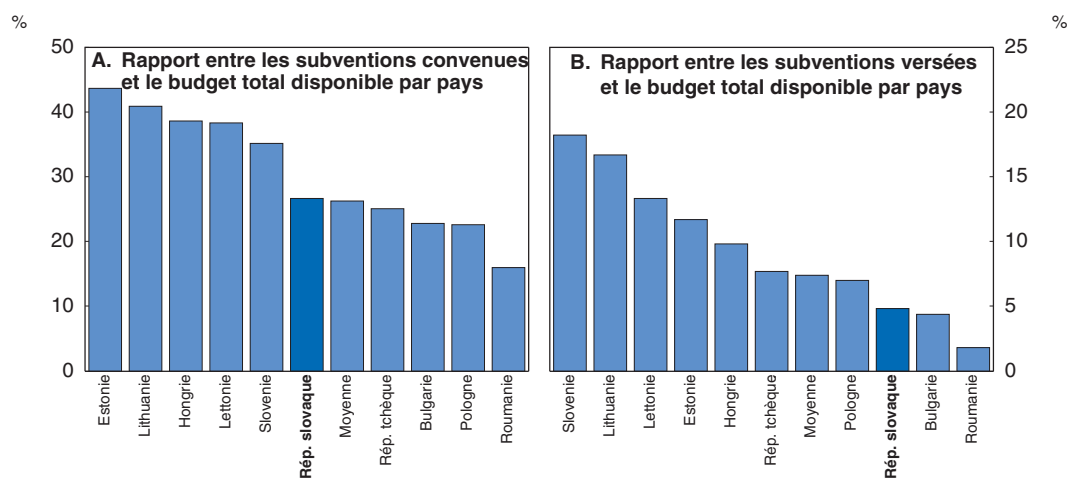
Source : Ministère des Finances (2008).

## Améliorer l'absorption des fonds européens

L'utilisation des fonds alloués par l'UE dans le cadre de sa politique régionale en vue de réduire les disparités régionales, est un facteur essentiel du développement. Pour la période de mise en œuvre (2007-13), le budget mis à la disposition de la République slovaque s'élève

à près de 3 % du PIB annuel ; ce chiffre inclut le cofinancement par le budget de l'État qui, dans le cas de la République slovaque, représente environ 10 % du total<sup>9</sup>. En période de consolidation budgétaire, les fonds communautaires sont un instrument particulièrement important pour limiter les effets préjudiciables pour la croissance. À cet égard, il est regrettable que la République slovaque soit à la traîne par rapport à d'autres PECO pour l'absorption de ces fonds. La part des subventions convenues (montant pour lequel le contrat a été signé par l'autorité compétente et le bénéficiaire final) par rapport au budget total disponible est comparable à celle d'autres PECO (graphique 2.2, partie A)<sup>10</sup>. En revanche, la part des subventions versées (montant de subventions, incluant les paiements d'avance, versées aux bénéficiaires finaux par l'agent payeur) par rapport au budget total disponible (absorption) est bien inférieure à celle de ces autres pays (graphique 2.2, partie B) (KPMG, 2010)<sup>11</sup>.

Graphique 2.2. Tirage sur les fonds communautaires dans les pays d'Europe orientale



Source : KPMG (2008), *EU Funds in Central and Eastern Europe, Progress Report 2007-09*.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932358466>

La faible absorption des fonds européens est un sujet de préoccupation et si l'on n'en connaît guère les raisons elle pourrait être imputable à un certain nombre de facteurs. Premièrement, la faible proportion des subventions versées pourrait refléter une répartition programmée différente des tirages sur les fonds européens (autrement dit, une utilisation qui n'est pas identique dans le temps) car, dans certains pays, les plans prévoient que le gros de l'argent sera dépensé dans les années ultérieures du programme. Deuxièmement, le rythme de réalisation des projets convenus peut être lent. Troisièmement, les projets convenus pourraient être de qualité médiocre ou les procédures de sélection manquer de transparence ; en conséquence, ils ne pourraient pas passer avec succès les audits ou autres mécanismes de contrôle de l'autorité de certification (le ministère des Finances). En République slovaque, certains éléments indiquent une qualité et une transparence faibles du processus de sélection de certains projets (entreprises sociales, passation de marchés pour certains biens et services au ministère de la Construction et du Développement régional) de sorte qu'en dépit du fait qu'il s'agissait de projets convenus, ils n'ont pas passé avec succès les mécanismes de contrôle au niveau

national. Quatrièmement, la structure de paiement peut être différente d'un pays à l'autre, certains pays ayant plus que d'autres recours aux paiements anticipés. Examiner plus avant ce qui peut expliquer la faible absorption des fonds européens pourrait être une priorité du gouvernement.

Bien que la part globale des subventions convenues par rapport au budget disponible semble plus favorable, d'importants programmes opérationnels sont à la traîne (tableau 2.3). Cela peut refléter le fait que les programmes opérationnels (en matière de transports et d'environnement, par exemple) impliquent des projets majeurs dont la préparation nécessite un délai de mise en œuvre plus long de sorte que les tirages se concentreront dans la période du programme restant à courir. Cette explication est cohérente avec l'allocation initiale des fonds européens à l'intérieur du cadre de référence stratégique national (CRSN). Les transports et l'environnement sont les seuls programmes opérationnels qui supposent implicitement que le tirage sur les fonds européens augmentera de façon continue sur la durée du programme, et se concentrera principalement sur la période 2010-13 (tableau 2.4). Dans le même temps, une comparaison à l'échelle des PECO montre que la République slovaque est à la traîne pour le tirage sur les fonds européens dans le secteur de l'environnement alors qu'elle se situe pratiquement à la moyenne de ces pays dans le secteur des transports.

Tableau 2.3. **Tirage sur les fonds européens en République slovaque**

	Budget disponible 2007-13 (mil. EUR)	Subventions convenues 2007-09 (mil. EUR)	Subventions versées 2007-09 (mil. EUR)	Ratio convenu (%)	Absorption (%)
<b>I. Cadre de référence stratégique national</b>	<b>13 392</b>	<b>3 312</b>	<b>613</b>	<b>25</b>	<b>5</b>
Emploi et insertion sociale	1 135	479	88	42	8
Compétitivité et croissance économique	908	381	50	42	6
Santé	294	125	15	42	5
Éducation	727	232	6	32	1
Transports	3 705	869	246	23	7
Recherche et développement	1 423	327	39	23	3
Environnement	2 118	387	38	18	2
Informatisation de la société	1 168	127	5	11	0
Régional	1 700	316	103	19	6
Région de Bratislava	99	10	6	10	6
Assistance technique	115	61	17	53	15
<b>II. Plan de développement rural stratégique</b>	<b>1 297</b>	<b>593</b>	<b>92</b>	<b>46</b>	<b>7</b>
<b>III. Plan stratégique national pour la pêche</b>	<b>19</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>23</b>	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>14 707</b>	<b>3 910</b>	<b>706</b>	<b>27</b>	<b>5</b>

Source : KPMG (2008), *EU Funds in Central and Eastern Europe, Progress Report 2007-09*.

Les raisons profondes de cette faible absorption devraient être examinées. Nonobstant la nécessité d'un cofinancement, il conviendrait d'envisager une accélération des projets afin d'obtenir l'impact maximum pendant la période de consolidation budgétaire et d'amortir ainsi les effets préjudiciables pour la croissance de la consolidation. Les exigences de présentation des projets d'équipements financés sur des fonds nationaux devraient être transparentes et simples et la coopération entre ministères devrait être encouragée pour faciliter le processus de certification.

**Tableau 2.4. L'allocation des fonds européens dans le temps en République slovaque (% d'actions dans l'affectation totale)**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2007-13
<b>I. Cadre de référence stratégique national</b>	<b>11.2</b>	<b>12.1</b>	<b>13.2</b>	<b>14.3</b>	<b>15.4</b>	<b>16.5</b>	<b>17.3</b>	<b>100</b>
Emploi et insertion sociale	14.2	13.8	13.3	12.3	13.3	14.6	18.4	100
Compétitivité et croissance économique	14.2	13.8	13.3	12.3	13.2	14.6	18.5	100
Santé	14.2	13.8	13.3	12.3	13.2	14.6	18.5	100
Éducation	14.2	13.8	13.3	12.3	13.3	14.6	18.4	100
Transports	7.8	10.2	13.0	16.6	17.8	18.6	16.0	100
Recherche et développement	14.2	13.8	13.3	12.3	13.2	14.6	18.5	100
Environnement	6.5	9.5	12.9	17.5	18.8	19.4	15.5	100
Informatisation de la société	14.2	13.8	13.3	12.3	13.2	14.6	18.5	100
Régional	14.2	13.8	13.3	12.3	13.2	14.6	18.5	100
Région de Bratislava	13.5	13.7	14.0	14.3	14.6	14.9	15.1	100
Assistance technique	14.2	13.8	13.3	12.3	13.2	14.6	18.5	100
<b>II. Plan de développement rural stratégique</b>	<b>15.4</b>	<b>14.5</b>	<b>13.6</b>	<b>13.0</b>	<b>13.4</b>	<b>14.0</b>	<b>16.1</b>	<b>100</b>
<b>III. Plan stratégique national pour la pêche</b>	<b>14.6</b>	<b>14.0</b>	<b>13.3</b>	<b>12.1</b>	<b>13.0</b>	<b>14.4</b>	<b>18.6</b>	<b>100</b>
<b>Total</b>	<b>11.8</b>	<b>12.5</b>	<b>13.2</b>	<b>14.1</b>	<b>15.1</b>	<b>16.1</b>	<b>17.1</b>	<b>100</b>

Note : Le tableau montre la ventilation relative prévue des fonds de l'UE pour chaque année du programme en République slovaque. Ces chiffres ne sont pas totalement comparables avec les données sur le tirage présentées ci-dessus car ils représentent des engagements sur lesquels on peut tirer dans une période de  $n + 2$  ou  $n + 3$  ans (selon le type de fond et l'année du programme),  $n$  désignant l'année de l'engagement.

Source : Cadre de référence stratégique national de la République slovaque.

## Améliorer l'efficacité des dépenses de santé

En République slovaque, les soins de santé sont l'un des principaux postes de dépenses : les dépenses du secteur public au titre de la santé représentent en effet un cinquième de ses dépenses totales et elles devraient fortement augmenter au cours des prochaines décennies du fait en partie du vieillissement rapide de la population. Dans un scénario sans changement de politique, la Commission européenne s'attend à l'horizon 2060<sup>12</sup> à une augmentation de la part des dépenses de santé dans le PIB de 2.3 points de pourcentage par rapport à son niveau de 2007. Cette augmentation attendue est une des plus fortes de l'UE27 ; elle est à comparer à une augmentation moyenne attendue de 1.7 point de pourcentage dans ce groupe de pays (Commission européenne, 2009) et devrait placer la République slovaque en deuxième position des pays de l'OCDE, derrière la Corée (Oliveira Martins et de la Maisonneuve, 2006).

Conscients de ce problème, les responsables des politiques publiques ont mis en œuvre par le passé et notamment en 2004, des réformes ambitieuses qui ont profondément modifié la structure du système de santé pour passer d'un système d'obligations et réglementations à un système de marché, notamment au niveau de l'assurance (encadré 2.1). On est revenu sur certaines de ces réformes depuis 2006 ; par exemple, la concurrence sur le marché de l'assurance a été réduite et certaines participations au coût ont été abolies. Il se pourrait néanmoins que l'on n'ait pas encore pleinement réalisé leur impact potentiel sur les résultats en termes de santé et sur les coûts. En tout état de cause, même après les réformes, des défis considérables restent à relever pour améliorer l'efficacité du système de santé.



### Encadré 2.1. Le système de santé slovaque et la réforme de 2004

#### La réforme du système de santé de 2004

Depuis 1993, le système de santé slovaque se composait d'un régime social obligatoire d'assurance-maladie avec des assureurs multiples à but non lucratif (Colombo et Tapay, 2004). Face au creusement des déficits des caisses de sécurité sociale depuis le milieu des années 90, qui atteignait environ 0.8 % du PIB en 2002 (entraînant une accumulation de la dette au niveau des prestataires de soins, les assurances de santé ayant différé leurs paiements)<sup>1</sup>, la République slovaque a mis en œuvre, en 2004, une importante réforme de son système de santé. Le principal objectif de cette réforme était de remplacer le système étatique de santé par un système plus orienté vers le marché. Ses principales composantes étaient les suivantes :

- Les caisses d'assurance-maladie ont été transformées d'institutions à but non lucratif en sociétés par actions et deux types d'assurance-maladie ont été autorisés : une couverture de base obligatoire et une couverture privée facultative (pour les services complémentaires). Un système de participation directe du patient a été également mis en place pour les consultations médicales, les consultations dans les services d'urgence, les prescriptions de médicaments et les séjours à l'hôpital.
- Au niveau des prestataires, plusieurs hôpitaux (essentiellement de taille petite et moyenne) sont passés du statut d'établissements publics autogérés à celui d'organismes à but non lucratif qui sont la propriété des villes et des administrations régionales (tandis que les grands hôpitaux sont restés la propriété de l'État). Des instructions ont été données aux caisses d'assurance-maladie pour la mise en place de contrats structurés avec les prestataires de soins internes et externes.
- L'ensemble des prestations a été repensé ; certains traitements ont été retirés des listes des prestations remboursées par l'assurance-maladie obligatoire et l'ensemble des prestations de base a été modifié pour reposer désormais sur une liste positive englobant toutes les activités de prévention, de diagnostic et tous les traitements pour des diagnostics déterminés.

#### Évolution depuis 2006 et *statu quo* actuel

Certaines des mesures mises en place par la réforme de 2004 ont été à nouveau modifiées après un changement de gouvernement en 2006. Notamment, la participation directe du patient a été supprimée pour les visites médicales et réduite pour les prescriptions de médicaments, et la réglementation des caisses d'assurance-maladie a été renforcée. Aujourd'hui, les principales caractéristiques du système de santé sont les suivantes :

#### Couverture et droits

Tous les citoyens slovaques sont couverts par l'assurance-maladie publique obligatoire. L'assurance de base donne à chacun le droit à la gratuité des soins, avec quelques exceptions seulement (par exemple, la chirurgie esthétique) et au paiement partiel des produits pharmaceutiques et d'une sélection de services de santé connexes (par exemple l'accès aux urgences). Les prix des médicaments sont réglementés par le ministère de la Santé qui établit les prix sur la base d'un système international de référencement comparant les prix les plus bas pour le même médicament ou pour des médicaments similaires dans les pays de l'UE.

#### Marché de l'assurance

Pour l'assurance-maladie obligatoire, les citoyens ont le choix entre trois assureurs qui sont l'assureur public VSZP et les assureurs privés ZP *Dover* et ZP *Union*, dont les parts de marché en 2009 étaient respectivement de 69 %, 25 % et 6 %. Les assureurs sont tenus d'accepter tout candidat à l'assurance. Pour l'assurance de base, les assureurs n'influent en aucune façon sur le panier de prestations, le niveau de couverture ou le montant des primes et en 2009 jusqu'à 95 % des cotisations d'assurance étaient redistribuées selon un système de péréquation des risques fondé sur le sexe, l'âge et l'activité économique<sup>2</sup>. Il n'existe pas de marché de l'assurance complémentaire même si la souscription d'une assurance-maladie privée est autorisée (Verhoeven *et al.*, 2007).

### Encadré 2.1. Le système de santé slovaque et la réforme de 2004 (suite)

#### Sources de financement

L'assurance des salariés est financée par les cotisations de sécurité sociale qui s'élèvent à 14 % (dont 10 % à la charge de l'employeur et 4 % à la charge des salariés) du salaire brut jusqu'à un plafond de trois fois le salaire moyen de l'avant-dernière année (en 2010, le plafond est de 2 169 EUR, soit trois fois le salaire moyen de 2008 qui était de 723 EUR)<sup>3</sup>. La cotisation minimum est établie sur la base du salaire minimum. Les travailleurs indépendants prennent eux-mêmes en charge leurs cotisations et la base de cotisation minimum est de 44.2 % du salaire moyen. Pour la majorité des inactifs (plus de la moitié de la population), notamment les enfants, les chômeurs et les retraités, l'assurance est prise en charge par l'État à un taux de 4.5 % et la base d'évaluation est le salaire moyen de l'avant-dernière année de travail. Le taux pour 2010 est de 4.78 % et il a été ramené à 4.32 % pour 2011. Les paiements directs sont relativement élevés : ils représentent 26.2 % des dépenses totales, plaçant la République slovaque au 4<sup>e</sup> rang des pays de l'OCDE. Des observations ponctuelles donnent à penser que les paiements informels (qui peuvent être partiellement inclus dans les paiements directs mesurés) jouent un rôle important dans l'affectation de l'accès aux soins et dans les inégalités en termes de santé (Murthy et Mossialos, 2003).

#### Offre

Les usagers peuvent choisir entre différents prestataires de soins (soins hospitaliers et soins ambulatoires) avec les restrictions liées au système du médecin référent pour les soins ambulatoires, en particulier pour l'accès aux spécialistes. Les assureurs sont autorisés à choisir leurs prestataires de soins et à négocier des contrats avec les médecins et les hôpitaux. Toutefois, en 2007, le gouvernement a défini un réseau de prestataires de services minimums de santé avec lesquels les assureurs doivent passer contrat. Parmi ces prestataires figurent tous les généralistes, un nombre minimum de spécialistes et tous les hôpitaux publics.

1. Apparemment le creusement de la dette des caisses de sécurité sociale a été également nourri par les retards de paiement des cotisations des employeurs mais aussi de l'État pour les inactifs.
2. Les cotisations sont payées mensuellement. Un paiement compensatoire annuel est établi après comparaison du montant total de cotisations versées dans l'année au plafond de revenus annuel, autrement dit les employés qui un mois perçoivent un revenu élevé supérieur au plafond mais sont le reste du temps en-dessous du plafond peuvent avoir à payer une cotisation supplémentaire. Pour les personnes ayant un handicap sévère, le taux de cotisation est de 7 %.
3. Le système des GHM rapproche les types de patients traités et les ressources qu'ils consomment dans le but de déterminer le remboursement de l'assurance-maladie selon un diagnostic sur une base prospective.

#### **Les niveaux de dépenses sont faibles mais ils augmentent vite...**

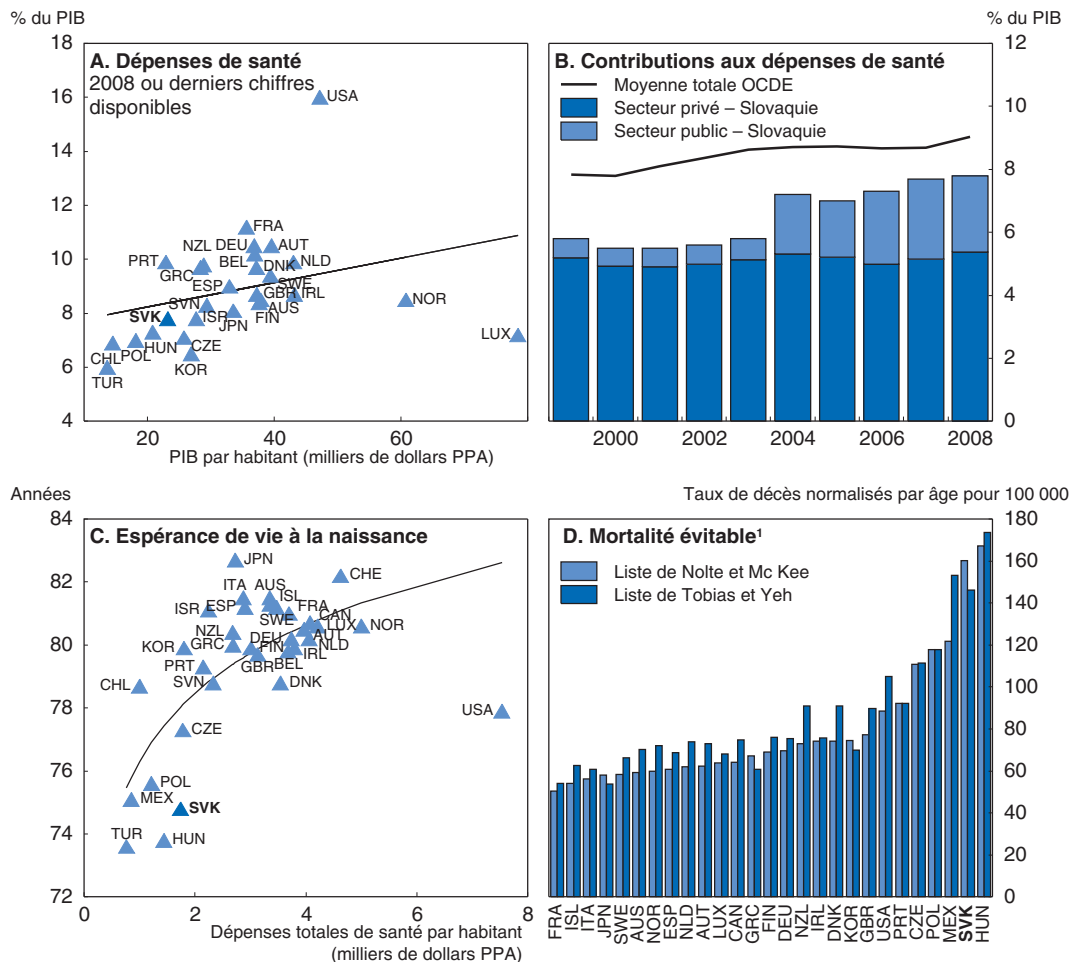
À 7.4 % du PIB (en 2008), les dépenses totales de santé de la République slovaque sont inférieures à la moyenne de l'OCDE qui se situe autour de 8½ pour cent<sup>13</sup>. Ce moindre niveau peut s'expliquer par un PIB par habitant plus faible (graphique 2.3, partie A). Toutefois, ces dépenses augmentent très vite même lorsqu'on les compare à celles de pays ayant un niveau de PIB par habitant similaire; sur la période 2000-07, elles ont augmenté de 2.2 % du PIB, tandis qu'en Hongrie, en Pologne et en République tchèque elles ont augmenté de moins de 1 % et que la moyenne de l'OCDE est de 1.2 %. Cette forte croissance des dépenses en République slovaque reflète principalement une forte progression des dépenses depuis la grande réforme de la santé de 2004.

#### **... tandis que les résultats se font attendre**

En dépit de l'augmentation rapide des dépenses, les résultats sur le plan de la santé ne se sont pas améliorés autant que dans de nombreuses autres économies de l'OCDE, bien que les améliorations tendent à se manifester avec quelque retard. Sur la période 1995-2007, l'espérance de vie a augmenté de moins de deux ans contre plus de trois

pour la moyenne de l'OCDE. La mortalité évitable (c'est-à-dire les décès qui peuvent être évités par des soins médicaux efficaces prodigués en temps opportun) est la deuxième plus forte de l'OCDE (graphique 2.3, partie D). Si l'état sanitaire d'une population est affecté par plusieurs facteurs autres que les dépenses de santé (comme le niveau d'études, la pollution et le mode de vie), les estimations de Joumard *et al.* (2010a) donnent à penser que les dépenses de santé sont le principal facteur d'explication des différences entre les pays<sup>14</sup>. En outre, les inégalités en termes de santé, mesurées par l'écart-type des taux de mortalité pour la population des plus de 10 ans, sont plus grandes en République slovaque que dans un certain nombre de pays de l'OCDE (Joumard *et al.*, 2010a). Pour les PECO, elles sont beaucoup plus importantes en Hongrie et en Pologne qu'en République slovaque mais légèrement inférieures en République tchèque. Globalement, la population slovaque semble moins satisfaite des soins de santé dont elle bénéficie que la population d'autres pays<sup>15</sup>.

Graphique 2.3. État de santé et dépenses de santé



1. Les listes des décès évitables spécifient à la fois les causes des décès et les limites d'âge spécifiques pour chaque cause. Il existe différentes listes. Les résultats présentés ici ont été établis sur la base de ceux élaborés par Nolte et Mc Kee (2008) et par Tobias et Yeh (2009).

Source : Base Éco-Santé OCDE et Joumard *et al.* (2010), « Health care systems – Efficiency and institutions », Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 769.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932358485>

La faible efficacité des dépenses de santé en République slovaque est d'autant plus préoccupante que le rendement de ces dépenses diminue habituellement lorsque l'échelle augmente ; ainsi, un pays qui part d'un niveau de dépenses plus faible devrait normalement enregistrer une amélioration plus rapide de ses résultats qu'une économie plus avancée. Dans ce contexte, la marge d'amélioration des résultats au plan de la santé semble plus grande en République slovaque compte tenu du niveau des dépenses de santé. La question est de savoir si l'argent est dépensé efficacement, pas de savoir s'il faut dépenser davantage, ce qui relève d'une préférence sociétale. Même si ces estimations sont entourées d'une très grande incertitude, les résultats rapportés par *Joumard et al. (2010a)* indiquent que des réformes de la santé générant une meilleure utilisation de l'argent dépensé et s'accompagnant d'agents très performants pourraient allonger de plusieurs années l'espérance de vie en République slovaque. Les mêmes résultats pourraient également être obtenus avec un niveau de dépenses sensiblement inférieur. Par exemple, les gains en termes d'espérance de vie qui ont été obtenus sur la période 1997-2007, pourraient l'être à l'avenir avec un système plus efficace pour un coût en baisse, selon les estimations, de 2 % du PIB (*Joumard et al., 2010b*). Cette analyse repose sur des comparaisons de politiques dans un groupe de pays partageant des caractéristiques institutionnelles largement similaires, étant donné la difficulté de comparer des mécanismes institutionnels sensiblement différents (graphique 2.4). La République slovaque est dans le même groupe que l'Allemagne, les Pays-Bas et la Suisse. Ce groupe se caractérise par de vastes mécanismes de marché pour réguler la couverture de l'assurance de base, par un rôle important des prestataires privés, une rémunération essentiellement par capitation, un large choix de prestataires, un système de médecin référent et un faible recours au système du tiers payant pour contrôler la croissance des dépenses publiques.

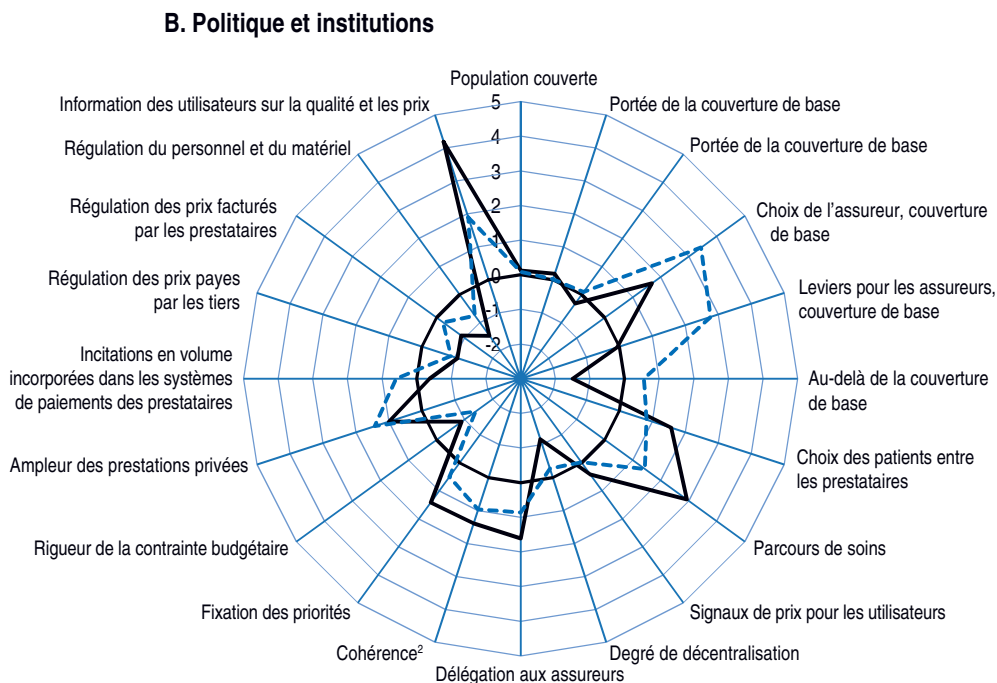
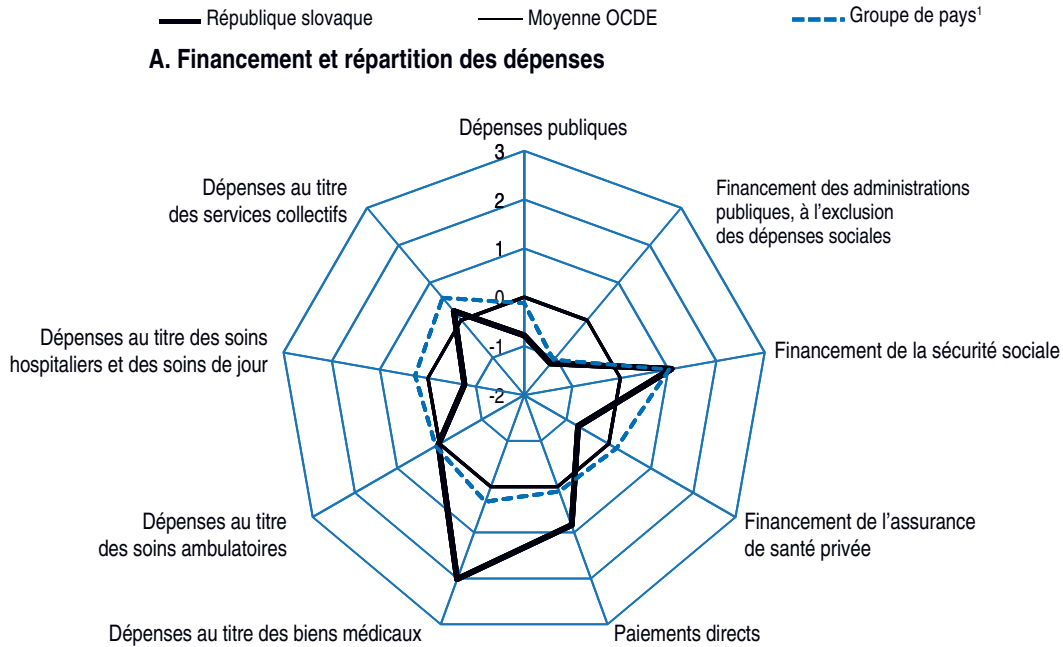
Les principaux domaines sur lesquels doit se concentrer la réforme sont les suivants :

- L'augmentation des dépenses est tirée par les dépenses privées car les paiements directs au titre des dépenses de santé ont atteint des niveaux très élevés. Il en est résulté un accroissement des inégalités, car les ménages à bas revenu sont les plus touchés, mais ces niveaux très élevés ne se traduisent pas par une amélioration des résultats au plan de la santé.
- Les inefficiences au niveau des prestataires sont importantes. Les hôpitaux publics ne sont soumis qu'à de faibles contraintes budgétaires et génèrent des dettes importantes. En outre, beaucoup de professionnels de la santé partent à l'étranger, en raison surtout de la faiblesse de leur rémunération, notamment dans le secteur hospitalier.
- Les dépenses au titre des médicaments sont importantes, ce qui pourrait indiquer que les mesures mises en œuvre pour réduire la consommation de médicaments ne sont pas suffisamment efficaces.
- La concurrence entre les caisses d'assurance-maladie est relativement faible du fait la stricte réglementation de ces caisses et de la concentration forte et croissante du marché, ce qui donne à penser que tous les avantages du montage institutionnel choisi pour le système de santé slovaque ne sont pas exploités.

### **Gérer la progression des paiements directs...**

L'augmentation globale des dépenses est due presque uniquement à une augmentation des dépenses privées, qui sont passées de 0.7 % du PIB en 2003 à environ 2½ pour cent du PIB en 2008 ; en revanche, les dépenses publiques sont demeurées

Graphique 2.4. Comparaison des indicateurs des soins de santé en République slovaque et dans d'autres pays




Note : Dans les deux parties, les points de données situés en dehors du cercle moyen indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays examiné est supérieur à la moyenne de l'OCDE. Dans la partie A, les données représentent l'écart par rapport à la moyenne de l'OCDE et elles sont exprimées en nombre d'écarts-types. Dans la partie B, les données présentées sont de simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

1. Allemagne, Pays-Bas, République slovaque et Suisse.

2. Cohérence dans l'affectation des responsabilités entre les différents niveaux d'administration.

Source : Éco-santé OCDE 2010 et Joumard et al. (2010), « Health care systems – Efficiency and institutions », Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 769.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932358504>

pratiquement inchangées autour de 5 % du PIB (tableau 2.5). La part des dépenses privées dans le PIB se situe désormais autour de la moyenne de l'OCDE tandis que les dépenses publiques restent parmi les plus faibles. L'augmentation des dépenses privées reflète une forte augmentation des dépenses de santé individuelles au titre des services médicaux (soins hospitaliers et soins ambulatoires) et, dans une moindre mesure, des produits pharmaceutiques. Comme le financement par des assurances privées est inexistant, ces dépenses sont des paiements directs effectués par les ménages qui ont plus particulièrement affecté les ménages des quintiles de revenus les plus bas (Kiss, 2007).

Tableau 2.5. **Évolution des dépenses actuelles de santé en République slovaque**  
% du PIB

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	OCDE 2008
<b>Total des dépenses actuelles de santé</b>	5.6	5.6	6.6	6.7	7.0	7.4	7.4	<b>8.6</b>
<b>publiques</b>	5.0	4.9	5.1	5.1	4.9	5.1	5.3	<b>6.3</b>
au titre des services médicaux	2.9	2.7	2.8	2.9	2.7	3.0	3.2	<b>4.9</b>
soins hospitaliers	2.0	1.8	1.7	1.9	1.2	1.4	1.4	<b>2.7</b>
soins ambulatoires	0.9	0.9	1.2	1.0	1.4	1.6	1.8	<b>2.1</b>
au titre des biens médicaux	1.9	2.0	1.9	1.8	1.8	1.7	1.7	<b>1.0</b>
<b>privées</b>	0.6	0.7	1.5	1.7	2.1	2.3	2.1	<b>2.3</b>
au titre des services médicaux	0.1	0.2	0.5	0.6	0.9	0.9	1.0	<b>1.4</b>
soins hospitaliers			0.0	0.0	0.3	0.3	0.3	<b>0.5</b>
soins ambulatoires			0.5	0.5	0.7	0.7	0.7	<b>1.0</b>
au titre des biens médicaux	0.5	0.5	0.9	1.0	1.0	1.1	1.1	<b>0.8</b>
au titre des produits pharmaceutiques	0.3	0.4	0.5	0.6	0.6	0.7	0.6	<b>0.7</b>
au titre des appareils thérapeutiques	0.1	0.1	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4	<b>0.2</b>
<i>Memo.</i> : Paiements directs	0.6	0.7	1.4	1.6	1.9	2.0	2.0	<b>1.6</b>

Note : Les dépenses actuelles de santé sont égales aux dépenses totales de santé moins les investissements. OCDE 2008 fait référence à la moyenne non pondérée de l'OCDE pour 2008. Les dépenses privées au titre des services médicaux englobent les soins aux patients hospitalisés (y compris les soins de jour) et les soins ambulatoires (y compris les dépenses au titre des soins à domicile et des services annexes (comme les services de laboratoire, d'imagerie diagnostique et de transport des patients). Les appareils thérapeutiques englobent un large éventail de biens médicaux durables comme les lunettes, les prothèses auditives ou les fauteuils roulants.

Source : Éco-Santé OCDE 2010.

Les paiements directs ont plus que triplé depuis 2002 et représentent désormais 2 % du PIB contre 1.6 % dans le pays moyen de l'OCDE. On a peu de détails sur la composition exacte de ces paiements ; notamment, on ne sait pas dans quelle mesure ils englobent les paiements informels. Toutefois, puisqu'ils ont fortement augmenté autour de 2004, leur augmentation est probablement liée aux mesures de réforme du système de santé prises à cette époque. Les paiements directs au titre des produits pharmaceutiques ont augmenté du fait de l'introduction du principe du remboursement égal pour des substances chimiques identiques et de participations fixes à la dépense pour tous les médicaments alors qu'auparavant certains médicaments (comme les antibiotiques) étaient gratuits (Kiss, 2007). En outre, la classification des produits pharmaceutiques a été ajustée et la partie des coûts payée par les patients pour les médicaments partiellement remboursés a été fixée, ce qui contribue à expliquer l'augmentation de 0.3 point de pourcentage des dépenses privées au titre des produits pharmaceutiques depuis 2002. Un autre facteur semble être l'augmentation des dépenses au titre des services médicaux, notamment des soins ambulatoires. Mais la part des paiements directs dans les soins curatifs aux patients hospitalisés ainsi que dans les services médicaux et de diagnostic de base a augmenté pour devenir l'une des plus importantes de la zone OCDE (Paris *et al.*, 2010). Toute une série de

mesures peuvent expliquer ce fait. Premièrement, le paiement d'une participation par visite chez un praticien et par prescription de médicaments mais aussi par nuit d'hospitalisation, a été mis en place. Toutefois, comme les montants de cette participation ont été fixés à des niveaux très bas, l'importance de leur mise en place a été surtout symbolique et le nombre des visites chez le médecin n'a baissé que de manière marginale, passant de 13 par habitant en 2002 à 11.2 (soit encore près du double de la moyenne de l'OCDE)<sup>16</sup>. Deuxièmement, à partir de 2005, les médecins effectuant des consultations externes ont été autorisés à facturer aux patients le fait de court-circuiter les listes d'attente et d'autres services supplémentaires. Cette dernière mesure s'est inscrite dans l'esprit de la réforme qui visait à officialiser les paiements informels et à rendre plus visibles les phénomènes cachés comme les délais d'attente. À la pratique des dessous de table, probablement très répandue comme le donnent à penser des observations ponctuelles (Murthy et Mossialos, 2003), devaient se substituer des files d'attente ouvertes, des honoraires transparents et un mécanisme de rationnement non directif pour équilibrer l'offre et la demande<sup>17</sup>. Troisièmement, les assurés ont été contraints d'aller au moins une fois par an chez le dentiste, faute de quoi ils ne seraient pas remboursés de leurs frais dentaires l'année suivante (auquel cas, ils seraient obligés de payer de leur poche).

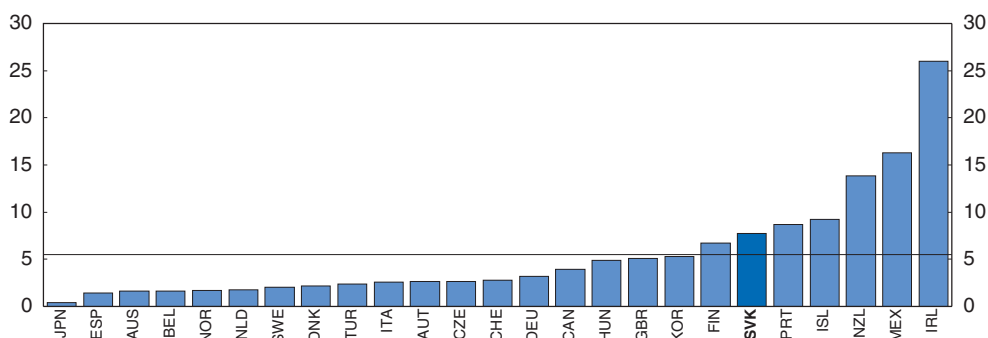
En 2006, un certain nombre de changements ont été apportés aux réformes pour tenter de remédier à l'augmentation des paiements directs. En particulier, certaines participations demandées pour les services médicaux ont été à nouveau abolies, les montants des paiements pour les prescriptions de médicaments ont été réduits et le taux de la TVA sur les médicaments a été abaissé de 19 % à 10 % mais les patients continuent de participer aux dépenses pharmaceutiques. Ces mesures n'ont eu aucun impact sur le niveau des paiements directs, ce qui donne à penser que les paiements effectués aux prestataires de santé dans le cadre des consultations externes pour des services supplémentaires représentent une part importante ou peut-être grandissante de l'augmentation des dépenses (tableau 2.5). En fait, bien qu'on ne dispose de données sur la ventilation des paiements directs que pour 2004 et 2005, pour ces années là, la participation aux coûts n'a représenté qu'un montant négligeable de ces paiements. Contrairement à ce qui se passe dans de nombreux autres pays de l'OCDE (16 sur 29, y compris la République tchèque et la Hongrie), il n'existe pas en République slovaque de limite supérieure aux paiements directs par revenu des ménages. Mais, comme dans le plupart des pays de l'OCDE, il existe des exemptions pour certains groupes d'assurés tels que les seniors, les ménages à bas revenu ou les bénéficiaires de prestations sociales (Paris *et al.*, 2010). Étant donné l'importance des paiements directs en République slovaque, une limite supérieure par rapport au revenu annuel des individus ou des ménages devrait être mise en place.

### **... et les inefficiences au niveau des prestataires**

L'organisation de la prestation des soins de santé doit aussi gagner en efficacité. Les classements des prestataires, tels que publiés par les assureurs font apparaître de grosses différences dans la qualité des soins fournis. Ces différences peuvent être imputables en partie à un manque de coordination des soins primaires, car il n'y a pas de directives cliniques encourageant la gestion des maladies, ce qui conduit souvent à des soins non nécessaires. Par exemple, en République slovaque, le nombre moyen de consultations médicales par habitant est d'environ 12 par an, soit l'un des chiffres les plus élevés de la zone OCDE. En outre, les généralistes ne sont guère incités à travailler dans le pays, comme


en témoigne une émigration de médecins et d'infirmières plus forte que dans bien d'autres pays de l'OCDE. Le nombre des personnels de santé travaillant à l'étranger représente environ 8 % de la main-d'œuvre nationale dans le secteur de la santé et du travail social alors que la moyenne (non pondérée) de l'OCDE tourne autour de 6 % (graphique 2.5). Étant donné que l'émigration touche souvent les jeunes médecins, les cohortes âgées représente une part prépondérante dans la structure par âge des généralistes. Les pays où l'on trouve le plus grand nombre d'employés slovaques sont la République tchèque, l'Autriche, la Hongrie et le Royaume-Uni. Cet exode s'explique en partie par la faiblesse des rémunérations, notamment pour le personnel hospitalier infirmier, dont le revenu par rapport au salaire moyen est l'un des plus faibles des pays de l'OCDE. Il est aussi sans doute imputable à la structure de rémunération des médecins, qui n'est fondée que sur la capitation. Le mode de rémunération des praticiens devrait donc être revu, probablement en complétant la capitation par une composante de rémunération à l'acte, comme cela se fait dans de nombreux autres pays de l'OCDE (Paris *et al.*, 2010)<sup>18</sup>. Simoens et Giuffrida (2004) font valoir que cette association de deux modes de rémunération peut être plus incitative qu'un mode unique.

Graphique 2.5. **Personnel de santé travaillant à l'étranger**  
% des travailleurs du secteur de la santé dans leur pays d'origine



Note : Ce graphique montre l'origine des travailleurs émigrés dans le secteur de la santé et le secteur social en pourcentage des travailleurs de ce secteur dans leur pays d'origine. Par exemple, les personnes d'origine slovaque travaillant dans le secteur de la santé et le secteur social de pays de l'OCDE (autres que la République slovaque) représentent 7.7 % des travailleurs de ces secteurs en République slovaque.

Source : OCDE, Base de données de l'OCDE sur les immigrants dans les pays de l'OCDE (DIOC) et Base de données de l'OCDE sur les statistiques de la population active.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932358523>

En outre, la performance du secteur hospitalier pourrait être améliorée, ce secteur entrant pour environ un tiers dans les dépenses totales. Le manque d'efficacité concerne notamment les entreprises d'État, pour lesquelles la contrainte budgétaire est peu rigoureuse, qui n'ont pas de règles de gouvernance et qui sont lourdement endettées (Verhoeven *et al.*, 2007). Il s'agit là d'un problème de longue date : le secteur hospitalier était déjà lourdement endetté en 2004/2005 et l'État a dû reprendre une dette pour un montant de 640 millions EUR (1 % du PIB). Bien qu'il ait été prévu dans la réforme de 2004 de transformer tous les hôpitaux en sociétés par actions, seulement cinq l'ont été avant que le processus ne soit stoppé en 2006. La performance du secteur hospitalier reste faible et les niveaux d'endettement ont à nouveau augmenté pour se situer aux alentours de ¼ du PIB. Les avantages et les risques de la restructuration du secteur hospitalier en



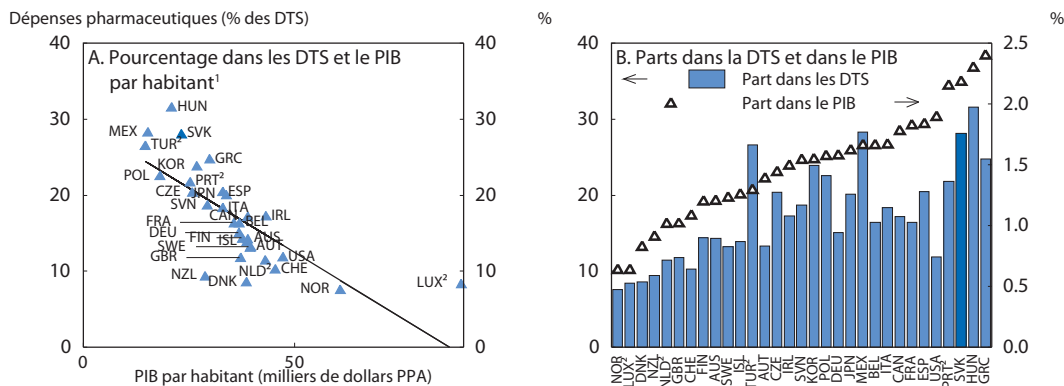
transformant les établissements publics en sociétés par actions devraient faire l'objet d'une étude plus approfondie. En outre, la mise en place de groupes de maladies favoriserait un traitement efficace par rapport aux coûts.

### Diminution des dépenses au titre des produits pharmaceutiques

Les dépenses au titre des produits pharmaceutiques représentent 28 % des dépenses totales de santé de la République slovaque et placent le pays en deuxième position dans la zone OCDE (derrière la Hongrie ; la moyenne de l'OCDE est de 17 %). Rapportées au PIB, elles donnent le pourcentage le plus élevé (2.8 % contre 1.8 % pour la moyenne de l'OCDE ; graphique 2.6, partie B). Un important facteur d'explication de ce résultat est un effet de niveau de prix relatif : la différence entre le niveau de prix des biens pharmaceutiques (biens faisant l'objet d'échanges internationaux) et le niveau de prix des dépenses de santé (biens ne faisant pas l'objet d'échanges internationaux) est plus importante dans un pays en rattrapage comme la République slovaque. Cela peut expliquer que dans des pays à niveau de PIB par habitant moins élevé les dépenses pharmaceutiques représentent une part plus importante des dépenses totales de santé (graphique 2.6, partie A)<sup>19</sup>. En outre, les salaires relativement modestes des professionnels de santé comparés à ceux d'autres professions en République slovaque ne contribuent que faiblement aux dépenses hospitalières, ce qui peut expliquer la faible proportion des dépenses nonpharmaceutiques<sup>20</sup>. Selon le ministère des Finances slovaque, l'effet de niveau de prix relatif peut expliquer environ un tiers de la part des dépenses pharmaceutiques dans les dépenses totales de santé<sup>21</sup>.

### Graphique 2.6. Dépenses pharmaceutiques

2008 ou dernière année disponible



1. DTS = dépenses totales de santé.

2. Dépenses pharmaceutiques: 2006 pour le Portugal, 2005 pour le Luxembourg, 2002 pour les Pays-Bas et 2000 pour la Turquie.

Source : Base Éco-Santé OCDE.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932358542>

En termes de niveaux de prix, les produits pharmaceutiques semblent s'aligner à peu près sur les pays auxquels la République slovaque est comparée (OCDE, 2008) même si certains éléments indiquent une surfacturation de certains produits dans le passé récent (Kaló et al., 2008). Selon les estimations du ministère des Finances slovaque, la surfacturation de certains médicaments explique 3 points de pourcentage de la part plus importante des dépenses pharmaceutiques dans les dépenses totales de santé. En termes de volumes, la consommation de médicaments est supérieure à la moyenne de l'OCDE

pour de nombreuses catégories de médicaments. Cela peut être lié à l'état de santé relativement médiocre de la population. Par exemple, les taux de mortalité par maladie cardiaque ischémique et par cancer sont parmi les plus élevés de l'OCDE et l'état de santé perçu de la population slovaque est le deuxième plus mauvais de la zone OCDE<sup>22</sup>.

### ***Pour les produits pharmaceutiques, la participation aux frais est faible***

Toutefois, la croissance des volumes de médicaments est également supérieure à la moyenne, ce qui donne à penser que la consommation reflète aussi probablement d'autres facteurs que l'état de santé. Entre 2000 et 2008, la part des dépenses au titre des biens médicaux dans le PIB a augmenté de 0.3 point, soit près de deux fois la moyenne de l'OCDE. L'un de ces facteurs pourrait être un niveau moindre de participation aux frais pour les médicaments remboursés, qui encourage les dépenses au titre de produits d'un prix plus élevé par rapport à d'autres pays et/ou incite à consommer plus de médicaments (Kaló et al., 2008). Les dépenses privées au titre des produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables se chiffrent à 140 USD (en PPA), ce qui est bien inférieur à la moyenne de l'OCDE de 211 USD (en PPA)<sup>23</sup>. La part des dépenses privées dans les dépenses pharmaceutiques globales s'établit à 27 % ; elle est l'une des plus faibles de la zone OCDE (moyenne de l'OCDE : 45 %). Pour sensibiliser davantage les consommateurs au problème du prix, il faudrait relever le niveau de participation aux frais pour les produits pharmaceutiques partiellement remboursés. Si cela peut contribuer à accroître le niveau des paiements directs, un plafonnement de ces paiements, comme cela a été recommandé auparavant, limiterait les effets préjudiciables sous-jacents.

### ***Le recours aux génériques devrait être encouragé***

Le remboursement des médicaments s'effectue sur la base de la classification établie par le ministère de la Santé (assisté d'un organisme consultatif appelé Commission de classification) qui détermine les médicaments qui sont remboursés et à quel taux (Kaló et al., 2008). En général, le montant remboursé tend à être le prix du générique le moins cher disponible sur le marché. Pour les produits innovants, le prix de détail maximum qui est remboursé se fonde sur une proposition du fabricant (généralement établie sur la base des autres prix européens lorsque le médicament a été commercialisé dans ces pays ; encadré 2.2). Pour tous les autres médicaments (non génériques ou génériques d'un prix plus élevé), les patients doivent payer la différence, ce qui les incite à demander au médecin de leur prescrire des génériques ou au pharmacien de leur donner des génériques chaque fois que cela est possible (encore que le faible niveau de participation aux frais limite quelque peu l'incitation)<sup>24</sup>. Globalement, l'utilisation des génériques est plus forte en République slovaque que dans bien d'autres pays européens mais il est possible de réaliser des économies plus importantes en augmentant l'incitation à recourir aux génériques<sup>25</sup>. Dans la pratique, en effet, cette incitation est contournée au niveau de la prescription. Bien souvent, les médecins prescrivent le médicament le plus cher, forçant ainsi les pharmaciens à délivrer le médicament le plus cher et les patients à payer leur participation aux frais<sup>26</sup>. À cet égard, les pouvoirs publics prévoient d'exiger des médecins qu'ils ne prescrivent que la molécule, laissant donc au patient le choix du médicament spécifique, ce qui est une mesure qui va dans le bon sens. Dans le cadre de sa campagne visant à encourager la substitution générique, le ministère de la Santé a mis en place sur son site Internet un calculateur électronique qui permet aux patients de chercher le médicament pour lequel la participation aux frais est la plus faible. Ces efforts sont salués

et devraient se prolonger, par exemple, en obligeant les pharmaciens à toujours délivrer le générique le moins cher. En République slovaque, on estime à environ 35 % de la participation aux frais les économies réalisées lorsque les pharmaciens délivrent toujours le médicament le moins cher (Filko *et al.*, 2010). Outre ces changements, des mesures visant à accroître la transparence dans la commercialisation et la distribution de produits pharmaceutiques et à réduire la consommation de médicaments devraient être introduites. En outre, les rapports coûts-avantages des nouvelles substances comme des substances déjà commercialisées devraient être revus en utilisant une méthodologie standard et les produits de qualité inférieure ne devraient plus être remboursés.

### Encadré 2.2. Fixation de prix de référence dans les pays en rattrapage<sup>1</sup>

Vingt-quatre pays de l'OCDE ont recours au benchmarking international pour déterminer le prix (maximum) d'un produit pharmaceutique (autrement dit pour examiner les prix dans les pays de comparaison). En République slovaque, si un groupe pharmaceutique veut mettre un nouveau produit sur le marché, il doit présenter à la Commission de classification, organisme consultatif du ministère des Finances composé de représentants du ministère de la Santé, de la Chambre médicale slovaque et des caisses d'assurance-maladie, une demande d'autorisation dans laquelle il propose un prix de vente au détail et demande que soit déterminé le niveau de remboursement. Pour la détermination du seuil de prix pour les produits pharmaceutiques importés, il est fait référence au prix sortie usine (qui doit être fourni par l'auteur de la demande) dans les autres 26 pays de l'Union européenne : le pays de fabrication, l'Autriche, la République tchèque, l'Allemagne, la France, la Hongrie, l'Italie, l'Espagne et la Pologne. Le seuil de prix est défini comme un maximum de 10 % au-dessus de la moyenne des six prix les plus bas (les pays dans lesquels un prix n'a pas (encore) été établi sont exclus)<sup>2</sup>. Les prix de tous les médicaments remboursés sont ensuite vérifiés tous les semestres par rapport à cette règle par une équipe de travail conjointe du ministère de la Santé/ministère des Finances. Récemment, le ministère de la Santé a proposé une loi visant à fixer le prix maximum au niveau du deuxième prix le plus élevé d'un médicament dans l'Union européenne.

Cette approche de détermination d'un prix de référence international influence le comportement des fabricants, en particulier pour ce qui concerne l'ordonnancement des lancements dans les différents pays, car le processus de détermination d'un prix de référence international est rarement répété après que le prix initial de mise sur le marché ait été déterminé. Ils sont plus susceptibles, par exemple, de lancer leur produit dans des pays où les prix sont élevés et de retarder le lancement ou de transiger dans les pays où ils sont bas afin d'éviter de faire baisser le prix plancher de mise sur le marché. Dans le même temps, étant donné que le ministère de la Santé autorise un prix de lancement supérieur de 10 % à la moyenne des trois pays de référence dans lesquels les prix sont les plus bas, les entreprises peuvent choisir de lancer leur produit en République slovaque avant que le prix soit déterminé dans d'autres pays à bas prix afin de maintenir en République slovaque un prix plus élevé qu'ailleurs. Cependant, le fait que la Slovaquie tienne aussi compte des prix des médicaments déjà sur le marché pourrait limiter la mesure dans laquelle les fabricants peuvent bénéficier de ces stratégies.

1. Cet encadré s'inspire de Kaló *et al.* (2008) et OCDE (2010b).

2. La tolérance de 10 % ne s'applique pas aux médicaments utilisés uniquement en milieu hospitalier.

### **Accroître la concurrence sur les marchés de l'assurance-maladie**

L'organisation du régime slovaque d'assurance-maladie repose sur un système d'assureurs multiples en situation de concurrence, financé principalement par les cotisations de sécurité sociale. Parmi les nouveaux États membres de l'UE, seules la République tchèque et la République slovaque ont adopté un système de ce type qui s'apparente au système (bismarckien) d'autres pays d'Europe occidentale comme l'Allemagne, les Pays-Bas et la Suisse. Le marché est toutefois extrêmement concentré avec seulement trois caisses d'assurance-maladie primaire, soit un chiffre inférieur à celui observé dans les autres pays de l'OCDE offrant aux usagers un choix d'assureurs (Paris et al., 2010)<sup>27</sup>. En outre, les leviers de la concurrence sur le marché de la couverture primaire de base sont beaucoup plus limités. Le système ne bénéficie donc guère du principal avantage d'un modèle pluraliste, à savoir une plus grande satisfaction des préférences des consommateurs grâce à une plus forte concurrence, alors qu'il est exposé à bien des inconvénients d'un tel système tels que des coûts administratifs plus élevés et la possibilité de rentes oligopolistiques (Filko et al., 2010).

#### ***La réglementation des caisses d'assurance devrait ménager un peu de place pour la concurrence...***

La concurrence sur le marché de l'assurance s'est effectivement enlisée du fait du grand nombre de réglementations et d'une plus grande concentration du marché. Si les caisses d'assurance-maladie doivent appliquer les mêmes taux de cotisation (et si environ 95 % des cotisations sont redistribuées via un système de péréquation des risques), elles sont toutefois autorisées à sélectionner les prestataires et à passer contrat avec eux. Les assurés peuvent donc être incités à choisir une caisse d'assurance plutôt qu'une autre parce qu'elle rembourse un prestataire particulier. Mais en même temps leur marge de manœuvre est limitée par le fait que le gouvernement a établi un réseau minimum de prestataires pour les soins hospitaliers et les soins ambulatoires avec lesquels les assureurs doivent passer contrat. Ce réseau regroupe l'ensemble des généralistes, un nombre minimum de spécialistes et tous les hôpitaux publics. Alors qu'en principe les caisses d'assurance pourraient se faire concurrence sur les stratégies marketing et le service clients, leurs incitations à le faire sont très limitées d'une part d'une loi adoptée en 2008 par le gouvernement, qui contraint les assureurs maladie à réinvestir tous les profits générés dans le futur dans l'offre de soins (plutôt qu'à verser des dividendes à leurs actionnaires), leur interdisant effectivement de réaliser des profits<sup>28</sup>. En outre, le niveau des coûts administratifs a été limité à 3,5 % des recettes, ce qui a favorisé la concentration et le regroupement des assureurs, nuisant ainsi à la concurrence. Il n'est pas étonnant, dans ces conditions, que la concurrence soit faible et que le taux de changement d'assureur de la population assurée soit de l'ordre de 3 %, soit inférieur de moitié au taux qui prévaut en Suisse (Paris et al., 2010)<sup>29</sup>.

Les avantages de la concurrence sur le marché de l'assurance continuent de faire largement débat. Notamment, on ne sait pas très bien si un système à payeurs multiples en situation de concurrence est généralement préférable à un système de payeur unique. Toutefois, étant donné que la République slovaque a opté pour un système qui favorise la concurrence, des réformes à l'intérieur de ce système s'imposent pour le rendre plus cohérent avec celui de pays dans lesquels les dépenses de santé sont plus efficaces. Ainsi, pour accroître la concurrence sur le marché de l'assurance et, ce faisant, améliorer l'efficacité et la maîtrise des coûts, il faudrait alléger la forte réglementation des caisses

d'assurances. Les caisses d'assurance pourraient être autorisées à varier leurs taux de cotisation, sans doute en associant financement par l'impôt et prime d'assurance nominale, comme aux Pays-Bas. En outre, l'interdiction de faire des profits devrait être levée, la sous-traitance sélective avec des prestataires devrait être autorisée et tous les obstacles à l'entrée, comme le plafonnement des dépenses administratives des caisses d'assurances, devraient être réexaminés. En outre, il faudrait envisager une scission et une privatisation partielle de la principale caisse d'assurance. Les compagnies plus performantes devraient, à tout le moins, être autorisées à rembourser aux assurés une partie de leurs cotisations. Mais, pour qu'une concurrence saine puisse s'opérer, un certain nombre de conditions doivent être garanties.

**... tout en améliorant le mécanisme d'ajustement en fonction du risque...**

On entend par mécanisme d'ajustement en fonction du risque le fait d'établir des règles du jeu équitables pour les assureurs maladie et, ce faisant, de réduire l'incitation pour eux de sélectionner les individus dont le profil de risques est moindre<sup>30</sup>. À l'intérieur de ce mécanisme, les assureurs reçoivent pour chaque individu assuré des montants ajustés du risque qui reflètent leurs dépenses probables de santé. Les modèles d'ajustement du risque, qui reposent principalement sur les variables démographiques, comme c'est le cas en République slovaque, ne peuvent prédire qu'environ 5 % de la variation des dépenses des individus. Les modèles qui, en plus, prennent directement en compte les paramètres de santé, comme le système néerlandais, peuvent prédire jusqu'à 22 % de la variation (Banque mondiale, 2009).

**... et renforcer la concurrence entre les prestataires**

En 2009, des indicateurs de qualité ont été collectés pour les prestataires de soins de santé ; ils seront publiés en ligne. L'objectif est d'améliorer la transparence et de permettre ainsi aux caisses d'assurance de mieux choisir les prestataires et aux patients, qui peuvent choisir librement entre les prestataires, de mieux choisir les médecins et les hôpitaux. Cette évaluation de la qualité est d'une importance critique pour le bon fonctionnement d'un marché concurrentiel, mais la liste des indicateurs de qualité doit être encore améliorée, notamment en publiant régulièrement les informations, accompagnées de toutes les précisions voulues. Toutefois, pour que ces efforts portent pleinement leurs fruits, il faut accroître la concurrence entre les compagnies d'assurance, notamment en leur permettant de passer des contrats plus sélectifs avec les prestataires. Actuellement, le réseau minimum de prestataires limite ce choix et il faudrait envisager de le redéfinir quelque peu. L'utilisation de cette liste permet aux assurés de prendre une décision informée quant au choix de leur caisse d'assurance en fonction des prestataires avec lesquels elle a passé contrat. Il faudrait envisager de définir le réseau minimum sur la base des indicateurs de qualité nouvellement collectés. En conséquence, la concurrence entre prestataires, qui est actuellement très faible dans certains secteurs comme le secteur hospitalier (Filko et al., 2010), s'en trouverait renforcée.

### Encadré 2.3. **Recommandations pour améliorer l'efficacité du secteur public**

#### **Renforcer l'efficacité de l'administration fiscale**

- Améliorer le système de collecte de la TVA, comme l'envisage le gouvernement. Par exemple, augmenter le nombre des activités de vérification et améliorer le recouvrement des arriérés de taxe impayés.
- Les projets de mise en place d'un système unifié de collecte sont salués chaleureusement et devraient être mis en œuvre le plus rapidement possible. Afin d'éviter tout retard, le gouvernement devrait approuver rapidement la deuxième phase de la réforme (UNITAS II).

#### **Accroître l'absorption des fonds européens**

- Renforcer le potentiel d'absorption des fonds de l'UE. Les raisons profondes du faible taux d'absorption devraient être analysées. Il faudrait envisager d'accélérer les projets de manière à obtenir un impact maximum pendant la période d'assainissement budgétaire. Les exigences de présentation pour les projets d'investissement financés sur des fonds nationaux devraient être transparentes et simples, et la coopération entre ministères devrait être encouragée pour faciliter le processus de certification.

#### **Améliorer l'efficacité du système de santé**

##### **Remédier au niveau élevé des paiements directs et à la faiblesse de l'offre de généralistes**

- Étant donné l'importance des paiements directs en République slovaque, les autorités devraient envisager un plafonnement de ces paiements par rapport au revenu annuel des ménages.

##### **Améliorer les résultats au niveau des prestataires**

- Améliorer la coordination des soins de santé primaires en introduisant des directives cliniques pour encourager la gestion des maladies. Revoir le mode de rémunération des médecins, probablement en adoptant un système mixte de capitation et de rémunération à l'acte.
- Étudier plus avant les avantages et les risques de la restructuration du secteur hospitalier par la transformation des établissements publics en sociétés par actions. Mettre en place un système de groupes de maladies.

##### **Réduire les dépenses pharmaceutiques**

- Encourager les médecins à prescrire la molécule et, ce faisant, stimuler comme prévu la consommation de génériques. Envisager d'obliger les pharmaciens à toujours délivrer le générique le moins cher.
- Envisager d'augmenter le niveau de participation aux frais pour les produits pharmaceutiques partiellement remboursés.

##### **Accroître la concurrence sur les marchés de l'assurance**

- Accroître la concurrence entre les caisses d'assurance en autorisant la distribution de profits, en relevant le strict plafonnement des coûts administratifs, en autorisant la passation de contrats sélectifs avec les prestataires et des cotisations variables. Envisager la scission ou la privatisation partielle de la principale caisse d'assurance.
- Améliorer la formule de péréquation des risques en y incluant des paramètres de santé.
- Améliorer encore la liste des indicateurs de qualité pour les prestataires de santé et envisager d'utiliser cette liste pour définir le réseau minimum de prestataires avec lesquels les assureurs doivent passer contrat.

## Notes

1. Afonso *et al.* (2009) utilisent quatre méthodes différentes pour estimer l'efficacité totale du secteur public (ESP). Dans leur indicateur composite ESP, la République slovaque se classe en 11<sup>e</sup> position ; elle arrive en 20<sup>e</sup> position dans leur analyse d'enveloppe de données (AED) orientée vers les intrants et en 12<sup>e</sup> position dans leur AED orientée vers les extrants tandis que pour leur estimation de correction en deux temps (correction des facteurs non discrétionnaires comme l'ouverture aux échanges), la République slovaque arrive en neuvième position.
2. On peut le montrer en décomposant la part des taxes sur les biens et services dans le total des recettes fiscales en trois facteurs : 1) le taux de taxation implicite de la consommation privée, 2) le poids de la consommation privée dans le PIB, et 3) le total des recettes fiscales en pourcentage du PIB (OCDE, 2010a). Plus les deux premiers facteurs seront importants, plus le pays reposera sur les taxes à la consommation. Le troisième facteur, en revanche, joue en sens contraire : une pression fiscale globale plus forte tend à faire baisser le ratio taxes à la consommation/total des recettes fiscales par un effet de dénominateur. La différence entre la République slovaque et l'UE19 pour ce qui est de la part de la TVA dans les recettes totales est due presque uniquement au ratio recettes fiscales totales/PIB, qui est inférieur de 9.8 points de pourcentage en République slovaque.
3. Le passif net théorique est estimé en appliquant le cadre législatif existant dans le pays, ce qui permet de refléter l'existence de différentes exemptions dans le système. Le déficit de TVA ne reflète pas uniquement la fraude à la TVA mais pourrait également inclure les mesures légitimes d'optimisation fiscale et la TVA non collectée pour cause d'insolvabilité liée au contexte économique. En outre, l'estimation du déficit de TVA dépend également de l'exactitude et de l'exhaustivité des données utilisées. Le déficit de TVA est analogue au ratio de recettes TVA qui compare les recettes effectives aux recettes « théoriques » qui pourraient être obtenues si tous les biens étaient imposés au taux standard de TVA (autrement dit, plus le nombre des exemptions est faible, plus le ratio de recettes TVA devrait être proche de l'unité). Toutefois, la principale différence réside dans le fait que le déficit de TVA prend en compte les taux réduits et le taux zéro.
4. Un exemple est la « fraude intracommunautaire avec opérateur inexistant ». Habituellement, un fraudeur est quelqu'un qui s'enregistre au titre de la TVA dans un pays de l'Union, achète des biens en exonération de TVA à un autre État membre de l'Union, les revend à un prix TTC sur son marché intérieur puis cesse ses activités et disparaît sans acquitter la TVA qu'il a collectée. Une autre variante est la fraude de type « carrousel » dans laquelle les biens ne sont pas vendus dans le pays importateur mais font l'objet d'une série de transactions fictives avant d'être vendus à un opérateur dans un autre État membre de l'UE, qui revend ensuite les biens au pays importateur. Ce mécanisme permet aux fraudeurs de répéter la fraude en utilisant les mêmes biens (Harrison et Krelove, 2005 ; Keen et Smith, 2007).
5. La définition de la vérification englobe toutes les activités habituellement effectuées par les organismes collecteurs pour contrôler que les contribuables ont bien effectué leurs déclarations de TVA (OCDE, 2009b).
6. Pour un aperçu des mesures permettant de détecter, de prévenir et de faire des recherches sur la fraude à la TVA, voir Harrison et Krelove (2005), OCDE (2009c) et Keen et Smith (2007).
7. La base de recettes pour ce ratio ne prend pas en compte les cotisations de sécurité sociale (comme pour tous les pays ayant des systèmes séparés de collecte des taxes et des cotisations de sécurité sociale) et, après 2004 des taxes d'accise. Toutefois, même avant 2004, le ratio était l'un des plus élevés de la zone OCDE.
8. Concernant la deuxième phase d'UNITAS, étant donné l'insuffisance des détails existants, on ne dispose d'aucune analyse coûts-avantages.
9. Le ratio de financement sur les fonds de l'UE diffère d'un projet à l'autre et dépend, par exemple, du type de fonds, du PIB moyen par habitant des États membres de l'UE dans une période définie et des objectifs pour lesquels les fonds sont utilisés.
10. Voir KPMG (2010). L'analyse couvre les pays d'Europe centrale et orientale (PECO) suivants : la Bulgarie, l'Estonie, la Hongrie, la Lettonie, la Lituanie, la Pologne, la République slovaque, la République tchèque, la Roumanie et la Slovénie. Elle englobe les fonds structurels (Fonds européen de développement régional, Fonds européen social), le Fonds de cohésion, le Fonds européen agricole pour le développement rural et le Fonds européen pour la pêche). Le Fonds européen agricole de garantie (FEAGA), les programmes Interreg et autres initiatives communautaires ne sont pas couverts ici. Le FEAGA est principalement utilisé pour les paiements directs aux agriculteurs, qui leur sont effectués régulièrement ; la nature de ces fonds est donc différente de

celle des autres fonds. Les programmes Interreg et autres initiatives communautaires représentent une part relativement minime du budget de l'UE. Le fait de les exclure de l'analyse ne devrait pas fausser la vision d'ensemble.

11. Certains éléments indiquent une amélioration récente de la performance. Sur la base des chiffres actualisés de la République slovaque, le processus de tirage sur les fonds de l'UE liés au Cadre de référence stratégique national (c'est-à-dire le total des fonds disponibles moins le fonds pour le développement rural et le fonds pour la pêche) s'est amélioré sur les cinq premiers mois de 2010. Le ratio subventions convenues/budget total disponible est passé de 25 % à 42 % et le ratio subventions versées/budget total disponible est passé de 5 % à 7 %. Les fonds liés au Cadre de référence stratégique national représentent 85 % du total des fonds européens disponibles.
12. La méthode de la projection combine les projections de population avec les profils des dépenses liées à l'âge et l'évolution des coûts unitaires. L'augmentation des dépenses de 2.3 points de pourcentage est le scénario de référence qui intègre l'évolution de la structure de population, une modification des profils des dépenses liées à l'âge (en supposant que le nombre d'années passées en mauvaise santé dans une vie reste relativement constant, ce qui implique un déplacement vers l'extérieur du profil des dépenses liées à l'âge) et suppose que les coûts unitaires évoluent parallèlement au PIB par habitant alors que l'élasticité revenu est supposée converger de 1.1 à 1 à l'horizon 2060. Compte tenu de la réelle convergence des nouveaux États membres de l'UE (scénario de convergence des coûts), c'est-à-dire en supposant que les profils individuels de dépenses liées à l'âge des pays en rattrapage convergeront progressivement vers les profils moyens de l'UE15 d'ici à 2060, EC (2009) estime qu'en République slovaque l'augmentation pourrait atteindre 4.1 points de pourcentage.
13. Ce chiffre inclut les dépenses au titre des soins de longue durée.
14. Leur analyse repose sur une estimation de panel qui explique l'espérance de vie à la naissance par les dépenses de santé, l'éducation, le tabac et la consommation d'alcool, le régime alimentaire, la pollution et le PIB. La République slovaque n'était pas dans l'échantillon d'estimation du fait des contraintes de données telles qu'une série temporelle trop courte pour les dépenses de santé.
15. À la question: « Avez-vous confiance dans le système médical ou de santé de votre pays? », 40 % seulement des répondants se sont déclarés satisfaits contre 66 % pour la moyenne de l'OCDE (source : Gallup World Poll; les données font référence à 2006 pour la République slovaque et jusqu'à 2009 pour d'autres pays de l'OCDE).
16. La participation directe des patients a été fixée à 20 SKK (0.66 EUR) par consultation d'un médecin et par prescription de médicaments et à 50 SKK (1.66 EUR) par nuit d'hôpital. Pour les prescriptions de médicaments, elle a été abaissée à 5 SKK (0.2 EUR) en octobre 2006. La participation aux frais pour les médicaments est passée de 2.1 milliards SKK (0.16 % du PIB) en 2003 à 3.1 milliards SKK (0.21 % du PIB) en 2005 (Kiss, 2007).
17. Les données pour les paiements directs à l'exclusion de la participation aux frais sont tirées des enquêtes auprès des ménages. Elles peuvent donc inclure également des paiements accessoires informels bien que l'on ne sache pas très bien dans quelle mesure c'est vraiment le cas. Si l'on ne dispose pas d'informations précises et à jour pour la République slovaque, Murthy et Mossialos (2003) indiquent (sur la base d'une étude de la Banque mondiale/USAID de 1999) que 71 % des consultations de généralistes et 59 % des consultations de spécialistes ont comporté des paiements non officiels. Soixante pour cent des patients ont déclaré avoir eu à payer pour un service. Mais, selon Filko et al. (2010), la fréquence des paiements informels diminue progressivement.
18. Dans un système par capitation, les prestataires de services de santé (médecins) reçoivent un montant fixe par période de temps pour chaque personne inscrite affectée à un médecin ou à un groupe de médecins, que la personne sollicite ou non des soins. Le montant de la rémunération est établi sur la base de l'utilisation moyenne attendue des soins de santé de ce patient (la rémunération est plus importante pour les patients ayant un lourd historique médical). Les autres facteurs pris en considération sont l'âge, le sexe, le type d'emploi et la localisation géographique car ces facteurs influent habituellement sur le coût de dispensation des soins.
19. Toutefois, le prix de détail des produits pharmaceutiques diffère aussi grandement d'un pays de l'OCDE à l'autre ; en République slovaque, il représentait 70 % de la moyenne de l'OCDE en 2005 (OCDE, 2008). Mais le niveau de prix des produits pharmaceutiques et le PIB par habitant ne sont que très faiblement corrélés (OCDE, 2008, graphique 1.10).
20. En République slovaque, les infirmières gagnent moins de la moitié du salaire moyen de la zone OCDE en termes de PPA (15 290 USD vs. 38 103 USD en 2008) et leur salaire ne représente que 0.8 % du salaire moyen contre 1.1 % dans le pays moyen de l'OCDE.



21. Un autre facteur est le fait que les pays à revenu par habitant plus élevé tendent à consacrer une part moindre de leur revenu total aux dépenses pharmaceutiques, contrairement à ce qui se passe pour les dépenses globales de santé. Cela est cohérent avec l'idée que les produits pharmaceutiques sont considérés être une nécessité et que les dépenses à ce titre augmenteront avec le revenu mais pas aussi vite que le revenu. Les pays plus démunis ont également tendance à sous-déclarer une partie de leurs dépenses de santé en raison des dessous-de-table et autres paiements informels effectués aux prestataires de soins de santé (OCDE, 2008).
22. Lorsqu'on les interroge sur leur état de santé, 34.4 % seulement des adultes slovaques se perçoivent comme « en bonne santé » contre 69.1 % dans le pays moyen de l'OCDE et 89.7 % en Nouvelle-Zélande (OCDE, 2009a).
23. La sensibilité au prix des patients pour ce qui concerne la participation au prix des médicaments diffère grandement d'une région géographique à l'autre ; elle est relativement faible dans les régions à haut revenu comme Bratislava et plus forte en milieu rural (Kaló, Docteur et Moïse, 2008).
24. Il n'y a pas de participation directe au coût pour les médicaments utilisés uniquement en milieu hospitalier ; ils sont intégralement couverts par le budget de l'hôpital et certains nouveaux médicaments ne sont utilisés qu'à l'hôpital.
25. En 2006, dernière année pour laquelle on dispose de chiffres, la part de marché des génériques en volume était de moins de 60 % contre 65 % auparavant ; elle était inférieure à celle enregistrée au Danemark, en Lettonie, en Pologne et au Royaume-Uni. En termes de valeur, cette part était stable autour de 37 % contre 49 % en 2000 (voir [www.egagenerics.com/doc/fac-GxMktEur\\_2006.pdf](http://www.egagenerics.com/doc/fac-GxMktEur_2006.pdf)).
26. Toutefois, selon la Loi sur les soins de santé, médecins et pharmaciens sont tenus d'informer les patients sur la participation aux coûts et les possibilités de médicaments moins chers et ils sont censés prescrire le médicament de substitution le moins cher. Toutefois, aucune incitation à agir de la sorte n'est prévue et il semblerait que les médecins aient reçu des laboratoires pharmaceutiques des consignes de ne pas prescrire un médicament de substitution. (Kaló, Docteur et Moïse, 2008).
27. Lorsque le système social d'assurance maladie a été introduit en 1994, on recensait 12 compagnies publiques d'assurance à but non lucratif. Jusqu'en 2004, leur nombre est tombé à cinq car plusieurs d'entre elles trop endettées ont dû cesser leur activité (Colombo et Tapay, 2004). En 2009, les fusions entre assureurs de santé ont entraîné une concentration du marché et leur nombre est tombé de cinq à trois.
28. En janvier 2009, les actionnaires néerlandais de la compagnie d'assurance maladie Dovera ont intenté une action auprès de la Cour européenne de Justice contre cette interdiction des profits invoquant une violation de l'accord sur la protection des investissements. Le manque à gagner qu'ils revendiquent s'élève à 500 millions EUR.
29. Une indication du manque de concurrence est le faible taux de changement d'assureur de la population assurée, qui, autour de 3 %, est la moitié du taux observé en Suisse (Paris et al., 2010). Ce taux était de 2.9 % en 2007, de 3.4 % en 2008 et de 2.4 % en 2009. En 2006, lorsque de nouvelles compagnies d'assurances sont arrivées sur le marché, il a bondi provisoirement à 11.8 %. Il n'est possible de changer de compagnie d'assurance qu'une fois par an.
30. Dans les systèmes à assureurs multiples, à inscription libre et taux de répartition équitable par individu, les assureurs sont incités à choisir de préférence les personnes en bonne santé pour lesquelles le montant de cotisations reçu par l'assureur est supérieur au montant des dépenses à engager pour elles.

## Bibliographie

- Afonso, A., L. Schuknecht et V. Tanzi (2009), « Public sector efficiency: Evidence for new EU member states and emerging markets », *Applied Economics*, pp. 1-18.
- Barrand, P., S. Ross et G. Harrison (2004), « Integrating a Unified Revenue Administration for Tax and Social Contribution Collections: Experiences of Central and Eastern European Countries », *IMF Working Papers*, 04/237, FMI, Washington, DC.
- Banque mondiale (2009), *Europe and Central Asia: Health Insurance and Competition*, Banque mondiale, Washington, DC.
- Colombo, F. et N. Tapay (2004), « The Slovak health insurance system and the potential role for private health insurance: Policy challenges », *Health Working Papers*, n° 11, OCDE, Paris.

- Copenhagen Economics (2007), *Study on reduced VAT applied to goods and services in the member states of the European Union*.
- Commission européenne (2009), -2060), CE, Bruxelles.
- Filko, M. et al. (2010), *Two pathways towards better healthcare – Proposals for improvement of quality and increase of efficiency in the Slovak healthcare system*, Slovak Governance Institute, Bratislava.
- Harrison, G. et R. Krelove (2005), « VAT Refunds: A Review of Country Experience », *IMF Working Papers*, 05/218, FMI, Washington, DC.
- Jourard, I., C. André et C. Nicq (2010a), « Health care systems: Efficiency and institutions », *Documents de travail du Département des affaires économiques*, n° 769, OCDE, Paris.
- Jourard, I. et al. (2010b), « Systèmes de santé : efficacité et politiques », OCDE, Paris.
- Kaló, Z., E. Docteur et P. Moïse (2008), « Pharmaceutical pricing and reimbursement policies in Slovakia », *Health Working Papers*, n° 31, OCDE, Paris.
- Keen, M. et S. Smith (2007), *VAT Fraud and Evasion: What do we know, and what can be done?*, FMI, Washington, DC.
- Kiss, S. (2007), *Equity in Health Care Finance in Slovakia – the Impact of the Reform*, Université Erasmus, Rotterdam.
- KMPG (2010), *EU Funds in Central and Eastern Europe. Progress Report 2007-09*.
- Krajcir, Z. et L. Odor (2005), *First year of the tax reform or 19 % at work*, Financial Policy Institute, Bratislava.
- Ministère des Finances de la République slovaque (2008), *Concept for the Reform of Tax and Customs Administration Reform, with a View to Unifying the Collection of Taxes, Customs Duties and Insurance Contributions*, ministère des Finances, Bratislava.
- Murthy, A. et E. Mossialos (2003), « Informal payments in EU accession countries », *Euro Observer*, vol. 5, n° 2.
- OCDE (2004), *Études économiques de l'OCDE : République slovaque*, OCDE, Paris.
- OCDE (2008), « Les prix des médicaments sur un marché global : politiques et enjeux », *Études de l'OCDE sur les politiques de santé*, OCDE, Paris.
- OCDE (2009a), *Panorama de la santé*, OCDE, Paris.
- OCDE (2009b), *Tax Administration in OECD and Selected Non-OECD Countries: Comparative Information Series (2008)*, OCDE, Paris
- OCDE (2009c), *Developments in VAT Compliance Management in Selected Countries*, OCDE, Paris.
- OCDE (2010a), *Études économiques de l'OCDE : Portugal*, OCDE, Paris.
- OCDE (2010b), *Optimiser les dépenses de santé*, OCDE, Paris.
- Oliveira Martins, J. et C. de la Maisonneuve (2006), « Les déterminants des dépenses publiques de santé et de soins de longue durée : une méthode de projection intégrée », *Revue économique de l'OCDE*, n° 42, pp. 115-154, OCDE, Paris.
- Paris, V., M. Devaux et L. Wei (2010), «Health systems' institutional characteristics : A survey of 29 OECD countries», *Health Working Papers*, n° 50, OCDE, Paris.
- Reckon LLP (2009), *Study to quantify and analyze the VAT in the EU25 member states*, Reckon LLP, Londres.
- Simoens, S. et A. Giuffrida (2004), « The impact of physician payment methods on raising the efficiency of the healthcare system », *Applied Health Economics & Health Policy*, vol. 3, n° 1, pp. 39-46.
- St. Aubyn, M. et al. (2009), « Study on the efficiency and effectiveness of public spending on tertiary education, European Economy », *Economic Papers*, 390, Commission européenne, Bruxelles.
- Sutherland, D. et al. (2007), « Performance indicators for public spending efficiency in primary and secondary education », *Documents de travail du Département des affaires économiques*, n° 546, OCDE, Paris.
- Verhoeven, M., V. Gunnarsson and S. Lugaresi (2007), « The health sector in the Slovak Republic: Efficiency and Reform », *IMF Working Papers*, n° 07/226, FMI, Washington, DC.
- Webpage of National Strategic Reference Framework: [www.nsrr.sk](http://www.nsrr.sk).