CONSEIL DE L'UNION EUROPÉENNE

Bruxelles, le 10 mars 2003 (13.03) (OR. en)

7166/03

SOC 116
ECOFIN 77
SAN 41

NOTE

du:	Conseil "Emploi, politique sociale, santé et consommateurs/ECOFIN"
au:	Conseil européen
n° doc. préc.:	6528/03 SOC 73 ECOFIN 52 SAN 28 + COR 1 (en)
Objet:	**Rapport conjoint de la Commission et du Conseil "Soutenir les stratégies nationales pour l'avenir des soins de santé et des soins aux personnes âgées"**

Les délégations trouveront en annexe le rapport conjoint de la Commission et du Conseil "Soutenir les stratégies nationales pour l'avenir des soins de santé et des soins aux personnes âgées", tel qu'il a été approuvé par le Conseil "Emploi, politique sociale, santé et consommateurs/ECOFIN" les 6 et 7 mars 2003.

1. Introduction

Les systèmes de protection sociale ne se limitent pas à l'octroi de prestations en espèces en remplacement des revenus du travail en cas de chômage, maladie, invalidité ou retraite, ou en faveur de personnes ne disposant pas de ressources suffisantes. Ils permettent également au citoyen d'obtenir des services appropriés de soins médicaux et de soins de longue durée, dont les coûts dépassent souvent les moyens financiers d'un patient et de sa famille. Ainsi, une communication publiée par la Commission en 1999, intitulée "Une stratégie concertée pour moderniser la protection sociale" [1], indique que la **garantie d'un niveau élevé et durable de protection de la santé** constitue l'un des principaux domaines nécessitant une coopération plus étroite entre les États membres.

Cette initiative a reçu l'approbation du Conseil européen à Lisbonne en mars 2000, qui a souligné que les systèmes de protection sociale devaient être réformés, notamment pour pouvoir continuer à offrir des services de santé de qualité. En juin 2001, le Conseil européen de Göteborg, dans sa réflexion sur les moyens à mettre en œuvre pour relever les défis d'une société vieillissante, a demandé au Conseil, conformément à la méthode ouverte de coordination, d'élaborer un rapport préliminaire au Conseil européen du printemps 2002 sur les orientations à adopter dans le domaine des soins de santé et des soins pour les personnes âgées. Ce rapport reposait sur une communication de la Commission de décembre 2001 [2], qui examinait les tendances démographiques, technologiques et financières pouvant mettre en péril notre capacité future à garantir des niveaux élevés de protection sociale dans ce domaine. La communication conclut que les systèmes de soins de santé et de soins de longue durée de l'Union européenne sont confrontés au défi consistant à garantir simultanément la réalisation des trois objectifs suivants:

- l'accès pour tous, indépendamment des revenus et de la richesse;
- un niveau élevé de qualité des soins;
- la viabilité financière des systèmes de soins.

[1] COM (1999) 347 final.

[2] COM (2001) 723 final: L'avenir des soins de santé et des soins pour les personnes âgées: garantir l'accessibilité, la qualité et la viabilité financière.

Ces trois grands objectifs ont reçu le soutien du Conseil dans un rapport d'orientation préliminaire sur les soins de santé et les soins pour les personnes âgées destiné au Conseil européen de Barcelone, qui soulignait également que tous les systèmes de santé de l'Union européenne reposent sur les principes de solidarité, d'équité et d'universalité. Le Conseil européen de Barcelone a invité la **Commission et le Conseil à approfondir les questions de l'accès, de la qualité et de la viabilité financière**. Un questionnaire a été envoyé aux États membres à cette fin. Le présent rapport tire les principales conclusions de l'analyse des réponses des États membres et propose les prochaines mesures à prendre.

2. Défis et problèmes communs

Notre capacité future à garantir un niveau élevé de protection sociale pour les personnes nécessitant des soins médicaux et des soins de longue durée est influencée par les développements sociétaux et technologiques et sera, à l'avenir, particulièrement conditionnée par le vieillissement de la population. Ces développements ont été identifiés dans la communication de décembre 2001.

(1) Nouvelles technologies et thérapeutiques

Les nouvelles techniques, technologies et thérapeutiques offrent d'énormes possibilités pour l'amélioration et le développement des soins de santé et peuvent également améliorer le rapport coût-efficacité de ceux-ci. Cependant, l'intégration des nouvelles technologies et thérapeutiques dans les systèmes de soins de santé constitue un important défi. D'une part, elles peuvent réduire les coûts liés au traitement des maladies, mais, d'autre part, elles peuvent entraîner une augmentation des dépenses lorsqu'elles permettent de traiter des affections auparavant incurables. Les progrès enregistrés dans le domaine des technologies et des thérapeutiques médicales en termes financiers semblent se solder par une augmentation des coûts au cours des décennies écoulées. L'impact global des nouvelles technologies sur les dépenses futures de soins de santé est impossible à prédire. Une évaluation plus systématique des interventions médicales, des technologies et des thérapeutiques contribuerait à améliorer le processus décisionnel, notamment pour garantir que les augmentations des dépenses bénéficient uniquement aux véritables progrès technologiques et que les possibilités de réaliser des économies ne sont pas négligées. Une telle évaluation est cruciale pour atteindre les trois objectifs de l'accès, de la qualité et de la viabilité.

(2) Amélioration du bien-être et de l'information des patients

Le coût généré par les services de soins de santé et de soins de longue durée a tendance à s'accroître en même temps que le niveau d'aisance matérielle des individus et des sociétés. Les causes de ce phénomène sont difficiles à identifier, mais elles comprennent vraisemblablement des facteurs liés à l'offre et d'autres en rapport avec la demande. Un aspect de cette problématique réside dans l'évolution positive du niveau d'instruction de la population et son accès plus direct à l'information concernant les traitements médicaux et la qualité des soins. En conséquence, elle devient plus exigeante envers les prestataires professionnels de soins de santé et les établissements qui financent l'accès aux soins. Dans le cadre des approches actuelles de l'organisation des soins de santé, la prise de conscience accrue des consommateurs continuera probablement, à l'avenir, à constituer un facteur d'augmentation des coûts.

Il semble également manifeste que la demande future de soins de longue durée augmentera en raison d'une combinaison de facteurs socio-économiques. La participation accrue des femmes au marché du travail, l'accroissement de la mobilité géographique, la proportion plus faible de personnes en âge de travailler par rapport aux personnes âgées nécessitant des soins et les modifications de la structure familiale peuvent limiter les possibilités de dispenser les soins traditionnellement prodigués au sein du cercle familial.

(3) Vieillissement démographique

Le fait qu'un nombre croissant de personnes vivent plus longtemps constitue un formidable succès pour nos sociétés et nos systèmes de santé. L'espérance de vie a nettement augmenté au cours des cinquante dernières années et elle poursuivra sa progression pendant les décennies à venir. Cependant, les changements démographiques entraîneront de nouvelles menaces pour nos systèmes de soins de santé et de soins de longue durée.

Du fait de la baisse de la natalité et de l'accroissement de l'espérance de vie, la population européenne a vieilli progressivement. De plus, les cohortes nombreuses de personnes nées pendant les années 1950 et 1960 atteindront le stade de la vieillesse au cours des dix à quinze prochaines années. Par conséquent, le nombre de personnes âgées va connaître une forte augmentation au cours des prochaines décennies. D'après une projection chiffrée, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus dans l'UE 15 devrait passer de 61 millions en 2000 à quelque 103 millions en 2050. Le nombre de personnes de 80 ans et plus devrait augmenter de près de 14 millions en 2000 à quelque 38 millions en 2050. Au cours de la même période, la population en âge de travailler devrait connaître une chute significative. (Voir annexe 1, graphiques 1a, 1b et 1c). Ces projections d'Eurostat reposent sur des hypothèses spécifiques concernant, par exemple, le taux de fécondité. Il existe d'autres projections, fondées sur des hypothèses différentes, qui aboutissent à des résultats divergents, par exemple pour les groupes de population en âge de travailler.

En ce qui concerne l'impact de cette évolution sur les systèmes de soins de santé et de soins de longue durée, le principal effet du vieillissement de la population sera lié à l'augmentation du nombre de personnes âgées sollicitant des soins au cours des prochaines décennies. De manière générale, en effet, les personnes âgées requièrent davantage de soins de santé que les individus appartenant aux classes d'âge de forte activité en raison de maladies graves plus fréquentes. L'analyse des dépenses publiques en matière de soins de santé et de soins de longue durée en fonction des profils d'âge révèle que les dépenses sont nettement plus élevées pour les classes d'âge supérieures que pour les plus jeunes (voir les graphiques 2a et 2b). Les systèmes de soins de santé devront également être adaptés aux différents types de maladie liés à la modification du profil d'âge des patients – les maladies liées à l'âge deviendront vraisemblablement plus fréquentes. Par contre, en ce qui concerne les soins de santé, l'ampleur de l'accroissement de la demande devrait être limitée par l'amélioration de l'état de santé des personnes âgées, dans le contexte de l'évolution de l'augmentation de l'espérance de vie constatée depuis plusieurs décennies. Certaines théories estiment que cela s'explique par le fait que les maladies graves requérant de nombreuses interventions médicales ont tendance à n'affecter que les personnes en fin de vie et que, étant donné l'augmentation de la durée de vie, les besoins de soins de ce type sont également différés. Si ces théories se confirment, cela pourrait signifier une augmentation des dépenses de santé dans une proportion moindre que celle du nombre de personnes âgées. En ce qui concerne les soins de longue durée, un certain optimisme est également de mise: dans les pays disposant de données, tels que les États-Unis, il apparaît que les taux d'invalidité parmi les personnes âgées diminuent au fil du temps, bien que ce phénomène ne soit pas nécessairement lié à l'allongement de la durée de vie. En revanche, quelle que soit l'augmentation de l'espérance de vie, les personnes très âgées ont tendance à être fragiles et à nécessiter des soins de longue durée.

Le vieillissement de la population contraindra également les services sociaux et de santé à s'adapter à l'évolution des types d'affections (augmentation des maladies chroniques) et des types de patients. Les systèmes de santé devraient également accorder une nouvelle importance à l'objectif consistant à permettre aux personnes âgées de vivre leur vieillesse de manière active, saine et indépendante. Il convient de privilégier les stratégies axées sur la prévention, comprenant l'amélioration de la qualité de l'alimentation et l'activité physique et intellectuelle, en commençant par le mode de vie des jeunes et des personnes d'âge moyen.

Comment relever ces défis: les responsabilités politiques

L'organisation et le financement des systèmes de soins de santé continuent à relever de la compétence nationale et il appartiendra aux États membres d'adapter leurs systèmes très différents aux défis communs identifiés ci-dessus. Cependant, plusieurs autres politiques communautaires ont une incidence sur les systèmes nationaux de protection sociale relatifs aux soins de santé et aux soins de longue durée:

- Les politiques nationales doivent être conformes aux règles du **marché intérieur**, y compris les règles en matière de concurrence et les principes de libre circulation des personnes, des biens et des services. La jurisprudence de la Cour européenne de Justice [3] reconnaît aux États membres la responsabilité d'organiser leur propre système de protection sociale, tout en précisant que toute limitation des libertés du marché intérieur doit être dûment justifiée [4]. Un groupe de réflexion de haut niveau est en train d'être mis en place afin d'examiner les problèmes résultant de la mobilité accrue des patients et de la plus grande interaction entre les systèmes de santé.

[3] Arrêts du 7 février 1984, Duphar et autres C-238/82, Rec. p. 523, point 16; du 17 juin 1997, Sodemare et autres C-70/95, Rec. p. I-3395, point 27; et du 28 avril 1998, Kohll, C-158/96, Rec. p. I-1931 point 17.

[4] Affaires C-157/99 (Smits/Peerbooms) et C-368/98 (Vanbraeckel).

- Conformément à l'article 152 du traité, relatif à la **santé publique**, l'UE cherche à garantir un niveau élevé de protection de la santé humaine. La communication de la Commission sur la "stratégie de la Communauté européenne en matière de santé" [5] souligne que les services de santé doivent répondre aux besoins et préoccupations de la population, dans un contexte caractérisé par le défi du vieillissement et le développement de nouvelles techniques médicales, ainsi que par la dimension plus internationale des soins de santé (maladies contagieuses, hygiène de l'environnement, mobilité accrue des personnes, des biens et des services).

- L'UE contrôle également la **viabilité** à long terme **des finances publiques**. Étant donné l'importance des soins de santé par rapport aux dépenses publiques totales, ce secteur est primordial pour la mise en œuvre des recommandations formulées dans les grandes orientations des politiques économiques et les programmes de stabilité et de convergence.

Par conséquent, les trois objectifs (l'accès, la qualité et la viabilité) sont actuellement traités d'une manière relativement fragmentée au niveau communautaire comme des aspects des domaines stratégiques ci-dessus. L'objectif de la présente initiative, dans le respect total du principe de subsidiarité, consiste à faciliter un échange de type coopératif mieux intégré afin de tirer profit de l'expérience et des bonnes pratiques de chacun.

3. Réponse des États membres aux défis communs

En réponse aux conclusions du Conseil européen de Barcelone, le comité de protection sociale, en coopération avec le comité de politique économique, a envoyé un questionnaire aux États membres afin de collecter des informations sur leur approche concernant les trois objectifs identifiés dans le rapport d'orientation – accès, qualité et viabilité.

Le présent chapitre résume les principales questions et les approches stratégiques mises en évidence par les réponses des États membres au questionnaire.

[5] COM (2000) 285 final.

3.1. Accès aux soins de santé

Mécanismes garantissant l'accès

La totalité des États membres offrent aux personnes résidant sur leur territoire des droits universels, ou presque, aux soins de santé. Les États membres se répartissent en deux grands groupes en fonction des modes de financement des systèmes et des critères d'accès aux soins de santé. Le premier groupe de systèmes est financé par l'impôt et l'accès repose soit sur la nationalité, soit sur des critères liés à la résidence. Le deuxième type de systèmes trouve son origine dans les régimes professionnels d'assurance-maladie destinés aux salariés et à leur famille, dont la principale méthode de financement réside dans les cotisations de sécurité sociale prélevées sur les revenus. Dans la pratique, la différence entre les deux approches s'est quelque peu estompée, car les systèmes fondés sur l'emploi ont souvent été progressivement étendus pour couvrir la totalité de la population, les cotisations d'assurance-maladie perdant quelque peu de leur importance au profit de l'impôt sur les revenus.

Le droit presque universel aux soins de santé offert dans l'UE signifie que la grande majorité de la population est couverte. En revanche, l'étendue de la couverture varie. Lorsqu'un système est axé sur la participation au marché du travail, il peut présenter des différences, par exemple, dans le mode de traitement des groupes professionnels, par exemple entre salariés et non salariés. Ces différences tendent toutefois à se réduire. Plus fondamentalement, tous les systèmes limitent les cas dans lesquels ils couvrent la totalité des coûts d'un traitement ou la couverture de différents types de traitement. En conséquence, la part des dépenses totales de santé supportée par les ménages, soit directement soit avec l'aide d'une assurance complémentaire privée, est comprise entre 20 et 30% dans la plupart des États membres.

Étant donné la hausse des coûts dans le domaine de la santé, les États membres ont été enclins à accroître la part des coûts supportés par les patients, soit directement par l'imputation de frais ou par le cofinancement de certains services, soit indirectement par la réduction de la gamme de services couverts. Ainsi, certains États membres ont dressé une liste des thérapeutiques admissibles et ont arrêté des barèmes pour les honoraires et/ou les remboursements. D'autres définissent les critères d'admissibilité en fonction du niveau "de base" des soins requis ou ne remboursent les frais couverts qu'après paiement de la facture par le patient. Dans certains États membres, les patients doivent s'acquitter d'un montant forfaitaire pour divers services de santé tandis que dans d'autres, ils doivent payer la différence entre le tarif d'un service ou d'un produit et le montant fixe ou variable du remboursement correspondant. Les taux de remboursement peuvent varier en fonction du type de services (liste des services admissibles) ou de l'utilisateur (par exemple le niveau de revenus, le montant annuel des dépenses de santé et l'âge). Une assurance complémentaire privée peut couvrir de telles interventions. Le rôle du cofinancement des services dans le contexte de la viabilité des systèmes est abordé de manière plus détaillée au point 3.5.

Le fait que les systèmes exigent une participation financière de la part des patients comporte le risque que des groupes vulnérables ne puissent pas se permettre de tels frais et qu'ils ne puissent ou ne veuillent pas accéder aux soins de santé appropriés. Cette question a été abordée dans le rapport conjoint sur l'inclusion sociale adopté à Laeken en décembre 2001 et, dans les réponses au questionnaire, elle figure à nouveau parmi les principales préoccupations de certains États membres, qui ont adopté des réglementations garantissant que les personnes confrontées à des frais de santé particulièrement élevés voient leur contribution totale plafonnée ou que les personnes à bas revenus bénéficient d'une réduction de la part des frais à leur charge ou de la gratuité des soins.

Tous les États membres font donc référence d'une manière ou d'une autre aux aspects de solidarité inhérents à leurs systèmes, qui visent à garantir qu'un mauvais état de santé n'entraîne pas la paupérisation ou que la faiblesse des revenus ne réduise pas l'accès des personnes concernées aux soins de santé. Les États membres reconnaissent aussi une dimension supplémentaire aux inégalités en matière de santé, car il apparaît clairement que les personnes appartenant à des groupes vulnérables sont susceptibles de mener un style de vie moins sain.

Certains États membres ont arrêté des mesures en faveur de personnes âgées, qu'ils considèrent comme un groupe risquant de ne pas avoir un accès suffisant aux soins de santé et aux soins préventifs. Ces actions peuvent prendre la forme de dispositions spécifiques visant à assurer que les soins de santé ne deviennent pas trop onéreux ou de mesures garantissant que les personnes âgées font un usage des services médicaux qui corresponde à leurs besoins. Certains pays encouragent les professionnels de la santé à effectuer des visites fréquentes au domicile des personnes âgées. Cet aspect revêt une importance particulière pour garantir une bonne coordination des soins de santé et des soins de longue durée destinés aux personnes âgées.

Les réponses au questionnaire évoquent peu certaines autres dimensions potentielles de l'inégalité d'accès, telles que les disparités régionales. En réponse à la question concernant les inégalités d'accès aux nouvelles thérapeutiques, les États membres ne signalent pas d'inégalités particulières, tout en reconnaissant que l'accès à ces thérapeutiques pose un problème de gestion important, permanent et, compte tenu du rythme rapide des développements technologiques, de plus en plus sérieux dans le contexte de la maîtrise des coûts.

Systèmes de contrôle et d'évaluation

Plusieurs États membres ont instauré ou proposé différents indicateurs pour contrôler l'accès aux soins. Les indicateurs de ce type peuvent être basés sur des mesures liées à l'offre, par exemple le nombre de nuits passées à l'hôpital, le nombre d'interventions ou la rééducation par catégorie de population. Ces mesures visent à évaluer les carences sur le plan de l'efficacité, de l'exécution ou des performances. Il existe des listes d'attente pour différentes thérapeutiques dans de nombreux pays, mais leur fréquence varie considérablement en fonction du système. Les pays dotés d'un système de soins fondé sur l'assurance-maladie semblent avoir moins de problèmes de listes d'attente.

Défis

Les tendances démographiques et épidémiologiques constituent des défis majeurs pour les systèmes actuels de soins de santé. Les systèmes doivent être adaptés en permanence afin de répondre à la demande de soins prévue et tenir compte des progrès technologiques et médicaux. Les autres défis importants sont les suivants:

- réexaminer la liste des nouveaux médicaments et thérapeutiques administrés ou remboursables;

- raccourcir les délais d'attente pour les soins hospitaliers ordinaires;

- créer des services de soins d'un type nouveau et en plus grand nombre, qui répondent aux besoins particuliers des maladies liées au vieillissement et qui pourraient aider les personnes âgées à conserver leur autonomie;

- élaborer des stratégies de prévention visant à permettre aux personnes âgées de vivre leur vieillesse de manière active, saine et indépendante;

- garantir un personnel médical en quantité suffisante et possédant une formation appropriée.

Modifications prévues

Les États membres définissent les priorités suivantes:

- améliorer l'accès pour certaines catégories de la population (les non salariés, les personnes âgées, les personnes à bas revenus);

- améliorer la rapidité d'accès (réduire les délais d'attente);

- remédier aux problèmes de répartition des services de soins de santé appropriés dans le pays (zones urbaines ou rurales, régions prospères ou pauvres);

- améliorer le recrutement et la formation du personnel qualifié (médecins, infirmières et autres catégories de travailleurs) dans la perspective du vieillissement du personnel existant, de la difficulté des conditions de travail et des problèmes émergents de pénurie de personnel.

En ce qui concerne les besoins particuliers des personnes âgées en matière de santé, les aspects suivants sont évoqués:

- la nécessité de prévoir des structures gériatriques ou post-traumatiques alternatives en dehors des établissements hospitaliers pour la rééducation des personnes âgées afin de libérer des places dans les hôpitaux et de permettre aux personnes âgées, autant que faire se peut, de vivre de manière active et autonome;

- la création ou la remise en service de centres de santé locaux afin de faciliter l'accès aux soins et, par une approche pluridisciplinaire, aux thérapeutiques appropriées.

De manière générale, les États membres reconnaissent que le vieillissement de la population posera de nouveaux problèmes si l'on veut maintenir les formes générales et globales d'accès aux soins de santé auxquelles les citoyens ont été habitués. Plusieurs États membres affirment toutefois leur volonté de conserver cet objectif fondamental des systèmes de soins de santé, même face à l'augmentation des coûts, tandis que d'autres signalent qu'ils sont en train de proposer de nouveaux ajustements et améliorations de leurs mécanismes d'accès. À l'avenir, les États membres seront donc vraisemblablement tenus d'accorder une plus grande importance aux politiques visant à accroître la rentabilité et l'efficacité, comme indiqué au point 3.5.

3.2. Accès aux soins de longue durée

Contrairement aux soins de santé, la nécessité des soins de longue durée n'est considérée que depuis peu comme un risque social majeur qui doit être couvert par les systèmes de protection sociale. Les soins de longue durée résident dans l'assistance aux personnes incapables de vivre de manière autonome et qui dépendent par conséquent de l'aide de tiers dans leurs activités quotidiennes. Leurs besoins d'assistance peuvent aller de l'aide à la mobilité à la préparation des repas en passant par la réalisation des achats ordinaires et d'autres tâches ménagères. Dans les cas les plus extrêmes, ces personnes peuvent nécessiter une aide pour se laver et se nourrir. Ces soins de longue durée ne requièrent pas nécessairement de compétences médicales. En conséquence, ce type de soins est souvent confié à des proches de la personne concernée, généralement son conjoint et ses descendants, qui continuent à être les principaux pourvoyeurs de ces soins.

Pour les motifs présentés ci-avant au point 2.2, on ne peut plus s'attendre à ce que les proches soient en mesure de dispenser des soins autant que par le passé. Un nombre croissant de personnes âgées fragiles dépendent par conséquent de professionnels du secteur des soins qui peuvent fournir leurs services au domicile de la personne concernée ou dans des établissements spécialisés. À l'instar des soins médicaux, le coût des soins de longue durée excède très souvent le revenu perçu par la personne qui en a besoin et peut rapidement épuiser toutes ses économies. Par conséquent, le besoin de soins de longue durée constitue un risque social majeur et la nécessité d'introduire des mécanismes de protection sociale s'impose.

Ces mécanismes de protection sociale revêtent des formes très différentes d'un État membre à l'autre. Dans certains pays, les familles restent responsables de l'organisation des soins ou de leur financement. L'aide publique, c'est-à-dire l'assistance sociale sous la forme de services sociaux ou d'un placement dans un établissement de soins, ne sera proposée qu'en l'absence d'un tel soutien de la part de la famille. Après le décès de la personne dépendante, le coût des soins financés par les pouvoirs publics peut être déduit du patrimoine de la personne décédée. Il s'agit de la forme la plus basique de protection sociale qui impose aux familles de supporter la plus grande part du risque de soins de longue durée et n'intervient que lorsque la famille n'est plus capable de dispenser les soins. Dans d'autres pays, les descendants n'ont aucune obligation juridique envers leurs parents âgés, mais le risque peut toutefois être supporté essentiellement par les individus, qui doivent financer les soins qui leur sont dispensés à l'aide de leurs revenus et de leurs avoirs.

Un nombre croissant de pays sont en train d'instaurer un partage plus large des risques. Ce résultat peut être atteint par la prestation directe des services de soins à domicile ou dans des établissements ou par des mécanismes d'assurance. Cette offre publique de soins relève généralement de la responsabilité des autorités locales, souvent en partenariat avec des organisations sans but lucratif. L'autre méthode possible de partage des risques consiste en un système d'assurance. Dans certains cas, les besoins en soins de longue durée sont couverts par les régimes légaux d'assurance-maladie. Certains pays ont récemment ajouté une nouvelle branche à leur système de protection sociale: l'assurance soins de longue durée. Le financement de la prestation directe des services de soins s'effectue généralement par l'impôt, tandis que les systèmes fondés sur l'assurance ont tendance à être financés par les cotisations sociales. Cependant, au moins un pays utilise les droits de succession comme source de financement. Cette pratique semble justifiée dans la mesure où la mutualisation des coûts des soins de longue durée évite également aux descendants de devoir renoncer à une proportion significative de leur héritage.

Les soins de longue durée peuvent être dispensés de différentes manières. Outre l'aide apportée par la famille, des soins professionnels peuvent être fournis à domicile, dans des centres de jours, dans des établissements de soins de longue durée spécialisés ou dans des établissements hospitaliers. Les mécanismes de protection sociale ont une incidence sur la façon de dispenser les soins. Si le soutien apporté aux établissements de soins de longue durée est plus important que ce n'est le cas pour les soins à domicile, il est probable que davantage de personnes séjourneront dans des établissements.

Certains États membres estiment que la liberté de choix du prestataire, conjuguée à la concurrence à laquelle ceux-ci se livrent, peut, en règle générale, favoriser la qualité et l'efficacité, en ce qui concerne aussi bien les soins de santé que les soins de longue durée.

Certains États membres se sont efforcés de mettre sur un pied d'égalité les différents modes de prestation des soins dans leurs mécanismes de protection sociale. Cela nécessite en particulier d'octroyer une aide aux personnes dispensant des soins de manière informelle. Les personnes nécessitant des soins peuvent avoir le choix entre des prestations en nature ou une indemnité en espèces qui peut être utilisée pour les personnes de la famille dispensant des soins. Les soins informels peuvent également être encouragés par des avantages fiscaux, par l'ouverture de droits à pension et aux assurances sociales en faveur des prestataires de soins, par des formations, par le droit de quitter son emploi pour s'occuper d'un proche, par la mise à disposition de personnel soignant de remplacement pendant les périodes de repos du prestataire de soins et par la mise en place de centres de jour pour alléger la tâche des prestataires de soins. Les droits et devoirs des prestataires de soins informels peuvent même être définis par des contrats. Le soutien octroyé aux prestataires informels a l'avantage d'être peu onéreux (les indemnités versées aux prestataires informels sont généralement moins élevées que celles accordées au personnel soignant professionnel) et permet à la personne âgée de recevoir des soins d'une personne familière en qui elle a confiance. De plus, la personne dépendante peut rester chez elle.

Tous les pays possèdent des infrastructures permettant de dispenser des soins de longue durée de qualité professionnelle, mais l'importance de ces établissements varie en fonction du rôle des familles, des mécanismes de protection sociale et de l'offre de services et de structures de soins. Le manque de services et de structures d'accueil peut contraindre les personnes dépendantes à rester plus longtemps à l'hôpital ou à charge de leur famille.

Défis

Les mécanismes de protection sociale visant à garantir l'accès aux soins de longue durée sont relativement récents dans de nombreux États membres et, dans les autres, ils doivent encore s'affranchir des mécanismes de l'assistance sociale. Au fur et à mesure de l'augmentation de la demande de soins de longue durée, des pénuries de personnel qualifié peuvent apparaître.

Les pénuries de personnel peuvent également expliquer, dans une certaine mesure, le manque de capacité des établissements de soins de longue durée, ce qui entraîne l'occupation par les personnes âgées de lits d'hôpitaux pendant une période plus longue que nécessaire pour des soins aigus. Les soins en institutions sont particulièrement importants pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence qui nécessitent des soins intensifs et un contrôle permanent.

Un autre défi réside dans la nécessité de coordonner les différents prestataires de soins. Les personnes dépendantes ont généralement besoin de toute une gamme d'aides d'ordre médical et non médical, ce qui requiert une bonne coopération entre les familles, le personnel soignant professionnel et le personnel médical. Il peut être opportun de désigner un coordinateur qui pourrait également assumer la responsabilité globale de la gestion des coûts des différents types de soins.

Modifications prévues

Pour plusieurs États membres, la priorité majeure consiste à mettre en œuvre les principales modifications introduites récemment. D'autres envisagent de nouvelles mesures, notamment pour octroyer un meilleur soutien aux soins dispensés à domicile. Certains pays envisagent de mettre sur pied de nouvelles structures visant à offrir des soins intégrés et continus. Ceci implique de répondre aux besoins complexes en matière de soins de santé et d'aide sociale des personnes qui ont perdu leur autonomie ou qui souffrent de maladies chroniques.

3.3. Qualité des soins de santé

Une des principales préoccupations de tous les États membres est de savoir comment garantir la qualité de l'organisation et de l'exécution des soins de santé et des soins de longue durée.

Il semble opportun de distinguer différents contextes d'introduction de critères de qualité. On a en premier lieu les **critères de qualité structurelle**, qui se rapportent aux ressources humaines et à l'équipement d'un service ainsi qu'aux cas que celui-ci est amené à traiter. On a ensuite les **critères de qualité des processus**, qui concernent le fonctionnement du service et le mode d'exécution des interventions spécifiques. Il y a enfin les **critères de résultats** qui visent à mesurer les qualités du service en analysant les résultats des interventions spécifiques – par exemple les taux de survie à long terme ou les complications.

La quasi-totalité des États membres ont mis au point des ***critères de qualité structurelle*** pour le secteur hospitalier. Ces critères concernent par exemple le personnel (nombre, formation et expérience du personnel), équipement, nombre de cas, normes relatives aux bâtiments, etc. Ces normes généralement contraignantes sont fixées par des organismes publics ou les institutions d'assurances sociales. Il semble en revanche plus malaisé de fixer des normes structurelles dans le secteur des soins ambulatoires. Celles-ci ne portent généralement que sur les exigences de base, par exemple la formation officielle du personnel médical.

La situation est plus variée en ce qui concerne les ***critères de qualité des processus***. Alors que bon nombre de professionnels de la santé considéreraient normal de suivre des normes et lignes directrices fixées par des associations médicales et d'autres organismes officiels, l'élaboration de lignes directrices officielles ayant valeur de règle de conduite pour les thérapeutiques et les procédures se fait attendre. Les États membres investissent toutefois des efforts considérables dans ce domaine et accomplissent des progrès importants, principalement en ce qui concerne les soins hospitaliers. Certains États membres estiment qu'il convient également de prendre en considération l'importance de l'indépendance des établissements hospitaliers et la liberté du choix des pratiques médicales.

Dans ce domaine, les normes sont appliquées avec un degré de formalité très variable. Dans de nombreux cas, les gouvernements nationaux fixent un cadre juridique ou formulent des recommandations à appliquer pour l'élaboration de lignes directrices plus spécifiques aux niveaux local et régional par les établissements de soins et les institutions d'assurances sociales, les associations médicales ou d'autres organismes.

Certaines normes et lignes directrices sont introduites sur une base volontaire dans le cadre de projets pilotes, de recommandations de portée générale ou grâce à des incitants financiers. En général, les systèmes de santé nationaux, comme c'est le cas au Royaume-Uni, peuvent introduire des normes plus contraignantes en s'appuyant sur le dispositif réglementaire national à leur disposition et peuvent imposer des sanctions pour garantir le respect de celles-ci. Il va de soi que l'application de normes de qualité à la pratique clinique représente le facteur primordial pour une politique de qualité dans le domaine des soins de santé. De nombreux États membres poursuivent cet objectif. Le contrôle, sur des bases comparables, de la qualité des processus dans les États membres nécessiterait la description systématique des réalisations du système de soins de santé, par procédures médicales suivies et maladies traitées. Il serait en outre nécessaire d'établir un lien entre ces combinaisons maladie-procédure et les efforts consentis en matière d'évaluation de la qualité. Ceux-ci sont encore peu développés à l'heure actuelle.

Seuls quelques États membres ont mis au point une approche systématique de l'évaluation des ***résultats*** des soins de santé dans le cadre de leur programme relatif à la qualité. Bien que, en principe, les résultats des soins de santé puissent constituer une bonne méthode de mesure de la qualité des interventions, on se heurte à cet égard à un certain nombre de difficultés pratiques, telles que la rareté ou le manque de fiabilité des données ainsi que les problèmes politiques liés à l'implication du gouvernement dans un domaine qui est considéré comme une compétence de base des professions médicales. Par exemple, seuls quelques pays possèdent un système de classement des hôpitaux selon la qualité du service fourni.

L'intérêt croissant pour les questions liées à la qualité a incité les États membres à créer des institutions ou organismes spécifiquement chargés de promouvoir la qualité du travail, de réaliser des évaluations, de mettre au point des lignes directrices ou des systèmes d'accréditation. La quasi-totalité des États membres disposent aujourd'hui d'organismes centraux.

Dans de nombreux cas, le gouvernement central peut uniquement créer la législation-cadre, qui doit ensuite être mise en œuvre au niveau local ou régional. Une tendance remarquable relevée à l'analyse des réponses des États membres est l'accent mis sur le rôle des patients. Presque tous les pays se sont efforcés d'introduire des mesures visant à protéger les droits des patients, en particulier dans le secteur hospitalier. Permettre aux patients de prendre des décisions en connaissance de cause, leur fournir des informations adéquates et transparentes sur les services de santé et les thérapeutiques possibles et leur donner accès aux dossiers médicaux en sont des aspects importants. Aujourd'hui, plusieurs États membres possèdent des lois spécifiquement consacrées aux droits des patients.

Finalement, il est essentiel de comprendre les liens existant entre les questions d'accès aux soins et celles relatives à la qualité. Les lacunes et les inégalités en matière d'accès aux services de santé représentent également une donnée importante sur le plan de la qualité et il est essentiel de tenir compte des questions d'accès et d'équité dans l'élaboration des normes de qualité. Les défis à relever requièrent une action sur plusieurs plans.

3.4. Qualité des soins de longue durée

La plupart des États membres disposent de normes de qualité concernant les soins destinés aux personnes âgées. Il existe toutefois des différences quant à leur statut juridique: il peut s'agir de simples recommandations ou de normes juridiquement contraignantes. Par ailleurs, plusieurs réponses au questionnaire permettent de déduire que, par comparaison avec les soins de santé, le secteur des soins de longue durée fonctionne de manière très décentralisée et que les autorités locales et régionales jouissent d'une grande latitude sur le plan des normes qu'elles appliquent. Il est toutefois intéressant de constater que le Royaume-Uni a retransféré cette responsabilité au niveau national en instituant un organisme national indépendant, la commission nationale des normes en matière de soins de santé (*National Care Standards Commission*, NCSC), dans le but de réglementer les services sociaux et les services de soins de santé indépendants. Cette nouvelle initiative vise à améliorer la qualité des services et à renforcer le niveau de protection des groupes vulnérables tout en préservant et maintenant des maisons de repos de qualité pour personnes âgées.

Certains États membres semblent connaître des difficultés dues à la décentralisation. Par exemple, les programmes sont mal ciblés, leur contrôle est inégal et des initiatives d'amélioration de la qualité font défaut.

En ce qui concerne les soins en milieu hospitalier, la plupart des États membres ont défini des critères de qualité structurelle, par exemple concernant les qualifications du personnel et les normes en matière de construction. Dans ces pays, le respect de ces normes est une condition indispensable à remplir pour obtenir le remboursement du régime de sécurité sociale.

Certains pays ont également développé des critères de qualité des processus pour les établissements d'hébergement des personnes âgées. Cette approche des soins résidentiels axée sur la qualité comprend la fixation d'objectifs spécifiques en matière de qualité et l'élaboration d'une stratégie propre à chaque établissement, par référence à un cahier des charges fixant des objectifs pour les principaux critères de qualité. D'autres pays indiquent que le problème fondamental du système des soins de longue durée est l'absence de système normalisé garantissant un niveau minimal de soins.

La plupart des États membres signalent un manque de normalisation pour les soins à domicile, mais quelques exemples sont toutefois relevés. Quelques projets pilotes ont été entrepris en Belgique dans le domaine des normes de qualité, tandis qu'au Danemark, un système d'assurance qualité a vu le jour au niveau local. La France a instauré une norme pour les services à domicile, qui vise à garantir la qualité des services fournis. Elle a également adopté une procédure confiant à un organisme extérieur le contrôle du respect de ces normes. En ce qui concerne la formation du personnel soignant, l'Autriche a inscrit les aides à domicile dans sa législation concernant la formation des prestataires de soins aux personnes âgées.

Dans le même temps, la demande de soins à domicile s'est accrue en raison de l'évolution démographique et de l'augmentation de la couverture de ces soins par les régimes de sécurité sociale. Comme mentionné plus haut, dans certains États membres, les soins destinés aux personnes âgées sont considérés comme une affaire de famille. Néanmoins, étant donné l'évolution des structures familiales, une manière d'aborder cette problématique consiste à élaborer des programmes de soins à domicile.

La plupart des États membres signalent que les droits des bénéficiaires sont pris en compte dans les critères de qualité ou la protection des droits des patients. Dans certains cas, il existe des lois spécifiques visant à promouvoir les droits des usagers et patients.

Plusieurs États membres indiquent que les principales sources de préoccupation dans ce secteur sont la pénurie de personnel, le taux élevé de rotation de celui-ci et l'augmentation de la charge de travail. Plusieurs pays font remarquer que l'évolution démographique que connaît la population âgée nécessite davantage de personnel formé et qualifié dans ce domaine ainsi que de nouvelles approches visant à accroître l'attrait de la profession.

Des mesures doivent également être prises afin de réduire la fatigue professionnelle du personnel des établissements de soins. Les États membres qui éprouvent des difficultés à recruter du personnel dans le domaine des soins de santé envisagent la possibilité d'augmenter les salaires, de renforcer l'effectif, de mettre sur pied des programmes de formation "sur le tas" et d'améliorer l'environnement de travail du personnel des soins de longue durée.

Certains États membres font savoir qu'ils ne possèdent pas suffisamment de systèmes de contrôle et d'indicateurs de qualité adéquats et ils considèrent la mise au point de tels instruments comme des défis à court terme. Pour résoudre certains de ces problèmes, un État membre lancera, en 2003, une nouvelle politique à l'intention des personnes âgées comprenant des outils d'évaluation de leurs besoins en matière de soins, qui serviront également à contrôler et évaluer les résultats des soins prodigués. Un autre pays envisage de développer un modèle général pour les bonnes pratiques, les procédures de suivi et la consolidation des normes de qualité au sein des autorités locales.

3.5. Viabilité financière des soins de santé

Les structures de financement des systèmes de soins de santé au sein de l'UE

Le mode de financement des systèmes de soins de santé varie considérablement d'un État membre à l'autre, grosso modo en fonction des différents modèles appliqués pour structurer ces systèmes. D'une manière générale, les systèmes de soins de santé dans l'UE ont tendance à être des systèmes mixtes, comprenant un financement public (qui est prédominant) assorti d'un élément de financement privé. La plupart des systèmes, mais pas tous, comprennent une assurance-maladie (obligatoire) et la quasi-totalité d'entre eux sont en partie financés directement par les impôts généraux. Les ressources servant au financement des systèmes de soins de santé sont souvent prélevées au niveau régional. Dans tous les systèmes, les patients doivent contribuer à une partie des frais et participer ainsi au financement des soins de santé publique – le rôle premier de ces contributions est toutefois d'essayer de maîtriser la demande de biens et de services de soins de santé.

Défis communs concernant la viabilité financière des systèmes de soins de santé publique

Pour ce qui est d'assurer la viabilité financière des systèmes de soins de santé publique, les États membres ont défini un certain nombre de défis à relever. En dépit des différences existant entre les systèmes de soins de santé au sein de l'UE, un certain nombre de défis communs peuvent être identifiés.

En ce qui concerne les *défis à long terme* pour la viabilité financière des systèmes de soins de santé, les États membres ont mis en évidence les principales évolutions sociétales déjà décrites au point 2:

- Le système de santé subit d'importantes pressions, tant des professionnels de la santé que des patients, pour une ***plus grande diffusion des technologies médicales neuves et onéreuses***.

- ***La tendance permanente qu'ont les citoyens à consommer davantage au fur et à mesure qu'ils s'enrichissent*** constitue une source d'augmentation des coûts pour les systèmes de santé.

- La situation démographique se caractérise par un ***vieillissement de la population***.

Par ailleurs, les États membres ont relevé les ***défis urgents suivants qui se posent à court terme*** pour la gestion financière des systèmes de soins de santé publique:

- Certains États membres soulignent la nécessité de s'attaquer à la ***surconsommation*** perçue des biens et des services de soins de santé, au-delà de ce qui est efficace pour améliorer les résultats de santé, et d'étudier la question de savoir qui décide qu'il y a surconsommation.

- Dans certains États membres, il est urgent de s'occuper des ***dépassements des coûts*** immédiats, qui mettent en péril l'équilibre financier des caisses d'assurance-maladie et/ou qui rendent difficile la gestion globale des finances publiques.

- Dans d'autres États membres, l'urgence est de nature différente et concerne davantage la nécessité d'**accroître le volume des services**, notamment en réduisant les délais d'attente, mais sans porter préjudice à la gestion financière du système.

Au vu de ces tendances à court et à long terme pour la viabilité financière de leurs systèmes de santé, de nombreux États membres évoquent les défis à relever pour réorganiser ces systèmes, à savoir notamment:

- Trouver des moyens d'utiliser les ressources de manière plus efficace, par exemple en améliorant les structures d'incitation, dont le recours aux mécanismes du marché.

- Faire participer plus activement les médecins et les professionnels de la santé à la gestion des ressources.

Évolutions récentes dans les dépenses de santé

Même si nombre de réponses des États membres au questionnaire du comité de politique économique et du comité de protection sociale abordent les développements récents dans le domaine des dépenses de santé, elles ne fournissent pas systématiquement d'indications quantitatives sur l'évolution des niveaux globaux des dépenses dans ce domaine. De plus, les chiffres cités ne sont pas nécessairement cohérents ni comparables avec les autres États membres. En conséquence, ces données ne peuvent pas servir telles quelles à comparer les dépenses des systèmes de soins de santé dans l'Union européenne. À défaut, le tableau 4 de l'annexe 1 présente, à titre d'illustration, les informations les plus récentes de la base de données de l'OCDE sur la santé.

Les réponses au questionnaire permettent d'effectuer certaines comparaisons qualitatives, compte tenu des limites résultant du manque de cohérence et de comparabilité évoqué ci-dessus. Sur la base de ces informations, il semble qu'il existe des différences entre les États membres en ce qui concerne l'évolution récente des dépenses de santé et les réponses politiques qui y ont été apportées:

- Dans un certain nombre d'États membres, la croissance rapide des dépenses constitue une source de préoccupation. Les dépenses publiques augmentent souvent plus vite que le PIB, ce qui accroît la part du secteur de la santé dans le PIB. Les dépassements de coûts dans le secteur de la santé sont souvent une source de problèmes pour la gestion globale des finances publiques. Dans certains États membres, ces dépassements de coûts persistent en dépit des nombreux mécanismes de maîtrise des coûts. Dans d'autres pays, les ressources allouées aux soins de santé ont été accrues sans relâchement de la maîtrise des coûts. Il convient cependant de signaler que la croissance rapide des dépenses dans quelques pays s'inscrit dans un contexte de niveau de dépenses publiques relativement faible en faveur des soins de santé.

- Dans certains autres États membres, la croissance des dépenses a également été rapide, mais elle résulte de ***mesures officielles visant à accroître les ressources accordées au secteur de la santé*** dans le but d'améliorer la qualité des soins.

- Dans un troisième groupe de pays, les réponses au questionnaire indiquent que le niveau des dépenses est relativement stable et que, par conséquent, la maîtrise des coûts constitue un problème moins urgent.

En ce qui concerne les principaux facteurs contribuant à l'augmentation rapide des dépenses globales dans le domaine des soins de santé, de nombreux États membres mentionnent la hausse rapide du coût des produits pharmaceutiques.

Viabilité financière à long terme des soins de santé publique

Tous les États membres n'ont pas non plus fourni d'informations quantitatives concernant l'évolution probable des dépenses de santé à long terme. Les estimations quantitatives fournies par les États membres étaient souvent accompagnées d'un résumé d'autres projections réalisées dans le cadre de la mission du comité de politique économique en 2001[6]. Certains pays ont également fourni des informations basées sur d'autres projections à long terme. Dans la plupart des cas, les estimations des augmentations à long terme des dépenses de santé provenant des autres projections nationales étaient supérieures aux estimations du comité de politique économique. Ce phénomène n'est pas surprenant, car les estimations du comité de politique économique visaient uniquement à mesurer l'impact des changements démographiques, en se basant sur des conditions inchangées pour les autres facteurs de coût. On peut toutefois escompter que ces autres facteurs, notamment la diffusion de technologies médicales neuves et onéreuses, exercent une pression supplémentaire à la hausse sur le niveau global des dépenses. Les projections du comité de politique économique sont résumées au tableau 3 de l'annexe 1. Ces projections doivent cependant être lues avec attention, comme expliqué dans le rapport du comité.

[6] Rapport du comité de politique économique: "Défis budgétaires posés par le vieillissement des populations: leur impact sur les dépenses publiques en matière de pensions, de soins de santé et de soins de longue durée pour les personnes âgées et les indicateurs potentiels de la viabilité des finances publiques à long terme": http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/epc_ageing_en.htm

Les projections du comité de politique économique ainsi que les autres projections nationales susmentionnées tendent à indiquer que les futures augmentations des dépenses publiques dans le domaine des soins de santé et des soins de longue durée pourraient être considérables, ce qui implique, à long terme, une charge supplémentaire importante pour les finances publiques. En ce qui concerne les dépenses de soins de santé publique, les projections du comité de politique économique révèlent que l'impact de l'évolution démographique au cours des cinquante prochaines années serait de l'ordre de 0,7 à 2, 3 points de pourcentage du PIB. Certains États membres devraient connaître une augmentation des dépenses supérieure ou égale à 2 points de pourcentage du PIB au cours de la période de référence. (L'Autriche a révisé ses projections en 2002. Les nouveaux chiffres sont reproduits dans une note après le tableau 3).

En résumé, on peut donc s'attendre, à long terme, à des pressions supplémentaires sur les dépenses dans le secteur des soins de santé. Certains États membres constatent qu'il conviendra de prendre des mesures spécifiques pour se préparer aux conséquences financières du vieillissement de la population, compte tenu en particulier de l'augmentation prévue à long terme des autres dépenses liées à l'âge, telles que les retraites.

Mécanismes de maîtrise des coûts

De manière générale, les réponses au questionnaire ont permis de collecter une grande quantité d'informations qualitatives sur les mesures de maîtrise des coûts appliquées par les États membres. Cependant, les réponses n'indiquent pas toujours quelles mesures s'avèrent efficaces. Un bref aperçu des types de mesures adoptées par les différents États membres est présenté ci-après, sur la base d'une catégorisation utilisée par l'OCDE [7].

[7] OCDE (1994), document de travail du département Économie de l'OCDE n°149, H. Oxley & M. MacFarlan, “Réforme des soins de santé: contrôle des dépenses et amélioration de l'efficience”.

(1) Mesures de transfert des coûts aux consommateurs

La quasi-totalité des États membres possèdent un système de tarifs à charge des utilisateurs de biens et services de soins de santé. Bien que ces tarifs puissent inclure une contribution au coût des séjours à l'hôpital ou aux consultations chez les médecins, ils portent la plupart du temps sur la participation à l'achat des médicaments prescrits en soins primaires. Les mesures de transfert des coûts poursuivent deux objectifs: tout d'abord, alléger directement le poids du financement à charge des finances publiques en faisant appel aux sources privées et, deuxièmement, contribuer à maîtriser la demande des consommateurs pour ces services, ce qui a pour effet de réduire indirectement les dépenses publiques et les dépenses totales. Cependant, la contribution des utilisateurs au coût des soins n'aura pas une grande incidence sur la maîtrise de la demande si cette participation financière est remboursée par une assurance santé complémentaire.

(2) Maîtrise des prix et du volume de l'offre et de la demande

Dans certains États membres, il existe des accords nationaux pour fixer les prix entre les fournisseurs de biens et services de santé (par exemple les producteurs ou les organisations représentant les professionnels des soins de santé) et les organismes finançant les soins de santé. La quasi-totalité des États membres possèdent des accords spécifiques portant sur les produits pharmaceutiques. Les accords fixent souvent les prix des produits pharmaceutiques, imposent l'utilisation de produits génériques plutôt que de produits de marque et, dans certains cas, définissent même le niveau maximal de dépenses autorisé pour ces produits au niveau agrégé (par exemple en Espagne).

Dans certains pays, il existe des obstacles directs à l'accès à certains services de soins de santé. Le patient ne peut y consulter un médecin spécialiste que sur référence d'un médecin généraliste. L'expérience a montré que ce mécanisme permet de maîtriser efficacement les dépenses de santé.

(3) Réformes visant à encourager l'utilisation efficace des ressources

Dans certains cas, ce sont les organismes finançant les soins de santé qui imposent directement d'en haut le contrôle des dépenses – notamment au moyen de budgets fixes établis pour les services de santé régionaux ou pour les établissements hospitaliers. De plus en plus souvent, les systèmes de santé de l'Union européenne font appel à des contrats entre les acheteurs de soins de santé (soit les organismes qui les financent soit des tiers tels que des compagnies d'assurance) et les prestataires de services, afin de garantir une utilisation plus efficace des ressources financières. Dans certains cas, ces contrats imposent de supprimer tout dépassement des coûts du budget de l'année suivante. Cette approche semble porter ses fruits du point de vue de l'encouragement de l'efficacité. Dans d'autres pays, l'allocation des ressources financières est de plus en plus liée à des mesures de performance ou aux types de cas traités (case-mix) dans les établissements hospitaliers. Ces mesures semblent également plutôt utiles pour promouvoir l'efficacité: dans un État membre, l'introduction de contrats de ce type s'est traduite par un net recul de la durée moyenne des séjours à l'hôpital.

3.6. Viabilité financière des soins de longue durée

Les structures de financement des soins de longue durée au sein de l'UE

Le mode de financement des systèmes de soins de santé de longue durée est encore plus malaisé à définir. Cela s'explique par le fait que les soins de longue durée sont souvent répartis entre différentes structures publiques et différents budgets (généralement celui de la santé et celui des services sociaux). De plus, il est souvent difficile d'opérer une distinction entre les interventions médicales traditionnelles et les soins de longue durée dispensés dans le cadre du système de santé. Enfin, les services sociaux de soins de longue durée sont souvent dispensés à un niveau très local et il est dès lors parfois difficile d'observer des tendances à l'échelle nationale. Certains États membres se sont dotés de systèmes d'assurance couvrant la perte d'autonomie, tandis que d'autres sont occupés à mettre sur pied un tel système.

Défis

Le défi le plus souvent cité par les États membres dans le questionnaire en matière de financement des systèmes de soins de longue durée est le vieillissement de la population. Premièrement, celui-ci se traduira par un nombre beaucoup plus élevé de personnes âgées et très âgées. Ensuite, les soins de longue durée nécessitent une grande quantité de main-d'œuvre. Certains États membres indiquent que le secteur connaîtra probablement une importante pénurie de main-d'œuvre (également liée au vieillissement), qui entraînera une augmentation des coûts salariaux. Un rapport fait remarquer que les difficultés des systèmes de soins de longue durée dues au vieillissement seront en grande partie alimentées par la nette augmentation de l'incidence de maladies chroniques telles que la démence, qui ne sont pas nécessairement très exigeantes en termes d'interventions médicales traditionnelles, mais nécessitent beaucoup de soins et d'assistance. Outre le vieillissement, quelques rapports signalent que, si les tendances passées se confirment, il sera peut-être nécessaire d'accroître la demande de services de soins formels à la suite de la régression des services de soins informels résultant de changements sociétaux.

Deux États membres méridionaux énumèrent un certain nombre de défis auxquels ils sont confrontés dans le cadre de la mise en place d'un système cohérent de soins pour les personnes âgées. Une des principales difficultés consiste à offrir des solutions intégrées aux patients, qui couvrent la gamme complète des services de soins requis, dont les soins de santé. Un autre défi consiste à développer les services de soins dispensés au domicile des personnes âgées, ce qui est davantage conforme au souhait de ces dernières et s'avère plus économique.

Évolution récente des dépenses

Les informations contenues dans les rapports nationaux sont quelque peu fragmentaires à ce sujet, reflétant en partie les difficultés de quantifier les coûts des services de soins de longue durée, qui sont financés par de nombreux budgets. Parmi les États membres qui fournissent des informations d'ordre quantitatif, il est malaisé de discerner des tendances communes claires. Au Danemark, les ressources consacrées au secteur ont augmenté en termes réels, mais dans une proportion moindre que la croissance réelle du PIB. Cet accroissement des coûts résulte à fois de l'augmentation du nombre de personnes âgées et de la progression du coût par individu.

Projections des dépenses à long terme

Les informations fournies sur les perspectives à long terme relatives aux dépenses en soins de longue durée sont aussi très incomplètes. Les États membres qui fournissent des informations de ce type basent principalement leurs projections sur celles réalisées avec la collaboration du comité de politique économique. Pour plus informations, voir le tableau 3 de l'annexe 1.

Mécanismes de maîtrise des coûts

Certains États membres sont encore occupés à élaborer une politique intégrée pour les soins de longue durée. La nécessité de mesures explicites de maîtrise des coûts n'apparaît pas encore en tant que telle.

Dans d'autres États membres, des dotations financières sont accordées sur la base de plans et d'objectifs établis à l'échelle nationale. Pour la France, les objectifs sont intégrés dans ceux qui sont fixés pour l'ensemble du secteur des soins de santé. Ces dotations et objectifs sont définis dans le but de limiter les dépenses de manière anticipative. En Allemagne, la maîtrise des coûts relève, dans une certaine mesure, du régime d'assurance-dépendance.

Dans certains pays, les services à fournir sont définis à l'avance, ce qui limite en partie la possibilité d'accroître les dépenses. Certains États membres font dépendre les services fournis d'un programme de soins personnalisés fondé sur les besoins du patient. D'autres États membres ont adopté des orientations visant à prodiguer les soins à domicile, ce qui revient moins cher et répond généralement aux souhaits des personnes âgées.

4. Conclusions

Les réponses des États membres confirment la pertinence des trois grands objectifs (l'accès, la qualité et la viabilité) comme base de réflexion concernant les politiques dans le domaine des soins de santé et des soins de longue durée pour les personnes âgées. Tous les États membres s'efforcent de trouver le meilleur moyen d'atteindre ces trois objectifs de manière intégrée: comment obtenir un financement suffisant pour garantir des soins adéquats et de qualité pour tous et comment offrir ces services de manière efficace et économique ? Le vieillissement de la population dans tous les États membres ne fait que renforcer ces défis. Les réponses des États membres révèlent que la recherche de cet équilibre constitue un défi majeur pour la gestion globale des systèmes. Ainsi, de nombreuses réponses mentionnent la nécessité d'assurer un processus décisionnel de qualité entre le secteur des soins de santé et le secteur émergent des soins de longue durée ainsi qu'une meilleure coordination au niveau de l'exécution des soins de santé et des soins de longue durée destinés aux personnes âgées. La recherche du meilleur équilibre pose également des questions en matière gouvernance: il convient de trouver un équilibre entre, d'une part, les priorités souvent arrêtées au niveau national en matière de qualité, de normes et de maîtrise des coûts et, d'autre part, la gestion et l'exécution des soins au niveau local.

Bien que ce ne fût pas un objectif explicite du questionnaire, les réponses de certains États membres ont mis en évidence les importantes difficultés et possibilités existant en matière d'emploi dans le secteur des soins. Les difficultés concernent notamment les aspects suivants: comment conserver le personnel malgré les conditions de travail parfois difficiles, comment recruter et former de nouveaux travailleurs pour faire face à l'augmentation prévue de la demande au cours des prochaines décennies et comment améliorer la qualité du travail en offrant aux travailleurs du secteur la possibilité de développer leurs compétences et de progresser dans leur carrière. Les possibilités d'augmenter l'emploi sont manifestes. Le secteur des services sociaux et de santé est déjà un employeur important, qui représentait 9,7 % de l'emploi total dans l'Union européenne en 2001 [8]. En ce qui concerne l'accès aux soins, les États membres font part de leur détermination à maintenir un accès général et complet aux soins, qui constitue un fondement de leurs systèmes, même dans le contexte de l'accroissement des coûts. Certains pays proposent d'optimiser et d'améliorer encore leurs mécanismes d'accès aux soins.

[8] L'emploi en Europe 2002, page 32. http://europa.eu.int/comm/dgs/employment_social/key_fr.htm

Dans le domaine de la qualité, les réponses mettent en évidence la possibilité de renforcer la coopération entre les États membres sur le plan de la qualité des services fournis tant en ce qui concerne les soins de santé que les soins de longue durée, surtout dans la perspective de l'élargissement et de l'augmentation de la mobilité transfrontalière des patients. Le programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique, qui entrera en vigueur en janvier 2003, facilitera la mise au point d'outils d'évaluation de la qualité. En matière de viabilité financière, les États membres soulignent l'importance de garantir que les ressources, et en particulier les nouvelles technologies, soient utilisées dans un souci d'efficacité et de rentabilité et d'assurer que les patients et les professionnels de la santé tiennent compte de la dimension du coût dans leurs décisions.

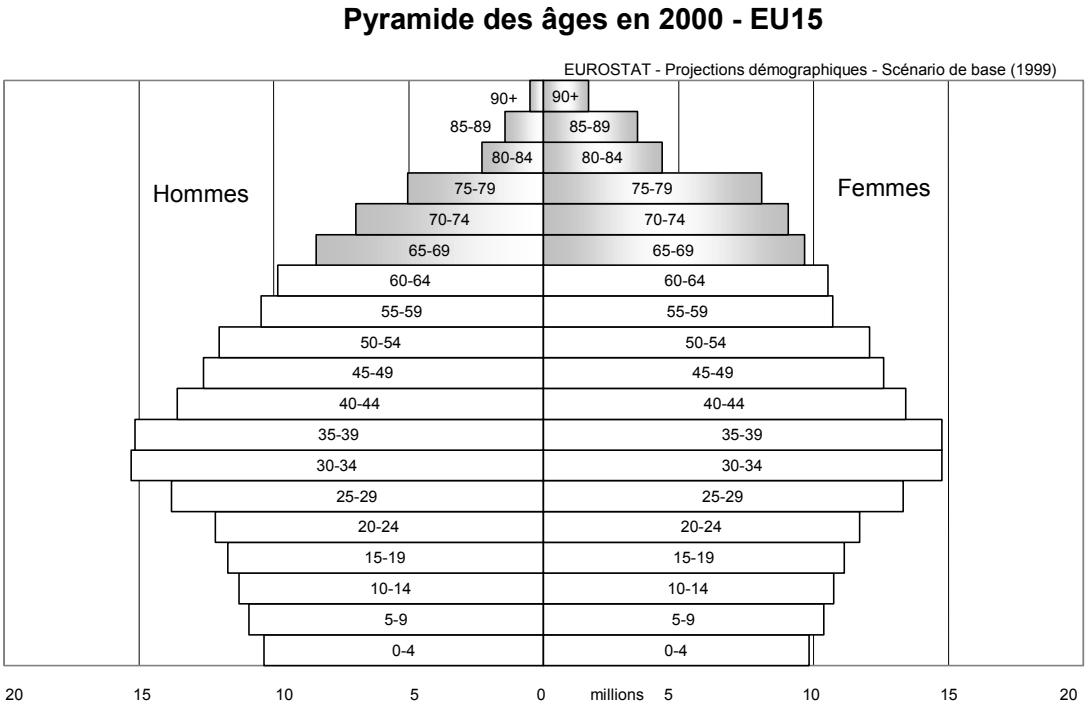
Recommandations pour les étapes suivantes

Sur la base de la présente communication, la Commission invite le Conseil à adopter le rapport conjoint demandé par le Conseil européen de Barcelone et de le présenter au Conseil européen du printemps 2003. Un processus d'apprentissage mutuel et d'échanges s'inscrivant dans le cadre d'une coopération devrait se poursuivre sur la base des questions identifiées dans le rapport conjoint. La Commission présentera à l'automne 2003 de nouvelles propositions visant à poursuivre cette coopération. Cette communication devrait également porter sur les aspects spécifiques de ces questions dans la perspective de l'élargissement de l'Union européenne. Ce sera d'autant plus important qu'il est vraisemblable que nombre des problèmes exposés dans le présent rapport se posent de manière plus aiguë dans la plupart des pays candidats. Les travaux à venir tiendront également compte des discussions menées dans le cadre du processus de réflexion de haut niveau sur la mobilité des patients et l'évolution future des soins de santé, qui étudiera le rôle futur de l'Union dans un grand nombre d'aspects des soins de santé. Il est bien entendu que la poursuite des travaux liés au présent rapport ne préjuge pas des conclusions de ce processus de réflexion. La coopération entre les États membres pourrait se concentrer sur l'échange d'expériences et de bonnes pratiques relatives à ces trois grands objectifs. Cette coopération se déroulera dans le respect total des compétences des États membres dans le domaine des soins de santé. On pourrait s'attacher particulièrement à améliorer la base d'information et à discuter des moyens de poursuivre la coopération en se fondant, notamment, de la collaboration étroite qui existe dans ce domaine avec Eurostat, l'OCDE et l'OMS. Il serait également opportun d'accorder une attention particulière aux questions relatives à l'emploi.

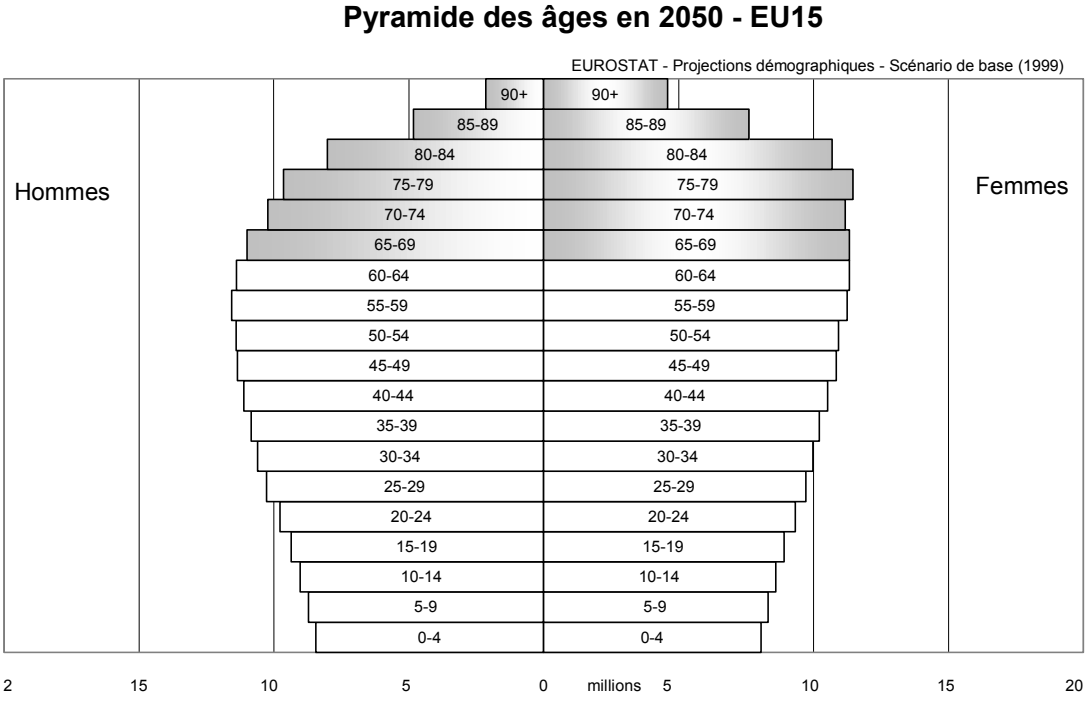
ANNEXE 1

ANNEXE 1: TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Graphique 1a:

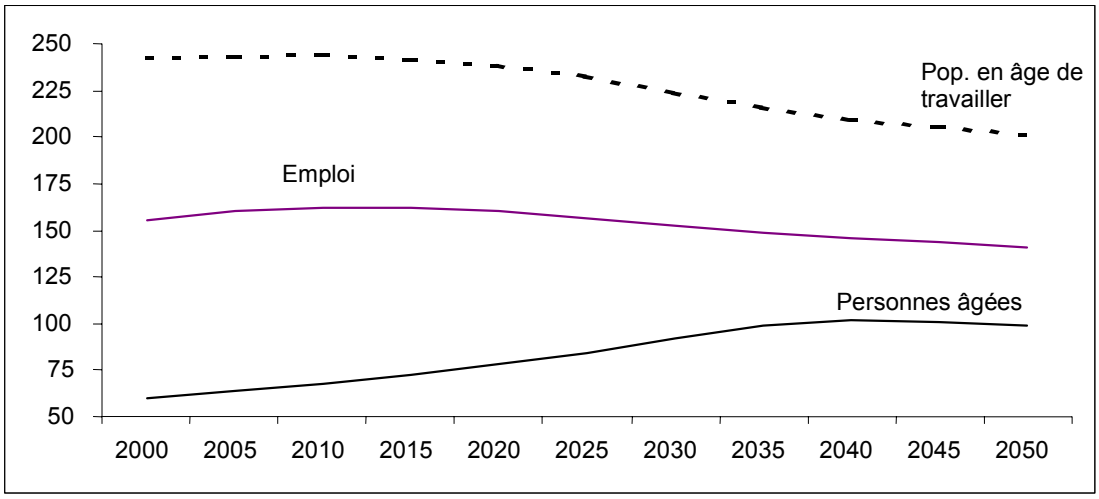


Graphique 1b:



Source: EUROSTAT

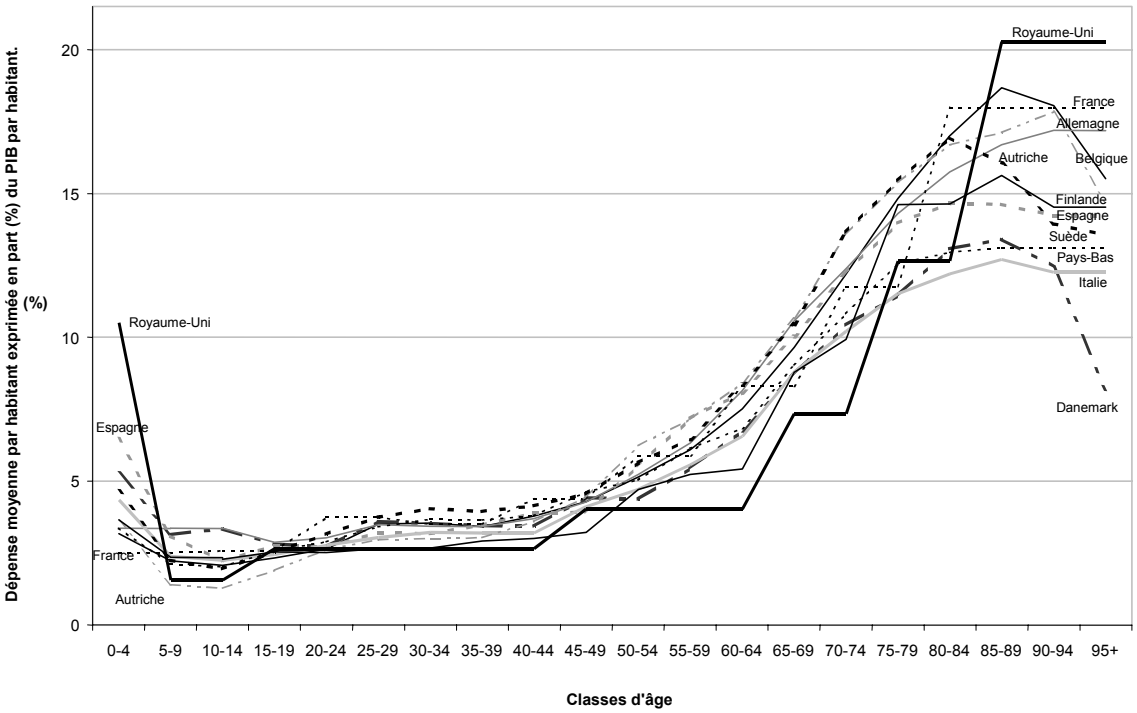
Graphique 1c: Projection de la taille (en millions) de la population en âge de travailler et des personnes âgées



Rem.: La population en âge de travailler désigne les personnes âgées de 15 à 64 ans.
Les personnes âgées sont les personnes de 65 ans et plus.

Source: Comité de politique économique (2001) "Défis budgétaires posés par le vieillissement des populations", Eurostat et projections du groupe de travail du comité de politique économique sur le vieillissement des populations.

Graphique 2a: Profils d'âge pour les dépenses publiques dans le domaine des soins de santé



Notes:

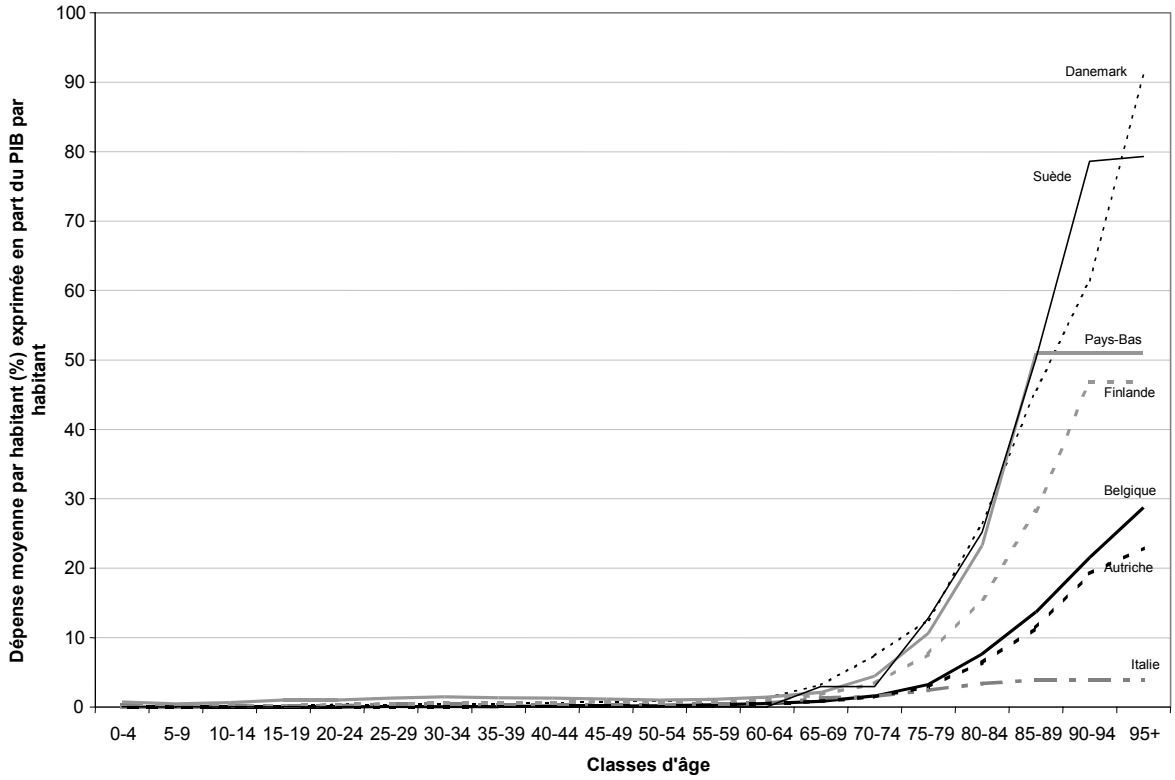
(1) Les profils liés à l'âge exprimés comme une proportion du PIB par habitant sont ceux utilisés pour établir les projections des dépenses de soins de santé. L'année de référence utilisée pour les projections varie quelque peu selon les États membres, ce qui signifie que les profils du graphique ci-dessus renvoient à des années différentes: 1997 pour la France, 1998 pour la Belgique, le Danemark, l'Espagne et le Royaume-Uni, 1999 pour l'Italie et 2000 pour l'Allemagne, la Finlande, les Pays-Bas, l'Autriche et la Suède. (Les profils relatifs au Portugal ne sont pas présentés ici car ce pays utilise des classes d'âge différentes.)

(2) Les profils de dépenses utilisés dans ce graphique concernent uniquement les dépenses publiques dans le domaine des soins de santé. Les dépenses privées et les dépenses publiques relatives aux soins de longue durée sont exclues. Voir la définition des dépenses utilisée pour les projections à l'annexe 4.

(3) Un profil d'âge plat à la fin des classes d'âge s'explique généralement par l'absence de ventilation entre les classes d'âge les plus élevées pour les États membres concernés.

Source: Comité de politique économique (2001) "Défis budgétaires posés par le vieillissement des populations"

Graphique 2b: Profils d'âge pour les dépenses publiques dans le domaine des soins de longue durée



Notes:

(1) Les profils liés à l'âge exprimés comme une proportion du PIB par habitant sont ceux utilisés pour établir les projections des dépenses de soins de santé. L'année de référence utilisée pour les projections varie selon les États membres, ce qui signifie que les profils du graphique ci-dessus renvoient à des années différentes: 1998 pour la Belgique, le Danemark, 1999 pour l'Italie et 2000 pour l'Autriche, la Finlande, les Pays-Bas et la Suède.

(2) Les profils de dépenses utilisés dans ce graphique concernent uniquement les dépenses publiques dans le domaine des soins de longue durée. Les dépenses privées sont exclues.

(3) Un profil d'âge plat à la fin des classes d'âge s'explique généralement par l'absence de ventilation entre les classes d'âge les plus élevées pour les États membres concernés.

Source: Comité de politique économique (2001) "Défis budgétaires posés par le vieillissement des populations"

Tableau 3: Dépenses publiques totales dans le domaine des soins de santé et des soins de longue durée

Exprimées en proportion du PIB. Variante démographique centrale.

	TOTAL DES SOINS DE SANTÉ ET DE LONGUE DURÉE			SOINS DE SANTÉ			SOINS DE LONGUE DURÉE		
	Dépenses en part du PIB en 2000	Accroissement des dépenses en % du PIB entre 2000 et 2050		Dépenses en part du PIB en 2000	Accroissement des dépenses en % du PIB entre 2000 et 2050		Dépenses en part du PIB en 2000	Accroissement des dépenses en % du PIB entre 2000 et 2050	
		par habitant	par travailleur		par habitant	par travailleur		par habitant	par travailleur
B	6.1%	**+2.1**	**+2.4**	5.3%	**+1.3**	**+1.5**	0.8%	**+0.8**	**+0.8**
DK	8.0%	**+2.7**	**+3.5**	5.1%	**+0.7**	**+1.1**	3.0%	**+2.1**	**+2.5**
D (1)				5.7%	**+1.4**	**+2.1**			
EL (1)				4.8%	**+1.7**	**+1.6**			
E (1)				5.0%	**+1.7**	**+1.5**			
F	6.9%	**+1.7**	**+2.5**	6.2%	**+1.2**	**+1.9**	0.7%	**+0.5**	**+0.6**
IRL (2)	6.6%		**+2.5**	5.9%		**+2.3**	0.7%		**+0.2**
I	5.5%	**+1.9**	**+2.1**	4.9%	**+1.5**	**+1.7**	0.6%	**+0.4**	**+0.4**
NL	7.2%	**+3.2**	**+3.8**	4.7%	**+1.0**	**+1.3**	2.5%	**+2.2**	**+2.5**
A	5.8%	**+2.8**	**+3.1**	5.1%	**+1.7**	**+2.0**	0.7%	**+1.0**	**+1.1**
P (1)				5.4%	**+0.8**	**+1.3**			
FIN	6.2%	**+2.8**	**+3.9**	4.6%	**+1.2**	**+1.8**	1.6%	**+1.7**	**+2.1**
S	8.8%	**+3.0**	**+3.3**	6.0%	**+1.0**	**+1.2**	2.8%	**+2.0**	**+2.1**
UK	6.3%	**+1.8**	**+2.5**	4.6%	**+1.0**	**+1.4**	1.7%	**+0.8**	**+1.0**
UE (moyenne pondérée) (3)	6.6%	**+2.2**	**+2.7**	5.3%	**+1.3**	**+1.7**	1.3%	**+0.9**	**+1.0**

Notes:

(1) Les chiffres des dépenses publiques relatives aux soins de longue durée ne sont pas disponibles pour certains États membres.

(2) Les chiffres concernant l'Irlande sont exprimés en proportion du PNB.

(3) Les pondérations sont calculées en fonction des États membres dont les chiffres sont disponibles. Par conséquent, la pondération relative aux soins de santé est EU-14, tandis que pour les soins de longue durée et les dépenses totales des soins de santé et des soins de longue durée, la pondération repose sur 10 États membres.

Source: Comité de politique économique (2001) "Défis budgétaires posés par le vieillissement des populations"

Les projections à long terme telles que celles présentées ci-dessus doivent être lues avec circonspection et en tenant compte des hypothèses sous-jacentes, comme l'indique le rapport original du Comité de politique économique (2001) "Défis budgétaires posés par le vieillissement des populations", disponible à l'adresse suivante: http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/epc_ageing_en.htm

Note du 13/11/2002: Nouvelle projection établie par l'Office statistique autrichien en 2002 sur la base de nouvelles prévisions démographiques .

Autriche (2002)	5,6%	+2,4	+2,5	4,9%	+1,5	+1,6	0,7%	+0,9	+0,9

Tableau 4 a - Dépenses totales de soins de santé en % PIB

	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Autriche	7,6	6,6	7,1	7,1	7,5	7,9	7,9	8,6	8,7	8	8	8,1	8	
Belgique	6,4	7,2	7,4	7,7	7,9	8,1	7,9	8,7	8,8	8,5	8,5	8,7	8,7	
Danemark	9,1	8,7	8,5	8,4	8,5	8,8	8,5	8,2	8,3	8,2	8,4	8,5	8,3	8,4
Finlande	6,4	7,2	7,9	9	9,1	8,3	7,8	7,5	7,7	7,3	6,9	6,9	6,6	
France			8,6	8,9	9,1	9,5	9,4	9,6	9,6	9,4	9,3	9,4	9,5	
Allemagne	8,8	9,3	8,7		9,9	9,9	10,2	10,6	10,9	10,7	10,6	10,7	10,6	
Grèce	6,6		7,5	7,8	7,2	8,1	8,9	8,9	8,9	8,7	8,7	8,7	8,3	
Irlande	8,4	7,6	6,6	7	7,6	7,5	7,5	7,2	7	6,9	6,8	6,8	6,7	
Italie			8	8,3	8,4	8,1	7,8	7,4	7,5	7,7	7,7	7,8	8,1	8,1
Luxembourg	5,9	5,9	6,1	6	6,2	6,4	6,1	6,4	6,4	5,9	5,8	6		
Pays-Bas	7,5	7,3	8	8,2	8,4	8,5	8,4	8,4	8,3	8,2	8,1	8,2	8,1	
Portugal	5,6	6	6,2	6,8	7	7,3	7,3	8,3	8,5	8,6	8,3	8,4	8,2	
Espagne	5,4	5,4	6,6	6,8	7,2	7,5	7,4	7,7	7,7	7,6	7,6	7,7	7,7	
Suède	9,1	8,7	8,5	8,4	8,6	8,6	8,2	8,1	8,4	8,1	7,9			
Royaume-Uni	5,6	5,9	6	6,5	6,9	6,9	7	7	7	6,8	6,8	7,1	7,3	
République tchèque			5	5,2	5,4	7,2	7,3	7,3	7,1	7,1	7,1	7,2	7,2	
Hongrie				7,1	7,7	7,7	8,3	7,5	7,2	7	6,9	6,8	6,8	
Pologne			5,3	6,6	6,6	6,4	6	6	6,4	6,1	6,4	6,2		
Slovaquie										6,1	5,9	5,8	5,9	
Turquie	3,3	2,2	3,6	3,8	3,8	3,7	3,6	3,4	3,9	4,2	4,8			
États-Unis	8,7	10	11,9	12,6	13	13,3	13,2	13,3	13,2	13	12,9	13	13	
Canada	7,1	8,2	9	9,7	10	9,8	9,5	9,1	8,9	8,9	9,1	9,2	9,1	9,3
Copyright OCDE, Données sur la santé 2002, 4e éd.														

Tableau 4 b - Dépenses publiques de soins de santé en % PIB

	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Autriche	5,2	5	5,2	5,2	5,5	5,9	5,9	6,1	6,1	5,6	5,7	5,6	5,6	
Belgique								6	6,4	6	6	6,2	6,2	
Danemark	8	7,4	7	7	7	7,2	7	6,8	6,8	6,8	6,9	7	6,8	6,9
Finlande	5	5,6	6,4	7,3	7,3	6,3	5,9	5,7	5,8	5,6	5,3	5,2	5	
France			6,6	6,7	7	7,3	7,2	7,3	7,3	7,2	7,1	7,1	7,2	
Allemagne	6,9	7,2	6,7		7,7	7,6	7,8	8,1	8,4	8,1	7,9	8	8	
Grèce	3,7		4,7	4,7	4,2	4,7	4,7	4,8	4,9	4,8	4,7	4,7	4,6	
Irlande	6,8	5,8	4,8	5,2	5,5	5,5	5,5	5,3	5,1	5,3	5,2	5,2	5,1	
Italie			6,4	6,6	6,5	6,2	5,9	5,3	5,4	5,6	5,6	5,7	5,9	6,1
Luxembourg	5,5	5,3	5,7	5,6	5,8	5,9	5,6	5,9	5,9	5,4	5,4	5,6		
Pays-Bas	5,2	5,2	5,4	5,7	6,1	6,3	6,1	6	5,5	5,5	5,5	5,4	5,5	
Portugal	3,6	3,3	4,1	4,3	4,2	4,6	4,6	5,1	5,5	5,5	5,6	5,9	5,8	
Espagne	4,3	4,4	5,2	5,3	5,6	5,8	5,6	5,5	5,5	5,4	5,4	5,4	5,4	
Suède	8,4	7,9	7,6	7,4	7,5	7,4	7	6,9	7,1	6,8	6,6			
Royaume-Uni	5	5	5	5,4	5,8	5,9	5,9	5,8	5,8	5,4	5,5	5,7	5,9	
République tchèque			4,8	5,1	5,2	6,8	6,9	6,8	6,5	6,5	6,5	6,5	6,6	
Hongrie				6,4	6,8	6,7	7,2	6,3	5,9	5,6	5,5	5,3	5,1	
Pologne			4,8	5	5,1	4,7	4,3	4,4	4,7	4,4	4,2	4,4	4,2	
Slovaquie										5,6	5,4	5,2	5,3	
Turquie	0,9	1,1	2,2	2,4	2,5	2,5	2,5	2,4	2,7	3	3,5			
États-Unis	3,6	4	4,7	5,2	5,5	5,7	5,9	6	6	5,9	5,8	5,7	5,8	
Canada	5,4	6,2	6,7	7,2	7,4	7,2	6,8	6,5	6,3	6,2	6,5	6,5	6,5	6,8
Copyright OCDE, Données sur la santé 2002, 4e éd.														

Source: OCDE Données sur la santé 2002, © OCDE, août 2002