



Études économiques de l'OCDE

AUTRICHE

JUILLET 2011



**Études économiques
de l'OCDE :
Autriche
2011**



Merci de citer cet ouvrage comme suit :

OCDE (2011), *Études économiques de l'OCDE : Autriche 2011*, Éditions OCDE.
http://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-aut-2011-fr

ISBN 978-92-64-09345-4 (imprimé)
ISBN 978-92-64-09346-1 (PDF)

Série : Études économiques de l'OCDE
ISSN 0304-3363 (imprimé)
ISSN 1684-3428 (en ligne)

Études économiques de l'OCDE : Autriche
ISSN 1995-3135 (imprimé)
ISSN 1999-0197 (en ligne)

Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem-Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Crédits photo : Couverture © iStockphoto.com/Anpad Benedek.

Les corrigenda des publications de l'OCDE sont disponibles sur : www.oecd.org/editions/corrigenda.

© OCDE 2011

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.

Table des matières

Résumé	8
Évaluation et recommandations	11
Bibliographie	38
Annexe A1	39
Annexe A2. Progrès des réformes structurelles	43
Annexe A3. Quelques priorités de réforme structurelle du gouvernement autrichien : Feuille de route pour 2011-2013	50
Chapitre 1. Les carences du secteur public sont de moins en moins supportables ...	53
Les finances publiques après la crise	54
Les dépenses publiques vont devoir être fortement freinées	65
Vers une structure d'imposition plus propice à la croissance	71
Notes	86
Bibliographie	87
Chapitre 2. Réformer un système de santé très apprécié, mais coûteux	89
Introduction	90
Quoique performant, le système de santé est excessivement fragmenté et coûteux ..	90
Des difficultés budgétaires de taille se profilent à l'horizon	100
Il est possible d'améliorer nettement l'efficience du système, notamment dans le secteur hospitalier	109
La politique de santé doit aussi être soutenue par des progrès dans les habitudes de vie	124
Recommandations d'action	128
Notes	130
Bibliographie	132
Annexe A2.1. L'avenir du système de santé autrichien dans les grands dossiers gouvernementaux	136
Annexe A2.2. Les progrès réalisés par l'Autriche dans le domaine des technologies de santé en ligne	138
Annexe A2.3. Certains défis du programme national de bilans de santé	140
Encadrés	
1. Résumé des recommandations de politique budgétaire	29
2. Résumé des recommandations relatives à la politique de santé	36
A1.1. Politique prudentielle transfrontalière	39
A1.2. La relation entre le chômage et le PIB en Autriche	40
1.1. Opérations extrabudgétaires du gouvernement autrichien	61
1.2. Base de données « de transparence »	67

1.3.	Principaux impôts sur les revenus du travail	75
1.4.	Prestations sociales et efficacité de l'imposition des revenus du travail	76
1.5.	Recommandations de politique budgétaire	85
2.1.	Les institutions de santé compartimentées de l'Autriche	94
2.2.	Les paiements privés ne nuisent pas nécessairement à l'équité de l'accès	99
2.3.	Le Programme d'économies de 2009	101
2.4.	Le système autrichien de GHM : promesses et revers	115
2.5.	L'intégration des soins	120
2.6.	Contrats et paiements ouverts en matière de soins intégrés : les enseignements à tirer de l'expérience d'autres pays de l'OCDE	123
2.7.	Recommandations d'action	128

Tableaux

1.	Autriche : Demande, production et prix	13
1.1.	Finances des administrations publiques, 2008-13	55
1.2.	Restriction des dépenses de l'administration centrale, 2011-14	56
1.3.	Recettes supplémentaires de l'administration centrale, 2011-14	56
1.4.	Projection des dépenses liées à l'âge 2010-60	58
1.5.	Dettes des entreprises publiques	60
1.6.	Régime fiscal des gains en capital et déductibilité des intérêts pour les personnes physiques	82
1.7.	Impôts sur les successions et les donations	84
2.1.	Taux d'incapacité des personnes âgées	105
2.2.	Spectre des prévisions de dépenses de santé à long terme de l'Autriche	109

Graphiques

1.	Évolution du chômage au cours de la récession de 2008-09 et moyenne historique	14
2.	Les travailleurs peu qualifiés ont une situation défavorable sur le marché du travail	16
3.	L'âge effectif moyen de la retraite est trop bas	17
4.	Accumulation d'actifs bancaires autrichiens dans les pays d'Europe centrale et orientale (PECO)	18
5.	Rentabilité et ratios de fonds propres des banques autrichiennes	19
6.	Assainissement alternatif et scénarios des dynamiques de la dette	23
7.	La dette publique autrichienne est restée élevée	24
8.	La structure fiscale donne un poids excessif aux impôts sur le travail, générateurs de distorsions	28
9.	D'importants engagements de ressources et des résultats remarquables	30
10.	Une structure de financement et de gouvernance fragmentée	32
11.	D'importants gains d'efficacité sont possibles	35
A1.1.	Coefficients d'Okun estimés/effectifs et variation du taux de chômage	42
1.1.	Déficit public et dette brute	55
1.2.	Ratios de dette brute et divers scénarios	57
1.3.	Écarts de taux d'intérêt par rapport à l'Allemagne	58
1.4.	L'âge effectif moyen de la retraite est trop bas	59
1.5.	Dette publique et déficit, investissement et subventions	62

1.6.	La dette publique de l'Autriche reste élevée	65
1.7.	L'Autriche est l'un des pays qui consacrent le plus de ressources aux programmes sociaux	66
1.8.	La structure fiscale privilégie les impôts sur la main-d'œuvre qui donnent lieu à des distorsions.	72
1.9.	Les coins fiscaux affectant les revenus du travail sont parmi les plus élevés des pays de l'OCDE	73
1.10.	Ventilation du coin fiscal moyen et marginal	74
1.11.	Impôt implicite moyen sur le maintien en activité des salariés âgés	80
1.12.	La fiscalité du patrimoine est très faible par rapport aux normes internationales	83
1.13.	Efficacité du système de TVA.	84
2.1.	La santé s'est considérablement améliorée.	91
2.2.	Les institutions de santé autrichiennes : comparaison internationale	93
2.3.	La structure de financement est très fragmentée.	95
2.4.	Les dépenses de santé ont augmenté à un rythme soutenu.	96
2.5.	Des moyens techniques importants sont mobilisés.	97
2.6.	Les activités de soins sont intenses	98
2.7.	Le lien entre les dépenses allouées à la santé et les résultats est ténu	99
2.8.	Sensibilité conjoncturelle des dépenses de santé.	103
2.9.	Pressions dues à l'inflation des coûts de la santé.	107
2.10.	La comparaison des <i>Länder</i> laisse entrevoir de larges gains potentiels d'efficacité	111
2.11.	Disparités de coût du système de santé d'un <i>Land</i> à l'autre	112
2.12.	Une large comparaison internationale fait apparaître la possibilité de gains d'efficacité	113
2.13.	Quelques indicateurs disponibles de la qualité des soins	118
2.14.	D'autres indicateurs plus précis laissent entrevoir des possibilités d'amélioration	119
2.15.	Situation et résultats sanitaires varient d'un <i>Land</i> à l'autre.	126
2.16.	Les comportements ayant un impact sur la santé diffèrent selon que l'individu est autochtone ou non.	127

Cette Étude est publiée sous la responsabilité du Comité d'examen des situations économiques et des problèmes de développement (EDR), qui est chargé de l'examen de la situation des pays.

La situation économique et les politiques de l'Autriche ont été évalués par le Comité le 16 juin 2011. Le projet de rapport a ensuite été révisé à la lumière de la discussion et finalement approuvé par le Comité plénier le 27 juin 2011.

Le projet de rapport du Secrétariat a été établi pour le Comité par Rauf Gönenç, Oliver Röhn et Karin Fischer sous la direction de Andreas Wörgötter. Le travail de base sur les sections sur le marché du travail et le secteur financier des évaluations et recommandations a été préparé par Caroline Klein, Felix Hufner et Artur Radziwill. Béatrice Guérard a apporté une aide à la recherche. L'étude a aussi bénéficié de la contribution des consultants extérieurs Maria Hofmarcher et Robert Price.

L'Étude précédente de l'Autriche a été publiée en juillet 2009.

Les dernières informations ainsi que les études précédentes et que les compléments d'information sur l'élaboration des études sont maintenant disponibles sur le site www.oecd.org/eco/surveys.

Ce livre contient des...



StatLinks

**Accédez aux fichiers Excel®
à partir des livres imprimés !**

En bas à droite des tableaux ou graphiques de cet ouvrage, vous trouverez des *StatLinks*. Pour télécharger le fichier Excel® correspondant, il vous suffit de retranscrire dans votre navigateur Internet le lien commençant par : <http://dx.doi.org>. Si vous lisez la version PDF de l'ouvrage, et que votre ordinateur est connecté à Internet, il vous suffit de cliquer sur le lien. Les *StatLinks* sont de plus en plus répandus dans les publications de l'OCDE.

STATISTIQUES DE BASE DE L'AUTRICHE (2010)

LE PAYS

Superficie (milliers km ²)	84	Villes principales (milliers d'habitants)	
Superficie agricole utile (%)	38	Vienne	1 699
Superficie forestière utile (%)	40	Graz	257

LA POPULATION

Population (milliers)	8 388	Population active (milliers)	4 284.2
Nombre d'habitants par km ²	100.0	Emploi (milliers)	4 096.1
Accroissement annuel de la population (2000-10, %)	0.5	Chômage recensé (% de la population active)	6.9
Solde migratoire international (milliers)	28	Chômage mesuré par l'enquête sur le marché du travail (% de la population active)	4.4

LA PRODUCTION

Produit intérieur brut, prix courants		Origine de la valeur ajoutée (%)	
Milliards d'€	284	Agriculture	2
Par habitant (milliers \$, au taux de PPA)	40	Industrie	29
		Services	69

L'ÉTAT

En pourcentage du PIB		Composition du Conseil national (septembre 2008)	Sièges
Recette de l'État	48.3	Parti social-démocrate d'Autriche (SPÖ)	57
Dépenses de l'État	53.0	Parti populaire autrichien (ÖVP)	51
Dette publique (définition de Maastricht)	72.3	Parti autrichien de la liberté (FPÖ)	34
		Alliance pour l'avenir de l'Autriche (BZÖ)	21
		Les verts (GRÜNE)	20
		Total	183

LE COMMERCE EXTÉRIEUR

Exportations de biens et services % du PIB	55.3	Importations de biens et services, % du PIB	50.6
Principales exportations (% du total, 2009)		Principales importations (% du total, 2009)	
Machines et matériel de transport	37.5	Machines et matériel de transport	32.9
Biens manufacturés	21.4	Biens manufacturés	15.2
Articles manufacturés divers	12.0	Articles manufacturés divers	15.2
Autres	29.0	Autres	36.7

LA MONNAIE

Taux de conversion irrévocable (Schilling pour 1 €)	13.7603	Unités monétaires par dollar (moyenne) :	
		Année 2010	0.76
		Mai 2011	0.70

Résumé

L'économie autrichienne a bien surmonté la crise, grâce à une reprise tirée par les exportations. Les autorités devraient mettre à profit cette situation pour intensifier les réformes et maintenir une croissance vigoureuse, largement stimulée jusqu'ici par les effets de l'intégration européenne qui vont sans doute se dissiper au cours de la période à venir. Dans ce contexte, les recommandations formulées dans les précédentes Études économiques de l'OCDE demeurent valables :

- Supprimer toutes les possibilités d'accès à une retraite anticipée.
- Inciter davantage les travailleurs peu qualifiés à exercer une activité et réduire le coût de leur emploi. Développer les programmes les plus efficaces d'amélioration des qualifications.
- Développer les infrastructures d'accueil des jeunes enfants et la scolarisation à plein-temps, les initiatives récentes des autorités allant dans la bonne direction.
- Poursuivre les réformes de l'enseignement afin de mettre un terme à l'orientation beaucoup trop précoce des élèves et de permettre aux universités de sélectionner les étudiants et d'appliquer des droits d'inscription, tout en mettant en place un système complet de subventions et de prêts remboursables en fonction des revenus futurs afin d'éviter toute ségrégation socioéconomique.
- Promouvoir davantage la concurrence dans les services de réseaux comme les transports ferroviaires, les services postaux et l'électricité, ainsi que dans les professions libérales.

Les facteurs de vulnérabilité budgétaire, relativement limités par comparaison avec beaucoup d'autres pays, se sont amplifiés avec la crise. Les mesures d'assainissement récemment prises ne suffiront peut-être pas à préparer l'économie aux risques et défis futurs, liés en particulier au vieillissement. Dans ces circonstances, l'Autriche devra utiliser pleinement le cadre de budgétisation axé sur les résultats qu'elle entend mettre œuvre à partir de 2013, afin de s'engager plus résolument dans la hiérarchisation des dépenses et l'évaluation de leurs coûts et avantages. En dépit de certaines améliorations récentes, la structure de la fiscalité demeure défavorable à l'emploi et à la croissance, et pourrait donc faire l'objet de réformes. Les principales priorités de la politique budgétaire devraient être les suivantes :

- Accélérer l'assainissement des finances publiques afin de ramener la dette à moins de 60 % du PIB.
- Prendre sans retard des mesures pour faire face aux augmentations prévisibles des dépenses sur le moyen et long terme.
- Réformer le pacte de stabilité interne et la loi de péréquation budgétaire et mettre en œuvre les réformes du cadre budgétaire à tous les niveaux de l'administration.
- Rechercher des gains d'efficacité dans tous les grands domaines de dépenses.
- Réduire la charge fiscale pesant sur le travail et les entreprises en recourant à des impôts qui engendrent moins de distorsions.

Le système de santé autrichien, très réputé, est coûteux. Sa structure de gouvernance et de financement est excessivement segmentée, les hospitalisations sont trop nombreuses et l'accès à la

plupart des marchés de la santé, de même que la concurrence qui s'y exerce, sont en fait limités. Les habitudes de vie ne sont généralement pas propices à une bonne santé, ce qui ne fait qu'alourdir les coûts. Les autorités ont lancé ces dernières années plusieurs réformes, qu'il convient de poursuivre et d'intensifier dans les domaines suivants :

- Assurer un partage plus clair des responsabilités en matière de résultats, de financement et de dépenses.
- Appliquer pleinement le plan national relatif aux capacités de soins hospitaliers et ambulatoires.
- Mettre en place des mécanismes de rémunération en fonction des résultats pour les soins hospitaliers et les soins ambulatoires et développer la concurrence sur le marché des produits pharmaceutiques.
- Promouvoir les programmes de gestion intégrée des soins pour toutes les maladies chroniques.
- Cerner les enjeux des perspectives budgétaires à moyen terme du système au moyen de projections et scénarios de dépenses détaillés concernant les soins de santé et les soins de longue durée.

Évaluation et recommandations

L'économie autrichienne continue d'afficher des performances économiques impressionnantes tout en maintenant un haut degré de cohésion sociale. Trois principaux facteurs expliquent cette situation favorable :

- Une économie efficace, orientée vers l'exportation, dans laquelle les chefs d'entreprise ont compris comment tirer avantage de l'intégration européenne des décennies passées au bénéfice des travailleurs, des détenteurs d'actifs et des finances publiques.
- Une population active très qualifiée et motivée, expliquant la généralement bonne tenue du marché du travail en termes de chômage en général et en particulier le bas niveau du chômage des jeunes.
- Des partenaires sociaux qui prennent la responsabilité de proposer des projets de réformes aux autorités, ne se limitent pas au rôle traditionnel de négociation des salaires et des conditions de travail et organisent les services de sécurité sociale.

Comme d'autres économies tournées vers l'exportation, l'économie autrichienne a été durement touchée par la crise, qui a mis en lumière une vulnérabilité particulière. L'influence externe positive des mesures d'intégration européenne va très probablement être plus modérée qu'au cours des deux dernières décennies et la croissance va devenir plus tributaire de facteurs internes. La vigoureuse reprise actuelle offre une occasion unique d'intensifier les efforts de réforme et de donner suite aux recommandations figurant dans les précédentes *Études économiques*, même si certains progrès ont été accomplis récemment (annexe A2), en particulier dans les domaines suivants :

- Bien que les possibilités d'emploi soient nombreuses pour les travailleurs qualifiés appartenant aux classes d'âge de forte activité et que l'excellent système de transition des études à la vie active limite le chômage des jeunes, des problèmes se posent en ce qui concerne : i) les travailleurs sans qualifications, qui sont soumis à des taux marginaux d'imposition élevés, ii) les travailleurs âgés, qui sont soumis à des impôts élevés s'ils continuent d'occuper un emploi, et iii) les femmes ayant des revenus modestes, pour qui les prélèvements et les transferts interagissent de telle manière qu'il leur est coûteux de concilier activité professionnelle et responsabilités familiales. Le gouvernement a récemment pris un ensemble de mesures destinées à rendre l'activité professionnelle et les obligations familiales plus compatibles, dont les effets devront être suivis attentivement.
- L'expansion des établissements financiers autrichiens dans les nouvelles économies de marché émergentes après la chute du *rideau de fer* est généralement considérée comme une réussite remarquable. Néanmoins, la crise a démontré que les pouvoirs publics peuvent être impliqués dans des opérations reposant sur une prise de risques excessive, avec des coûts non négligeables pour les contribuables actuels et futurs. Le renforcement

prévu des normes de fonds propres devrait être l'occasion d'ouvrir un dialogue avec le secteur financier sur les moyens d'éviter à l'État de futures opérations de renflouement.

- La croissance et la cohésion sociale dépendront davantage d'initiatives nationales visant à renforcer la croissance potentielle et de la réduction de la forte tendance à la reproduction des parcours scolaires d'une génération à l'autre.

Les chapitres structurels de la présente *Étude économique* font le point des réformes du secteur public dans deux domaines :

- Assainissement des finances publiques et institutions budgétaires : Bien que l'Autriche se soit résolument employée à améliorer son cadre budgétaire au niveau de l'administration fédérale, des efforts restent à faire pour : i) éviter les actions budgétaires procycliques, en particulier au niveau des collectivités locales et du système de sécurité sociale, ii) mieux cibler les transferts sociaux et iii) améliorer la structure des impôts de manière à alléger la charge fiscale qui pèse sur l'activité économique.
- Réforme des soins de santé : Celle-ci mobilise les parties prenantes à tous les niveaux de l'administration, en faisant intervenir la riche structure de relations budgétaires fédérales qui caractérise l'Autriche ainsi que les partenaires sociaux, à la fois dans leur rôle d'auto-organisation du secteur de la sécurité sociale et comme vecteurs de réforme en général. La population autrichienne est très attachée à son système de soins de santé, bien que par comparaison avec les systèmes d'autres pays, celui-ci apparaisse coûteux, fragmenté et insuffisamment axé sur des objectifs fixés d'un commun accord.

La reprise offre l'occasion de donner un souffle nouveau aux efforts de réforme

L'économie autrichienne a commencé à se redresser au second semestre de 2009 à la faveur d'un raffermissement de la demande extérieure, et elle a dépassé son point haut d'avant la crise au premier trimestre de 2011. L'investissement dans le secteur des métaux et de la construction mécanique a marqué une forte expansion au second semestre de 2010, compensant largement un nouveau recul de l'investissement dans le secteur du bâtiment. La consommation a augmenté régulièrement, mais de façon très modérée. Le marché du travail s'est redressé rapidement après la crise, avec une progression vigoureuse de l'emploi et un taux de chômage revenant à 4.2 % à la fin de 2010 après avoir culminé à 5.1 % pendant la crise. Les hausses de salaires sont restées faibles, contribuant ainsi à renforcer la compétitivité de l'Autriche. L'indice des prix à la consommation harmonisé a accusé une forte augmentation dans les premiers mois de 2011, atteignant 3 % (en glissement annuel) au premier trimestre, en raison principalement de l'évolution des prix de l'énergie et des produits alimentaires, ainsi que du léger relèvement de taxes sur le tabac et les huiles minérales. L'inflation sous-jacente a cependant légèrement augmenté elle aussi, atteignant 1.8 % au premier trimestre.

Les perspectives sont favorables et un assainissement des finances publiques s'est amorcé

Au cours de la période à venir, l'Autriche semble devoir connaître une croissance supérieure au potentiel en 2011 et 2012 et continuer de bénéficier de la vigueur de la demande extérieure grâce à ses relations commerciales étroites avec l'Allemagne (tableau 1). Pour les autorités, l'ouverture du marché du travail aux travailleurs des nouveaux États membres de

Tableau 1. Autriche : Demande, production et prix

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	Prix courants, milliards EUR	Pourcentage de variation en volume (prix de 2005)				
PIB aux prix du marché	272.1	2.0	-3.4	2.1	2.9	2.1
Consommation privée	143.7	0.6	1.2	1.0	0.9	1.2
Consommation publique	49.1	4.0	0.4	-0.5	-0.2	0.5
Formation brute de capital fixe	58.3	2.8	-7.8	-0.9	3.3	2.5
Demande intérieure finale	251.1	1.8	-1.1	0.3	1.2	1.4
Formation de stocks ¹	4.7	-0.6	-1.0	0.6	1.0	0.0
Demande intérieure totale	255.8	1.1	-1.5	1.0	2.1	1.3
Exportations de biens et services	161.4	0.5	-15.6	10.3	9.1	6.8
Importations de biens et services	145.1	-1.7	-12.6	8.2	7.8	6.0
Solde commercial ¹	16.3	1.2	-2.6	1.4	1.1	0.8
<i>Pour mémoire</i>						
PIB sans ajustement en fonction des jours ouvrables	272.5	2.2	-3.9	2.1	2.9	2.1
Déflateur du PIB	-	1.7	0.7	1.6	1.9	1.6
Indice des prix à la consommation harmonisé	-	3.2	0.4	1.7	3.1	1.8
Déflateur de la consommation privée	-	2.5	-0.7	1.5	2.5	1.9
Taux de chômage ²	-	3.8	4.8	4.4	4.2	4.0
Taux d'épargne des ménages ³	-	11.8	11.1	9.1	9.0	8.9
Solde financier des administrations publiques ⁴	-	-1.0	-4.1	-4.6	-3.7	-3.2
Balance des opérations courantes ⁴	-	4.6	2.9	2.5	3.2	3.9

Note : Les comptes nationaux reposent sur les données officielles avec indices en chaîne. Il en résulte un décalage entre les composantes de la demande réelle et le PIB réel. Pour plus de détails, consulter les *Perspectives économiques* de l'OCDE, Sources et méthodes (www.oecd.org/eco/sources-and-methods).

1. Contributions aux variations du PIB réel (en pourcentage du PIB réel de l'année précédente), montant effectif dans la première colonne.
 2. Données de l'Enquête sur les forces de travail.
 3. En pourcentage du revenu disponible.
 4. En pourcentage du PIB.
- Source : En pourcentage du PIB.

L'Union européenne le 1^{er} mai 2011 ne devrait pas entraîner de perturbations, mais elle pourrait permettre d'atténuer les pénuries de qualifications et modérer les pressions salariales au cours des prochaines années. Dans ce contexte, il faut saluer la décision prise par les autorités de favoriser l'immigration de travailleurs qualifiés en provenance de pays non membres de l'espace économique européen au moyen d'un système à points (Rot-Weiss-Rot Karte) à compter de juillet 2011*. À mesure que la productivité du travail continue de s'améliorer, la compétitivité et, par conséquent, les exportations devraient rester fermes. Les taux d'intérêt réels devraient se maintenir à un bas niveau en 2011, ce qui favorisera l'investissement. Une croissance vigoureuse de l'emploi est attendue en 2011, si bien que le taux de chômage devrait rester inférieur au taux structurel de 4¼ pour cent. En revanche, la

* Le système Rot-Weiss-Rot Karte offre deux canaux d'immigration aux travailleurs qualifiés, l'un dépendant de l'offre de travail, pour les travailleurs hautement qualifiés n'ayant pas d'emploi assuré à leur arrivée, et l'autre dépendant de la demande de main-d'œuvre, pour les immigrants ayant déjà un contrat de travail en poche. Dans le second cas, en plus d'autres critères, il faut que l'emploi considéré ne puisse pas être occupé par un travailleur local ou qu'il relève d'une profession en pénurie de main-d'œuvre. L'admission de travailleurs qualifiés dans ce type de profession a été différée jusqu'en 2012 de manière à permettre une analyse des conséquences de l'ouverture du marché du travail aux huit nouveaux États membres de l'Union européenne, le 1^{er} mai 2011. Parallèlement, des mesures ont été prises pour faciliter l'accès des étrangers diplômés d'universités autrichiennes et des membres de la famille de citoyens de pays non membres de l'espace économique européen au marché du travail autrichien.

forte hausse des prix à la consommation va peser sur le revenu disponible réel et sur la croissance de la consommation des ménages en 2011. L'inflation devrait reculer en 2012, entraînant une légère accélération de la consommation.

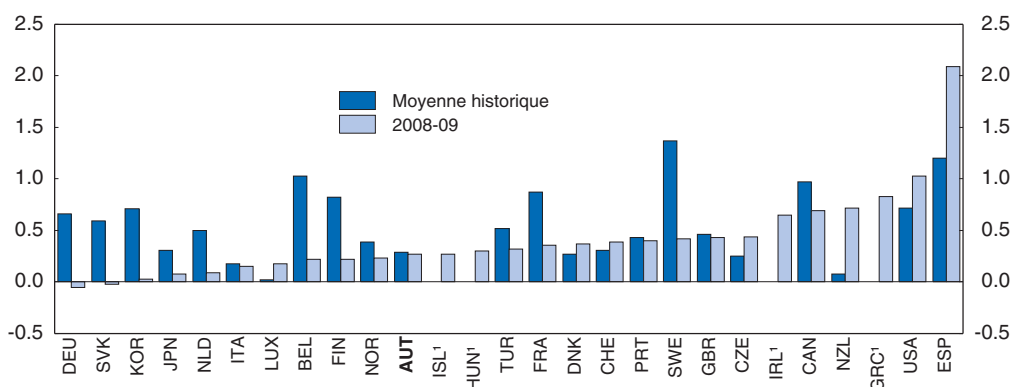
Les facteurs de vulnérabilité budgétaire, bien que limités par comparaison avec les autres pays, se sont amplifiés à la suite de la crise. Les déficits budgétaires persistants enregistrés depuis 1974, même pendant des périodes de croissance supérieure au potentiel, joints aux mesures prises au moment de la crise pour soutenir le secteur financier autrichien et aux opérations de sauvetage mises en œuvre dans l'Union européenne, ont fait monter la dette brute à 72 % du PIB. La situation budgétaire réelle est devenue plus claire avec la réintégration dans les comptes des administrations publiques des dépenses financées par le déficit et des dettes découlant d'opérations hors budget réalisées précédemment (compagnie des chemins de fer et hôpitaux). En 2011, l'administration fédérale a lancé un programme d'assainissement destiné à réduire progressivement le déficit, qui a culminé à 4.6 % du PIB en 2010, pour le ramener à moins de 3 % du PIB en 2013. La plus grande partie de l'effort d'assainissement prend la forme d'économies de dépenses au niveau de l'administration centrale (dépenses sociales, principalement).

Le marché du travail a relativement bien traversé la crise

Le taux de chômage a sensiblement augmenté en Autriche pendant la crise, d'environ 1.5 point entre le point bas et le point haut, soit plus qu'en Allemagne mais moins que la moyenne OCDE de 3 points. Compte tenu du vif recul de la production autrichienne, de 3.9 %, soit un pourcentage proche de la moyenne OCDE de 3.5 %, la réaction du chômage a été modérée, mais à peu près conforme à la relation historique entre le PIB et le chômage (graphique 1 et encadré A1.2). L'emploi total s'est contracté d'environ 1 %, avec des baisses particulièrement marquées dans les industries manufacturières et le bâtiment. Comme on l'avait observé lors des précédentes récessions en Autriche, la principale variable d'ajustement face à la diminution de la demande a pris la forme d'une réduction du

Graphique 1. **Évolution du chômage au cours de la récession de 2008-09 et moyenne historique**

Coefficient d'Okun (rapport entre augmentation du chômage et baisse du PIB entre le point haut et le point bas du cycle)



1. Moyenne historique non disponible.

Source : OCDE (2010), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE 2010 : Sortir de la crise de l'emploi*.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458501>

nombre moyen d'heures de travail par travailleur, qui a représenté les $\frac{3}{4}$ environ de la baisse du nombre total d'heures ouvrées. Cette réduction s'explique peut-être par des pénuries de main-d'œuvre, comme le donnent à penser des données d'enquête, ainsi que par un volume important d'heures supplémentaires, qui a facilité la réduction du nombre d'heures de travail (Stiglbauer, 2010). Cependant, des mesures actives du marché du travail ont probablement joué un rôle également (voir plus loin).

Depuis la fin de 2009, le marché du travail autrichien s'est redressé de façon relativement rapide. Le taux de chômage a reculé de 1 point environ, revenant à 4.2 % au dernier trimestre de 2010, alors que la réduction n'a été que de 0.3 point pour l'ensemble de la zone OCDE et que certains taux de chômage augmentent encore dans la zone euro. L'emploi total dépasse aujourd'hui son niveau d'avant la crise en Autriche, mais son rebond s'explique dans une large mesure par une forte augmentation des missions d'intérim et l'emploi demeure inférieur à son niveau d'avant la crise dans les industries manufacturières. La proportion de chômeurs de longue durée et le taux d'activité sont restés à peu près constants pendant la crise, ce qui incite à penser que les effets d'hystérèse sont moins préoccupants en Autriche que dans plusieurs autres pays de l'OCDE.

Les mesures actives du marché du travail ont contribué à maintenir les travailleurs dans l'emploi

Le chômage partiel, dispositif en vertu duquel les pouvoirs publics subventionnent une diminution temporaire du temps de travail, a permis d'éviter des licenciements. Deux programmes adoptés en 2009 ont eu pour objet de rendre ce dispositif plus intéressant. Cependant, son utilisation a été relativement limitée. La participation a atteint un maximum en avril 2009, avec 38 000 bénéficiaires, et a baissé rapidement depuis, pour devenir pratiquement négligeable. Environ 26 000 salariés, soit moins de 1 % de l'emploi total, ont bénéficié du dispositif en moyenne en 2009, contre plus de 3 % en Allemagne et 5 % en Belgique (OCDE, 2010a). Avec une réduction moyenne de la durée du travail de 26 % (BMASK, 2010), la contribution du chômage partiel à la réduction totale de la durée du travail de 3.6 % a été de l'ordre de $\frac{1}{4}$ point. Des estimations de l'évolution que l'emploi aurait suivie en l'absence de programmes de chômage partiel conduisent à penser qu'environ 4 000 emplois permanents, ou 0.12 % de l'emploi total, ont effectivement été protégés par ces programmes en Autriche, contre environ 0.7 % en Allemagne et 1.3 % en Belgique (Hijzen et Venn, 2011). Certaines entreprises ont recherché d'autres options, comme la mise au chômage technique. De fait, le nombre de chômeurs déclarés en 2008 et 2009 avec confirmation d'un emploi futur a augmenté (Bock-Schappelwein et al., 2011).

Les conditions d'admission au bénéfice de plusieurs autres programmes actifs du marché du travail ont été assouplies, ou un soutien financier plus important a été accordé. En particulier, le recours au congé formation payé (*Bildungskarenz*) a sensiblement augmenté pendant la crise, passant de quelque 1 500 participants en moyenne en 2008 à un maximum de 7 500 en février 2010. La participation à des programmes d'amélioration des qualifications et de requalification financés par le service public de l'emploi s'est elle aussi substantiellement accrue. Enfin, les pouvoirs publics ont assoupli les conditions d'accès des seniors au travail à temps partiel, formule grâce à laquelle les travailleurs d'un certain âge peuvent réduire leur temps de travail avant de prendre leur retraite sans réduction de leurs droits à pension, et l'obligation qui était faite aux entreprises d'embaucher un nouveau salarié pour tout travailleur mis à temps partiel a été suspendue le

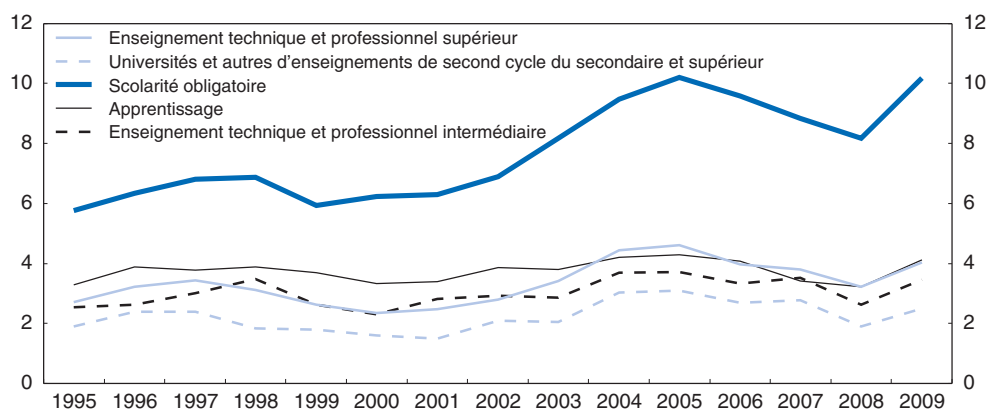
1^{er} septembre 2009. Environ 4 400 personnes ont bénéficié de cet assouplissement la première année (BMASK, 2010). Ces dispositions ont sans doute permis d'éviter des licenciements pendant la crise, mais elles vont à l'encontre des efforts nécessaires pour renforcer les possibilités d'emploi des travailleurs âgés, comme on le verra ci-après.

Mieux intégrer les travailleurs peu qualifiés, les travailleurs âgés et les femmes au marché du travail est un défi majeur

Comme indiqué dans l'Étude économique de l'OCDE de 2009 sur l'Autriche, le marché du travail autrichien se caractérise par un noyau dur de travailleurs d'âge actif à la fois qualifiés et performants, mais aussi par plusieurs autres groupes plus vulnérables, en particulier les travailleurs peu qualifiés, les travailleurs âgés et les femmes ayant des responsabilités familiales, dont la situation sur le marché du travail est moins enviable. Les taux de chômage des travailleurs peu qualifiés sont élevés et se sont détériorés (graphique 2). Ce problème suscite de plus en plus de préoccupations en Autriche et la crise a rappelé la vulnérabilité particulière de ce groupe en période de basse conjoncture. En général, il est possible d'améliorer les perspectives d'emploi des personnes concernées en mettant en œuvre des mesures d'amélioration des qualifications et de requalification et en abaissant leur coût d'emploi. L'Autriche consacre déjà à des mesures de formation une part importante des dépenses totales relatives aux programmes actifs du marché du travail (55 %, contre 25 % en moyenne dans les pays de l'OCDE en 2008). Pour réduire les coûts à la charge des employeurs, il faudrait envisager d'abaisser les charges patronales afférentes aux travailleurs peu qualifiés. Dans ce contexte, le complément salarial (*Kombilohn*), institué en 2006 et réformé en 2009, pourrait être étendu à d'autres groupes spécifiques de travailleurs peu qualifiés.

Graphique 2. **Les travailleurs peu qualifiés ont une situation défavorable sur le marché du travail**

Taux de chômage en fonction du niveau d'instruction, en %

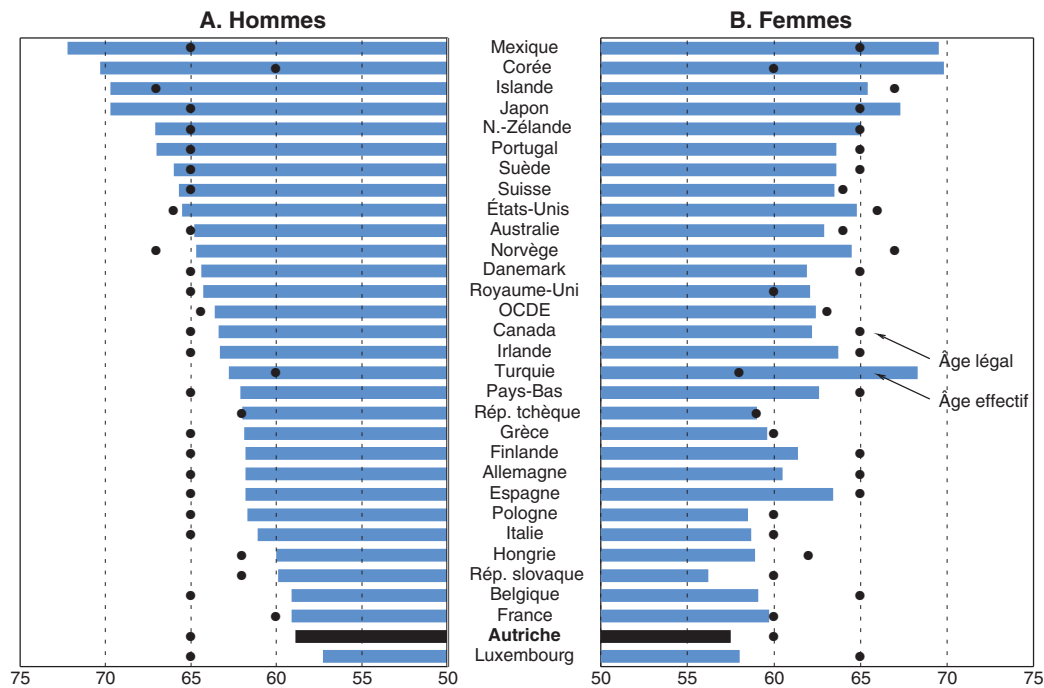


Source : Statistik Austria.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458824>


Malgré des améliorations récentes, le taux d'activité des travailleurs âgés (55-64 ans) reste faible et l'âge effectif moyen de la cessation d'activité est de 58.9 ans pour les hommes, âge le plus bas de tous les pays de l'OCDE sauf un (OCDE, 2011a) (graphique 3). Cette situation tient principalement au fait qu'un grand nombre de personnes quittent le marché du travail en bénéficiant d'une pension d'invalidité ou en profitant des programmes de

Graphique 3. L'âge effectif moyen de la retraite est trop bas



Note : L'âge effectif de la retraite indiqué ici se rapporte à la période de cinq ans 2004-09 ; l'âge légal se rapporte à 2010.

Source : OCDE, *Panorama des pensions 2011 : Les systèmes de retraite dans les pays de l'OCDE et du G20*, graphique 2.3.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458843>

préretraite qui existent encore. L'institution en 2011 d'un droit à la réadaptation en plus de l'obligation de réadaptation avant l'ouverture des droits à pension d'invalidité et les initiatives visant à améliorer la qualité du lieu de travail vont dans la bonne direction. Il conviendrait de compléter ces mesures par un nouveau renforcement des conditions d'éligibilité, avec notamment l'obligation de rechercher un emploi dans d'autres professions. Il existe en Autriche d'autres dispositifs de préretraite importants. En vertu du régime applicable aux personnes affiliées pendant longtemps au système public de retraite (*Hacklerregelung*), les salariés ayant cotisé pendant 40 ans (femmes) ou 45 ans (hommes) peuvent prendre leur retraite à 55 ans (femmes) ou 60 ans (hommes) sans subir de décote sur leur pension. La possibilité de substituer des années d'études non obligatoires à des années normales de cotisation moyennant le versement d'un montant mensuel forfaitaire est particulièrement problématique, car elle incite les personnes très qualifiées à quitter le marché du travail, même si le montant forfaitaire a été sensiblement majoré le 1^{er} janvier 2011. C'est à juste titre que les autorités ont décidé de durcir ce dispositif d'ici à 2014 – dans l'espoir de réduire de moitié le nombre de personnes qui en bénéficient chaque année –, et il est à espérer qu'elles ne reporteront plus cette échéance. Il serait préférable d'intégrer le dispositif dans un régime de retraite actuariellement neutre, qui n'ait pour effet ni de favoriser ni de pénaliser le départ en retraite à différents âges.

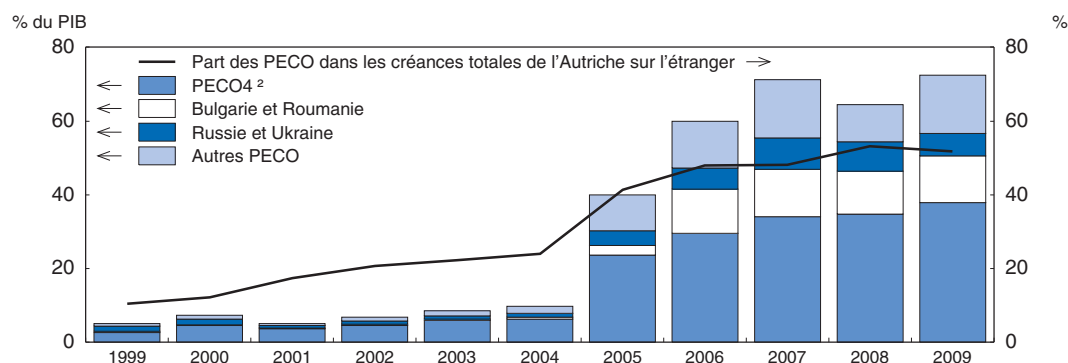
En Autriche, les aides aux familles prennent le plus souvent la forme de prestations monétaires, si bien qu'il est difficile de concilier activité professionnelle et obligations familiales, à la fois parce que cela fait perdre des prestations et parce que la garde des enfants a un coût et suppose toute une organisation. Les femmes travaillent relativement

plus souvent à temps partiel et sont moins prêtes à exercer une activité lorsqu'il faut s'occuper de jeunes enfants. C'est la raison pour laquelle une allocation pour garde d'enfant modulée en fonction des revenus (*Kinderbetreuungsgeld*) a été instituée en janvier 2010, celle-ci devant en principe se substituer partiellement au revenu des parents qui souhaitent ne se retirer de la vie active que pendant une plus courte période et qui auraient normalement un revenu plus élevé. Comme indiqué dans de précédentes *Études économiques*, il faudrait continuer à développer les infrastructures d'accueil et de scolarisation des jeunes enfants et les possibilités de scolarisation à plein-temps afin de rééquilibrer les aides aux familles. En conséquence, les partenaires sociaux ont décidé à la fin du mois de mai 2011 de continuer à développer les services de garde d'enfants – en particulier jusqu'à l'âge de trois ans.

Le secteur financier se remet


Comme le soulignait l'*Étude économique* de l'OCDE de 2009 sur l'Autriche, l'expansion rapide et réussie des services financiers autrichiens dans les nouvelles économies émergentes d'Europe centrale et orientale et d'Europe du Sud-Est soulève de sérieux problèmes de réglementation. La crise financière mondiale a entraîné une vive dégradation des actifs internationaux du secteur bancaire autrichien. Cette situation est due principalement à la large exposition des banques à ces économies, dont certaines ont connu une grave récession à la suite d'une période d'expansion excessive du crédit (graphique 4). D'autres risques sont apparus du fait du niveau élevé des prêts en devises, y compris en faveur d'une clientèle autrichienne, et dans une moindre mesure à cause de la participation à des investissements internationaux à hauts risques dans d'autres régions.

Graphique 4. **Accumulation d'actifs bancaires autrichiens dans les pays d'Europe centrale et orientale (PECO)¹**



1. Albanie, Bélarus, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, ex-République yougoslave de Macédoine, Moldavie, république du Monténégro, Pologne, Roumanie, Russie, république de Serbie, République slovaque, République tchèque, Slovénie, Turquie et Ukraine. Les statistiques relatives aux échanges, à l'IDE et aux activités bancaires ne couvrent pas les mêmes pays.
2. Hongrie, Pologne, République slovaque et République tchèque.

Source : Banque des règlements internationaux et Base de données des Perspectives économiques de l'OCDE.

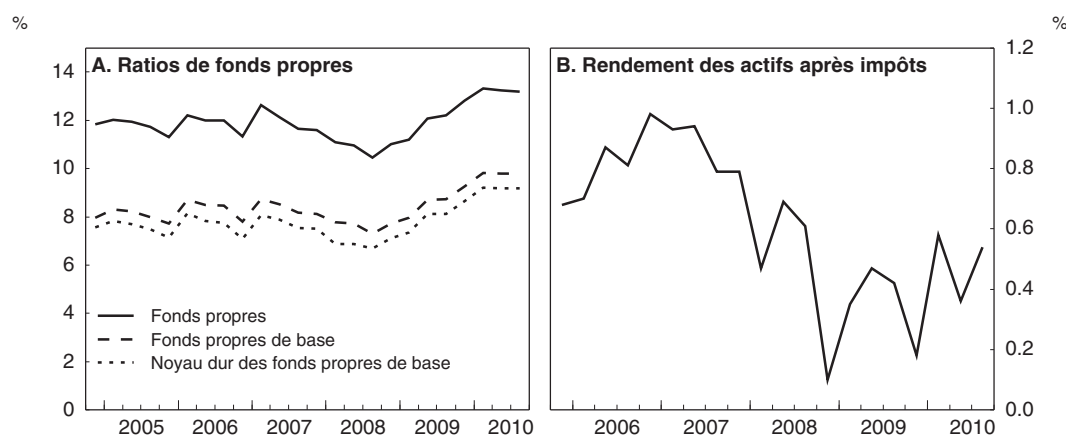
StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458862>

Des interventions publiques relativement massives ont été nécessaires pour soutenir le secteur bancaire à la suite de la crise mondiale. En 2008, les autorités autrichiennes ont affecté un supplément de 10 milliards EUR pour la garantie des dépôts, 15 milliards EUR pour des injections de capitaux dans des établissements financiers et 75 milliards EUR

pour le soutien des prêts interbancaires et pour les garanties publiques d'émission d'obligations du secteur bancaire. Une partie de ces fonds a ensuite été réaffectée à des garanties en faveur d'entreprises non financières et à des mesures de soutien au sein de la zone euro. Néanmoins, 15.9 milliards EUR de garanties fédérales sur des instruments de la dette et 7.5 milliards EUR sous forme d'injections de capitaux et de garanties d'actifs sont toujours en place. Deux banques, dont l'une des six plus grandes, ont dû être nationalisées. *Les mesures de soutien doivent rester en place tant que cela sera nécessaire, mais une stratégie de sortie claire permettrait de lever les incertitudes et de renforcer la confiance des marchés.*

Étant donné le coût budgétaire élevé de la crise, des mesures plus résolues ont été prises dans le but d'améliorer et de renforcer la capitalisation des établissements financiers, notamment les établissements d'importance systémique. La capitalisation des banques autrichiennes s'améliore, en particulier celle des grandes banques qui, avant la crise, avaient les ratios de levier les plus importants (graphique 5). Contrairement à ceux du début de 2009, les tests de résilience effectués récemment montrent que même de sérieux chocs négatifs ne menaceraient pas leur solvabilité. Par ailleurs, il n'y a pas de signe de rationnement du crédit sur le plan intérieur. Cependant, malgré un ratio global de fonds propres de base de 9.8 % (OeNB, 2010), les banques autrichiennes ont encore des fonds propres inférieurs à la moyenne. En vertu de l'accord de Bâle III, il faudra relever la qualité des fonds propres de base et mettre en place des volants de fonds propres supplémentaires. Au total, les nouvelles exigences de fonds propres résultant de cet accord et le remboursement des aides accordées par l'État représenteront, selon les estimations, entre 15 et 18 milliards EUR d'ici à 2020, ce qui pourrait réduire la croissance du PIB de 0.23 point au total sur trois ans (Kopp *et al.*, 2010), ce qui est conforme aux estimations concernant la zone euro (Slovik et Cournède, 2011). Or, il pourrait se révéler difficile de lever de nouveaux capitaux, étant donné l'importance du secteur décentralisé à plusieurs niveaux dans le système bancaire autrichien. La faiblesse du marché d'actions local pourrait aussi poser un problème, compte tenu de l'aversion croissante des investisseurs internationaux à l'égard du risque, de l'institution de la taxe bancaire et de la vive concurrence que se livrent les banques européennes pour lever des capitaux. *Il serait souhaitable de demander à tous les grands groupes bancaires de présenter une stratégie à moyen*

Graphique 5. **Rentabilité et ratios de fonds propres des banques autrichiennes**¹



1. Données consolidées.

Source : OeNB.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458881>

terme claire pour le renforcement de leurs fonds propres, y compris le remboursement progressif des fonds publics.

L'amélioration récente de la rentabilité est principalement le résultat de la reprise dans les PECO. Les grandes banques autrichiennes tablent toujours sur des possibilités de croissance durable et rentable dans ces pays et restent disposées à y accorder des prêts à moyen et long terme. Cependant, la rentabilité des banques autrichiennes est encore très inférieure à ce qu'elle était avant la crise. De plus, certaines pertes, notamment sur des crédits en devises, ne semblent pas avoir été comptabilisées par leurs filiales étrangères et les provisions pour créances improductives devraient augmenter encore (Pann et al., 2010). Des plans de stabilisation financière devraient donc être établis pour faire face à l'éventualité d'une dégradation substantielle de la situation dans un ou plusieurs PECO.

Comme l'a révélé la crise, l'architecture de surveillance mise en place à l'échelle européenne avant la crise s'est révélée défailante à certains égards, a entraîné de lourdes contraintes de mise en conformité et n'a pas accordé suffisamment d'attention à la stabilité au niveau des groupes (Groupe de Larosière, 2009). Ces problèmes sont désormais examinés en Autriche et au niveau international (encadré A1.1). L'Initiative de Vienne/ Initiative de coordination des banques européennes (table ronde rassemblant des représentants de toutes les grandes banques, des autorités nationales, de la Commission européenne et des organismes financiers internationaux actifs sur certains marchés) continue d'offrir un cadre important pour la gestion des crises. En outre, la création du Conseil européen du risque systémique et de l'Autorité bancaire européenne devrait se traduire par des améliorations durables en termes de systèmes d'alerte rapide, d'harmonisation de la réglementation sur la base d'un ensemble unique de règles européennes, de renforcement des collèges de surveillance et de coopération dans la prévention et la gestion des crises au sein de l'Union européenne. *Les autorités de surveillance autrichiennes devraient coopérer très étroitement avec ces nouvelles autorités. Il conviendrait également d'essayer, que ce soit par l'intervention directe des autorités de surveillance autrichiennes ou par leur intervention indirecte dans le cadre de dialogues concernant l'adhésion à l'UE et avec les pays voisins de l'UE, de développer l'utilisation de ces nouveaux outils de surveillance en coopération avec les autorités de supervision des pays non membres de l'UE dans lesquels des banques autrichiennes exercent leurs activités.*

Sur le moyen terme, la croissance dépendra essentiellement de la réforme des politiques structurelles au niveau national...

Bien que la reprise s'amplifie, l'Autriche est confrontée à plusieurs défis sur le moyen terme et il est peu probable que la croissance potentielle retrouve ses niveaux d'avant la crise, à moins que des réformes structurelles soient mises en œuvre rapidement. Premièrement, la politique budgétaire, axée sur l'assainissement des finances publiques, freine la demande et des efforts d'assainissement encore plus prononcés que ceux qui sont prévus actuellement seront peut-être nécessaires à l'avenir (chapitre 1). Deuxièmement, l'élan donné à la croissance par l'intégration européenne va sans doute s'estomper durant les prochaines années. Au cours de la décennie précédente, l'expansion vigoureuse des exportations vers les PECO et les gains de productivité importants réalisés dans le secteur exportateur grâce aux restructurations d'entreprises consécutives à l'adhésion à l'UE avaient fortement stimulé la croissance économique (Breuss, 2010). Enfin, le vieillissement aura aussi une incidence négative sur la croissance potentielle. D'après les projections

actuelles de Statistik Austria, la population d'âge actif va augmenter plus lentement après 2011 et se contracter après 2020.

Pour contrer ces effets de freinage, de nouvelles réformes structurelles sont nécessaires et les projets récents du gouvernement vont dans la bonne direction (annexe A3). Outre les réformes évoquées plus haut en ce qui concerne l'amélioration de l'utilisation de main-d'œuvre, les dernières analyses comparatives de la croissance réalisées par l'OCDE (OCDE, 2011b) incitent à penser qu'il faudrait améliorer la productivité du travail. D'après des simulations effectuées sur d'autres pays comparables, les réformes des marchés de produits peuvent apporter des avantages considérables (Arnold et Wörgötter, 2011). Deux aspects méritent une attention particulière. Premièrement, alors que le secteur manufacturier se caractérise par de bonnes performances en termes de gains de productivité et de production, le secteur des services est à la traîne. Il y aurait donc lieu de réformer les marchés de produits afin de renforcer la concurrence dans le secteur des services. Deuxièmement, le système éducatif doit faire l'objet de nouvelles réformes. En particulier, les taux de diplômés de l'enseignement supérieur universitaire restent plus faibles que dans les autres pays et il serait sans doute nécessaire de les accroître pour compléter les réformes déjà mises en œuvre dans le but de renforcer la capacité d'innovation et pour en tirer pleinement avantage (OCDE, 2009, 2007). Dans ce contexte, même si les calculs sont difficiles, d'après une étude récente (Ederer et al., 2011), l'Autriche pourrait améliorer son potentiel de croissance du PIB réel d'environ 0.3 point en moyenne entre 2010 et 2020 si tous les objectifs de R-D, d'éducation et d'emploi énoncés dans la *Stratégie de Lisbonne* de l'UE et dans *Europe 2020 – Une stratégie pour une croissance intelligente, durable et inclusive*, qui fait suite à celle-ci, étaient atteints.

... en particulier dans le secteur des services...

Des améliorations notables seraient possibles dans les industries de réseau, où les tarifs élevés d'accès aux réseaux et la présence généralisée de l'État font obstacle à l'entrée de nouveaux venus et nuisent donc à la concurrence et à l'innovation. L'Autriche a continué d'appliquer les directives relatives aux industries de réseau. *Cependant, de nouveaux progrès devraient être réalisés en ce qui concerne le comportement des marchés, en s'attaquant aux distorsions induites par le comportement des opérateurs historiques et en améliorant la gouvernance des entreprises d'État. Stimuler davantage la concurrence effective dans ces secteurs, en particulier dans les transports ferroviaires et les services postaux, est une question de priorité. de même que persister avec les efforts de privatisation, notamment dans le secteur de l'électricité, serait également souhaitable.*

Il y a encore de nombreuses réglementations restrictives dans le secteur des services professionnels. En particulier, des normes d'autoréglementation, des règles d'agrément et l'affiliation obligatoire à des associations professionnelles font obstacle à la concurrence et à l'amélioration de la productivité. *Il faudrait réduire encore ces réglementations et mettre un terme à l'affiliation obligatoire à des associations professionnelles pour les professions libérales, tout en maintenant des normes élevées sur les plans de la qualité et de la protection des consommateurs. Il conviendrait aussi de réduire les réglementations qui empêchent la création d'entreprises interdisciplinaires associant des professions libérales et d'autres activités – avocats, conseillers fiscaux et conseils en gestion, par exemple.* Sur un plan plus général, le droit de la concurrence autrichien fait actuellement l'objet d'une évaluation et un projet de réforme a récemment été mis au point par les partenaires sociaux.

... et dans le système éducatif

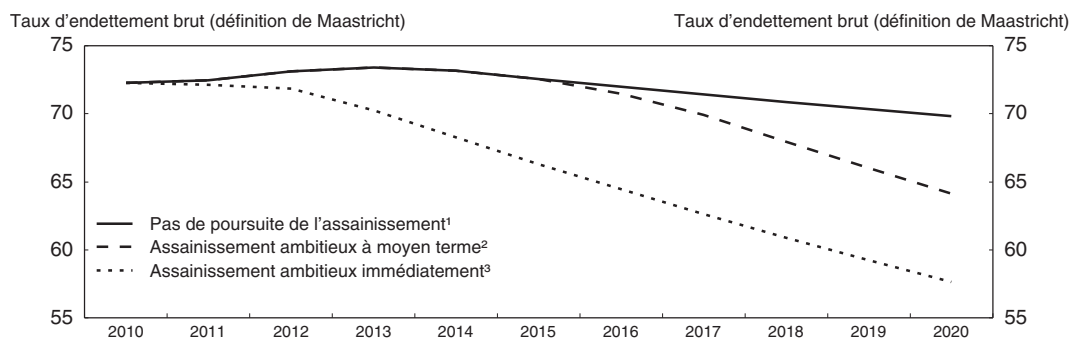
Le système éducatif autrichien permet d'acquérir de bonnes qualifications professionnelles, mais le changement technologique et la concurrence internationale nécessitent des compétences nouvelles et plus génériques. On s'accorde en particulier à reconnaître que le système autrichien présente les lacunes suivantes : i) les résultats moyens des élèves et surtout les mauvais résultats des immigrés ; ii) la forte dépendance des résultats et choix scolaires à l'égard du milieu socio-économique et l'orientation précoce vers différentes filières ; iii) le faible niveau des inscriptions dans l'enseignement supérieur. La dernière *Étude économique* formulait les préconisations suivantes : i) *accroître les taux d'inscription dans l'enseignement préscolaire, notamment des enfants issus de milieux défavorisés et de l'immigration* ; ii) *supprimer l'orientation trop précoce des élèves dans l'enseignement obligatoire* ; iii) *rationaliser les infrastructures scolaires et réinvestir les ressources ainsi libérées en vue d'améliorer la qualité de l'enseignement* ; enfin, iv) *permettre aux universités de sélectionner leurs étudiants et d'imposer des droits d'inscription, tout en évitant la ségrégation socio-économique grâce à un système complet de bourses et de prêts remboursables en fonction des revenus futurs*. D'importantes initiatives ont été lancées, mais il demeure nécessaire d'approfondir les réformes dans plusieurs domaines, comme en témoignent les résultats décevants obtenus lors de l'enquête PISA la plus récente :

- Dans le domaine de l'éducation préscolaire, une préscolarisation gratuite d'un an en demi-journée a été instituée en septembre 2010. Certains *Länder* (gouvernements régionaux) sont allés plus loin en instituant une préscolarisation obligatoire à un âge plus précoce pour les enfants ayant des déficits de parole ou de langage (par exemple le Vorarlberg). Certains progrès ont aussi été réalisés sur le plan de la coopération entre l'administration fédérale, les *Länder* et les collectivités locales, avec l'adoption d'un cadre d'éducation pour les établissements préscolaires en 2009.
- Pour mettre un terme à l'orientation précoce des élèves durant leur scolarité obligatoire, les autorités autrichiennes avaient lancé le programme « Nouvelle école secondaire » (*Neue Mittelschule*), unifiant les filières « générale » et « classique » du premier cycle de l'enseignement secondaire pour les élèves de 10 à 14 ans, sous la forme d'un projet pilote mené dans 67 établissements au cours de l'année scolaire 2008/09. Le nombre d'établissements participants est passé à 320 depuis, mais la participation des établissements de la filière « classique » reste très faible (11 sur 320). Le projet fera l'objet d'une évaluation en 2012. Un certain nombre d'initiatives et de projets ont été lancés dans le but d'améliorer la qualité de l'enseignement.
- Dans l'enseignement supérieur, des investissements supplémentaires ont été réalisés ou sont programmés pour 2011 et 2012 dans le but d'améliorer l'infrastructure pédagogique et de recherche. En mars 2011, l'Autriche a adopté une stratégie d'ensemble pour la recherche, la technologie et l'innovation (*Strategie der Bundesregierung für Forschung, Technologie und Innovation*), comprenant différentes mesures destinées à améliorer et clarifier le financement des universités publiques. Par ailleurs, plusieurs mesures ont été prises pour renforcer la gouvernance et la transparence des établissements d'enseignement supérieur.

Les carences du secteur public sont de moins en moins supportables


Bien que la situation budgétaire de l'Autriche soutienne relativement bien la comparaison avec celle des autres pays de l'UE ou de l'OCDE, l'augmentation future des dépenses sous l'effet des obligations contractées par le secteur public rend indispensable une inversion rapide de l'accroissement du déficit et du ratio d'endettement. Les finances publiques se sont fortement dégradées au cours des deux dernières années, sous l'effet de programmes de relance délibérés, de mesures de soutien en faveur du secteur financier, du fonctionnement des stabilisateurs automatiques et d'une révision complète des comptes publics par Eurostat. Les mesures d'assainissement inscrites au budget de 2011 devraient permettre de ramener le déficit à moins de 3 % du PIB en 2013, puis à 2 % en 2015. D'après des simulations effectuées par l'OCDE, cela ne sera peut-être pas suffisant pour réduire la dette assez rapidement (graphique 6). En revanche, un programme d'assainissement ambitieux et intensif dans sa phase initiale pourrait ramener la dette à 60 % du PIB d'ici à 2020. Avec un programme moins intensif, même s'il est ambitieux sur le moyen terme, la dette resterait supérieure à 60 % du PIB en 2020. Pour ramener le ratio d'endettement sur une trajectoire suffisamment descendante et écarter les problèmes de financement potentiels, il faudrait donc accélérer l'assainissement des finances publiques.

Graphique 6. Assainissement alternatif et scénarios des dynamiques de la dette



1. Croissance du PIB nominal de 4.7 % en 2011 et 3.7 % ensuite, et d'un déficit budgétaire de 3.7 % du PIB en 2011 avec une réduction progressive jusqu'à 2 % du PIB en 2015 et pas de poursuite de l'assainissement des finances publiques par la suite.
2. Mêmes hypothèses que dans (1) mais avec une hypothèse d'une poursuite de l'assainissement de 0.5 % après 2015 jusqu'à ce que le déficit budgétaire atteigne 0.5 %.
3. Mêmes hypothèses de croissance du PIB nominal que dans (1) et (2) mais le déficit est réduit progressivement de 4.6 % en 2010 à 0.5 % du PIB en 2014 et reste constant ensuite.

Source : Calculs de l'OCDE d'après la Base de données des Perspectives économiques de l'OCDE.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458900>

L'alourdissement des dépenses sur le long terme ne joue pas un rôle important dans la préparation des réformes

Les défis à moyen et long terme, considérables, ne semblent pas avoir incité les autorités à prendre beaucoup de mesures immédiates jusqu'ici. Le gouvernement estime que le vieillissement de la population majorera de l'équivalent de 3.1 % du PIB les dépenses publiques à l'horizon 2060. Cependant, d'après un rapport récent de l'OCDE (2011a), l'augmentation des coûts de retraite sous l'effet de l'évolution démographique pourrait à elle seule dépasser de 9 points le chiffre actuellement prévu à cette date, à moins que les

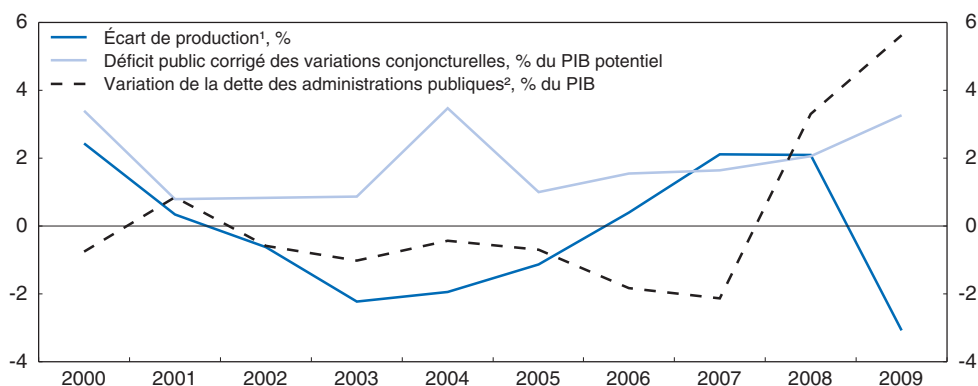
carrières ne soient allongées et que les pensions ne soient sensiblement réduites par rapport aux salaires, ce qui semble peu probable si de nouvelles mesures ne sont pas prises (voir ci-dessus).

Les coûts pourraient aussi augmenter plus rapidement dans d'autres domaines. D'après certaines projections, le coût des soins de santé pourrait dépasser de 4 points le niveau actuellement prévu à l'horizon 2030 (chapitre 2). Les dépenses consacrées aux soins de longue durée pourraient aussi être supérieures aux prévisions, et la révision attendue de la hiérarchie des programmes de dépenses pourrait conduire à des tensions budgétaires supplémentaires. Au cours de la période à venir, les garanties accordées par l'État à des entreprises publiques, au secteur bancaire et à d'autres pays de la zone euro, qui atteignent des montants considérables, constitueront un autre facteur de risque. *Il faut adopter un programme budgétaire plus prospectif afin de se préparer à de futures pressions dans ce domaine. Les prévisions budgétaires à moyen et long terme devraient davantage motiver des actions immédiates – compte tenu des longs délais de mise en œuvre des politiques structurelles et du temps qu'il faut pour qu'elles portent leurs fruits. Il conviendrait de veiller à une plus grande transparence en ce qui concerne les entités hors budget et les passifs éventuels du secteur public. À cet égard, il y aurait lieu d'entreprendre une évaluation des conséquences budgétaires à moyen et long terme de la création d'entités hors budget pour des programmes publics.*

La difficulté de maîtriser la dette incite à penser qu'il faudrait encore renforcer le cadre budgétaire

La dette publique brute de l'Autriche est restée élevée pendant les périodes de haute conjoncture et les occasions qui se sont présentées durant celles-ci ont été manquées (graphique 7). Les règles budgétaires actuelles, comme l'objectif à moyen terme d'un budget équilibré sur l'ensemble du cycle économique, n'ont pas permis d'empêcher la dette brute de dépasser de 5 points en moyenne le plafond de 60 % prévu par le traité de Maastricht au cours de la décennie qui a précédé la crise. Les opérations hors budget, qui finissent par apparaître au bilan des administrations publiques, ont contribué à cette situation. On peut donc considérer que le cadre budgétaire en vigueur pourrait utilement être renforcé. *Il faudrait adjoindre à la règle budgétaire actuelle un objectif d'endettement*


Graphique 7. La dette publique autrichienne est restée élevée



1. Écart de production pour l'ensemble de l'économie.

2. Passif financier brut des administrations publiques selon la définition de Maastricht.

Source : OCDE, Base de données des Perspectives économiques de l'OCDE.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458919>

impliquant un remboursement régulier de la dette au-delà du seuil de 60 %. La dérive due à l'incapacité de respecter l'objectif d'équilibre budgétaire sur l'ensemble du cycle économique devrait être clairement indiquée dans un compte notionnel et entraîner des mesures correctives au cours des exercices budgétaires suivants à tous les niveaux de l'administration. Dans ce contexte, il serait utile de fixer un objectif de taux de croissance des dépenses des administrations publiques en termes réels.

Il faut développer le cadre budgétaire à tous les niveaux de l'administration

La mise en place d'un cadre de dépense quadriennal en 2009 a marqué une amélioration importante en termes de planification budgétaire. Des dérapages des dépenses ont été évités et la « fièvre de décembre » a pu être contenue. Cela étant, le cadre de dépense couvre moins de la moitié des dépenses publiques totales et n'a pas totalement éliminé les tendances procycliques en cas de recettes imprévues. L'Autriche maîtrise beaucoup mieux ses dépenses en période de basse conjoncture que lorsque la situation est favorable ou meilleure que prévu (Brandner et al., 2009). Alors que la situation conjoncturelle (mesurée par la variation de l'écart de production estimé) s'est améliorée d'environ 4 % du PIB entre 2003 et 2008, le déficit sous-jacent s'est détérioré. Cela tient peut-être à la nature des relations budgétaires entre administrations, les administrations infranationales recevant une part des recettes fiscales qui sont pour la plupart sensibles à la conjoncture sans être tenues de contribuer à l'effort d'assainissement. *Une réforme des relations budgétaires entre administrations contribuerait à la maîtrise des dépenses. En particulier, il faudrait réformer le pacte de stabilité interne et la loi de péréquation budgétaire afin de mettre en œuvre les principaux éléments des réformes budgétaires fédérales et d'éviter les dépenses procycliques au niveau infranational. L'adoption récente d'un mécanisme de sanction en cas de non-respect des objectifs énoncés dans le pacte de stabilité interne est une bonne chose, mais sa mise en œuvre sera l'aspect le plus important. Il faudrait étendre la portée du pacte à la fixation d'objectifs d'endettement et de dépense. Le cadre de dépense à moyen terme devrait s'appliquer à tous les niveaux de l'administration.*

Les procédures budgétaires devraient faciliter les choix et garantir la mise en œuvre des décisions

La réalisation des économies budgétaires nécessaires pour sauvegarder les finances publiques de l'Autriche exige des décisions stratégiques tenant largement compte de considérations d'économie politique, en ce qui concerne les priorités de programmes, la protection sociale et la qualité des services assurés. L'adoption d'une méthode de budgétisation axée sur les résultats en 2013 permet d'espérer l'instauration d'un processus budgétaire plus efficient dans lequel la hiérarchisation des priorités et l'évaluation des résultats faciliteront la réalisation des objectifs de dépense. Cette perspective est particulièrement intéressante dans le cas de l'Autriche, où de nombreux programmes de dépenses établis de longue date absorbent traditionnellement un volume important de ressources, avec le soutien de différents groupes défendant des intérêts catégoriels sans tenir compte de l'intérêt réel de ces programmes pour la collectivité ni de leur coût. *Afin de faciliter la mise en place prévue d'une budgétisation axée sur les résultats, il importe de mener à bien les travaux techniques et préparatoires qui sont programmés. Il faut définir des objectifs clés dans les principaux domaines de dépenses publiques, élaborer des indicateurs de résultats appropriés et mettre au point une procédure claire pour leur utilisation concrète dans le processus budgétaire.*

Contenir fermement les dépenses publiques

Pour que l'effort d'assainissement considérable qui s'impose nuise le moins possible à la croissance, il importe d'utiliser le cadre budgétaire réformé sous sa forme entièrement déployée. Contenir la dépense publique est la meilleure solution pour assainir durablement les finances publiques et se préparer aux défis budgétaires à venir, étant donné que le ratio dépenses/PIB de l'Autriche est supérieur à la moyenne (53 % en 2010, contre 49 % avant la crise). Les mesures d'assainissement devraient viser en priorité une amélioration de l'efficacité du secteur public, susceptible de faire baisser de 3 points le ratio dépenses publiques/PIB. L'expérience des pays de l'OCDE (dont l'Allemagne) montre que le moyen le plus efficace de réduire les coûts salariaux dans le secteur public est de ne remplacer qu'une partie des départs à la retraite. En revanche, des gains d'efficacité et de productivité s'imposent pour préserver la qualité du service.

Les dépenses sociales devraient être mieux ciblées

Des réductions de dépenses sont également possibles en ce qui concerne les transferts. L'Autriche est l'un des pays de l'OCDE les plus dépensiers au chapitre des transferts sociaux, qui représentent plus de 20 % du PIB. Il existe sans doute des gisements d'économies substantiels, qu'il s'agisse des prestations de retraite, qui représentent la principale composante (voir ci-après), ou d'autres dispositifs tels que les transferts aux familles et les aides au logement. Il serait souhaitable de mieux cibler ces programmes au moyen de critères de ressources, mais cela s'annonce difficile compte tenu des droits acquis. Pourtant, il sera difficile d'éviter un mouvement dans cette direction si l'on ne veut pas que les prestations aux personnes réellement dans le besoin se trouvent gravement amputées dans l'avenir.

L'Autriche consacre aux retraites une part notable des dépenses sociales publiques, notamment du fait que le secteur privé joue un rôle limité dans le régime de pensions, mais aussi parce que les Autrichiens partent à la retraite beaucoup plus tôt et selon des modalités beaucoup plus généreuses que ce n'est le cas pour la plupart des citoyens des autres pays de l'OCDE. Le départ anticipé reste relativement aisé et même financièrement attractif, ce qui engendre un lourd fardeau pour ceux qui continuent de travailler. Dans l'hypothèse de politiques inchangées, les surcoûts liés aux retraites seront très élevés à partir de 2020, lorsque la génération du baby-boom quittera la population active et que le ratio de dépendance des personnes âgées augmentera sensiblement. Une autre source de coûts du système actuel est l'existence de régimes de retraite séparés pour les fonctionnaires des États et des communes. Tandis que les retraites des fonctionnaires de l'administration centrale sont désormais totalement harmonisées avec celles du secteur privé, la mise en œuvre de réformes comparables au niveau des États prendra beaucoup de temps ou n'a même pas encore commencé. *Les autorités devraient éliminer toutes les voies subventionnées vers la retraite anticipée. Il faudrait alourdir les pénalités pour départ anticipé et accroître les gains liés à la poursuite de l'activité. Il importe de suivre de près l'application des mesures de prévention et de réadaptation adoptées en 2011, ainsi que de durcir les conditions à remplir pour l'évaluation du degré d'invalidité uniquement en fonction du métier de l'intéressé et, le cas échéant, d'y mettre un terme. Les régimes de retraite des fonctionnaires des États et des communes devraient être totalement harmonisés et l'intégration dans le régime général de retraite devrait être accélérée.*

Les possibilités de gains d'efficience doivent être identifiés par secteur

En pratique, les économies de ressources doivent être obtenues dans le contexte des besoins des différents programmes et du potentiel de gains d'efficience, de façon à préserver la qualité des services. À cet égard, l'Autriche est l'un des pays les moins efficaces de l'OCDE en ce qui concerne l'optimisation des dépenses de santé, ce qui laisse espérer des économies dans ce secteur (voir ci-après). Concernant l'efficience des dépenses d'éducation, l'Autriche est également en retard sur les meilleures pratiques internationales et pourrait donc économiser des ressources sans compromettre les performances scolaires. En revanche, elle dépense un peu moins que la moyenne des pays de l'OCDE pour l'enseignement supérieur, mais se situe dans la moyenne de l'UE. Comme il est peu probable que des financements publics supplémentaires deviennent disponibles, il faudrait revenir sur la question des droits de scolarité (voir ci-dessus).

Maintenir les dépenses en capital propices à la croissance

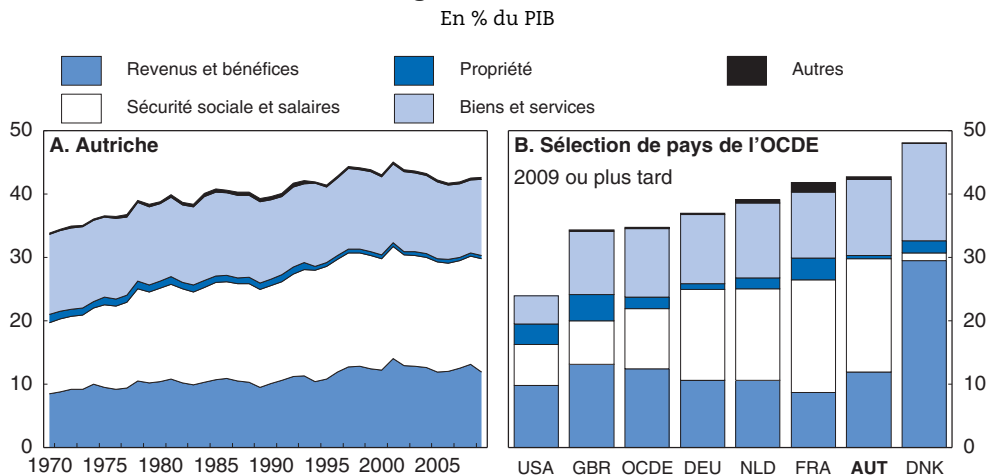
Les coupes dans l'investissement public risquent de réduire la croissance à long terme. Toutefois, lorsqu'on étudie des projets d'investissement, il importe de mettre en balance les retombées bénéfiques et les coûts. L'adoption de procédures d'appels d'offres ouverts peut permettre des économies substantielles dans les marchés publics. Tandis que le degré de fédéralisme budgétaire en Autriche pourrait contribuer dans une certaine mesure à déterminer la taille des différents lots d'achat, il semble que l'Autriche pourrait amplifier considérablement le volume de ces appels d'offres. Une réduction substantielle des prix d'adjudication, conjuguée à une approche plus sélective de l'évaluation des projets d'investissement public, contribuerait à contenir la croissance des dépenses publiques sans compromettre la capacité des investissements publics de stimuler la croissance. Les partenariats public-privé pourraient aussi contribuer de plus en plus à fournir des services publics et des infrastructures améliorés. Toutefois, les solutions PPP ne devraient être utilisées que lorsqu'il existe un réel gain d'efficience ou un transfert de risque efficace par rapport à son coût, et non pas simplement pour maintenir des emprunts publics sur des postes extrabudgétaires.

La pression fiscale sur le travail devrait être allégée


En dépit d'améliorations récentes, la structure d'imposition reste déséquilibrée : les impôts sur le travail et l'entrepreneuriat, générateurs de distorsions, tiennent une place excessive, alors que les impôts sur la propriété immobilière et la consommation, propices à la croissance, ont un poids plus faible que dans les autres pays de l'OCDE (graphique 8). Par conséquent, il subsiste de larges possibilités de rendre la structure fiscale plus favorable à la croissance. Il convient de rééquilibrer le système fiscal pour renforcer les incitations à travailler, encourager l'investissement et l'entrepreneuriat et réduire les distorsions fiscales.

Les taux d'imposition moyens sont élevés pour la quasi-totalité des travailleurs, mais les taux d'imposition marginaux sont particulièrement élevés dans les tranches inférieures de revenu, en raison de l'interaction entre les cotisations de sécurité sociale, l'impôt sur le revenu des personnes physiques et le régime de prestations. Cela affaiblit les incitations à quitter l'inactivité pour l'emploi, et l'emploi partiel pour l'emploi à plein-temps. Il faudrait donc en priorité abaisser la pression fiscale s'exerçant sur les travailleurs peu qualifiés, qui sont particulièrement susceptibles de réagir à de plus fortes incitations à travailler. La

Graphique 8. **La structure fiscale donne un poids excessif aux impôts sur le travail, générateurs de distorsions**



Source : OCDE, Base de données des Statistiques des recettes publiques.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458938>

meilleure façon d'aider ce groupe de travailleurs serait de réduire leurs cotisations de sécurité sociale ou d'instituer des prestations liées à l'emploi en complément des salaires.

Les augmentations d'impôts prévues dans le programme d'assainissement sont concentrées à juste titre sur les secteurs les moins préjudiciables à la croissance

L'assainissement budgétaire repose dans une certaine mesure sur un alourdissement de la fiscalité, mais l'effet demande sur la reprise se trouve atténué car les majorations d'impôts visent surtout les externalités environnementales, le capital financier et les gains en capital. Une place accrue est donnée aux impôts sur le capital dans le cadre d'une réforme fiscale de grande envergure, mais on pourrait aller plus loin en atténuant d'autres distorsions. La part des taxes immobilières est très faible en comparaison internationale, essentiellement parce que les valeurs foncières et immobilières n'ont guère été ajustées au cours des décennies passées. *Les estimations des biens immobiliers et fonciers devraient être alignées sur les valeurs du marché.* Les autres impôts sur la propriété, les droits de succession et de donation, sont également négligeables en Autriche, alors que les pays de l'OCDE en tirent en moyenne l'équivalent de 0.5 % du PIB. Le processus de réforme fiscale en Autriche est allé en sens inverse ces dernières années ; les droits de succession et de donation sont venus à expiration en 2000, le Tribunal constitutionnel ayant jugé inconstitutionnel l'établissement de la base d'imposition. Les pratiques varient beaucoup d'un pays à l'autre, mais il faudrait envisager de rétablir ces taxes, dans le contexte plus large d'un réexamen de la fiscalité du capital.

Encadré 1. Résumé des recommandations de politique budgétaire

Élaborer un agenda budgétaire plus prospectif

- Intensifier l'assainissement budgétaire au cours des prochaines années pour ramener le ratio dette/PIB à moins de 60 % d'ici à 2020. Les projections budgétaires à moyen et long terme devraient être plus décisives pour guider les mesures publiques concentrées en début de période. Accroître la transparence concernant les entités extrabudgétaires et les engagements éventuels du secteur public.

Renforcer le cadre budgétaire à tous les niveaux d'administration

- Renforcer la règle budgétaire actuelle avec un objectif de dette. Dans ce contexte, il serait utile de spécifier un objectif concernant le taux de croissance des dépenses réelles des administrations publiques.
- Réformer le *Pacte de stabilité intérieure* (PSI) et la *loi de péréquation budgétaire* en vue d'appliquer des cadres de dépenses aux niveaux infrafédéraux.
- La budgétisation dans l'optique des résultats devrait être mise en œuvre à tous les niveaux d'administration.

Freiner les dépenses publiques

- Réduire les coûts salariaux du secteur public en ne remplaçant qu'une partie des fonctionnaires qui partent à la retraite. Rechercher des gains d'efficience dans tous les grands secteurs de dépenses publiques, notamment l'éducation et les soins de santé. Renforcer les procédures d'adjudication des marchés publics. Recourir aux partenariats public-privé lorsqu'ils offrent un réel gain d'efficience.

Mieux cibler les transferts sociaux et de retraite

- Éliminer toutes les voies subventionnées vers la retraite anticipée.
- Accentuer le ciblage des transferts sociaux.

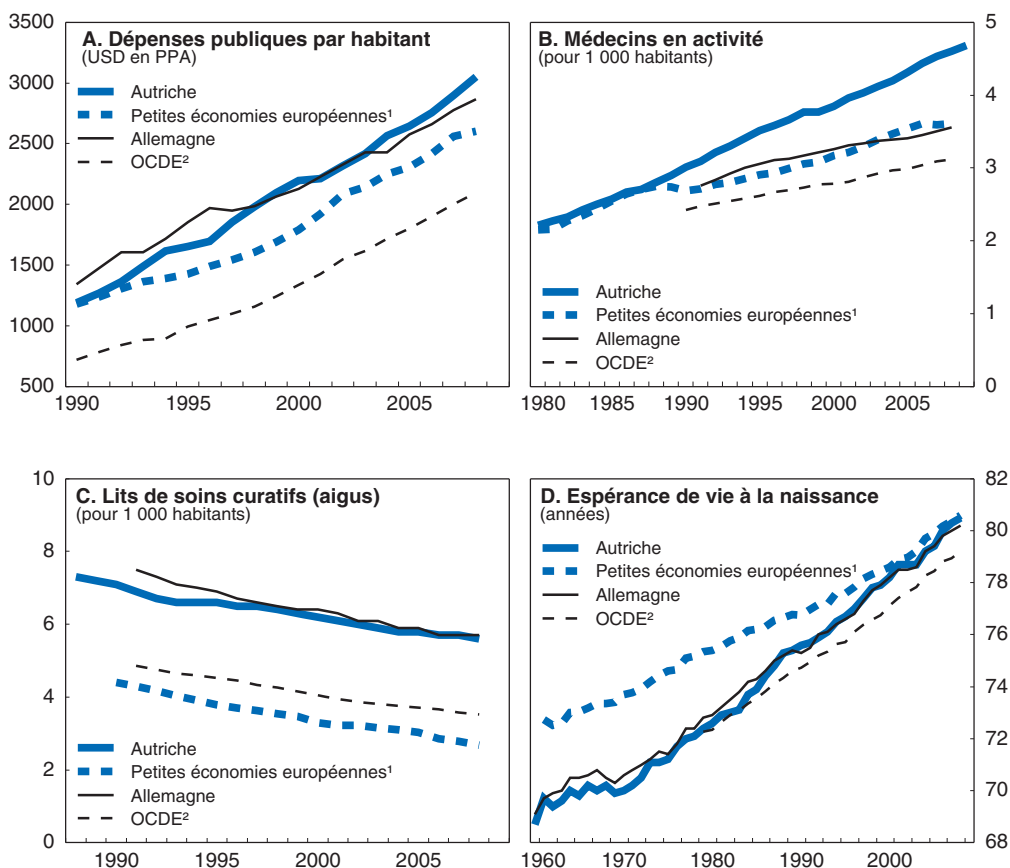
Rendre la structure fiscale plus propice à l'emploi et à la croissance

- Rééquilibrer le système d'imposition en vue de rehausser les incitations à travailler, d'encourager l'investissement et l'entrepreneuriat et de réduire les distorsions induites par l'impôt.
- Renforcer les incitations à l'activité des travailleurs à faible revenu en réduisant les cotisations de sécurité sociale ou en instaurant des prestations liées à l'exercice d'un emploi.
- Revoir la fiscalité du capital. Les estimations des biens immobiliers et fonciers devraient être alignées sur les valeurs du marché, et il faudrait envisager de rétablir les droits de succession et de donation.

Réformer un système de santé très apprécié mais coûteux

L'Autriche consacre à la santé une très forte proportion de ses ressources publiques (et totales) (graphique 9). La part des dépenses totales de santé dans le PIB, à 11 %, est parmi les plus élevées de la zone OCDE, principalement en raison de l'ampleur des dépenses publiques (8.5 %). La santé représente environ 16 % des dépenses totales des administrations publiques. Le nombre de médecins généralistes et spécialistes, et le nombre de lits de soins aigus et d'équipements médicaux de pointe par habitant sont

Graphique 9. D'importants engagements de ressources et des résultats remarquables



1. Moyenne arithmétique des autres petites économies européennes à revenu élevé : Danemark, Pays-Bas, Suède et Suisse, sauf Pays-Bas dans la partie B.
2. Moyenne arithmétique des pays de l'OCDE, sauf : partie B : Chili, Irlande, Pays-Bas, Portugal et Slovaquie ; partie C : Allemagne, Autriche, Chili, Danemark, Grèce, Luxembourg, Mexique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Portugal, Royaume-Uni, Suisse et Turquie.

Source : Base de données d'Éco-Santé OCDE 2010 et calculs de l'OCDE.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458957>

parmi les plus élevés de la zone OCDE. Le système fonctionne de façon satisfaisante si l'on en juge par quelques indicateurs de production classiques comme l'espérance de vie, mais il n'en va pas de même pour d'autres indicateurs comme les taux d'hospitalisation évitable. L'espérance de vie dépasse 80 ans et a augmenté considérablement. Les citoyens sont très attachés au système de santé actuel, et en particulier à la prestation locale des soins. Cependant, dans l'avenir, il sera très difficile de maintenir le niveau élevé et la qualité des soins publics de santé, car avec l'accroissement de la proportion de personnes âgées la demande de soins augmentera alors que les rentrées de cotisations diminueront. Dans ce contexte, les nouveaux efforts déployés à l'échelon national pour inscrire les finances publiques sur une trajectoire viable ont remis à l'ordre du jour une question longtemps négligée : les amples ressources publiques consacrées à la santé sont-elles pleinement et correctement employées, et serait-il possible d'infléchir durablement la

croissance des dépenses publiques de santé sans compromettre la qualité et l'efficacité des services ?

Le système de soins de santé est organisé en fonction de l'offre

Le système de santé autrichien est conçu pour fournir des services de bonne qualité et aisément accessibles, mais ne dispose pas de mécanismes clairs pour optimiser les dépenses et la prestation des services selon un bon rapport coûts-avantages, de manière à produire les meilleurs résultats pour la collectivité. Cela tient surtout au fait qu'il s'agit d'un système régi par l'offre. Les partenaires sociaux gèrent les caisses d'assurance-maladie et des associations médicales à affiliation obligatoire régulent l'accès au système pour les soins ambulatoires et le remboursement des médicaments. Les *Länder* sont en charge des hôpitaux – sans assumer de responsabilités pour la totalité des coûts. En revanche, l'administration fédérale finance une grande partie de ces coûts sans avoir aucune influence sur l'utilisation des fonds. Cette structure de financement segmentée n'incite guère à l'optimisation et perpétue l'importance prédominante des prestataires de services dans le fonctionnement du système.

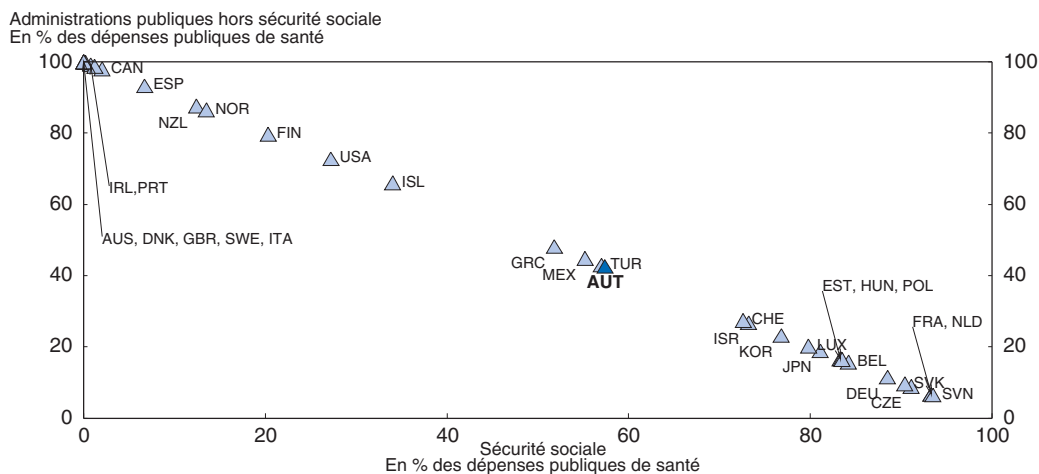
L'entrée dans le secteur et la concurrence sont *de facto* limitées sur les marchés des services et des biens de santé financés sur fonds publics. La plupart des hôpitaux, en particulier dans les régions relativement peu peuplées, sont des monopoles locaux. Les services ambulatoires de médecins indépendants sont offerts par des « réseaux contractants » de généralistes et de spécialistes, qui sont cogérés par leurs associations professionnelles respectives, lesquelles exercent un pouvoir monopolistique. Les producteurs de médicaments et d'autres biens médicaux opèrent dans des cadres réglementaires restrictifs qui limitent la concurrence. C'est sans doute là l'une des raisons qui expliquent la part relativement limitée, quoi qu'en augmentation depuis quelque temps, des produits pharmaceutiques génériques en Autriche.

Parce qu'il est régi par l'offre, le système de santé autrichien souffre de plusieurs maux : i) un degré élevé de fragmentation ; ii) une gamme de prestations coûteuse, avec une trop grande prédominance des soins hospitaliers ; iii) une variation trop forte des résultats ; et iv) un contrôle de qualité inégal.


La structure institutionnelle du système est trop fragmentée

Les dépenses publiques de santé se répartissent entre les administrations publiques (42 %) et les caisses d'assurance sociale (58 %) (graphique 10). Du côté de l'administration, l'échelon fédéral, les *Länder* et les communes interviennent simultanément pour financer principalement les services hospitaliers. Les caisses d'assurance sociale financent d'autres composantes des dépenses : les soins ambulatoires dispensés par des médecins indépendants, les coûts pharmaceutiques et une partie des coûts hospitaliers. Chaque résident est immatriculé auprès de l'une des dix-neuf « caisses d'assurance-maladie », sur la base de la région de résidence ou de la branche professionnelle. La gamme des soins de base offerts varie quelque peu d'une caisse à l'autre. Il existe un système rudimentaire de mutualisation des risques (d'après la structure par âge des affiliés), mais pas d'étalon de référence ou de concurrence directe. Les caisses sont censées respecter l'enveloppe budgétaire déterminée par les cotisations versées par leurs membres et par les contributions de l'administration centrale.

Graphique 10. Une structure de financement et de gouvernance fragmentée



Source : Éco-Santé OCDE 2010.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458976>

Les autorités sont conscientes de ces carences, qui amoindrissent la réactivité du système de santé aux objectifs d'action publique. Une série de réformes mises en œuvre depuis 1997, mais surtout depuis 2005 et 2008, avaient pour but ultime de pallier certaines des insuffisances institutionnelles les plus criantes et de rendre le système de santé plus réactif aux exigences des politiques publiques et du marché. Des sources de financement ont été regroupées en vue d'optimiser les achats de services. De nouveaux mécanismes de paiement ont été mis en place, reproduisant dans une certaine mesure les signaux du marché, en particulier dans le secteur hospitalier (les financements étant affectés aux divers services en fonction de la demande des utilisateurs). Une initiative importante consiste à mettre en place un plan national détaillé des capacités, qui vise à rester indépendant des structures d'offres existantes et a pour but d'anticiper la demande future de services. Tous ces efforts se sont révélés utiles, mais ne semblent pas avoir agi sur les carences institutionnelles fondamentales du système. Afin d'y remédier, la présente *Étude* propose que les ressources publiques consacrées à la santé soient encore consolidées et assorties d'objectifs précis : autrement dit, les responsabilités en matière de résultats de financement et de dépenses devraient être beaucoup plus clairement assignées au sein du système national de santé. Le plan national de capacité pour les soins hospitaliers et ambulatoires financés sur fonds publics devrait être optimisé et mis en œuvre sous l'autorité de l'administration fédérale, avec le soutien des Länder et des caisses d'assurance-maladie. Cette recommandation pourrait se heurter à des obstacles constitutionnels. Dans ce cas, des « caisses communes » ou « groupements de caisses », regroupant les ressources de différents organismes publics, pourraient se révéler utiles. Pour renforcer l'effet de levier des politiques publiques, il faudrait aussi surmonter la fragmentation importante du secteur de l'assurance sociale. Une option possible consiste à réduire le nombre des caisses en les fusionnant.

Le système reste trop nettement centré sur les services hospitaliers

Le système de santé est essentiellement centré sur les services en établissement, qui sont principalement assurés par les hôpitaux et sont coûteux. Les soins hospitaliers et ambulatoires fournis par les hôpitaux étant largement financés par l'État, les caisses d'assurance-maladie – qui financent toute une série de services de substitution – ont une

perception faussée des coûts hospitaliers et ne sont pas incités à en tenir dûment compte. En même temps, les *Länder* ont intérêt à maintenir la capacité hospitalière à des niveaux élevés. Les résidents apprécient d'avoir des services hospitaliers 24 heures sur 24 près de chez eux, et ils en font une utilisation intense.

Le système de santé pourrait fournir des soins de qualité et peu coûteux en recourant davantage aux médecins de ville, aux soins ambulatoires, aux soins en établissement, aux services de réadaptation et aux soins de longue durée. La fragmentation et le cloisonnement actuels du financement et de la prestation ont entravé l'ajustement. D'importantes initiatives spécifiques ont été prises pour développer les soins intégrés et mieux équilibrer les services ambulatoires et les services en régime hospitalier, et certaines de ces mesures ont produits de très bons résultats – c'est le cas notamment du programme de gestion des maladies pour le diabète – mais ils n'ont pas modifié l'orientation prioritaire vers les soins en établissement. Un système de dossiers médicaux informatisés (ELGA) a été mis en place afin d'optimiser les soins au niveau du patient dans l'avenir. L'expérience acquise par d'autres pays montre que des mécanismes plus appropriés pour le financement, la passation de contrats et le règlement en matière de services intégrés sont importants pour assurer un développement plus spontané et plus rapide des soins intégrés. La présente Étude conduit à penser que les autorités devraient :

- i) continuer d'appuyer les programmes de gestion des maladies et diffuser les pratiques optimales dans tous les secteurs de soins chroniques ;
- ii) supprimer les restrictions légales à l'encontre des cabinets de groupe, et des services externes des hôpitaux qui pourraient devenir des entités autonomes ;
- et iii) autoriser les caisses d'assurance-maladie à conclure des accords de gestion coordonnée des soins avec les cabinets de groupe et les cliniques de jour. Les autorités devraient aussi continuer d'accorder une priorité élevée au développement du système de dossiers médicaux individuels informatisés (ELGA).

L'accès demeure équitable, mais les résultats sanitaires varient en fonction des groupes sociaux

Tous les indicateurs confirment que l'accès aux services est parmi les plus équitables de la zone OCDE. En revanche, plusieurs éléments montrent que les modes de vie et l'insuffisance de la prévention deviennent une source importante de disparités entre groupes sociaux et régions du point de vue de l'état de santé. En particulier, les groupes d'immigrants à faible niveau d'instruction souffrent d'un important déficit dans ce domaine. Il existe aussi de grandes différences entre les *Länder*. Ces disparités sont particulièrement préoccupantes en ce qui concerne le surpoids et l'obésité, notamment chez les jeunes, qui ont de sérieuses conséquences à long terme pour la santé et les coûts. Si ces facteurs sans lien avec les soins ne convergent pas, la divergence des résultats sanitaires risque de s'accroître dans l'avenir, et la performance globale sera inférieure au potentiel. L'Autriche devrait :

- i) définir des objectifs de santé nationaux et les poursuivre en réalisant un meilleur équilibre entre l'amélioration des modes de vie, la prévention et les soins curatifs ;
- ii) mettre en œuvre des programmes de santé publique plus efficaces pour la nutrition, le tabagisme et la consommation d'alcool ;
- iii) continuer à développer des programmes de santé de l'enfant qui ont des incidences positives tout au long de la vie ;
- et i) élaborer des programmes spéciaux à l'intention des groupes vulnérables qui sont en retard du point de vue de l'amélioration des modes de vie et de la prévention, notamment les immigrants et résidents à faible niveau d'instruction.

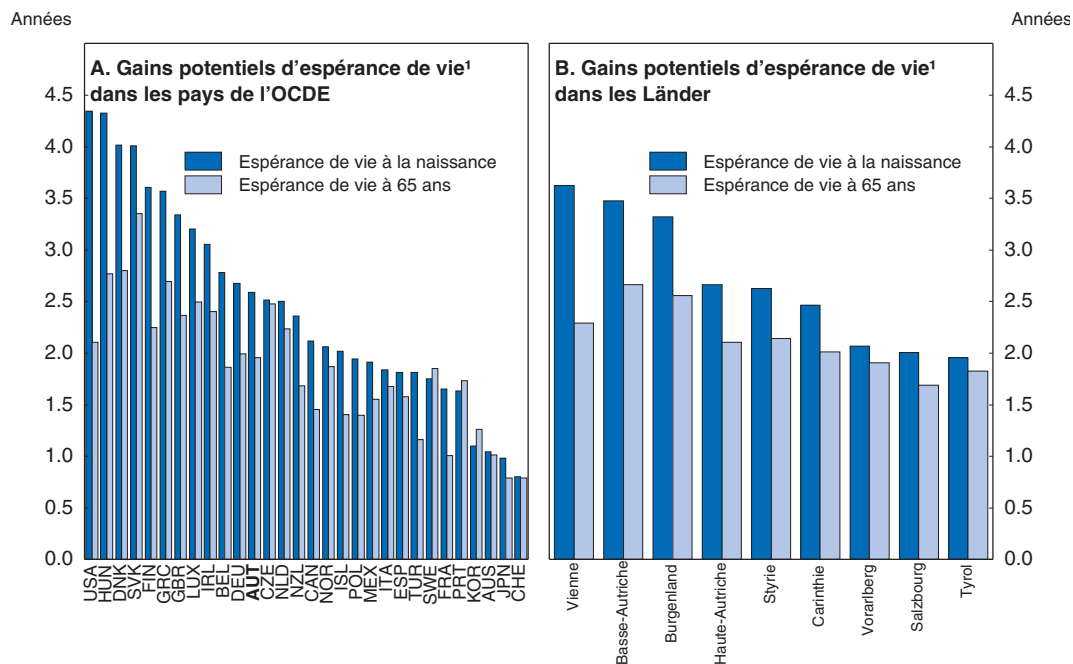
La qualité des services devrait apparaître de façon plus transparente

De l'avis général, la qualité des services de santé est très satisfaisante et d'un niveau homogène dans l'ensemble du pays. Les experts de la santé et les responsables gouvernementaux font toutefois observer que ce sentiment n'est pas nécessairement étayé par des critères objectifs. Selon certains indicateurs internationaux, l'Autriche est parvenue à ramener les taux de mortalité de certaines maladies fréquentes à des niveaux très inférieurs aux moyennes OCDE, mais aussi aux moyennes d'autres pays à revenu élevé tels que la Suède, le Danemark et les Pays-Bas. Dans d'autres domaines, les résultats sont moyens. En outre, l'Autriche est déficiente sur certains points, par exemple les procédures de vaccination et les résultats connexes, notamment l'incidence de l'hépatite. Les responsables publics sont conscients de la nécessité de renforcer considérablement le suivi de la qualité, et ils ont élaboré une « stratégie de qualité autrichienne » dans le cadre d'un train de réformes lancé en 2005. Un *Institut fédéral de la qualité du système de santé* a été créé, sur le modèle du système d'indicateurs de qualité mis en place avec succès en Allemagne. Des rapports nationaux sur la qualité devaient être préparés pour tous les secteurs et toutes les professions en fonction de méthodes uniformes. Ce projet devait aussi contribuer à améliorer les performances qualitatives des différents prestataires de soins. Cependant, il n'a pas pu être mis à exécution, et la publication de rapports sur la qualité prévue par la loi n'a pas encore commencé. *Les autorités devraient mettre intégralement en œuvre la stratégie nationale de qualité, en s'appuyant si besoin sur un cadre juridique et réglementaire renforcé.*


Il existe de larges possibilités d'améliorer l'efficience

L'un des principaux objectifs des autorités est de rehausser l'efficience économique du système. Des recherches récentes ont permis de mieux décrire des inefficiences économiques notables : ainsi, les services ne sont pas produits avec un volume d'intrants aussi réduit que possible et pour un coût aussi bas que possible. Ce diagnostic est confirmé par des comparaisons internationales de l'efficience des systèmes de santé, des analyses de l'efficience dans le secteur hospitalier et des comparaisons interrégionales de l'utilisation des ressources dans les différentes *Länder* (graphique 11). Les autorités sont globalement d'accord avec ces analyses et ont mis en place des initiatives en vue d'accroître l'efficience. De nouveaux objectifs de planification ont été introduits pour mieux aligner les ressources sur les besoins ; les paiements hospitaliers prennent en compte des niveaux de productivité et de coût de référence, un nouveau système d'évaluation des technologies de la santé vise un meilleur équilibre entre les coûts et les avantages de l'utilisation des médicaments. Il ressort de l'*Étude* que les décideurs publics devraient se concentrer sur les trois principaux moteurs d'une amélioration de la productivité : financer les services en fonction de critères de qualité et de coût rigoureux ; faire davantage appel à la concurrence ; et, lorsque les services sont fournis par des monopoles nationaux ou locaux – notamment dans le cas de négociations avec les associations médicales –, recourir de façon stricte à des coûts de référence et à la concurrence par comparaison. *Les autorités devraient : i) supprimer les cloisons entre les services de médecins et les services externes des hôpitaux et passer contrat avec les uns et les autres pour les soins ambulatoires (pour élargir le choix de l'utilisateur et profiter d'une plus grande concurrence) ; ii) négocier les rémunérations avec tous les prestataires de soins ambulatoires en fonction de techniques plus innovantes et plus économes (afin que les rémunérations convergent vers les niveaux de coût de référence) ; iii) appliquer intégralement le système des Groupes homogènes de malades*

Graphique 11. D'importants gains d'efficacité sont possibles



1. Les calculs d'efficacité AED ont été réalisés avec deux intrants : les dépenses de santé par habitant et une variable qui est un indicateur composite de l'environnement socio-économique (PIB par habitant, niveau d'instruction) et des facteurs du mode de vie (émissions d'oxyde d'azote, consommation de fruits et légumes, consommation retardée d'alcool et de tabac – données de 1990).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458995>

(GHM) fondé sur les coûts, à tous les services en régime hospitalier, et ensuite – une fois que les structures de financement auront été modifiées en profondeur – facturer aux caisses d'assurance-maladie la totalité des coûts des soins en établissement ; iv) éliminer les failles qui font que les paiements GHM s'écartent au niveau régional des coûts de référence nationaux ; et v) intensifier la concurrence sur le marché pharmaceutique en appliquant l'évaluation technologique non seulement aux nouveaux médicaments mais aussi au « stock » existant de médicaments et en autorisant des produits génériques supplémentaires lorsque cela sera possible.

Les économies à court terme sur les dépenses sont les bienvenues, mais devraient prendre un caractère plus structurel

Tous les efforts déployés dans le domaine de la santé devraient rester compatibles avec les orientations économiques et budgétaires générales. Ainsi qu'on l'a déjà indiqué, l'assainissement budgétaire à court terme est un impératif pour l'Autriche. Les responsables de la santé et de l'économie sont convenus de solliciter le système de santé pour réaliser des économies immédiates. En 2009, un programme d'économies substantielles a été conclu avec les caisses d'assurance-maladie : il prévoyait un freinage des dépenses en médicaments sur ordonnance (mesure négociée avec les laboratoires pharmaceutiques) et en soins ambulatoires (mesure négociée avec les associations médicales). Les soins hospitaliers, principal poste de dépenses, dans lequel la gouvernance et les responsabilités en matière de dépenses incombent essentiellement aux *Länder*, ont été épargnés. D'après les premières constatations, ce programme d'économies atteindra et même dépassera ses objectifs immédiats, mais certains éléments montrent que, comme

cela s'est déjà produit dans le passé, ces économies pourraient rester conjoncturelles et les dépenses retrouver leur tendance haussière lorsque l'activité économique reprendra. Les autorités devraient s'employer à réaliser des économies moins axées sur le court terme et plus structurelles, en particulier dans le secteur des soins hospitaliers.

Les perspectives budgétaires à moyen terme du système de santé doivent jouer un plus grand rôle

Les dépenses publiques de santé sont confrontées à de lourdes pressions à long terme. Comme dans d'autres pays de l'OCDE, celles-ci résultent du vieillissement de la population, du progrès technique et des perspectives de soins qui en découlent, mais aussi de la hausse des prix relatifs des biens et services médicaux. Toutefois, trois caractéristiques du système national de santé amplifient ces tensions : i) l'éventail plus large des soins légalement garantis et la prise en compte des biens et services médicaux les plus récents ; ii) l'engagement du système à prendre en charge les besoins de soins d'invalidité des personnes dépendantes, indépendamment de leurs moyens financiers ; et iii) la hausse des coûts de santé, qui a été jusqu'ici plus forte que dans les autres pays. En conséquence, les projections actuelles des dépenses publiques de santé varient considérablement ; il en ressort un surcroît de dépenses de 2 points de PIB à l'horizon 2020 et de 5 points en 2030. Dans ce contexte, il serait très utile que les responsables de la politique de santé et les responsables de la politique économique disposent d'un cadre commun de scénarios budgétaires et de perspectives à moyen terme.

La présente Étude préconise les initiatives suivantes : i) rendre plus visibles à l'échelle nationale les projections officielles des dépenses de santé et de soins de longue durée (actuellement établies sous l'égide de la Commission européenne) ; ii) mieux intégrer les composantes « soins de santé » et « soins de longue durée » ; iii) fixer une trajectoire de moyen terme (10-15 ans) pour les dépenses de santé des administrations publiques ; et iv) envisager de faire des dépenses de santé des administrations publiques un objectif d'action associé au cadre budgétaire pluriannuel qui accompagne la loi de finances annuelle. Ces initiatives aideraient à mettre en œuvre la politique de la santé en plein accord avec les objectifs de fiabilité budgétaire et de croissance de la politique économique.

Encadré 2. **Résumé des recommandations relatives à la politique de santé**

Resserrer la structure institutionnelle du système de santé

- Assigner beaucoup plus clairement les responsabilités en matière de résultats, de financement et de dépenses.
- Optimiser et renforcer le plan national de capacité pour les soins hospitaliers et ambulatoires financés sur fonds publics, sous l'autorité de l'administration fédérale, avec le soutien des *Länder* et des caisses d'assurance-maladie.
- Cette recommandation pourrait se heurter à des obstacles institutionnels. Dans ce cas, des « caisses communes » ou « groupements de caisses », regroupant les ressources de différents organismes publics, pourraient se révéler utiles.
- Réduire la fragmentation du secteur de l'assurance sociale.
- Faire en sorte que la Confédération des organismes autrichiens de sécurité sociale (*Hauptverband*) continue de centraliser les fonctions génératrices d'économies d'échelle.

Encadré 2. Résumé des recommandations relatives à la politique de santé (suite)**Mobiliser les mécanismes de paiement à la performance pour améliorer la productivité**

- Mettre fin à l'étanchéité entre médecine de ville et services hospitaliers de consultation externe et confier les soins ambulatoires aux deux parties. Fonder les négociations des honoraires de tous les prestataires de soins ambulatoires sur des techniques de recherche d'économies plus innovantes. Viser l'extension progressive aux soins ambulatoires du système de paiement hospitalier des GHM en fonction des coûts.
- Appliquer intégralement le système des GHM à l'ensemble des services d'hospitalisation, et supprimer les possibilités d'écart entre les paiements GHM et les paiements de référence nationaux.
- Accroître la concurrence sur le marché pharmaceutique en soumettant le stock des médicaments déjà en vente à des évaluations des technologies médicales et en autorisant de nouveaux médicaments génériques lorsque cela sera possible.

Mettre en avant des objectifs nationaux de santé et de qualité

- Fixer des objectifs nationaux, y compris quantifiés, en matière de santé. Les poursuivre grâce à un meilleur équilibre entre amélioration des habitudes de vie, prévention et soins curatifs.
- Mettre en œuvre des programmes de santé publique plus efficaces. Continuer l'essor des programmes de « santé infantile »
- Élaborer des programmes visant spécialement des groupes vulnérables en retard sur le plan des habitudes de vie et de la prévention.
- Mettre pleinement en œuvre la stratégie nationale de qualité dans toute la panoplie des services de santé, le cas échéant en resserrant le socle juridique et réglementaire afférent.

Promouvoir des soins intégrés mieux équilibrés

- Continuer à soutenir les programmes de gestion thérapeutique, notamment dans tous les domaines où les soins concernent des affections chroniques.
- Supprimer les restrictions légales à la constitution de cabinets de groupe et à l'autonomisation des unités ambulatoires hospitalières.
- Autoriser les caisses d'assurance-maladie à nouer des accords de gestion des soins avec des cabinets de groupe et des dispensaires pluridisciplinaires.
- Continuer à donner la priorité au développement du système ELGA de dossier médical électronique individuel.

Donner un plus grand rôle aux perspectives budgétaires à moyen terme du système de santé

- Concentrer les mesures de maîtrise des dépenses d'après-crise sur des questions d'ordre structurel, également dans le secteur hospitalier.
- Rendre plus visibles à l'échelle nationale les projections officielles des dépenses de santé et de soins de longue durée.
- Mieux intégrer les composantes « soins de santé » et « soins de longue durée » des projections.
- Fixer une trajectoire de moyen terme (10-15 ans) des dépenses de santé des administrations publiques.
- Envisager de faire des dépenses de santé des administrations publiques un objectif de l'action publique.

Bibliographie

- Arnold, J. et A. Wörgötter (2011), « Structural Reforms and the Benefits of the Enlarged EU Internal Market: Still Much to be Gained », *Applied Economics Letters*, mars 2011.
- Bock-Schappelwein, J., H. Mahringer et E. Rückert (2011), « Kurzarbeit in Deutschland und Österreich: Endbericht », WIFO, Vienne.
- Brandner, P., L. Diebalek et W. Köhler-Töglhofer (2006), « Budget balances decomposed: tracking fiscal policy in Austria », in Larch, M. et J. Nogueira Martins (dir. pub.), *Fiscal Policy Making in the European Union: An assessment of current practice and challenges*, Londres, pp. 83-102.
- Bruss, F. (2010), « 15 Years of Austrian EU Membership », *Austrian Economic Quarterly*, 2/2010.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK) (2010), *Sozialberichte 2009-2010*, BMAK, Vienne.
- Bundesministerium für Finanzen (BMF) (2011a), *Österreichisches Stabilitätsprogramm für die Jahre 2010 bis, 2014*, BMF, Vienne.
- Bundesministerium für Finanzen (BMF) (2011b), *Strategiebericht 2012-2015*, BMF, Vienne.
- Groupe De Larosière (2009), « Rapport du groupe de haut niveau sur la supervision financière au sein de l'UE », Commission européenne, Bruxelles.
- Ederer, S. et al. (2011), « Assessing the Lisbon Strategy 2005-2010 and Estimating Effects from Reaching the EU 2020 Goals », WIFO, Vienne.
- FMI (2010), *World Economic Outlook 2010: Rebalancing Growth* (Chapter 3: Unemployment dynamics during recessions and recoveries: Okun's law and beyond), Washington, DC.
- Hijzen, A. et D. Venn (2011), « The Role of Short-Time Work Schemes during the 2008-09 Recession », *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, n° 115.
- Knotek, E. (2007), « How Useful is Okun's Law? », *Federal Reserve Bank of Kansas City Economic Review*, n° 4.
- Kopp, E., C. Ragacs et S. Schmitz (2010) « The Economic Impact of Measures Aimed at Strengthening Bank Resilience – Estimates for Austria », in: OeNB (2010), *Financial Stability Report 20*, Vienne, décembre.
- Nitsche, W. (2010), « The Vienna Initiative/European Bank Coordination Initiative: Assessment and Outlook », *Federal Ministry of Finance, Working Paper 4/2010*.
- OCDE (2007), *Études économiques de l'OCDE : Autriche 2007*, OCDE, Paris.
- OCDE (2009), *Études économiques de l'OCDE : Autriche 2009*, OCDE, Paris.
- OCDE (2010a), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE 2010 : sortir de la crise de l'emploi*, OCDE, Paris.
- OCDE (2010b), *Études économiques de l'OCDE : zone euro 2010*, OCDE, Paris.
- OCDE (2011a), *Panorama des pensions 2011* (à paraître), OCDE, Paris.
- OCDE (2011b), *Réformes économiques 2011 : Objectif croissance*, OCDE, Paris.
- Österreichische Nationalbank (OeNB) (2010), *Financial Stability Report 20*, Vienne, décembre.
- Okun, A. (1962), « Potential GNP: Its Measurement and Significance », *Proceedings of the Business and Economic Statistics Section of the American Statistical Association*.
- Pann, J., R. Seliger et J. Übeleis (2010), « Foreign Currency Lending in Central Eastern and Southeastern Europe: the Case of Austrian Banks », dans : OeNB (2010), *Financial Stability Report 20*, Vienne, décembre.
- Slovik, P. et B. Cournède (2011), « Macroeconomic Impact. of Basel III », *Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE*, n° 844.
- Sögner, L. (2001), « Okun's Law – Does the Austrian Unemployment-GDP Relationship Exhibit Structural Breaks? », *Empirical Economics*, Vol. 26.
- Stiglbauer, A. (2010), « The Austrian Labour Market and the Great Recession: Developments and Measures Taken », *Monetary Policy & The Economy*, Q3/10, Österreichische Nationalbank.

ANNEXE A1

Encadré A1.1. **Politique prudentielle transfrontalière**

Le secteur bancaire autrichien restera exposé à des cycles de crédit accusés dans les économies en voie de rattrapage d'Europe centrale et orientale (ECO). La politique prudentielle aura donc un important rôle à jouer en renforçant la résilience des banques et en limitant l'accumulation de risques associés. Un cadre pour une gestion et un règlement ordonnés et rapides des crises sera nécessaire pour faire en sorte que les défaillances bancaires puissent se produire sans déstabiliser le système financier, l'objectif étant d'éviter le problème de l'aléa moral. Toutefois, des engagements transfrontaliers massifs, notamment sur des pays non membres de l'UE, compliquent la conduite de la politique prudentielle par les autorités autrichiennes. Les filiales étrangères sont contrôlées par les autorités du pays d'accueil et la coopération transfrontière en matière de surveillance peut être parfois difficile en raison de la divergence d'intérêts des autorités de tutelle du pays d'origine et du pays d'accueil ou d'un échange de renseignements imparfait. De plus, tandis que la gestion et le règlement des crises sont déjà difficiles au niveau national, la tâche est particulièrement ardue dans le contexte d'établissements transfrontières d'importance systémique, car les problèmes du contrôle transfrontalier tendent à être aggravés en cas de difficultés financières (OCDE, 2010b). Une politique prudentielle et une gestion des crises efficaces ne sont donc possibles que s'il existe une coopération étroite et permanente en matière de surveillance avec les pays voisins. Point encourageant, les cadres de surveillance et de gestion transfrontière des crises dont disposent les autorités autrichiennes ont été améliorés dans le contexte de la réponse à la crise financière mondiale :

- Au niveau régional, la plate-forme de gestion de la crise a été fournie par l'Initiative de Vienne/Initiative de coordination de la Banque européenne (VI/EBCI). Cette plate-forme lancée au paroxysme de la crise financière par le ministère autrichien des Finances, la Banque européenne pour la reconstruction et le développement et le Fonds monétaire international, a réuni tous les acteurs clés concernés par la stabilité financière dans la région ECO : les autorités des pays d'origine et des pays d'accueil, les institutions financières internationales, la Commission européenne et les banques internationales (Nitsche, 2010). Les participants à la VI/EBCI ne se sont pas mis d'accord sur un cadre général pour le partage du fardeau et la répartition des tâches, mais la plate-forme s'est révélée efficace pour la négociation de solutions par pays globales impliquant d'importants engagements de la part de toutes les parties prenantes. Elle a joué un rôle crucial dans les cas de la Roumanie et de la Serbie, et un rôle important dans les cas de la Bosnie-Herzégovine, de la Hongrie et de la Lettonie. De la sorte, la VI/EBCI a contribué à éviter un effondrement systématique du secteur bancaire régional. À l'heure actuelle, deux groupes de travail public-privé de la VI/EBCI restent en activité ; ils consacrent leurs travaux à l'absorption des fonds structurels et au développement des marchés financiers. La plate-forme VI/EBCI pourrait continuer d'être utile dans l'avenir, notamment pour ce qui concerne la coopération avec des pays non membres de l'UE qui ne feraient pas partie des cadres naissants de prévention et de gestion des crises dans les pays européens.

Encadré A1.1. **Politique prudentielle transfrontalière** (suite)

- Au niveau européen, la mise en place de nouvelles autorités de surveillance devrait faciliter la coopération transfrontalière dans ce domaine entre les autorités autrichiennes et celles du pays d'accueil au sein de l'Union européenne. Le Comité européen du risque systémique (CERS) est doté de pouvoirs étendus pour surveiller le risque systémique, émettre des avertissements et des recommandations à l'intention de l'UE et des autorités nationales et suivre leur mise en œuvre dans les délais prescrits. L'Autorité bancaire européenne (ABE) disposera d'instruments efficaces pour améliorer la coopération au sein des collèges de superviseurs et pour assurer une médiation contraignante dans les différends transfrontières en matière de supervision. En situation d'urgence, l'ABE s'emploiera activement à faciliter et, si nécessaire, à coordonner les actions prises par les autorités de supervision nationales compétentes et à assurer un échange régulier d'informations. Elle sera habilitée à exiger des autorités de supervision nationales qu'elles prennent des mesures spécifiques pour remédier à une situation d'urgence, et même à adopter des décisions à l'égard d'institutions financières spécifiques. Toutefois, les décisions adoptées par l'ABE ne peuvent empiéter en aucune manière sur les compétences budgétaires des pays, ce qui affaiblit son efficacité en cas d'urgence, alors qu'un cadre global de gestion des crises à l'échelle de l'UE est encore en gestation. Malheureusement, la nouvelle architecture naissante de la surveillance européenne n'aura pas d'incidence directe sur la coopération en matière de supervision avec les autorités des pays non membres de l'Union européenne, dans lesquels les banques autrichiennes exercent également des activités.
- Au niveau international, le cadre Bâle III d'exigences en matière de fonds propres, qui doit être transposé dans la directive européenne sur les exigences en matière de fonds propres, instaure, entre autres mesures de renforcement des fonds propres, un volant de fonds propres contracyclique qui opère selon le principe de la réciprocité juridictionnelle. Les exigences de capital supplémentaires applicables aux contreparties/emprunteurs dans chaque juridiction sont décidées par les autorités respectives, mais elles sont contraignantes pour toutes les banques prêteuses, indépendamment de leur pays de résidence. De la sorte, le volant de fonds propres supplémentaire créera des conditions de concurrence équitables pour les banques de différents pays qui opèrent dans un pays d'accueil, et pourrait contribuer à limiter les situations dans lesquelles les banques sont poussées à prendre des risques excessifs pour gagner des parts de marché.

Encadré A1.2. **La relation entre le chômage et le PIB en Autriche**

La relation inverse entre les variations du taux de chômage et du PIB réel est appelée loi d'Okun ; c'est en effet Okun (1962) qui le premier a estimé pour les États-Unis qu'une baisse de 3 points de pourcentage de la production est généralement associée à une hausse de 1 point du taux de chômage. Les études constatent généralement que le coefficient d'Okun varie d'un pays à l'autre et dans le temps, les différences et variations des institutions du marché du travail (notamment la LPE) exerçant une grande influence à cet égard (FMI, 2010). En général, on observe que le coefficient d'Okun a augmenté au fil du temps à mesure que les marchés du travail ont gagné en flexibilité.

Encadré A1.2. La relation entre le chômage et le PIB en Autriche (suite)

Il existe plusieurs manières d'estimer la loi d'Okun (Knotek, 2007) : avec la méthode des différences statiques, la variation du chômage fait l'objet d'une régression sur la variation contemporaine du PIB réel. À l'inverse, la méthode dynamique prend en compte le fait que le chômage tend à réagir avec un décalage aux variations de la production. La plupart des estimations réalisées suivant cette approche intègrent aussi les décalages de la variable dépendante, de façon à éliminer la corrélation sérielle des termes d'erreur¹. La spécification type pour cette méthode, qui est appliquée ici, est la suivante :

$$\Delta unr_t = \alpha + \sum_{s=0}^{\infty} \beta_s \Delta gdp_{t-s} + \sum_{i=1}^{\infty} \gamma_i \Delta unr_{t-i} + \varepsilon_t, \text{ coefficient d'Okun} = \frac{\sum_{s=0}^{\infty} \beta_s}{1 - \sum_{i=1}^{\infty} \gamma_i}$$

unr étant le taux de chômage et gdp le niveau logarithmique du PIB réel.

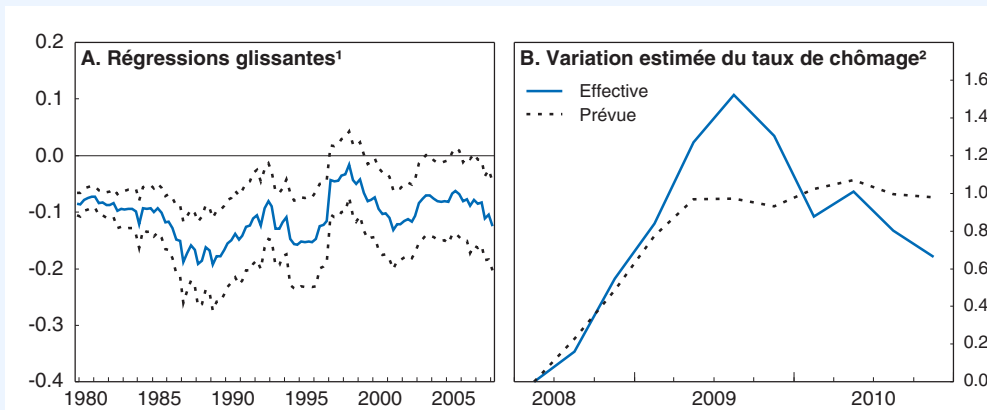
La période d'échantillonnage couvre les années 1970 à 2010 selon une fréquence trimestrielle, et la longueur optimale du décalage d'après le critère d'Akaike était de 1 aussi bien pour le PIB que pour le taux de chômage. Estimé sur la totalité de la période échantillon, le coefficient d'Okun s'établit à -0.11, c'est-à-dire qu'une baisse de 1 point de pourcentage de la croissance du PIB est associée avec une hausse de 0.11 point du taux de chômage.

Mais cette estimation ponctuelle peut masquer des variations significatives de la relation d'Okun au fil du temps. Pour analyser la variabilité dans le temps du coefficient d'Okun, des régressions glissantes à fenêtre de 10 ans ont été estimées (avec la même spécification que ci-dessus). La partie gauche du graphique A1.1 indique que le coefficient d'Okun pour l'Autriche est très stable dans le temps (Sögner, 2001). Si l'on considère la dernière décennie précédant l'annonce de la crise, le coefficient d'Okun n'a été que légèrement supérieur (-0.12) à la moyenne. À partir de ces estimations, la partie droite du graphique A1.1 compare l'évolution effective et l'évolution prévue du taux de chômage. Il en ressort que l'évolution effective du taux de chômage durant la crise (entre 2008T2 et 2010T4) a été légèrement supérieure à ce qui aurait été prévu sur la base de la relation historique entre le PIB et le taux de chômage en Autriche².

L'analyse qui précède a traité les phases ascendante et descendante du cycle de façon symétrique. Toutefois, il se pourrait que la relation entre le PIB et le chômage ne soit pas la même durant les phases de récession et durant les phases d'expansion. Dans le graphique 2 du texte principal, le coefficient d'Okun de la récession actuelle est comparé à celui des précédentes récessions. Il en ressort que, par rapport aux précédentes récessions, la réaction du marché du travail autrichien à la crise actuelle a été très similaire, ou légèrement plus marquée. Par ailleurs, le coefficient d'Okun est relativement faible en comparaison internationale.

Encadré A1.2. La relation entre le chômage et le PIB en Autriche (suite)

Graphique A1.1. Coefficients d'Okun estimés/effectifs et variation du taux de chômage



1. Les estimations ont été réalisées avec une fenêtre glissante de 10 ans ; les coefficients portent sur la période de 10 ans immédiatement antérieure à la date indiquée en abscisse.
2. Estimations fondées sur un coefficient d'Okun estimé et constant au cours de la dernière période de dix ans précédant la crise.

Source : Calculs de l'OCDE.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932459014>

1. Une autre option consiste à estimer la relation en niveau, c'est-à-dire à rapporter le niveau du taux de chômage à l'écart de production.
2. Il convient toutefois de noter que ces résultats varient légèrement lorsqu'on utilise les données nationales sur l'emploi à la place de données d'enquête sur la population active comparables au plan international. Tandis que le coefficient d'Okun sur la totalité de l'échantillon est à peine plus élevé lorsqu'on utilise des données nationales (-0.14), la différence est plus prononcée lorsqu'on analyse uniquement les dix années précédant la crise. Dans ce cas, le coefficient d'Okun sur la base des données nationales est estimé à -0.26 et la réaction prévue du taux de chômage est légèrement plus forte et plus prolongée que celle qui se produit effectivement.

ANNEXE A2

Progrès des réformes structurelles

Ce tableau passe en revue les actions récentes prises à la suite des recommandations des *Études* précédentes. Les recommandations nouvelles de la présente *Étude* figurent dans les chapitres correspondants.

Recommandations concernant le marché du travail	
Recommandations de l' <i>Étude</i> précédente	Mesures prises
Réexaminer la nouvelle situation au regard de l'impôt et des transferts sociaux des travailleurs à bas revenu, en tenant compte de toutes les modifications en cours du système de prélèvements et de prestations, en vue de maximiser leurs incitations à intégrer la population active ou à y rester.	Le 1 ^{er} juillet 2009 a été mise en place une prestation modifiée liée à l'exercice d'un emploi (<i>Kombi-lohnbeihilfe</i>). Elle est destinée aux travailleurs âgés (> 50 ans), aux personnes handicapées et aux parents ayant des périodes de chômage de plus de six mois. La nouvelle prestation est octroyée sous la forme d'un complément de salaire mensuel de 300 EUR (plein-temps) ou de 150 EUR (temps partiel) à titre d'incitation à exercer un emploi peu rémunéré. Avec l'introduction d'une nouvelle aide sociale harmonisée à l'échelon fédéral en 2010, il existe une allocation de 7 % à 17 % du revenu minimum qui n'est pas prise en compte dans l'assistance pendant au moins les 18 premiers mois d'emploi. Les modalités exactes sont définies par les <i>Länder</i> .
Envisager de réduire plus fortement les cotisations patronales de sécurité sociale pour les travailleurs faiblement rémunérés, afin d'alléger sensiblement leurs coûts d'emploi, sachant que ces réductions devraient être financées par d'autres sources pérennes.	Néant.
Continuer à renforcer les programmes d'amélioration des qualifications et de reconversion destinés aux travailleurs peu qualifiés. Évaluer leurs résultats et concentrer les ressources sur les dispositifs les plus efficaces.	En 2010, 43.9 % des 273 968 participants aux stages du SPE (Service public de l'emploi) se sont vu offrir des mesures de formation de très haute qualité débouchant sur un certificat reconnu (+4.3 % en glissement annuel). Fin 2010, 22 189 personnes peu qualifiées avaient été formées pour devenir des travailleurs qualifiés (+18.7 % en glissement annuel) dans le cadre de l'initiative régionale pour les travailleurs qualifiés (<i>Regionale Fachkräfteausbildung</i>). En 2010, près de 79 millions EUR ont été consacrés à cette initiative, contre 46 millions EUR en 2009. En outre, les mesures d'intégration SPE pour les immigrants ont été accélérées, avec un ciblage spécifique sur les personnes peu qualifiées (mesures d'orientation, qualifications professionnelles, cours de langue, etc.).
Veiller à ce que les travailleurs qui bénéficient actuellement des dispositifs de chômage partiel (<i>Kurzarbeit</i>) aient également accès à des programmes d'amélioration des qualifications de qualité.	Depuis la réforme des dispositifs de chômage partiel de 2009, des prestations de chômage partiel ou « subventions à la formation qualifiante » peuvent être accordées pour des périodes de formation en dehors des heures de travail. Les taux des prestations de chômage partiel applicables aux périodes d'amélioration des qualifications comprennent un supplément de 15 % à titre d'incitation. En 2009, environ 8 000 personnes (sur 67 000 touchées par le chômage partiel) ont participé à un programme de formation durant la période de chômage partiel. Des subventions à la formation qualifiante ont été accordées à quelque 3 100 personnes en 2009 et à plus de 1 100 personnes en 2010.

Recommandations concernant le marché du travail	
Recommandations de l'Étude précédente	Mesures prises
<p>Mettre pleinement en œuvre les réformes antérieures du système de retraite, sans prolonger la période de transition vers le nouveau système, ni assouplir davantage les conditions de cette transition.</p> <p>Continuer à mettre en place des services de garde d'enfants de qualité et peu coûteux, afin d'aider les familles où les parents travaillent.</p>	<p>Le gouvernement autrichien n'a pas l'intention de revenir sur les dernières réformes des retraites. Au contraire, l'accès aux régimes de retraite anticipée tels que le programme spécial de retraite pour les personnes ayant cotisé sur une longue période (<i>Hacklerregelung</i>) et le programme de retraite pour invalidité ont fait l'objet de nouvelles restrictions au début de 2011.</p> <p>Au cours des années 2008-10, un montant total de 45 millions EUR a été consacré au développement des services de garde d'enfants en Autriche. Les résultats de ce programme seront évalués en 2011. Fin mai 2011, les membres de la coalition se sont entendus sur sept programmes d'activités et ont décidé de continuer à développer les services de garde d'enfants – en particulier jusqu'à l'âge de trois ans – au moyen de prestations en nature et de prestations monétaires. L'objectif est de créer quelque 5 000 places supplémentaires par an de 2012 à 2014, pour un coût annuel moyen de 15 millions EUR (voir ci-dessous).</p>
<p>Préparer l'intégration totale du marché du travail avec les nouveaux États membres de l'UE à partir de 2011.</p>	<p>Durant les sept années précédentes, le marché du travail a été progressivement ouvert aux citoyens de l'UE8 en fonction de la demande de main-d'œuvre. L'accès à plusieurs professions a été assoupli par des réglementations spéciales ; c'est le cas par exemple pour les cadres supérieurs, les scientifiques et les chercheurs, les salariés essentiels, le personnel qualifié des professions médicales. En vertu de la « <i>Fachkräfteverordnung</i> », des travailleurs qualifiés appartenant à 67 professions qui souffrent de pénuries de main-d'œuvre ont été admis en priorité.</p> <p>Les travailleurs des nouveaux États membres ont bénéficié d'un accès au marché du travail sans restriction après avoir été employés de façon continue pendant un an. Jusqu'à fin janvier 2011, plus de 76 000 « <i>Freizügigkeits-bestätigungen</i> » (certificats de libre circulation) avaient été émis en faveur des citoyens des nouveaux États membres.</p> <p>Depuis le 1^{er} mai 2011, des mesures supplémentaires sont prises dans le cadre de la nouvelle « <i>Lohn- und Sozialdumpingbekämpfungsgesetz</i> » (loi destinée à combattre le dumping salarial et social). En renforçant les contrôles et en durcissant les sanctions, cette nouvelle loi vise à assurer des conditions de travail justes pour toutes les personnes travaillant en Autriche ainsi qu'une concurrence équitable pour les employeurs.</p>
Recommandations concernant le marché des capitaux	
Recommandations de la précédente Étude	Mesure prise
<p>Afin de garantir la stabilité financière, des programmes devraient être prêts dans l'éventualité où la crise financière s'aggrave dans un ou plusieurs pays d'Europe centrale et orientale.</p>	<p>L'Initiative de Vienne/Initiative de coordination de la Banque européenne (VI/EBCI) est un forum informel. Elle a été lancée par la BERD, le FMI et le ministère autrichien des Finances au paroxysme de la crise financière systémique, fin 2008/début 2009. L'objectif était d'offrir le cadre jusque-là manquant dans lequel toutes les parties prenantes de la gestion des crises dans les États vulnérables d'Europe centrale, méridionale et orientale (ECMO) pourraient se rencontrer et mettre au point une réponse conjointe à la crise.</p>

Recommandations concernant le marché du travail	
Recommandations de l'Étude précédente	Mesures prises
<p>Selon la façon dont la situation évoluera, de nouvelles initiatives transnationales avec l'Europe centrale et orientale et la communauté financière internationale seront peut être nécessaires.</p>	<p>Sur la base des conclusions d'ECOFIN et de la feuille de route sur un cadre européen pour la prévention, la gestion et le règlement des crises, l'Autriche prépare la mise en place du groupe régional de stabilité transfrontière (CBSG) pour les quatre banques transfrontalières autrichiennes opérant dans la région EMO. Le CBSG aurait pour tâches principales l'organisation d'échanges d'informations pertinentes sur la gestion des crises, l'examen de questions systémiques (sur la base de la carte thermique (<i>heat map</i>) figurant dans le Mémoire d'accord de 2008), la discussion de scénarios de tensions, la préparation et la conduite des exercices de simulation de crise ainsi que l'élaboration d'une stratégie conjointe de communication relative aux crises.</p> <p>Les autorités de supervision ainsi que les ministères de plusieurs États membres (Bulgarie, Slovaquie, République tchèque, Roumanie et Hongrie) ont été invitées à participer aux travaux. La première réunion aura lieu en juin 2011.</p>
Recommandations concernant la croissance à moyen terme	
Recommandations de la précédente Étude	Mesures prises
Marchés de produits	
<p>Faciliter l'ouverture des secteurs de services abrités à la concurrence intérieure et internationale, tout en préservant la qualité des services et la protection des consommateurs.</p>	<p>En vertu de l'article 77, par. 5-9 de la loi sur le commerce, une autorisation – qui n'a été accordée que sous certaines conditions très restrictives afin d'éviter de compromettre la distribution dans les centres-villes – était requise pour ouvrir des magasins de vente au détail de plus de 800 m². Ces dispositions ont été levées le 1^{er} janvier 2011 (<i>Journal officiel fédéral</i> n° I/111/2010).</p>
<p>Mettre en œuvre intégralement les directives de l'Union européenne relatives aux services. En particulier, il faudrait que les régulateurs sectoriels et l'Autorité fédérale de la concurrence surveillent de près la structure des marchés, les pratiques commerciales et les tarifs pour l'électricité, le gaz, les transports ferroviaires de voyageurs, les services postaux et les télécommunications.</p>	<p>À la fin de 2009, l'activité opérationnelle du guichet unique a démarré avec la mise en œuvre de la directive sur les services 2006/123/CE. De nouvelles améliorations seront apportées au guichet unique au cours des prochains mois – en particulier concernant les procédures électroniques. Le Vorarlberg a été le premier à lancer un lien Internet des <i>Länder</i> conforme à la directive communautaire sur les services. Aucune analyse de marché (au sens juridique de la loi sur la concurrence – <i>Wettbewerbsgesetz</i>) n'a été conduite. Néanmoins, l'Autorité fédérale de la concurrence a eu à examiner ces branches d'activité dans plusieurs affaires de fusion et à l'occasion de plaintes spécifiques ultérieures. Une enquête concernant la surtaxe au titre de l'électricité verte (<i>Ökostrom-Zuschlag</i>) pourrait servir d'exemple.</p>
<p>Réduire les obstacles à la concurrence dans les services professionnels</p>	<p>La loi sur l'artisanat, le commerce, les services et l'industrie a été modifiée en 2008 de manière à faciliter l'accès à plusieurs professions. Les directives européennes concernant la reconnaissance des qualifications professionnelles ont été transposées.</p>
<p>Mener à bien l'évaluation en profondeur prévue de la politique de la concurrence et de son cadre institutionnel.</p>	<p>Une évaluation du droit autrichien de la concurrence est actuellement réalisée. En novembre 2010, les partenaires sociaux ont présenté une étude sur l'avenir de la politique autrichienne de la concurrence. Des groupes de travail réunissant les parties prenantes de la politique de la concurrence sont en train d'examiner les propositions issues de cette étude. Début 2012, les ministères fédéraux compétents présenteront leurs propositions législatives.</p>

Recommandations concernant le marché du travail	
Recommandations de l'Étude précédente	Mesures prises
Éducation préscolaire	
<p>Outre l'instauration déjà prévue d'une année d'éducation préscolaire obligatoire en demi-journée, encourager l'inscription des enfants en maternelle toute la journée dès trois ans, notamment pour les enfants issus de milieux défavorisés et de l'immigration.</p>	<p>Étant donné la structure fédérale de l'Autriche, les <i>Länder</i> sont chargés de l'éducation préscolaire et chacun d'entre eux a sa propre réglementation. Au niveau fédéral, l'éducation préscolaire obligatoire en demi-journée a été instituée en septembre 2009. Les résultats seront évalués en octobre 2011.</p> <p>Exemples de mesures prises au niveau régional par le gouvernement de <i>Vorarlberg</i> :</p> <p>Programme d'éducation préscolaire (<i>Kindertagesgesetz und Kindergartenbildungs- und -erziehungsplan</i>) ;</p> <p>Une année d'éducation préscolaire obligatoire – et gratuite – à partir de l'âge de cinq ans (<i>Gesetz über eine Änderung des Kindertagesgesetzes</i>) ;</p> <p>Éducation préscolaire obligatoire en demi-journée à partir de quatre ans pour les enfants ayant des déficits de parole et de langage (<i>Gesetz über eine Änderung des Kindertagesgesetzes</i>).</p> <p>En ce qui concerne l'augmentation du nombre d'élèves – en particulier issus de l'immigration –, plusieurs mesures ont été prises, notamment l'instauration d'une année d'éducation préscolaire obligatoire, la publication d'informations, la création de réseaux et la distribution d'outils pédagogiques. Des initiatives sont menées en coopération étroite avec les <i>Länder</i> dans le cadre de la « directive 15a » (<i>15a Vereinbarung</i>). En outre, le ministère fédéral de l'Éducation a apporté un soutien aux établissements de formation de façon à accroître leurs capacités d'éducation et de formation initiale.</p>
<p>Définir et appliquer des normes de qualité dans l'éducation préscolaire, concernant les équipements, la taille des classes et les qualifications des enseignants.</p>	<p>La formation initiale des enseignants préscolaires est organisée au niveau fédéral et garantit ainsi le respect de normes de qualité.</p>
<p>Améliorer la coopération entre les autorités fédérales, les <i>Länder</i> et les communes afin d'établir des objectifs concernant l'étendue et la qualité des services d'éducation préscolaires.</p>	<p>Une première étape vers l'instauration d'une stratégie globale a été l'établissement en 2009 d'un « Cadre d'enseignement pour les établissements d'éducation préscolaire en Autriche bénéficiant du soutien de l'administration fédérale et des <i>Länder</i> » (<i>Bundesländerübergreifender BildungsRahmenPlan für elementare Bildungseinrichtungen in Österreich</i> ; www.sprich-mit-mir.at/paedagoginnen/bildungsplaene). Si des mesures sont prises à l'échelon fédéral, elles seront appliquées en concertation étroite avec les <i>Länder</i>. Cette action spécifique doit aussi être considérée à la lumière des travaux sur le « Programme de promotion linguistique » (inclus dans le plan d'éducation pour les établissements préscolaires pour les enfants de 5 ans), qui est appliqué de manière individuelle dans chaque établissement.</p>
<p>Faire du développement de l'éducation préscolaire une priorité budgétaire, avec des objectifs de résultat explicites.</p>	<p>En mai 2011, l'administration fédérale a décidé de créer 5 000 places supplémentaires d'EAJE (« Éducation et accueil des jeunes enfants ») chaque année de 2012 à 2014, soit un investissement de 55 millions EUR (10 millions EUR en 2011, et 15 millions EUR par an entre 2012-14).</p>
Enseignement primaire et secondaire	
<p>Imposer des normes nationales dans l'enseignement primaire et secondaire, ainsi que des systèmes d'épreuves et d'évaluations.</p>	<p>Un cadre juridique pour les normes d'éducation, qui définit des niveaux de compétences en mathématiques, anglais et allemand, a été adopté en 2009. Il sera mis en œuvre par étapes, avec une première phase d'essai en mathématiques pour les élèves de huitième année en 2012 et pour les élèves de quatrième année en 2012/13.</p>
<p>Supprimer l'orientation trop précoce des élèves, notamment en favorisant la création d'établissements non sélectifs (<i>Neue Mittelschule</i>), ce qui nécessite de les doter des moyens pédagogiques et des programmes scolaires adéquats.</p>	<p>Depuis 2009, le modèle d'école non sélective « <i>Neue Mittelschule/ NMS</i> » a été mis en place dans 320 établissements. À l'automne 2011, 117 nouvelles écoles entrèrent dans le modèle NMS. En 2015/16, tous les établissements du premier cycle de l'enseignement secondaire seront convertis à la norme « <i>Neue Mittelschulen</i> ».</p>

Recommandations concernant le marché du travail	
Recommandations de l'Étude précédente	Mesures prises
<p>À l'aide de mesures spécifiques, résorber les très grandes différences de résultats scolaires entre les élèves qui parlent allemand à la maison et les autres.</p> <p>Donner aux enseignants les moyens de recenser les élèves plus faibles et ceux d'origine étrangère qui ont des difficultés en langue, de mieux diagnostiquer leurs difficultés et de personnaliser leur enseignement en conséquence. Cela pourrait exiger des ressources supplémentaires pour les écoles qui accueillent davantage d'élèves vulnérables.</p>	<p>En 2006/2007 a été mis en place un cadre légal pour l'introduction de cours d'allemand à l'intention des élèves qui ne peuvent pas suivre les cours en langue allemande. En 2008/09, cette mesure a été étendue à tous les établissements du premier cycle du secondaire et du niveau préprofessionnel. En 2010/11, le niveau inférieur des établissements scolaires secondaires sera également intégré. Pendant une durée maximale de deux ans, les élèves ayant une maîtrise insuffisante de l'allemand ont jusqu'à 11 heures de cours d'allemand par semaine.</p> <p>L'offre de cours de soutien dans la langue maternelle de l'élève a été élargie et des classes de soutien dans 22 langues différentes font partie de cette initiative. En Autriche, 400 enseignants participent à cette initiative destinée à aider les enfants ayant une langue maternelle autre que l'allemand à suivre le programme scolaire.</p> <p>En outre, le projet « Méthodes d'assistance professionnelle » à l'intention des enseignants des classes multilingues a été lancé en 2010. Il a pour but d'aider les enseignants de toutes disciplines à détecter les élèves souffrant de difficultés linguistiques, en vue de mettre en œuvre des mesures de soutien individualisées. Ces mesures de formation à l'intention des enseignants faciliteront la détection des enfants vulnérables.</p>
<p>Renforcer l'autonomie et le pouvoir des chefs d'établissement et des enseignants pour qu'ils puissent adapter les programmes scolaires et les méthodes pédagogiques en fonction de leurs élèves.</p> <p>Continuer de soutenir le développement des évaluations, notamment les épreuves d'évaluation au niveau des établissements, qui contribueront à terme à améliorer la qualité et la responsabilité.</p>	<p>En ce qui concerne le rôle des chefs d'établissement, l'Autriche travaille à un amendement législatif destiné à définir le rôle et les tâches des directeurs d'école. Par ailleurs, une « structure de gestion » à l'intention des chefs d'établissement sera mise en place en 2011.</p> <p>À l'heure actuelle, les autorités mettent en œuvre une réforme du système d'éducation et de formation initiale des enseignants. En 2011 sera adopté un système de gestion de la qualité qui met l'accent sur l'individualisation et l'orientation des compétences dans l'enseignement et la formation. Il est également envisagé d'améliorer la coopération entre l'administration fédérale et les <i>Länder</i>.</p> <p>L'initiative « 25 plus – apprentissage et enseignement individuels » (<i>25plus-individuell lernen und lehren</i>) prévoit des mesures de formation initiale pour les enseignants ainsi qu'une gestion de la qualité et le développement d'outils pédagogiques affinés en permanence.</p> <p>Exemples :</p> <p>Examens par les pairs concernant « L'enseignement et l'apprentissage » dans les collèges universitaires de formation des enseignants.</p> <p>Offre de stages « Former le formateur » à l'intention des enseignants dans les collèges universitaires de formation des maîtres.</p> <p>Développement plus poussé du soutien et de l'orientation externes des établissements scolaires.</p> <p>Utilisation du site « Qualité des écoles en ligne » en tant qu'outil de notification pour mettre en valeur l'« enseignement individualisé ».</p>
<p>Réévaluer les infrastructures scolaires actuelles, la taille des classes et le personnel enseignant en fonction de l'évolution démographique et de l'urbanisation, et élaborer un plan de rationalisation.</p> <p>Réinvestir les ressources libérées par la rationalisation en vue d'améliorer la qualité de l'enseignement, notamment en développant la formation en cours d'emploi des professionnels de l'éducation afin qu'ils mènent les évaluations.</p> <p>Développer la coopération entre l'État fédéral et les <i>Länder</i> afin d'établir des objectifs communs en vue de rationaliser les infrastructures scolaires et d'améliorer la qualité de l'enseignement.</p>	<p>Néant.</p> <p>Une initiative législative a été lancée en vue de mettre en place un système global de gestion de la qualité pour tous les établissements (comme c'est déjà le cas dans l'enseignement professionnel). Cela suppose une coopération étroite entre l'administration fédérale et les <i>Länder</i>.</p> <p>À l'heure actuelle, le ministère fédéral et les collèges universitaires de formation des maîtres travaillent de concert pour offrir des programmes de formation viables et plus efficaces afin d'améliorer la qualité de l'enseignement.</p>

Recommandations concernant le marché du travail	
Recommandations de l'Étude précédente	Mesures prises
Rendre les carrières d'enseignant et de chef d'établissement plus attrayantes. Élaborer une politique nationale relative aux enseignants et aux chefs d'établissement, notamment pour le recrutement, la formation continue, l'évaluation régulière, la mobilité géographique, les salaires et les primes.	<p>À l'heure actuelle, les autorités prévoient d'adopter une nouvelle loi concernant le personnel pédagogique, qui instaurera un barème de rémunération plus satisfaisant en début de carrière.</p> <p>Le processus de réforme pour une formation initiale renouvelée des enseignants a été lancé en 2009. Conformément au Processus de Bologne, la formation sera harmonisée pour les enseignants des établissements primaires et secondaires. Dans toutes les professions pédagogiques, un diplôme d'études supérieures sera exigé.</p> <p>Outre la réforme de la formation des enseignants, les autorités envisagent une différenciation et une répartition des tâches au sein de l'administration des établissements. En vue de rendre les professions pédagogiques plus attrayantes, un nouveau système de recrutement plus perméable sera mis en place.</p> <p>En ce qui concerne la formation complémentaire, les chefs d'établissement, les administrateurs des écoles et les mentors scolaires bénéficieront de programmes de formation élargis.</p>
Enseignement supérieur	
Définir des objectifs pour le développement des capacités – insuffisantes – de l'enseignement supérieur.	Ces deux dernières années, deux programmes spéciaux ont offert des financements publics (34 millions EUR pour l'enseignement et 34 millions EUR pour l'infrastructure de recherche) s'ajoutant au budget global des universités. De plus, en 2011 et en 2012, des crédits supplémentaires de 30 millions EUR seront dépensés chaque année pour des mesures d'amélioration de l'infrastructure pédagogique en mathématiques, informatique, sciences naturelles et techniques, ainsi que pour une extension des capacités d'accueil des universités.
Préciser les responsabilités publiques et privées en matière de financement des études supérieures et en tirer les implications au niveau budgétaire.	En Autriche, les dépenses privées pour l'enseignement supérieur restent plus faibles que dans les autres pays. En mars 2011, l'Autriche a adopté une stratégie globale pour la recherche, la technologie et l'innovation (<i>Strategie der Bundesregierung für Forschung, Technologie und Innovation</i>). Cette stratégie prévoit aussi différentes mesures pour améliorer et préciser le financement des universités publiques. Le ministère fédéral des Sciences et de la Recherche analyse actuellement de nouveaux mécanismes de financement des universités publiques en vue d'accroître la transparence et l'efficacité du financement de l'enseignement supérieur.
Permettre aux universités d'imposer des droits d'inscription, tout en évitant la ségrégation socio-économique en matière d'accès à l'université grâce à un système moderne de bourses et de prêts étudiants.	La situation concernant les droits de scolarité n'a pas évolué depuis 2009.
Mettre au point un système moderne de prêts étudiants s'inspirant des meilleures pratiques internationales, et couvrant non seulement les droits d'inscription mais aussi les frais de subsistance.	Jusqu'ici, aucune décision n'a été prise à cet égard (voir la question précédente).
Permettre aux universités de limiter les admissions en fonction des capacités d'enseignement.	En général, il n'y a pas de limitation de l'accès dans les universités autrichiennes (voir la question sur les droits d'inscription). Les examens d'entrée destinés à ajuster les effectifs d'étudiants ne concernent qu'un nombre très restreint de disciplines (par exemple, la médecine, la médecine vétérinaire et la psychologie). Récemment, l'Autriche a pris les mesures suivantes : dispositions destinées à aider les jeunes à faire le « bon » choix pendant leurs études (campagne de sensibilisation ; campagne spéciale de promotion des sciences, de la technologie, de l'ingénierie et des mathématiques, etc.) ; introduction d'une phase d'entrée pour toutes les études : à partir du semestre de l'hiver 2011, une information et une orientation améliorées seront disponibles pendant le premier semestre ; pour pouvoir poursuivre leurs études, les étudiants devront réussir deux examens durant la première année d'études.

Recommandations concernant le marché du travail	
Recommandations de l'Étude précédente	Mesures prises
<p>Veiller à la transparence et à la publication des données sur la qualité de l'enseignement, des normes scolaires et des résultats professionnels des diplômés de chaque établissement d'enseignement supérieur.</p> <p>Continuer d'encourager les réformes de la gouvernance et de la gestion des universités, et développer les « contrats d'objectif » avec les pouvoirs publics.</p>	<p>La mise en œuvre du Processus de Bologne se poursuit ; l'Autriche s'efforce d'optimiser les processus (exemple : « Bologne rechargé », programme comprenant dix mesures à prendre de concert avec les établissements supérieurs ; ce programme doit s'achever en 2011). La nouvelle loi sur l'assurance qualité pour les universités, les universités de sciences appliquées et les universités privées devrait entrer en vigueur en 2012. Elle comprendra plusieurs des mesures mentionnées dans les recommandations de l'OCDE.</p> <p>En 2009, le ministère fédéral de l'Éducation a mené pour la deuxième fois des négociations sur les accords de résultat. Le Conseil des sciences de l'Autriche a évalué le processus et les résultats pour aider à affiner cet instrument de gouvernance (voir www.wissenschaftsrat.ac.at). En 2011 seront engagées les prochaines étapes du développement de ces instruments. Le ministère fédéral prépare le <i>Hochschulplan</i>, qui doit devenir un processus permanent de gestion de l'ensemble du système autrichien d'enseignement supérieur dans une optique systémique, avec le concours des établissements concernés.</p>

ANNEXE A3

Quelques priorités de réforme structurelle du gouvernement autrichien : Feuille de route pour 2011-2013

À la fin du mois de mai 2011, le gouvernement fédéral autrichien a décidé de lancer sept programmes d'activités (Feuille de route pour 2011-2013) comprenant plus de 90 mesures. Leur mise en œuvre devrait permettre de réduire davantage le chômage et de renforcer la performance économique. La Feuille de route servira de base aux activités du gouvernement fédéral jusqu'en 2013.

Éducation, science, recherche, culture et médias

Nouvelle école secondaire (*Neue Mittelschule*) : Ce nouveau concept sera étendu à 434 établissements d'ici à l'automne 2011 et tous les établissements existants du premier cycle du secondaire seront transformés selon ce concept d'ici à l'automne 2015.

Garderie pour enfants scolarisés : Le nombre de places sera porté de 105 000 à 210 000 d'ici à 2015.

Rémunération des enseignants : Un relèvement des salaires d'embauche des enseignants est envisagé de manière à renforcer l'attrait de cette profession.

Économie, travail, infrastructure et innovation

Petites et moyennes entreprises : L'innovation, l'investissement et l'internationalisation seront encouragés par des subventions et des prêts à faible taux d'intérêt.

Nouvelles sociétés à responsabilité limitée : La modification de leur forme juridique réduira les charges administratives pour les petites et moyennes entreprises.

Recherche et technologie : L'accent sera mis davantage sur l'encouragement de l'innovation dans les marchés publics, la coopération entre la science et l'industrie et l'excellence dans la recherche.

Santé, soins de longue durée et affaires sociales

Réforme des hôpitaux et des soins de santé : Une stratégie de maîtrise des coûts sera mise en œuvre pour les soins hospitaliers et le financement et l'organisation du secteur hospitalier seront réformés.

Systeme de retraite : Il est envisagé d'examiner l'évolution du coût des retraites sur le long terme afin de garantir la viabilité du système de retraite. L'objectif est d'augmenter l'âge effectif de la retraite.

Caisses d'assurance maladie : La mise en œuvre d'une stratégie de maîtrise des coûts obligatoire pour les caisses d'assurance maladie devrait permettre de réaliser une économie de 1.7 milliard EUR sur la période 2010-13.

Objectifs de santé nationaux : Un groupe d'experts devrait présenter des propositions d'ici à la mi-2012.

Famille, société, opportunités et femmes :

Garde des jeunes enfants : Les services de garde d'enfants seront développés, avec la création de 5 000 places par an afin de mieux concilier emploi et famille.

Retour à l'emploi : En coopération avec le secteur privé, des dispositions seront prises pour encourager les horaires de travail flexibles et la création d'emploi de qualité à temps partiel.

Énergie, environnement et agriculture

Énergies renouvelables : Utilisation des énergies renouvelables afin d'assurer l'indépendance à l'égard de l'énergie nucléaire d'ici à 2015.

Efficacité énergétique : L'amélioration de l'isolation thermique des bâtiments sera encouragée par des aides et des subventions.

Marché du gaz : La concurrence et la protection des consommateurs seront renforcées de manière à assurer un service ininterrompu et à promouvoir l'investissement.

Efficacité du secteur public et finances publiques

Réduction des charges administratives : 330 propositions de réformes, dont 40 ont déjà été mises en œuvre en 2011, amélioreront l'efficacité du secteur public.

Chapitre 1

Les carences du secteur public sont de moins en moins supportables

Les résultats de la politique budgétaire menée par les autorités autrichiennes sont bons par rapport à d'autres pays, mais insuffisants pour faire face aux augmentations des dépenses qui seront induites par le vieillissement de la population dans les années à venir. Au regard de la situation macroéconomique favorable, le rythme d'assainissement pourrait être plus rapide que ce n'est actuellement le cas, de façon à ramener la dette au-dessous de 60 % du PIB d'ici 2020. Traditionnellement, la politique budgétaire en Autriche a toujours été procyclique au cours des phases ascendantes en raison d'une maîtrise insuffisante des dépenses. Le renforcement des règles budgétaires et la réforme des relations budgétaires entre administrations pourraient contribuer à endiguer la hausse des dépenses. De même, des réformes visant à accroître l'efficacité des principales catégories de dépenses, comme les retraites et autres dépenses sociales, la santé et l'éducation sont indispensables pour freiner les dépenses et garantir des services publics de qualité à moindre coût. À cet égard, l'Autriche devrait recourir systématiquement au cadre de budgétisation dans l'optique des résultats qu'elle envisage de déployer en 2013. L'accélération de la croissance potentielle pourrait également soulager les tensions qui s'exercent sur les finances publiques. Il reste encore beaucoup à faire pour rééquilibrer la structure de la fiscalité au profit des sources de recettes provoquant le moins de distorsions, afin de soutenir l'emploi et la croissance.

Les finances publiques après la crise

Les finances publiques de l'Autriche se sont beaucoup détériorées au cours de la crise économique et financière, et le déficit est passé de 0.9 % du PIB en 2008 à 4.6 % en 2010. Cette dégradation est imputable aux mesures de relance discrétionnaires – principalement sous la forme d'une baisse de l'impôt sur le revenu des personnes physiques – et au jeu des stabilisateurs automatiques. La relance discrétionnaire représentait au total 1.5 % du PIB en 2009 et 1.8 % en 2010, et était du même ordre que ce que prévoit le Plan européen de relance économique. La dette publique s'est creusée, passant de 63.8 % du PIB en 2008 à 72.3 % en 2010, et devrait s'amplifier jusqu'en 2013. Une partie de l'augmentation du ratio d'endettement (2.4 points) s'explique par le soutien public au secteur bancaire et par les prêts bilatéraux octroyés à la Grèce. Le soutien à la Grèce et à d'autres pays de la zone euro (Irlande, Portugal), dans le cadre du Fonds européen de stabilité financière (FESF), entraînera de nouvelles hausses temporaires du ratio d'endettement entre 2011 et 2013. Même dans ces conditions, l'Autriche reste bien placée par rapport à la moyenne de l'UE ou de l'OCDE.

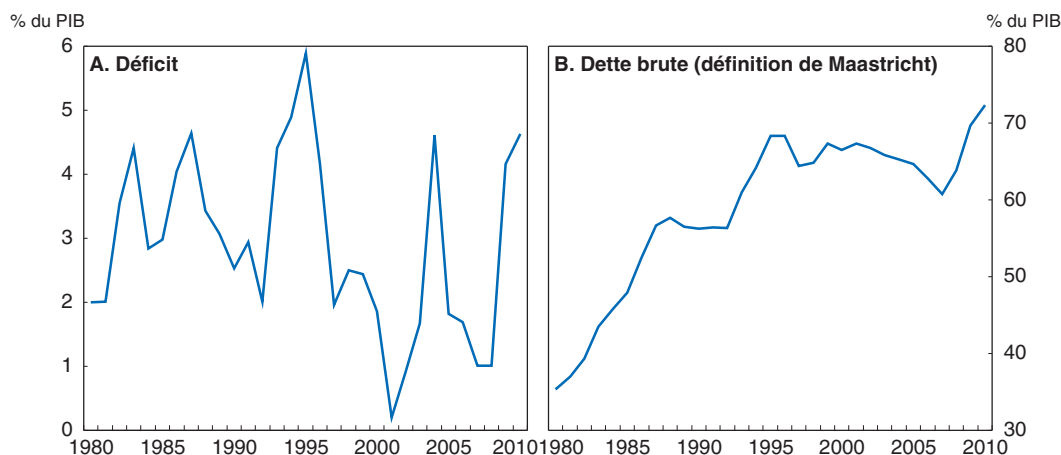
La détérioration du déficit et de la dette résulte également de la révision intégrale des données publiques intervenue en mars 2011. Le durcissement des critères appliqués par Eurostat aux entités du secteur privé a contraint de réintégrer dans les comptes publics le déficit et la dette de la société autrichienne de chemins de fer et des hôpitaux publics. En conséquence, la dette publique s'est accrue de 2.2 points de PIB en 2009 et d'un demi-point supplémentaire en 2010. Les déficits ont été majorés respectivement de 0.6 point en 2009 et d'un point en 2010 sous l'effet des reclassifications. Il est plus opportun, dans un souci de transparence, d'enregistrer ces opérations dans les comptes publics, parce que ces prêts auraient difficilement pu être remboursés sans de nouvelles injections de liquidités par l'État.

Néanmoins, les déséquilibres budgétaires de l'Autriche sont essentiellement de nature structurelle. Traditionnellement, la politique budgétaire a été contracyclique pendant les récessions, mais procyclique ou au mieux neutre au cours des phases ascendantes (Brandner et al., 2009). Pendant plus de 35 ans, le pays n'a cessé d'enregistrer des déficits budgétaires, quelle que soit la conjoncture, à la seule exception de l'équilibre atteint en 2001. Depuis 1974, le solde des administrations publiques n'a jamais plus été excédentaire. Au cours des trois dernières décennies, l'encours de la dette a doublé, passant d'un tiers du PIB à plus de deux tiers. Les charges d'intérêts absorberont près de 3 % du PIB, soit quelque 6 % des dépenses publiques dans les années à venir (Schratzstaller, 2010). La normalisation attendue des taux d'intérêt alourdira progressivement les coûts du service de la dette.

Des actions correctives ont été engagées

À mesure que la reprise s'affermi, une stratégie globale est nécessaire pour résorber le déficit et réduire le ratio d'endettement afin de regagner une marge de manœuvre budgétaire et de relever les défis qui se profilent à moyen et long terme. Un pays dont la dette s'envole s'expose aux risques d'instabilité sur le marché des capitaux, car les marchés obligataires

Graphique 1.1. Déficit public et dette brute



Source : Base de données des Perspectives économiques de l'OCDE pour le déficit public et Bureau autrichien des statistiques pour la dette brute.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458254>

sont de plus en plus attentifs à la capacité des pouvoirs publics de remédier à une situation budgétaire intenable. Par conséquent, des mesures d'assainissement trop timides peuvent déclencher un relèvement des taux d'intérêt et mettre rapidement un pays en fâcheuse posture. De même, l'expérience montre qu'une dette publique élevée peut brider la croissance à long terme en raison des conséquences négatives d'une hausse des taux d'intérêt sur l'investissement des entreprises. Un niveau d'endettement supérieur à 90 % du PIB ampute la croissance d'environ 1 point par an (Reinhart et Rogoff, 2010).

Le 2 décembre 2009, le Conseil de l'Union européenne a adopté une décision disposant que le déficit de l'Autriche était excessif et qu'elle devait y remédier d'ici 2013, en engageant un programme d'assainissement en 2011 et en améliorant le solde structurel de $\frac{3}{4}$ points de PIB par an. En l'occurrence, les autorités autrichiennes ont prévu des mesures dans le budget pour 2011 qui devraient ramener le déficit au-dessous de 3 % du PIB d'ici 2013 (voir les tableaux 1.1- 1.3). Les principales mesures du côté des dépenses prennent la forme de réductions des dépenses sociales (allocations familiales et soins de longue durée), des dépenses administratives, des subventions et des transferts, ainsi que de restrictions sur le front des retraites. Des économies sont également attendues dans le domaine des charges d'intérêt sur la dette publique¹. Du côté des recettes, le budget prévoit une « taxe de stabilité » sur les banques, un alourdissement de la fiscalité des carburants, une taxe sur les billets d'avion, un relèvement des droits d'accise sur le tabac et une révision de la fiscalité des plus-values et des fondations (introduction d'une retenue à la source sur les actifs

Tableau 1.1. Finances des administrations publiques, 2008-13

% du PIB	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Solde des administrations publiques	-0.9	-4.1	-4.6	-3.9	-3.3	-2.9
Solde structurel	-1.8	-2.6	-3.2	-2.8	-2.4	-2.1
Total des dépenses	49.3	53.0	53.0	52.2	51.6	51.0
Total des recettes	48.3	48.8	48.3	48.3	48.2	48.2
Dette publique brute (Maastricht)	63.8	69.6	72.3	73.6	75.0	75.5

Source : Statistik Austria ; ministère fédéral des Finances, 2011a (les chiffres pour 2011-13 sont des prévisions du gouvernement).

Tableau 1.2. **Restriction des dépenses de l'administration centrale, 2011-14**

Millions EUR	2011	2012	2013	2014
Dépenses sociales	-734	-860	-970	-1 093
<i>Retraites</i>	-356	-400	-469	-549
<i>Transferts aux familles</i>	-246	-278	-278	-278
<i>Autres</i>	-132	-182	-223	-266
Charges administratives	-486	-791	-868	-963
Subventions et transferts	-190	-330	-404	-458
Charges d'intérêts	-86	-229	-454	-712
	-1 496	-2 210	-2 696	-3 226

Source : Ministère fédéral des Finances, 2011a.

Tableau 1.3. **Recettes supplémentaires de l'administration centrale, 2011-14**

Millions EUR	2011	2012	2013	2014
Taxe de stabilité sur les banques	500	500	500	500
Taxe sur le carburant	417	470	470	470
Mesures antifraude	100	200	300	400
Taxe sur les plus-values	30	50	100	250
Droits d'accise sur le tabac	100	150	150	150
Impôt sur les sociétés	0	200	200	200
Autres	17	171	201	221
	1 164	1 741	1 921	2 191

Source : Ministère fédéral des Finances, 2011a.

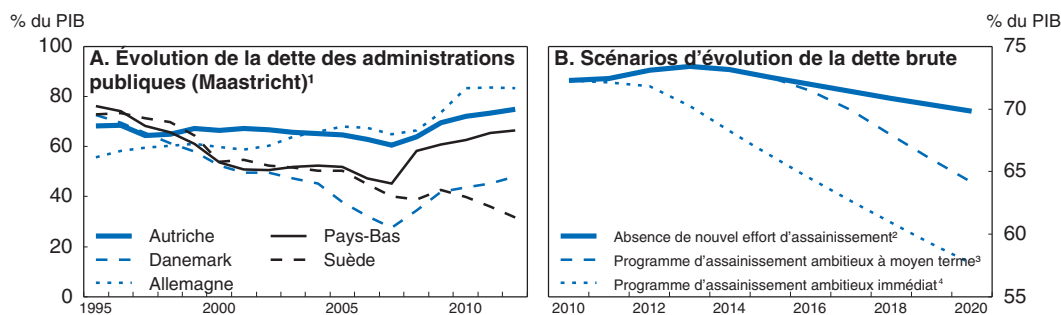
financiers). En outre, les politiques de lutte contre la fraude devraient générer des recettes supplémentaires. Les mesures touchant les dépenses représentent près de 60 % de l'effort total d'assainissement et sont prises en charge par l'administration centrale. Les *Länder* (administrations des États) et les communes percevront de nouvelles recettes fiscales et sont associés à l'effort national de rééquilibrage budgétaire par le biais du *Pacte de stabilité intérieure*, qui limite le déficit des *Länder* à 0.75 % du PIB en 2011, 0.6 % en 2012 et 0.5 % en 2013-14, tandis que les communes devront avoir des budgets en équilibre.

Outre les mesures prévues dans le budget de 2011, la loi 2012-15 d'avril 2011 sur le Cadre budgétaire à moyen terme trace une trajectoire de croissance nominale des dépenses de l'administration centrale de 1.8 % du PIB par an en moyenne. Partant de l'hypothèse d'une croissance nominale du PIB de 4 % par an et d'un ratio de recettes inchangé, le gouvernement espère que cette stratégie réduira progressivement le ratio de dépenses et ramènera le déficit budgétaire à 2 % du PIB d'ici 2015.

Le désendettement doit se poursuivre à moyen terme


Au regard de la situation macroéconomique favorable, le rythme d'assainissement pourrait être plus ambitieux, de façon à rendre tolérable la charge de la dette et à absorber les pressions budgétaires futures. En vertu du plan actuel d'assainissement budgétaire à moyen terme, le déficit sera ramené à 2 % du PIB d'ici 2015. Toutefois, en l'absence de nouvelle amélioration sur le plan budgétaire, cela ne suffira pas à faire baisser la dette de façon suffisamment rapide. Dans l'hypothèse d'un déficit de 2 % de 2015 à 2020 et d'un taux de croissance nominale constant de 3.7 % après 2012, le ratio dette/PIB resterait supérieur à ses niveaux d'avant la crise jusqu'en 2020 (graphique 1.2, encadré B). En revanche, un programme d'assainissement immédiat, ambitieux et plus concentré dans sa

Graphique 1.2. Ratios de dette brute et divers scénarios



1. Les données après 2010 sont des projections.
2. Croissance du PIB nominal de 4.7 % en 2011 et de 3.7 % par la suite, et déficit budgétaire de 3.7 % du PIB en 2011, avec un retour progressif à 2 % du PIB d'ici 2015 et aucun effort d'assainissement supplémentaire ensuite.
3. Mêmes hypothèses que ci-dessus, mais assainissement supplémentaire de 0.5 point après 2015 jusqu'à ce qu'un déficit budgétaire de 0.5 % soit atteint.
4. Mêmes hypothèses que ci-dessus en ce qui concerne le PIB nominal, mais le déficit est progressivement ramené de 4.6 % du PIB à 0.5 % en 2014, puis maintenu constant par la suite.

Source : Base de données des Perspectives économiques de l'OCDE ; calculs de l'OCDE d'après les chiffres figurant dans la Base de données des Perspectives économiques de l'OCDE.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458273>

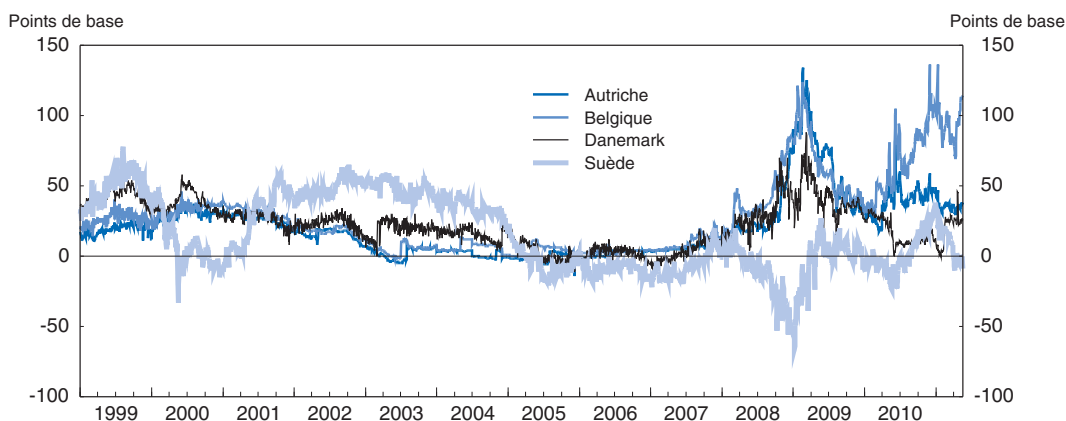
phase initiale, visant à ramener le déficit à 1 % du PIB en 2013 et à 0.5 % en 2014, sur le modèle du programme de freinage de l'endettement déployé en Allemagne, et à le maintenir à ce niveau par la suite, réduirait le ratio dette/PIB à moins de 60 % d'ici 2020. Un programme d'assainissement à moyen terme ambitieux, prévoyant une nouvelle baisse du déficit de 0.5 point de PIB après 2015 jusqu'à ce qu'un solde de 0.5 % du PIB soit atteint, ne permettrait pas de ramener la dette à moins de 60 % du PIB avant 2020.

La situation budgétaire serait compromise par un relèvement des taux d'intérêt, qui sont relativement bas depuis un certain temps. Des taux d'intérêt plus élevés alourdiraient les coûts de remboursement de la dette, ce qui accroîtrait les pressions en faveur d'une baisse d'autres dépenses afin de respecter l'objectif de déficit. À terme, la normalisation des conditions financières et des taux directeurs devrait favoriser une hausse générale des taux d'intérêt à long terme. En outre, une augmentation du ratio dette/PIB pourrait entraîner une hausse de la prime sur la dette souveraine autrichienne, relativement faible pour l'heure, à 40 points de base au dessus des taux allemands. Il n'est pas possible de déterminer avec certitude le seuil à partir duquel la prime de risque autrichienne pourrait commencer à croître². Il convient toutefois de prendre en compte dans la planification budgétaire le risque qu'un gonflement de la dette publique exacerbe les tensions sur les rendements des obligations d'État à long terme et affaiblisse la croissance.

Défis budgétaires à moyen et long terme


La réduction du ratio dette/PIB actuel est d'autant plus importante que les pressions sur les dépenses vont s'intensifier à l'avenir. Une évaluation prospective des finances publiques doit tenir compte des engagements implicites du secteur public qui n'apparaissent pas dans les chiffres du déficit public et de la dette. Il s'agit d'engagements au titre du régime public de retraite et des garanties de prêts accordées aux entreprises d'infrastructures³, au secteur bancaire ou à d'autres pays de la zone euro en vertu du FESS. Ces garanties sont des passifs éventuels dont les coûts pour l'État se manifesteront en cas de défaillance de l'emprunteur. Leur probabilité de survenue est certes incertaine, mais leur incidence sur les finances publiques serait considérable.

Graphique 1.3. Écarts de taux d'intérêt par rapport à l'Allemagne



Note : Les écarts de taux d'intérêt par rapport à l'Allemagne concernent les emprunts publics de référence à 10 ans ; les dernières données disponibles datent du 18 mai 2011.

Source : Datastream.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458292>

Le vieillissement de la population pèse lourdement sur les finances publiques

La population autrichienne vieillit rapidement. Le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus augmentera fortement, alors que la population d'âge actif (15 à 64 ans) déclinera dès 2020. Selon les projections de la Commission européenne (2009), le rapport de dépendance économique des personnes âgées (le rapport entre les personnes de 65 ans et plus et la population d'âge actif) devrait doubler, passant de 25 % en 2008 à 51 % en 2060. L'Autriche passera de 4 personnes d'âge actif pour une personne de plus de 65 ans à un ratio de seulement 2 pour 1. La dégradation du rapport de dépendance des personnes âgées se concentrera de 2020 à 2030, et les coûts pour le secteur public culmineront entre 2040 et 2050.

L'évolution démographique exercera des pressions considérables sur les finances publiques. D'après les projections de la Commission européenne (2009), le gouvernement autrichien estime que le vieillissement se traduira par une augmentation des dépenses publiques de l'équivalent de 3.1 points de PIB jusqu'en 2060 (tableau 1.4). Cette hausse est due pour l'essentiel à l'augmentation des coûts des soins de santé, suivie de celle des soins de longue durée, puis des pensions. L'augmentation prévue des dépenses liées à l'âge est plus faible que dans d'autres pays de l'UE, mais l'Autriche part de plus haut, car les ressources qu'elle consacre aux pensions et aux soins de santé et de longue durée sont supérieures à la moyenne (respectivement 13.5 % du PIB et 8.5 % du PIB). Selon la Commission européenne (2009), l'Autriche est un pays à « risque moyen » en termes de viabilité des finances publiques au regard des pressions exercées par le vieillissement de la population⁴.

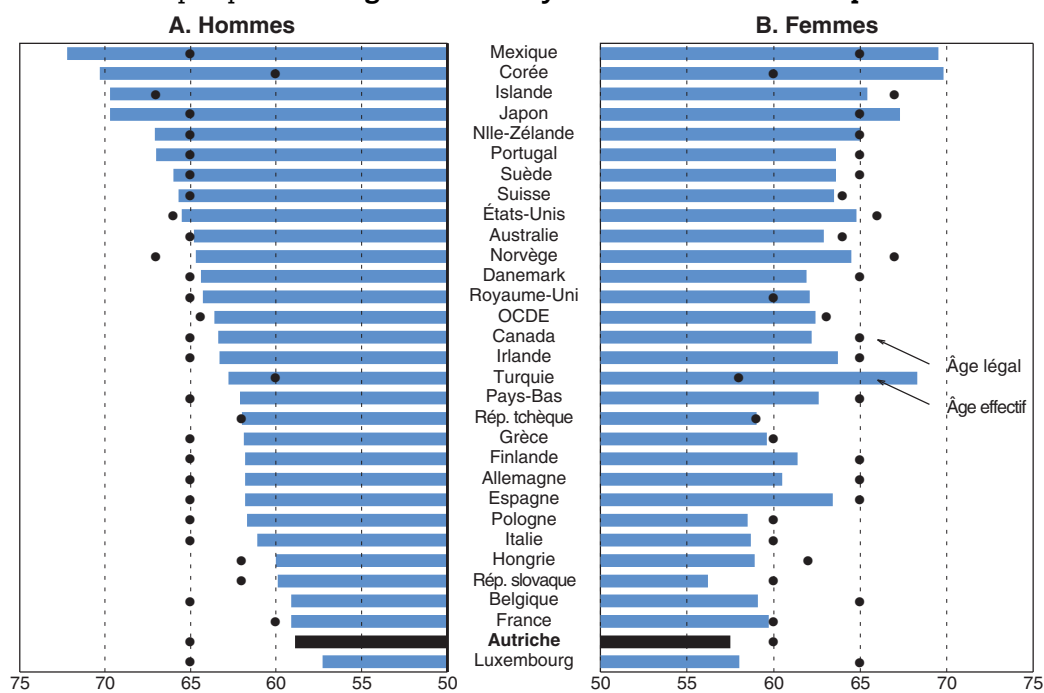
Tableau 1.4. Projection des dépenses liées à l'âge 2010-60

% du PIB	2010	2020	2030	2040	2050	2060
Dépenses liées à l'âge	27.6	27.8	29.4	30.2	31.0	30.7
Pensions	13.6	13.7	14.5	14.6	14.7	14.3
Soins de santé	7.1	7.5	7.9	8.3	8.6	8.5
Soins de longue durée	1.4	1.5	1.8	2.1	2.5	2.6
Éducation	4.8	4.4	4.5	4.5	4.5	4.6

Source : Ministère fédéral des Finances (2011a), mise à jour de la Commission européenne 2009.


Toutefois, ces projections comportent des risques, notamment en ce qui concerne les dépenses de retraite. Elles supposent que le rapport entre la pension moyenne et la rémunération moyenne diminuera sensiblement sur l'horizon de projection, alors que la pension moyenne a augmenté plus vite que le salaire moyen au cours des dernières années⁵. Elles supposent également que le départ à la retraite s'effectuera plus tardivement à l'avenir. Des progrès récents ont été accomplis dans ce domaine, mais l'âge de la retraite reste très bas. Les hommes quittent le marché du travail à 59 ans en moyenne, contre 57 ans pour les femmes, ce qui fait de l'Autriche le pays de l'OCDE où l'on part à la retraite le plus tôt après le Luxembourg (graphique 1.4). De puissantes contre-incitations financières à poursuivre une activité à un âge avancé ont maintenu l'âge effectif de la retraite à un bas niveau en Autriche (voir ci-dessous). Selon une récente étude de l'OCDE (2011), si l'on prend uniquement en compte les changements démographiques en tant que principal facteur d'accroissement des dépenses de retraite, celles-ci augmenteraient de plus de 9 points d'ici 2060 pour atteindre 23 % du PIB – l'un des pourcentages les plus élevés de la zone OCDE⁶. Par conséquent, d'importants efforts sont nécessaires pour contenir les dépenses de retraite.

Graphique 1.4. **L'âge effectif moyen de la retraite est trop bas**



Note : L'âge effectif de la retraite concerne la période de cinq ans de 2004 à 2009 ; l'âge d'ouverture des droits est indiqué pour 2010.

Source : OCDE, *Panorama des pensions 2011 : Les systèmes de retraites dans les pays de l'OCDE et du G20*, graphique 2.3.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458311>

Les projections concernant les coûts des soins de santé et de longue durée peuvent aussi être très incertaines. Cela tient principalement à des déterminants non démographiques de ces dépenses, notamment les progrès des technologies médicales et la hausse des prix relatifs des soins de santé et de longue durée. Selon les évaluations présentées au chapitre 2 de cette *Étude*, l'augmentation de ces coûts pourrait être supérieure à 4 points jusqu'en 2030.

Les charges extrabudgétaires pourraient influencer sur les résultats budgétaires à moyen terme

En 2010, les entreprises publiques accusaient un endettement de 27.4 milliards EUR (9.6 % du PIB), imputable pour plus de la moitié à la compagnie autrichienne des chemins de fer et pour une fraction importante à la société des routes/ASFINAG (tableau 1.5). Ces charges devraient s'accroître en 2011. En outre, les entités hors budget, comme les entreprises communales d'infrastructures, ont accumulé des dettes d'environ 12.6 milliards EUR en 2010 (4.4 % du PIB) (ministère fédéral des Finances ; Commission de la dette publique, 2010). Les garanties allouées au secteur bancaire et à d'autres États membres de la zone euro se sont considérablement accrues pendant la crise ; sont concernées en premier lieu les garanties fédérales accordées aux banques commerciales, dont le montant atteignait 29 milliards EUR en 2009 (Aiginger *et al.*, 2010). En outre, les garanties accordées par les autorités de certains *Länder*, comme celle de la Carinthie au groupe bancaire Hypo Alpe Adria AG, atteignaient des montants significatifs, mais devraient diminuer graduellement et expirer en 2017 au plus tard.

Tableau 1.5. **Dettes des entreprises publiques**

Milliards EUR	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Fédération						
Entreprise autrichienne de chemins de fer	5.8	7.1	9.3	11.1	12.5	14.4
Société des routes/ASFINAG	9.3	8.6	9.2	8.4	8.8	10.0
Société fédérale de gestion d'installations	3.3	3.3	3.3	3.1	2.7	3.0
Autres	0.6	0.3	0.2	0.1	0.1	0.1
	19.0	19.3	22.0	22.7	24.1	27.5
<i>dont inclus dans la dette publique</i>	4.1	3.5	3.6	4.4	5.0	6.0
Länder						
Hôpitaux	0.6	0.8	1.0	1.3	2.2	2.9
<i>dont inclus dans la dette publique</i>	0.6	0.8	1.0	1.3	2.2	2.9
Communes						
Entreprises communales d'infrastructures	11.7	12.1	12.2	12.5	12.5	12.6
Total	31.3	32.2	35.2	36.5	38.8	43.0
<i>dont inclus dans la dette publique</i>	4.7	4.3	4.6	5.7	7.2	8.9

Source : Ministère fédéral des Finances.

Il convient de renforcer encore la gestion des finances publiques

Le régime institutionnel de planification budgétaire s'est amélioré avec la mise en place d'un cadre sur quatre ans à l'occasion de la réforme globale de la loi de finances. Depuis 2009, un plafonnement obligatoire s'applique aux cinq principales catégories de dépenses, qui couvrent quelque 75 % des dépenses de l'administration centrale. Les nouvelles règles budgétaires incitent également les ministères fonctionnels à réaliser des économies en permettant le report des crédits inutilisés d'une année sur l'autre. Les dépenses de l'administration centrale s'accompagnent d'une certaine souplesse afin de tenir compte des domaines plus sensibles à la conjoncture, avec des plafonds variables qui oscillent autour de paramètres définis pour permettre aux stabilisateurs automatiques de jouer leur rôle. Les dépenses financées par l'Union européenne, les dépenses tributaires des recettes (fraction de la TVA pour le financement des hôpitaux, par exemple) et les dépenses au titre des garanties (Steger, 2010) sont d'autres exemples de dépenses qui ne sont pas soumises à des limites fixes.

L'expérience à ce jour du nouveau cadre de dépenses est positive et rehausse la crédibilité des plans budgétaires de l'administration centrale. Ainsi, les plafonds ont limité les dépenses et le report des crédits inutilisés a évité la « fièvre dépen-sière de décembre ». Les ministères fonctionnels se sont gardés d'employer toutes les ressources disponibles et ont constitué d'importantes réserves. De fait, en 2011, ils disposent d'environ 1.4 milliard EUR en plus de leurs dotations budgétaires, qu'ils pourront utiliser pour financer des projets spéciaux non prévus au moment de l'adoption du cadre de dépenses. Il reste cependant à déterminer si cette possibilité de reporter des réserves ne risque pas d'entraîner une perte de contrôle des résultats budgétaires, nuisible sur le plan macroéconomique.

Encadré 1.1. Opérations extrabudgétaires du gouvernement autrichien

Dans la période qui a précédé l'union monétaire, de nombreux pays de l'UE ont pris des mesures exceptionnelles et recouru à divers « artifices comptables » pour aligner le déficit et la dette des administrations publiques sur le plafond fixé par Maastricht, respectivement 3 % et 60 % du PIB : transformation en société privée d'entités publiques telles que des hôpitaux et des fournisseurs d'infrastructures, opérations de cession-bail, classification d'injections de capitaux dans des entreprises publiques comme transactions financières plutôt que comme transferts de capitaux, traitement d'opérations de privatisation en tant qu'opérations courantes, et modifications du calendrier des paiements d'impôts. L'existence de règles budgétaires plus strictes et de budgets décentralisés favorise le recours à de telles pratiques (Koen et Van den Noord, 2005).

L'Autriche a utilisé ce genre de procédures principalement en reclassant des entités du secteur public en entités privées. Par exemple, société des routes/ASFINAG, fondée en 1982, a été restructurée en 1997. En outre, les hôpitaux de quatre *Länder* et des fournisseurs d'infrastructures communales ont été placés hors budget. Ces reclassements se seraient traduits, selon les estimations, par une amélioration du solde budgétaire de 0.5 % du PIB et du ratio d'endettement de 5.2 % du PIB en 1996 et 1997 (Schatzenstaller, 2010). Une deuxième vague a été lancée au début des années 2000, lorsque la société fédérale de gestion d'installations a développé ses activités et que les exploitants d'hôpitaux dans les cinq autres *Länder* sont sortis des comptes des administrations publiques. Parallèlement, les modalités de financement des hôpitaux ont été modifiées, car les administrations de certains *Länder* ont octroyé des prêts au lieu d'injecter des capitaux, réduisant ainsi les déficits. On estime que ces mesures auraient amélioré le solde budgétaire d'environ 0.5 % par an entre 2001 et 2004 (*ibid.*). En 2006, cependant, Statistik Austria a décidé que cette nouvelle pratique comptable relative au financement des hôpitaux n'était pas conforme aux principes comptables du SEC, et a procédé à une révision rétroactive des chiffres du déficit.

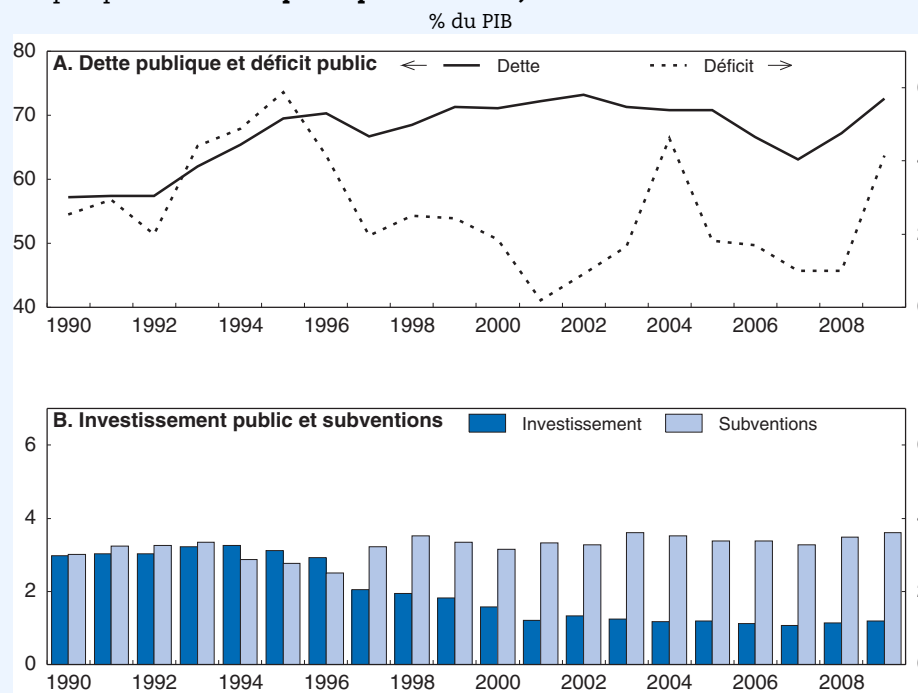
En soi, le reclassement n'améliore pas la viabilité budgétaire. Contrairement à la privatisation, l'État conserve une certaine influence sur l'entité et assume donc le risque d'exploitation. Si l'État supporte des engagements implicites au titre de la dette des entités reclassées et continue de financer leurs déficits, cette opération est purement comptable et n'a aucun effet sur la situation réelle des finances publiques. Néanmoins, la valeur informative des indicateurs budgétaires généraux risque de s'en trouver considérablement amoindrie, car les recettes, coûts et dettes cumulés disparaissent des bilans des administrations publiques. Ainsi, le ratio de la dette peut perdre beaucoup de son intérêt en tant qu'indicateur de la viabilité à long terme dès lors qu'existent d'importantes charges extrabudgétaires (Prammer, 2009).

Encadré 1.1. Opérations extrabudgétaires du gouvernement autrichien (suite)

Il convient de mesurer l'impact à long terme de ce reclassement sur les finances publiques en fonction de la viabilité des entités concernées. L'Autriche est l'un des pays de l'OCDE où la part des aides et transferts publics en faveur des entreprises est la plus élevée, atteignant plus de 5 % du PIB. Plus de la moitié de ces sommes vont aux entreprises publiques hors administrations publiques et aux hôpitaux. Même si, pour procéder à des comparaisons internationales, on exclut la part attribuée aux établissements de soins de santé (1.5 % du PIB en 2008), les transferts aux entreprises et aux entités publiques restent bien supérieurs au niveau enregistré par d'autres pays (4 % du PIB contre 2.3 % en moyenne pour l'OCDE ; données de 2008). En revanche, l'investissement public a beaucoup baissé, passant de plus de 3 % du PIB au début des années 90 à un point bas de 1.1 % en 2008 (contre 3.3 % pour l'OCDE), car ce sont des entreprises situées en dehors du secteur de l'État qui réalisent désormais l'essentiel de l'investissement (Prammer, 2009 ; Pitlik et al., 2010).

Il existe également un risque que des engagements jusqu'alors implicites ne soient réintégrés dans les bilans des administrations publiques en tant qu'engagements explicites, ce qui s'est déjà produit dans une certaine mesure en mars 2011. Selon le Système européen de comptes (SEC 95), un des critères pour être qualifié de « producteur marchand » est que le produit de la vente couvre plus de 50 % des coûts de production. Des discussions sont en cours en vue de durcir ces critères, et il se peut que certaines entités reclassées en Autriche ne répondent plus aux conditions fixées. Par exemple, les chemins de fer autrichiens réalisent plus d'un tiers de leur chiffre d'affaires grâce à l'État, sous la forme d'indemnités au titre de l'entretien des infrastructures, de la tarification sociale et des mesures en faveur de l'environnement. La société de gestion des installations pourrait également être concernée par des critères plus restrictifs et devoir être réintégrée dans les bilans des administrations publiques.

Graphique 1.5. Dette publique et déficit, investissement et subventions



Source : OCDE, Base de données des Perspectives économiques.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458330>

Néanmoins, le cadre de dépenses couvre seulement 40 % environ du total des dépenses des administrations publiques. Les administrations infranationales se sont jusqu'à présent opposées à la mise en œuvre de la réforme de la loi de finances, et les crédits de la sécurité sociale échappent aux plafonds. Par conséquent, le risque de dérapage des dépenses n'est pas entièrement maîtrisé.

Les relations budgétaires au sein de la Fédération continuent de contrarier les efforts d'assainissement

Les relations budgétaires entre trois niveaux d'administration – administration centrale, *Länder* et communes – se caractérisent par la fragmentation des compétences en matière de financement (impôts) et de dépenses. Les administrations infranationales réalisent près d'un tiers des dépenses totales mais disposent de compétences fiscales limitées, en partie parce qu'elles l'ont elles-mêmes décidé. Leurs ressources proviennent de dotations, d'un régime de cofinancement et de recettes fiscales partagées en fonction d'un indice pondéré par la population, l'objectif étant d'aplanir les inégalités entre régions.

Deux accords régissent les relations budgétaires : le *Pacte de stabilité intérieure* qui fixe des objectifs annuels de déficit pour les trois niveaux d'administration, et la *Loi de péréquation budgétaire* qui partage les recettes entre eux. Ces deux instruments sont périodiquement renégociés, généralement en même temps. Les accords en vigueur ont été adoptés au début de 2011 et sont valables jusqu'en 2014. Les *Länder* sont tenus de ramener progressivement leur déficit de 0.75 % du PIB en 2011 à 0.5 % du PIB en 2013 et 2014, tandis que les communes doivent avoir des budgets en équilibre. L'administration centrale doit veiller à ce que les objectifs de déficit des administrations publiques fixés dans le *Pacte de stabilité* soient respectés.

Le *Pacte de stabilité intérieure* ne fixe pas de limite au ratio d'endettement, mais tous les niveaux d'administration doivent établir des plafonds de charges (par exemple, garanties accordées aux banques, aux entreprises publiques ou aux sociétés d'exploitation hospitalière) et sont désormais tenus de déclarer à l'agence nationale des statistiques les entités extrabudgétaires qu'ils créent, ce qui favorise la transparence. Toutefois, l'efficacité des plafonds de garantie est sujette à caution, notamment parce que les administrations sont libres de définir leur niveau. Néanmoins, il s'agit là d'un progrès, car jusqu'alors le déficit était le seul paramètre pris en compte, ce qui encourageait les *Länder* et les communes à sortir certaines dépenses de leurs comptes, pratique qui avait pour conséquence de fausser les indicateurs budgétaires sans nécessairement améliorer la situation financière des entités concernées.

Les mécanismes de sanction en cas de non-respect des objectifs de déficit ont été récemment renforcés. Depuis l'adoption du premier *Pacte de stabilité intérieure*, certains *Länder* n'ont jamais atteint les objectifs budgétaires. Bien que possibles en théorie, les amendes n'étaient pas appliquées dans les faits, parce que la configuration du mécanisme de sanction (un accord de toutes les parties étant nécessaire pour engager une procédure de déficit excessif, y compris du *Land* en infraction) en faisait un instrument purement hypothétique. De nouvelles dispositions ont été prises en vue d'accroître l'efficacité du *Pacte de stabilité intérieure* pour remédier au risque de déséquilibre budgétaire des administrations infranationales :

- En cas de non-respect de l'objectif de déficit, si la violation est confirmée par un rapport d'office de la Cour des comptes, un comité d'arbitrage est mis en place. Le comité se

compose de représentants de l'administration centrale et de l'administration concernée (les « pairs »), mais le *Land* ou les communes en cause n'ont pas voix au chapitre.

- Des accords peuvent désormais être conclus en l'absence d'une des parties. Si le comité décide qu'il y a eu violation du *Pacte de stabilité intérieure*, le *Land* ou la commune en cause doit procéder à un dépôt équivalent à 15 % du dépassement. Ce dépôt lui est restitué s'il remédie au dépassement au cours de l'exercice budgétaire suivant, mais est perdu en cas de violation répétée de l'objectif budgétaire.

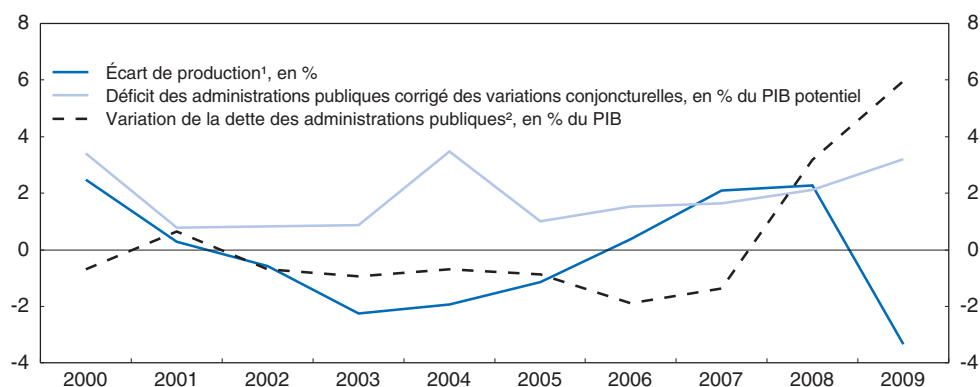
Malgré ces améliorations, les éléments procycliques de la structure des relations budgétaires entre administrations demeurent un problème. Les administrations infranationales perçoivent un pourcentage fixe de recettes fiscales sensibles aux variations de la conjoncture, comme l'impôt sur le revenu des personnes physiques, l'impôt sur les sociétés et la taxe sur la valeur ajoutée, tandis que leurs objectifs de déficit sont fixés en pourcentage du PIB sur une période de 4 ans et ne suivent donc pas les évolutions de la conjoncture. En l'absence de marge de manœuvre du côté des recettes et compte tenu du peu d'incitations à constituer des réserves et de la fixation des objectifs de déficit en termes nominaux, les autorités infranationales ont tendance à accroître leurs dépenses pendant les périodes d'expansion et à les réduire en phase de ralentissement économique (Brandner *et al.*, 2009). Le *Pacte de stabilité intérieure* récemment adopté tient compte des nouvelles recettes fiscales prévues par le programme d'assainissement et des perspectives économiques⁷. Cependant, étant donné les résultats récents des négociations entre les administrations fédérales et locales au sujet de la répartition des charges de l'assainissement, on peut se demander pourquoi seules les administrations fédérales réduisent leurs dépenses, alors que les perspectives économiques sont désormais plus favorables. Les recettes fiscales additionnelles distribuées aux *Länder* et aux communes en cas de reprise plus forte que prévu seront donc en principe totalement dépensées. Or, celles-ci devraient être utilisées pour réduire davantage le déficit des administrations publiques – au niveau fédéral, le cadre de dépenses garantit cet effort d'assainissement supplémentaire. Avec des règles budgétaires améliorées, la politique budgétaire des collectivités territoriales pourrait mieux soutenir les objectifs budgétaires poursuivis à l'échelon national.

Il faut renforcer les objectifs budgétaires

Les règles budgétaires existantes, comme l'objectif à moyen terme de budget équilibré sur l'ensemble du cycle, telles qu'elles sont édictées dans le Programme de stabilité, s'avèrent insuffisantes. Une règle budgétaire d'équilibre sur le cycle aurait dû faire baisser constamment le ratio d'endettement, mais ce ratio est resté en moyenne supérieur de 5 points au seuil de 60 % fixé par Maastricht pendant la décennie qui a précédé la crise. La capacité de financement de l'Autriche, comme celle de nombreux autres pays de l'OCDE, connaît des variations procycliques (voir le graphique 1.6). Selon Brandner *et al.* (2009), la politique budgétaire en Autriche a toujours été procyclique au cours des phases ascendantes en raison d'une maîtrise insuffisante des dépenses. Des mesures discrétionnaires ont compensé les effets des stabilisateurs en phase ascendante, mais pas en phase descendante. À ceci s'ajoute la tendance à recourir à des moyens de financement hors budget qui, à terme, se répercute sur le bilan des administrations publiques.

Une possibilité pour contenir les dépenses en périodes de recettes exceptionnelles serait d'ancrer les efforts d'assainissement dans une règle d'endettement définissant une trajectoire de réduction du ratio dette/PIB. Cette stratégie pourrait être complétée par la

Graphique 1.6. La dette publique de l'Autriche reste élevée



1. Écart de production dans l'ensemble de l'économie.

2. Engagements financiers bruts des administrations publiques selon la définition de Maastricht.

Source : Base de données des Perspectives économiques.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458349>

fixation d'un objectif de croissance des dépenses réelles des administrations publiques. L'avantage de cette règle de dépenses par rapport à une règle de déficit prévoyant l'équilibre sur l'ensemble du cycle est d'être moins sensible aux variations conjoncturelles, qui peuvent être difficiles à évaluer et se prêter à des manipulations. Si la règle est correctement conçue, les recettes supplémentaires générées en phase d'expansion sont automatiquement mises en réserve, ce qui n'est pas le cas avec une règle de déficit (OCDE, 2010d).

Le défi pour l'Autriche est de trouver les moyens d'associer davantage les autorités régionales aux efforts d'assainissement. Une réforme des relations budgétaires entre administrations sera nécessaire pour freiner plus résolument la dynamique des dépenses et réduire encore les tendances procycliques. Hormis l'application du cadre de dépenses à moyen terme à tous les niveaux d'administration, le *Pacte de stabilité intérieure* devrait définir des objectifs de dette et de dépenses.

Les dépenses publiques vont devoir être fortement freinées

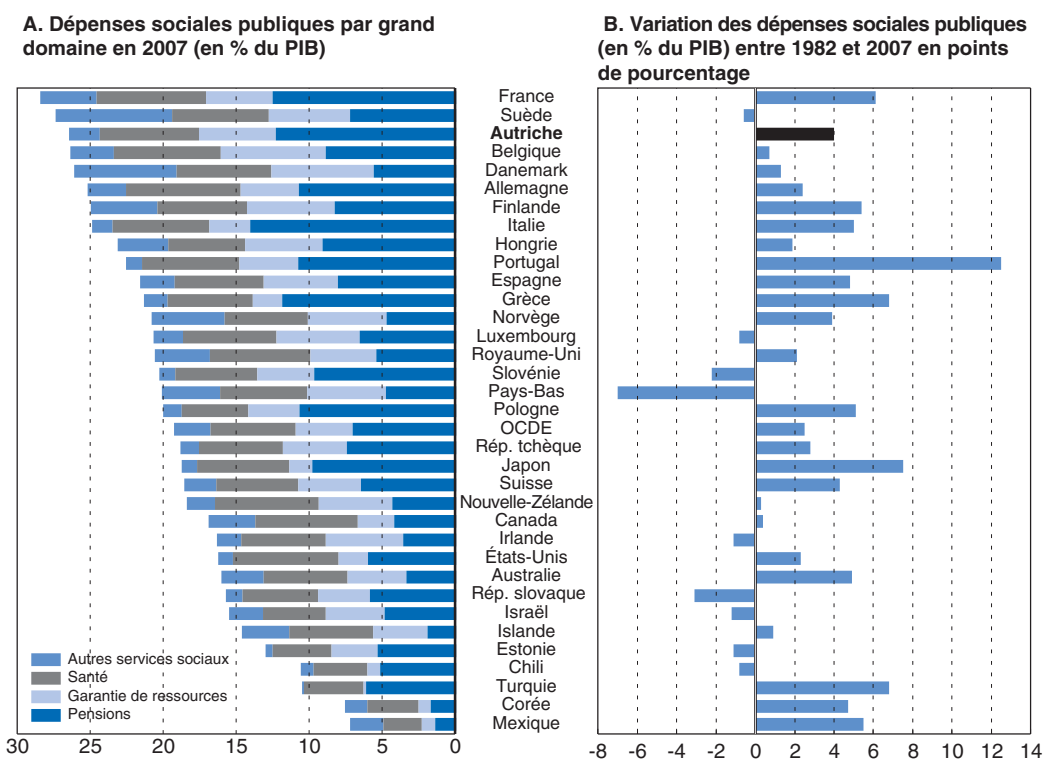
Freiner la dynamique de dépenses est la première mesure à prendre pour assainir durablement les finances publiques et se préparer aux défis futurs liés au vieillissement, à l'adaptation au changement climatique ou aux besoins supplémentaires en matière d'éducation, et pour faire face à d'autres priorités. L'objectif ultime doit être de fournir des services publics plus nombreux et de meilleure qualité en réduisant la charge pour le budget de l'État. Les gouvernements sont non seulement responsables du montant de leurs dépenses, mais aussi des résultats obtenus avec l'argent des contribuables. Il s'agit donc de concilier rentabilité et qualité. Lorsqu'un pays est en mesure de fournir les mêmes services publics en employant moins de ressources, il peut réduire les impôts ou axer les dépenses sur d'autres domaines au service de la croissance et du bien-être.

Il est essentiel d'améliorer l'efficacité du secteur public compte tenu du ratio dépenses/PIB supérieur à la moyenne (53 % du PIB en 2010, contre 49 % avant la crise). Des études montrent que des économies substantielles peuvent être réalisées, notamment pour les transferts sociaux, les soins de santé, l'éducation et les subventions aux entreprises (voir ci-dessous), mais aussi dans l'administration publique et les marchés publics. Par exemple, le renforcement des processus d'appels d'offres publics et le recours aux partenariats public-

privé lorsqu'ils procurent de véritables gains d'efficience peuvent être sources d'économies. Le remplacement d'une partie seulement des fonctionnaires qui partent à la retraite semble être le moyen le plus efficace de réduire les coûts salariaux dans le secteur public. De manière générale, le potentiel de gains d'efficience paraît élevé dans les domaines caractérisés par une fragmentation des responsabilités entre différents niveaux d'administration et aux échelons infranationaux (voir OCDE, 2005a ; Fuentes et al., 2006).

Selon le WIFO (2010), le potentiel d'économies à court terme dans le secteur public autrichien oscille entre 1.8 et 2.8 milliards EUR pour la période 2011-13. Une étude récente de l'IHS (2010) aboutit à des conclusions analogues : elle chiffre les gains d'efficience potentiels à 430 à 660 millions EUR par an comme fourchette basse. Les économies à long terme que pourrait générer une véritable réforme du secteur public seraient bien plus importantes. Les principaux facteurs à l'origine des inefficiences diffèrent selon qu'il s'agit de l'administration centrale ou des *Länder* : au sein de l'administration centrale, les déficiences de la planification stratégique (mauvaise gestion du personnel par exemple) semblent être la principale cause d'inefficience, tandis que dans les *Länder*, la résistance à la réforme et les capacités excédentaires sont visiblement les facteurs les plus importants (*ibid.*).

Graphique 1.7. **L'Autriche est l'un des pays qui consacrent le plus de ressources aux programmes sociaux**



StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932458368>

Les dépenses de protection sociale devraient être mieux ciblées

Les principaux postes de dépenses recèlent bien évidemment le plus fort potentiel d'économies. Par rapport à d'autres pays de l'OCDE, l'Autriche consacre une fraction plus

élevée de son PIB à la protection sociale, reflet d'un choix de société. L'inflation des dépenses enregistrée au cours de la dernière décennie ralentira quelque peu avec les réductions des prestations familiales et des dépenses au titre des soins de longue durée opérées dans le budget de 2011 (Schratzenstaller, 2011).

Un meilleur ciblage des transferts sociaux permettrait de réaliser des économies. On pourra difficilement éviter de renoncer aux prestations universelles et d'appliquer plus systématiquement des critères de ressources si l'on préserve la générosité des prestations. Cet effort serait facilité si un seul niveau d'administration avait la responsabilité des dépenses sociales. En matière de prestations pour soins de longue durée, une proposition de réforme allant dans ce sens a été récemment approuvée, en lien avec la révision du *Pacte de stabilité intérieure*. Dans bien d'autres domaines, le système continue cependant de pâtir d'une fragmentation des compétences et d'un manque de coordination entre les différents acteurs, qui rendent difficile l'application de critères de ressources dans la pratique. Le gouvernement a pris une première mesure en vue d'améliorer la transparence en créant une base de données (encadré 1.2). En outre, un groupe de travail sur l'avenir de l'État providence a été instauré afin de réévaluer les prestations et les transferts sociaux.

Encadré 1.2. **Base de données « de transparence »**

Depuis le 1^{er} janvier 2011, une loi fédérale prévoit la création d'une base de données dite de transparence, qui a pour principaux objectifs d'accroître la transparence de l'ensemble des prestations et des services fournis par le secteur public aux personnes physiques et morales, de réduire les coûts induits par les interactions entre les citoyens et les autorités responsables de l'octroi des prestations, et d'accroître l'efficacité des transferts publics. L'accès à cette base de données est actuellement réservé aux prestataires, mais le gouvernement fédéral peut demander que lui soient communiquées des données agrégées et anonymes. La base de données devrait être opérationnelle le 1^{er} janvier 2012, pour un coût estimé à 1.6 million EUR, à quoi s'ajouteront des coûts d'exploitation d'environ 2.5 millions EUR par an.

La base de données de transparence a pour objet de fournir un inventaire exhaustif de toutes les prestations, à savoir prestations de sécurité sociale, transferts monétaires, subventions, dépenses fiscales et avantages en nature, afin d'améliorer la disponibilité des informations et de faire connaître le montant des transferts publics. Dans le cas des avantages en nature, comme l'accès subventionné par l'État aux structures d'accueil pour les enfants ou au système éducatif, des informations seront communiquées sur le coût moyen par bénéficiaire. Toutefois, selon la législation en vigueur, seules les prestations fédérales sont recensées, et les *Länder* devront voter des lois spécifiques pour que la base de données enregistre les prestations versées par les *Länder* et les communes. Un traité entre la Fédération et les *Länder* est actuellement à l'étude, mais l'issue des discussions reste pour l'heure incertaine.

Hormis sa fonction d'information, la base de données doit également faciliter les relations entre les personnes physiques ou morales et les autorités qui octroient les prestations. Par exemple, pour solliciter une prestation supplémentaire, il peut être nécessaire de justifier des prestations déjà perçues. Dans ce cas, il est simple de se procurer la liste de ces prestations depuis la base de données et de l'adresser aux autorités. Celles-ci peuvent alors vérifier aisément les conditions d'admissibilité, ce qui réduit le risque de verser deux fois les mêmes prestations.

Encadré 1.2. **Base de données « de transparence »** (suite)

Le gouvernement peut utiliser la base de données à des fins de contrôle et d'évaluation. En s'appuyant sur des données agrégées et anonymes, il dispose d'une vision d'ensemble des instruments de l'aide publique et de leur montant. Il peut en outre analyser les conditions d'admissibilité aux prestations et leur cohérence, ce qui peut l'aider à coordonner différents types de prestations et à les cibler sur des groupes spécifiques. Néanmoins, les conditions d'accès du gouvernement sont strictes. Chaque demande nécessite un vote unanime du Conseil des ministres. En outre, s'agissant des subventions, examiner l'efficacité de l'aide publique n'est peut-être guère pertinent. En général, les subventions sont accordées en vue d'influer sur des incitations et des comportements. Pour évaluer correctement leur efficacité, il faudrait disposer d'informations sur leurs effets. Pour l'heure, ce prolongement n'est pas envisagé, mais la base de données constitue une première étape grâce à la mise en place des infrastructures nécessaires.

Les subventions au logement, qui relèvent exclusivement des *Länder*, constituent un exemple de dépenses sociales qui pourraient être mieux ciblées. Les prestations sous conditions de ressources jouent un rôle limité, et des ressources considérables sont consacrées au régime d'aide à la construction de logements (*Wohnbauförderung*), dont profitent davantage les ménages aisés, qui sont plus susceptibles d'investir dans l'acquisition d'un logement que les ménages modestes (Albacete et Wagner, 2009). En outre, le logement bénéficie de subventions indirectes parce que i) la valeur locative estimée des logements occupés par leur propriétaire n'est pas soumise à l'impôt, et ii) les charges d'intérêts sur les prêts immobiliers sont déductibles du revenu imposable jusqu'à un certain niveau de revenu.

Il faut déterminer, pour chaque secteur, les gains d'efficience nécessaires

Les comparaisons internationales de l'efficience des dépenses publiques laissent penser que l'Autriche compte parmi les pays les moins efficaces en termes d'utilisation des ressources consacrées à la santé (Commission européenne, 2008). Le chapitre 2 de la présente *Étude* examine en détail les raisons de ces inefficiences et le potentiel d'économies. Cette analyse montre que la productivité inférieure à la moyenne dans le secteur de la santé pourrait être en partie liée à la complexité du régime de gouvernance fondé sur une fragmentation des compétences en matière de décision et de financement entre les différents niveaux d'administration. L'harmonisation des responsabilités en matière de performance, de financement et de dépenses semble être un progrès essentiel dans le domaine de la santé. S'agissant des dépenses de santé, toutefois, la contribution d'une meilleure gestion au contrôle budgétaire passera par la limitation des effets des demandes futures croissantes plutôt que par la libération de ressources pour un usage différent ou pour la réduction du déficit.

L'Autriche est également en retard pour ce qui concerne l'efficience des dépenses d'éducation (OCDE, 2009). Selon une estimation (Sutherland *et al.*, 2007), par comparaison avec les meilleures pratiques internationales, l'Autriche pourrait consacrer à l'enseignement beaucoup moins de ressources réelles tout en atteignant les mêmes résultats. Si l'on examine les résultats scolaires mesurés par le niveau d'instruction des élèves âgés de 15 ans dans le *Programme international pour le suivi des acquis des élèves (PISA)*, l'Autriche est proche des normes internationales mais y consacre des moyens supérieurs à

la moyenne. La réduction du nombre d'enseignants et la mise en œuvre de réformes institutionnelles pourraient procurer des gains d'efficacité. Une plus grande autonomie décisionnelle au niveau des établissements est généralement associée à une efficacité accrue, tandis que la petite taille des établissements scolaires et des critères de sélection fondés sur le lieu de résidence sont associés à une moindre efficacité. Toutefois, des comparaisons internationales ont montré que la rémunération des enseignants est positivement corrélée aux résultats ; par conséquent, dans ce domaine comme peut-être dans d'autres domaines du secteur public, des pressions sur les salaires pourraient avoir des conséquences négatives à long terme sur la réussite scolaire.

Les dépenses consacrées à l'enseignement supérieur posent un problème différent. Les bourses d'études représentent une fraction relativement élevée des dépenses publiques consacrées à l'éducation, en l'absence de frais de scolarité. Cette absence de frais de scolarité est en contradiction avec la progressivité qui caractérise le système fiscal autrichien, et doit être reconsidérée. Globalement, l'objectif affiché d'accroître le taux de diplômés de l'enseignement supérieur, ainsi que la nécessité de mettre en place un dispositif complet de bourses et de prêts étudiants remboursables en fonction des revenus futurs, exerceront des pressions supplémentaires sur la part des dépenses publiques d'éducation dans le PIB, au lieu de la réduire, ce qui rend les gains d'efficacité encore plus indispensables.

Les subventions et transferts en faveur des entreprises absorbent deux fois plus de ressources que dans d'autres pays de l'OCDE. Là encore, la fragmentation des compétences entre différents niveaux d'administration et organismes de sécurité sociale, le manque de coopération entre eux et la diffusion insuffisante d'informations, surtout au niveau des administrations infranationales, semblent être les principales causes d'inefficacité. Le WIFO estime que l'Autriche dépense en subventions 1.5 fois plus que les facteurs structurels ne le justifient (Pitlik *et al.*, 2010). La base de données de transparence offre la possibilité de recenser, pour la première fois, l'ensemble des subventions et des dotations allouées par différents organismes, permettant d'entreprendre une évaluation globale par rapport à des objectifs quantitatifs et qualitatifs de performance.

Des gains d'efficacité pourraient aussi être réalisés au niveau de l'administration des impôts et du recouvrement des recettes publiques. Plusieurs impôts, comme l'impôt sur le revenu et les cotisations sociales, sont assis sur des bases similaires. Avec une meilleure intégration de ces impôts, des synergies pourraient être exploitées, ce qui contribuerait à réduire les coûts d'administration et de contrôle et d'assurer une meilleure application des règles.

La réforme du secteur public marque le pas

La réforme du secteur public nourrit depuis longtemps les débats en Autriche. Les gouvernements qui se sont succédé ont, au cours des dernières décennies, pris des initiatives en vue d'accroître la transparence, l'efficacité et la qualité des services rendus. La réforme la plus marquante a été menée dans le domaine de la police. Entre avril 2003 et juin 2005, l'Autriche a réformé sa police en fusionnant plusieurs unités jusqu'alors distinctes en une seule autorité. Les 45 sièges régionaux de la police ont été ramenés à 9, un pour chaque *Land*, et quelque 990 postes administratifs et d'encadrement ont été supprimés et réaffectés au renforcement des services opérationnels. En outre, les processus bureaucratiques ont été harmonisés, simplifiés et informatisés dans un souci d'efficacité⁸. L'utilisation généralisée des technologies de l'information dans les processus

administratifs est un autre exemple de réforme réussie : l'Autriche vient en tête des pays de l'OCDE pour les applications d'administration électronique. Les *Länder* et les communes ont amélioré le service aux clients en instaurant des guichets uniques.

Néanmoins, de nombreux domaines essentiels du secteur public opposent une forte résistance à la réforme. En février 2009, le gouvernement a lancé un nouveau projet et mis en place un groupe de travail à haut niveau sur la « consolidation et la réforme administrative », réunissant le Chancelier fédéral, le ministre des Finances, les gouverneurs des *Länder* et des experts de la Cour des comptes et d'instituts de recherche. Des sous-comités ont été mis sur pied afin d'élaborer des solutions pratiques dans 6 domaines d'activité sur 11, et deux séries de recommandations ont été finalisées et présentées au groupe de travail. Le premier ensemble de recommandations, de mai 2009, concerne l'organisation du système éducatif et propose de mieux coordonner les compétences en matière de dépenses et de financement, de privilégier les objectifs stratégiques, de promouvoir un suivi extérieur et de renforcer l'autonomie des établissements scolaires. Le deuxième ensemble, présenté en février 2010, porte sur l'harmonisation des régimes de retraite des *Länder* et des entreprises publiques avec le régime général.

Dans la pratique, les progrès au sein du groupe de travail sont lents et le processus s'est enlisé dans les comités préparatoires, où la diversité des intérêts qui se manifestent réduit la portée des discussions et où il est difficile de parvenir à un consensus. Aucune décision n'a encore été prise sur les aspects impliquant un réexamen de l'articulation des pouvoirs entre les trois niveaux d'administration, ou même entre les *Länder*.

La budgétisation dans l'optique des résultats devrait favoriser les gains d'efficience

L'utilisation accrue d'informations sur les performances dans le processus budgétaire marque un jalon important vers un système fondé sur les résultats et les réalisations, et non plus sur les ressources. Avec l'adoption de la loi de réforme budgétaire en 2009, l'Autriche a franchi une première étape dans cette direction. La doctrine budgétaire classique fondée sur les règles d'économie et d'utilité cède la place à quatre principes qui seront appliqués à partir de 2013 : i) orientation sur les résultats ; ii) efficience ; iii) transparence ; et iv) régularité et sincérité (Steger, 2010). La budgétisation dans l'optique des résultats est l'un des principaux éléments à introduire lors de la deuxième phase du processus de réforme budgétaire prévue en 2013. Aussi le nouveau cadre budgétaire peut-il jouer un rôle de moteur institutionnel au service de l'efficience dans le secteur public.

Aujourd'hui, le défi consiste à élaborer des indicateurs de performance adéquats et à les utiliser dans le processus budgétaire. L'expérience des pays de l'OCDE laisse penser que ce n'est pas chose facile. Malgré l'utilisation généralisée d'informations sur les performances dans le processus budgétaire au cours des 15 dernières années, les pays de l'OCDE rencontrent toujours des difficultés pour en faire un usage judicieux. L'existence d'une procédure claire sur l'emploi des indicateurs de performance dans le processus d'établissement du budget, la qualité des informations et les capacités institutionnelles du ministère des Finances et des ministères fonctionnels sont d'importants critères de réussite (Curristine *et al.*, 2007).

Pour tirer le meilleur parti de la réforme, la budgétisation dans l'optique des résultats doit également être mise en œuvre par les administrations infranationales. Les relations budgétaires entre la Fédération et les *Länder* doivent inciter à offrir des services publics

efficaces et rentables à tous les niveaux de l'administration. Une véritable réforme du secteur public suppose la coopération des *Länder* et des communes, notamment parce qu'ils jouent un rôle important dans la prestation de certains services dont la qualité et la rentabilité laissent le plus à désirer.

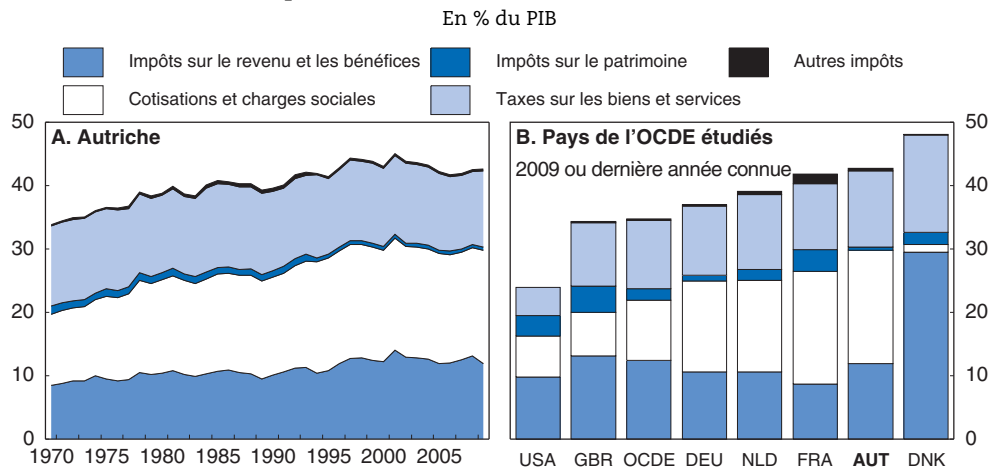
Vers une structure d'imposition plus propice à la croissance

Les impôts ont une incidence sur l'emploi, le bien-être et la croissance économique du fait de leur impact sur les décisions des ménages et des entreprises concernant l'offre et la demande de main-d'œuvre, le niveau et la structure de l'investissement et de la production, ainsi que le choix des instruments d'épargne. Ce qui influe sur ces décisions, c'est non seulement le niveau des impôts mais aussi la manière dont les différents instruments fiscaux sont conçus et combinés. Selon des données empiriques qui permettent d'effectuer un classement des impôts par rapport à la croissance, les impôts périodiques sur la propriété immobilière sont les plus favorables à celle-ci, suivis des impôts sur la consommation et des autres impôts sur le patrimoine, ainsi que des taxes environnementales, des impôts sur le revenu des personnes physiques et des impôts sur les sociétés (Johansson *et al.*, 2008; Arnold, 2008). C'est pour cette raison qu'un grand nombre de pays de l'OCDE ont entrepris des réformes structurelles du système fiscal afin de renforcer l'incitation au travail, d'encourager l'investissement et l'entrepreneuriat et de réduire les distorsions induites par l'impôt (OCDE, 2010a).

L'Autriche a réussi dans une certaine mesure à réduire la charge fiscale totale entre 2000 et 2007. Elle s'est également efforcée de rendre la structure fiscale plus favorable à la croissance, en réduisant l'imposition des revenus du travail et des bénéficiaires des sociétés :

- Les réformes récentes, qui ont réduit la charge fiscale pesant sur la main-d'œuvre de 2.1 milliards EUR, ont été mises en œuvre en 2008/2009 dans le cadre du train de mesures de relance économique. Ce train de mesures comprenait : i) un relèvement de l'abattement à la base et une révision en hausse de la tranche d'imposition du revenu la plus élevée ; ii) des réductions de taux pour les deuxième et troisième tranches de revenu (de 38.3 % à 36.5 % et de 43.6 % à 43.2 % respectivement) ; iii) une réduction allant jusqu'à 3 points des cotisations d'assurance-chômage des salariés titulaires de faibles revenus ; et iv) des mesures d'aide aux familles ayant des enfants à charge, notamment une augmentation du crédit d'impôt au titre des enfants à charge, l'instauration d'un abattement d'impôt au titre des enfants à charge et la déductibilité fiscale des frais de garde des enfants. La réforme précédente de 2004/2005 de l'impôt sur le revenu avait ramené le nombre de tranches d'imposition de 5 à 4, augmenté le crédit d'impôt standard, simplifié les règles de suppression progressive de ce crédit d'impôt et instauré un crédit d'impôt au titre des enfants à charge pour les ménages ayant un seul revenu et les ménages monoparentaux.
- Une loi pour la promotion des petites et moyennes entreprises, entrée en vigueur en 2007, a instauré un abattement d'impôt pour les bénéficiaires réinvestis dans certains actifs. La réforme fiscale de 2009 a étendu cet abattement à toutes les entreprises assujetties à l'impôt sur le revenu et assoupli les critères de réinvestissement, tout en supprimant l'imposition préférentielle des bénéficiaires non distribués et des *stock options*.

Malgré ces améliorations récentes, il reste encore beaucoup à faire pour rendre la structure fiscale plus favorable à la croissance. Le graphique 1.8 indique la répartition des recettes fiscales entre les grandes catégories d'impôts. Par comparaison avec la moyenne des pays de l'OCDE, les impôts directs sur le revenu et les cotisations de sécurité sociale sont

Graphique 1.8. **La structure fiscale privilégie les impôts sur la main-d'œuvre qui donnent lieu à des distorsions**

Source : OCDE, Base de données des statistiques des recettes publiques.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458387>

relativement importants, tandis que la part des impôts sur le patrimoine et la consommation est plus faible. Au fil du temps, la part des impôts favorables à la croissance a été réduite au profit d'impôts causant plus de distorsions. L'Autriche finance actuellement l'un des secteurs publics les plus importants de l'OCDE, tout en manquant dans une large mesure des occasions de prélever des recettes sans donner lieu à des distorsions.

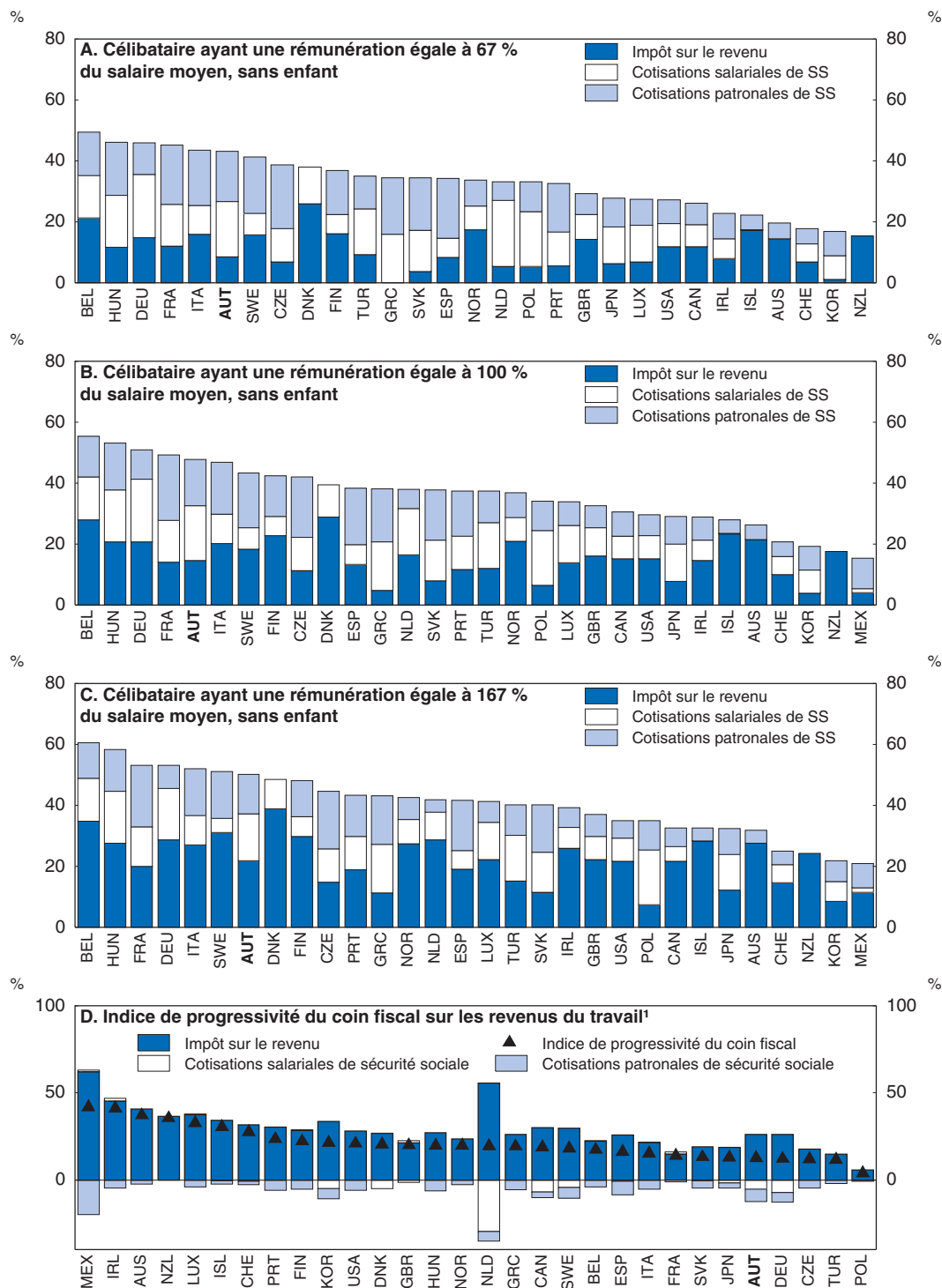
L'Autriche est parmi les pays de l'OCDE dont le coin fiscal applicable aux revenus du travail est le plus élevé, puisqu'il est de 48 % pour le salarié moyen⁹. Des données empiriques montrent qu'un coin fiscal élevé entre les salaires bruts versés par les employeurs et le revenu disponible net des salariés réduit l'emploi (OCDE, 2007b). Toutes choses étant égales par ailleurs, un coin fiscal élevé réduit le gain financier net du travail et a donc tendance à faire baisser l'offre de main-d'œuvre. Les possibilités de travailler sans être déclaré renforcent cet effet.

Le marché du travail autrichien fonctionne d'une manière satisfaisante avec un chômage faible et un taux d'emploi supérieur à la moyenne, mais il existe un écart considérable de performance entre le noyau dur de la main-d'œuvre (hommes et femmes âgés de 25 à 54 ans et ayant un niveau d'études correspondant au second cycle de l'enseignement secondaire) et certains groupes vulnérables (OCDE, 2009a) qui pourraient bénéficier d'une aide par une réduction de la charge fiscale qui pèse sur eux :

- Salariés âgés : le taux d'emploi des salariés de 55 à 64 ans reste parmi les plus faibles des pays de l'OCDE, malgré certains progrès accomplis au cours des dernières années. En 2009, il s'élevait à 42 % (52 % pour les hommes et 32 % pour les femmes), ce qui représente une augmentation par rapport au chiffre de 33 % enregistré en 2005 (43 % pour les hommes et 24 % pour les femmes) mais reste nettement inférieur à la moyenne des pays de l'OCDE, qui est de 57 %.
- Salariés de sexe féminin : le potentiel d'accès des femmes au marché du travail n'est pas totalement exploité, bien que des progrès aient été accomplis en termes d'augmentation du taux d'emploi, qui est passé de 62 % en 2005 à 66 % en 2009. Cependant, cette augmentation a été induite par l'accroissement du travail à temps partiel, qui a atteint des niveaux nettement supérieurs à la moyenne de l'OCDE. En 2009, 44 % des femmes

Graphique 1.9. Les coins fiscaux affectant les revenus du travail sont parmi les plus élevés des pays de l'OCDE

% des coûts de main-d'oeuvre, 2009



1. L'indice de progressivité du coin fiscal est calculé de la manière suivante $(TW167 - TW67)/TW167$, où TW167 et TW67 représentent le coin fiscal pour les salariés dont la rémunération est égale respectivement à 167 % et à 67 % du salaire moyen. L'indice est calculé pour un célibataire sans enfants.

Source : OCDE, Base de données des impôts sur les salaires.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932458406>

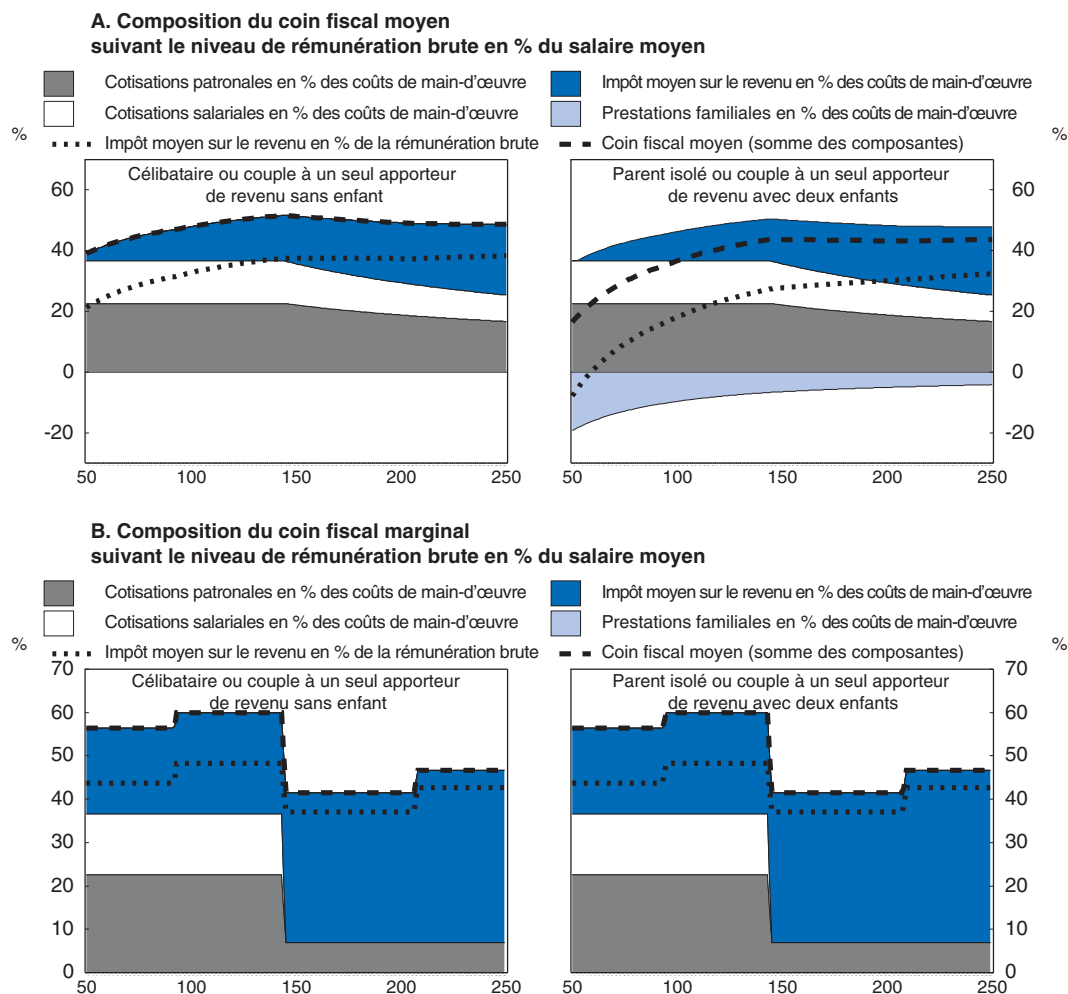
ayant un emploi travaillaient à temps partiel, au lieu de 39 % en 2005 (Statistik Austria). Cela contraste avec le taux d'emploi à temps partiel des hommes, qui n'est que de 9 % et avec le taux d'emploi à temps partiel des femmes pour l'ensemble des pays de l'OCDE, qui n'est que de 26 %.

- Salariés peu qualifiés et immigrés : l'écart entre les taux d'emploi des salariés peu qualifiés par rapport à ceux qui ont un niveau d'études intermédiaire ou supérieur est plus élevé que dans les autres pays de l'OCDE, ce qui fait apparaître des possibilités d'amélioration. Les salariés immigrés se trouvent deux fois plus souvent au chômage que les Autrichiens de souche.

Les réformes devraient cibler les titulaires de faibles revenus

Des efforts périodiques en vue de réduire la charge fiscale pesant sur les revenus du travail ont mis l'accent sur l'impôt sur le revenu, qui représente une part relativement moins importante du coin fiscal total sur les revenus du travail (voir graphique 1.10 et encadré 1.3). Les réductions n'ont pas été durables, dans la mesure où les effets de

Graphique 1.10. Ventilation du coin fiscal moyen et marginal



Source : Les impôts sur les salaires, OCDE 2010.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932458425>

Encadré 1.3. Principaux impôts sur les revenus du travail

Les cotisations de sécurité sociale sont prélevées à un taux d'environ 40 % sur toutes les rémunérations excédant 374 EUR par mois à concurrence d'un plafond de 4 200 EUR (environ 140 % du salaire moyen, données pour 2011). Ces cotisations sont partagées entre les employeurs (22 %) et les salariés (18 %) et le plancher comme le plafond sont ajustés chaque année. Depuis 2008, des taux inférieurs de 3 points s'appliquent aux faibles revenus. Les cotisations de sécurité sociale sont l'impôt le plus important en volume, et représentaient 35 % des recettes fiscales totales en 2009. Leur effet est régressif et frappe d'une manière disproportionnée les revenus faibles et moyens.

L'imposition des revenus est progressive et comporte quatre tranches ainsi qu'un abattement à la base de 11 000 EUR applicable au salaire brut diminué des cotisations de sécurité sociale. La progressivité s'applique surtout à des niveaux de revenu relativement faibles, le taux marginal d'imposition passant de 0 à 36.5 % pour un revenu égal à environ 50 % du salaire moyen. Un taux d'imposition spécial de 6 % s'applique aux primes de Noël et aux primes de vacances des salariés dans la mesure où leur somme n'excède pas un sixième du revenu annuel. Ces dispositions sont avantageuses pour les titulaires de revenus élevés, qui bénéficient d'une manière disproportionnée des abattements fiscaux au titre des enfants à charge, des frais de garde des enfants et des frais professionnels, ce qui ramène le taux marginal effectif maximum de l'impôt sur le revenu à 44 % (alors que le taux légal est de 50 %), ainsi que l'élément progressif du système. L'impôt sur le revenu applicable aux salaires a représenté 18 % des recettes totales en 2009.

Des taxes sur les salaires autres que les cotisations de sécurité sociale sont prélevées sur tous les salaires du secteur privé excédant 1 460 EUR par mois. Elles comprennent la contribution au Fonds de péréquation des charges de famille (4.5 %) la taxe d'agglomération (3 %) et la contribution à la promotion de l'immobilier résidentiel (0.5 %). En outre, tous les salariés du secteur privé cotisent à la Bourse du travail (environ 0.5 %). Les taxes sur les salaires représentaient 7 % des recettes fiscales en 2009 et ajoutent un élément proportionnel à la charge fiscale qui pèse sur la main-d'œuvre.

L'imposition des revenus du travail (impôt sur les revenus salariaux, cotisations de sécurité sociale et taxes sur les salaires) est caractérisée par une imposition marginale totale et effective élevée pour des niveaux de revenus inférieurs à la moyenne alors que la progressivité s'atténue pour les rémunérations les plus élevées. En ce qui concerne les titulaires de revenus faibles et moyens (67 % et 100 % du salaire moyen respectivement) le taux marginal total d'imposition est parmi les plus élevés de l'OCDE (44 % et 48 % respectivement), alors que pour les titulaires de revenus élevés (167 % du salaire moyen) il est nettement inférieur à la moyenne de l'OCDE (37 %). Les revenus élevés ont connu une diminution du taux marginal d'imposition au cours des dix dernières années alors que les revenus faibles et moyens ont enregistré une augmentation de 3 à 7 points. Les taux moyens totaux d'imposition sont respectivement de 27 %, 33 % et 37 % pour les titulaires de revenus faibles, moyens et élevés et ils ont augmenté au cours de la dernière décennie d'un point aux deux extrémités de l'éventail des revenus et de 2 points pour les revenus moyens (OCDE, 2010b). Au fil du temps, le système d'imposition de la main-d'œuvre est devenu moins progressif et, à l'heure actuelle, sa structure s'apparente à de nombreux égards à un système d'impôt à taux unique comportant un abattement à la base relativement élevé, ce qui s'explique aussi par les nombreuses possibilités de déductions fiscales dues à une multitude d'instruments d'épargne.

« freinage fiscal » ont rapidement neutralisé ceux de la réforme. Les tranches d'imposition ne sont pas indexées en fonction de l'inflation, de sorte qu'au fil du temps la croissance des revenus nominaux fait passer un nombre croissant de contribuables dans les tranches d'imposition les plus élevées, même lorsque leurs rémunérations réelles n'ont pas augmenté. C'est ainsi que, par exemple, la réforme de l'impôt sur le revenu de 2009 a eu pour effet de réduire de 1.3 point le taux d'imposition d'un salarié moyen, tandis que le taux d'imposition restait supérieur de 1.8 point au niveau qu'il avait atteint en 2000 (OCDE, 2010b). Les réformes n'ont pas non plus réussi à traiter les problèmes rencontrés par les salariés qui se trouvent au bas de l'échelle des rémunérations, et dont le revenu imposable n'excède pas normalement l'abattement à la base, tout en étant entièrement assujettis aux prélèvements de sécurité sociale.

Bien que les taux moyens d'imposition soient élevés pour presque tous les salariés, les taux marginaux d'imposition sont particulièrement importants pour les niveaux de revenu les plus faibles, en raison des interactions entre les cotisations de sécurité sociale, l'impôt sur le revenu des personnes physiques et le système de prestations (encadrés 1.3 et 1.4). Cela réduit les incitations à passer de l'inactivité à l'emploi et de l'emploi à temps partiel à l'emploi à temps complet. Par ailleurs, des taux marginaux élevés d'imposition ont également un effet négatif sur l'incitation à investir dans des qualifications élevées, réduisant les sommes consacrées à la formation et à l'éducation dans le groupe de salariés qui en aurait le plus besoin. Il y a donc un risque d'enfermer les salariés peu qualifiés dans des « pièges à bas salaires » lorsque le rendement financier obtenu par les salariés qui

Encadré 1.4. **Prestations sociales et efficacité de l'imposition des revenus du travail**

Le retrait des allocations de chômage ou d'aide sociale risque de réduire sensiblement les incitations financières à prendre un emploi ou à passer d'un emploi à temps partiel à un emploi à temps complet. Pour une personne qui envisage d'exercer une activité, la question est de savoir de combien cela majore son revenu disponible. Une analyse des incitations au travail serait donc incomplète sans un examen approfondi de l'aide sociale accordée aux personnes sans emploi.

Les responsables politiques s'efforcent d'atteindre trois objectifs principaux lorsqu'ils conçoivent des systèmes de prestations : soutenir le niveau de vie des familles modestes, inciter au travail et limiter les coûts pour les contribuables (OCDE, 2007a). L'Autriche réussit bien en ce qui concerne le premier objectif, les taux de pauvreté étant inférieurs à la moyenne de l'OCDE. Il reste en revanche une marge de manœuvre pour améliorer l'incitation au travail. Un niveau élevé de protection sociale n'est pas nécessairement incompatible avec des taux d'activité et d'emploi élevés, comme le montre le modèle scandinave caractérisé par une fiscalité élevée, une forte protection sociale et un nombre total d'heures de travail élevé (voir Causa, 2009). Ce qui est important, c'est plutôt la structure des dépenses et des recettes publiques ainsi que l'application des règles en matière de disponibilité pour un emploi. Les effets négatifs sur l'emploi sont plus forts dans le cas des transferts forfaitaires mais il est possible de les éviter dans une large mesure si l'importance du transfert dépend de la quantité de travail fournie. Un faible niveau d'impôts et de cotisations sociales ou des prestations versées aux personnes ayant un emploi en plus de leur rémunération pourraient constituer le meilleur moyen d'améliorer l'incitation au travail tout en évitant les pièges de la pauvreté.

Encadré 1.4. Prestations sociales et efficacité de l'imposition des revenus du travail (suite)

Les prestations d'assurance-chômage sont versées pendant une durée maximum d'un an et jusqu'à concurrence de 55 % de la rémunération nette antérieure, sous réserve que le bénéficiaire soit disponible pour travailler. Il existe un supplément pour les personnes dont les rémunérations nettes sont faibles mais en général les taux de remplacement n'excèdent pas 60 % pour les bénéficiaires sans personnes à charge et 80 % lorsqu'ils ont des personnes à charge. Lorsque le droit aux prestations d'assurance-chômage est épuisé, une aide aux chômeurs fondée sur leurs besoins (*Notstandshilfe*) à concurrence de 92 % de la prestation précédente d'assurance-chômage (95 % pour les groupes à faibles revenus) peut être accordée. Les bénéficiaires peuvent percevoir jusqu'à 374 EUR par mois (*Geringfügigkeitsgrenze*) sans que les prestations soient modifiées. En ce qui concerne l'aide aux chômeurs, les prestations sont retirées lorsque la rémunération des conjoints dépasse un certain montant. Un nouveau dispositif de revenu de base déterminé en fonction des besoins (*Mindestsicherung*) a été instauré en septembre 2010, remplaçant l'ancienne aide sociale, qui différait selon les *Länder* en ce qui concerne les conditions d'éligibilité et les taux de versement. Une aide est versée aux ménages dont les rémunérations sont inférieures au seuil de l'aide sociale, qui est actuellement de 744 EUR pour les personnes seules et 1 116 EUR pour les couples. Il existe des versements complémentaires au titre des enfants qui varient selon les *Länder* mais qui sont d'au moins 134 EUR par enfant.

Étant donné que les rémunérations des salariés peu qualifiés dans un certain nombre de secteurs tels que le commerce, le tourisme ou l'édition ne dépassent guère 1 000 EUR par mois (35 % du salaire moyen de 2009), ce qui correspond à un salaire net d'environ 850 EUR, il semble souvent que le fait de travailler ne comporte guère d'avantages financiers. Par ailleurs, ces faibles rémunérations ne donnent pas droit à des crédits d'impôt ou à des abattements fiscaux, bien qu'un impôt négatif puisse s'appliquer à la demande. Les célibataires sans personne à charge perçoivent 240 EUR par an l'année suivante et pour les titulaires d'un seul revenu/parents isolés ayant des enfants à charge, le montant est majoré des crédits d'impôt respectifs (494 EUR par an plus 175 EUR pour le second et 220 EUR pour tout enfant à partir du troisième). Cependant, pour une personne disposant d'un seul revenu et ayant deux enfants, il n'est guère rentable d'accepter un travail pour un niveau de salaire de 1 000 EUR par mois. Les revenus annuels nets du travail seraient d'environ 12 700 EUR alors que les revenus tirés de l'aide sociale seraient d'environ 12 150 EUR.

intensifient leur effort de travail est trop faible pour être considéré comme suffisant par rapport à ce qu'ils obtiendraient en continuant à bénéficier d'un programme d'aide sociale.

La charge fiscale est en général plus lourde pour les femmes pour deux raisons principales : en premier lieu, pour les couples mariés ayant des enfants, il existe un « élément d'imposition conjointe » dans le système fiscal sous la forme du crédit d'impôt au titre du salaire unique (494 EUR par an plus 175 EUR pour le second enfant et 220 EUR pour chaque enfant supplémentaire à partir du troisième) accordé tant que les revenus du conjoint n'excèdent pas 6 000 EUR par an. Par conséquent, le taux d'imposition fait un saut lorsque l'activité du second apporteur de revenu ne se limite plus à un emploi d'appoint. En outre, on a observé que la durée du travail des seconds apporteurs de revenus était plus sensible à la fiscalité que celle des principaux apporteurs de revenu, et par conséquent les

distorsions économiques dues à une imposition marginale élevée sont généralement plus fortes pour les femmes (Causa, 2009).

Plusieurs pays de l'OCDE dans lesquels l'imposition des revenus du travail est élevée ont répondu au défi que représente la nécessité d'augmenter les taux d'emploi des salariés peu qualifiés en accordant des réductions de taux ou des exonérations. L'Autriche a fait un premier pas dans cette direction en réduisant les taux des cotisations d'assurance-chômage pour les salariés à faibles revenus. Des mesures ont également été prises pour renforcer l'incitation des employeurs à recruter des salariés peu qualifiés, notamment un dispositif d'aide aux salariés en activité dans des emplois peu rémunérés et appartenant à certaines classes d'âge spécifiques (*Kombilohn*) et des subventions aux entreprises qui recrutent des chômeurs de longue durée (*Eingliederungsbeihilfe*) (OCDE, 2009a).

Les frais de garde des enfants et la disponibilité d'institutions chargées de cette garde jouent également un rôle dans les décisions des parents concernant le travail. Pour les parents dont le potentiel de gain est limité, les coûts de la garde des enfants peuvent sensiblement réduire les avantages financiers d'un emploi à temps complet et par conséquent rendre coûteuse la combinaison des obligations professionnelles et familiales. L'Autriche a récemment institué l'accueil gratuit en demi-journée des enfants de 5 ans, et certains *Länder* sont même allés plus loin en offrant un accueil gratuit à mi-temps ou à plein-temps pour les enfants plus jeunes également. Il reste à voir si ces mesures seront suffisantes pour faciliter l'emploi à plein-temps des femmes peu qualifiées. L'abattement fiscal au titre des frais de garde des enfants instauré en 2009 ne répond pas de manière satisfaisante au besoin de ce groupe de travailleuses, car leur revenu imposable risque de ne pas dépasser la tranche exonérée d'impôt. Les faibles taux d'inscription des enfants de moins de trois ans dans des établissements d'accueil agréés (moins de 20 %) montrent l'insuffisance de l'offre d'équipements de bonne qualité pour la petite enfance. Plus que dans d'autres pays à revenus élevés de l'OCDE, les possibilités d'accès des femmes au marché du travail se trouvent freinées par leurs obligations en matière de garde d'enfants (Budimir *et al.*, 2010). Il est donc essentiel d'investir dans des organismes de garde d'enfants de haute qualité pour accroître l'accès des femmes à des emplois à temps complet. Ces mesures pourraient être financées partiellement par un meilleur ciblage des dépenses en faveur des familles.

Une réduction du coin fiscal applicable à la main-d'œuvre pourrait aboutir à des gains considérables en matière d'emploi

Les estimations de l'OCDE montrent qu'une baisse du coin fiscal moyen applicable à la main-d'œuvre pourrait aboutir à des gains considérables en matière d'emploi. Selon Bouis et Duval (2011), le taux d'emploi en Autriche pourrait être relevé de 2.4 % dans les dix ans à venir grâce à une réduction du coin fiscal moyen applicable à la main-d'œuvre jusqu'au niveau observé dans les six pays de l'OCDE dont le taux d'emploi est le plus élevé. Un renforcement de la progressivité du système d'imposition de revenus du travail contribuerait à atténuer, pour les titulaires de faibles revenus, les effets dissuasifs sur le travail. Une telle mesure serait également conforme aux objectifs d'équité, étant donné que les écarts de salaires se sont accrus au cours des dix dernières années, avec des pertes jusqu'au troisième quintile et des gains pour le cinquième quintile de l'éventail des revenus (Guger et Knittler, 2008). Des réductions de la charge fiscale de salariés à faibles revenus ont également été recommandées par l'OCDE comme moyen de stimuler la consommation, car il y a plus de chances pour que ce groupe de salariés consacre toute

augmentation de sa rémunération nette à la consommation plutôt qu'à l'épargne (OCDE, 2009c).

La flexibilité des salaires au bas de l'échelle des revenus a été considérée comme l'un des atouts de l'économie autrichienne. Toutefois, une imposition marginale effective élevée de la transition vers l'emploi risque d'enfermer les salariés dans des « pièges du chômage » ou « pièges d'inactivité » si le gain net de revenu est trop faible pour « valoriser le travail » (OCDE, 2007a). Une réduction des prestations d'aide sociale ne constituerait peut-être pas une option politiquement viable pour encourager le travail, dans la mesure où elle serait en contradiction avec les objectifs de lutte contre la pauvreté et de redistribution des revenus. Des mesures devraient donc être prises pour réduire la charge fiscale effective qui pèse sur les bas revenus ou pour instaurer des transferts aux personnes en activité en complément de leurs salaires. Le gouvernement devrait également envisager d'accorder davantage de prestations en nature sous forme d'équipements pour assurer la garde des enfants de moins de trois ans de manière à permettre aux femmes de mener des carrières plus continues et à favoriser à moyen et long terme une réduction des écarts de salaires entre hommes et femmes. Un meilleur ciblage des transferts sociaux au profit des parents dans le besoin limiterait la pression exercée sur les budgets publics tout en contribuant à surmonter les obstacles à l'emploi pour ceux qui auraient le plus de chances de répondre à un renforcement des mesures d'incitations au travail. Il demeure important de veiller à la bonne application des règles concernant la disponibilité pour un emploi afin de maintenir les bénéficiaires sur le marché du travail.

Les dispositions fiscales dissuasives ont un effet négatif sur l'emploi des seniors

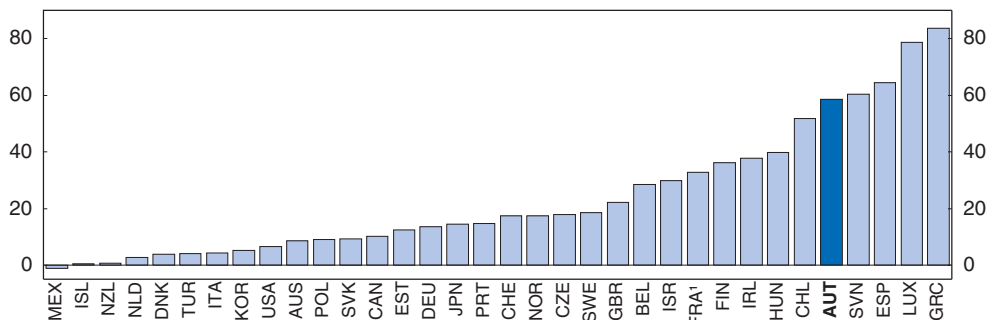
Le taux d'emploi des autrichiens âgés est parmi les plus faibles des pays de l'OCDE. Plus des deux tiers des salariés se retirent du marché du travail avant d'avoir atteint l'âge légal de départ en retraite (65 et 60 ans respectivement pour les hommes et les femmes, l'âge de départ en retraite des femmes devant être relevé jusqu'à rejoindre celui des hommes entre 2024 et 2033) et, pour un grand nombre d'entre eux, même avant d'atteindre l'âge de départ en retraite anticipé (62 et 57 ans respectivement pour les hommes et les femmes, avec une augmentation progressive jusqu'à 65 pour les hommes et 60 pour les femmes d'ici 2017). En moyenne, les autrichiens prennent leur retraite à 59 ans et les autrichiennes à 57 ans. En 2010, 28 % seulement des nouveaux retraités¹⁰ ont pris la voie normale d'admission à la retraite, tandis que 31 % se sont vu accorder une pension d'invalidité et 41 % bénéficiaient d'autres dispositifs de retraite anticipée [dont 67 % au titre du régime spécial de préretraite en faveur des travailleurs ayant cotisé pendant une longue période (*Hacklerregelung*)] (ministère fédéral du Travail, des Affaires sociales et de la Protection des Consommateurs). L'inactivité excessive des travailleurs âgés représente une lourde charge pour l'économie et pour la viabilité du système social. Un allongement des carrières aurait pour effet non seulement de réduire les dépenses dues au vieillissement de la population mais aussi de stimuler la croissance économique et de générer des recettes fiscales plus importantes.

L'un des principaux indicateurs synthétiques des incitations au départ en retraite est l'impôt implicite sur la poursuite de l'activité qui représente le solde entre les coûts économiques (en termes de prestations perdues et de cotisations versées) et prend en compte les effets de l'âge légal du départ en retraite et du niveau des prestations. L'Autriche est parmi les pays de l'OCDE où ces impôts implicites sur la poursuite d'activité sont les plus élevés, atteignant près de 60 % des rémunérations moyennes. Les dispositions

qui dissuadent les personnes de 55 à 64 ans de travailler ont été réduites au cours des dix dernières années mais il en subsiste encore. Les estimations montrent qu'une réforme des dispositifs de retraite comporterait des avantages considérables en termes d'augmentation du taux d'emploi (Bouis et Duval, 2011).


Graphique 1.11. **Impôt implicite moyen sur le maintien en activité des salariés âgés**

2009, pourcentage du salaire moyen



Note : Impôt implicite sur la poursuite d'activité en retraite anticipée, moyenne des salariés âgés de 55 à 60 ans
1. 2010 pour la France.

Source : Calculs de l'OCDE fondés sur Duval (2003), « The Retirement Effects of Old-Age Pension and Early Retirement Schemes in OECD Countries », Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 370.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458444>

Les pensions de retraite sont plus avantageuses que dans la plupart des autres pays de l'OCDE. Le taux net de remplacement (droit individuel net à pension divisé par la dernière rémunération nette avant le départ en retraite) se situe entre 78 % (travailleurs manuels) et 85 % (travailleurs non manuels) suivant la durée et le degré de progression des revenus (ministère fédéral du Travail, des Affaires sociales et de la Protection des Consommateurs), chiffres nettement supérieurs à la moyenne de l'OCDE, qui est de 70 %. Les pénalités en cas de départ en retraite anticipée sont limitées et il en est de même des avantages tirés de la poursuite d'activité. Les retraites sont ajustées de 4.2 % par an lorsque la pension est demandée prématurément ou trop tardivement mais les décotes et majorations sont plafonnées (les décotes à 15 % et les majorations à environ 12 %) et il existe des exemptions pour certains dispositifs de retraite anticipée, aucune minoration ne s'appliquant dans le cas de la « Hacklerregelung » (voir ci-dessous) et la minoration étant réduite en cas de « retraite corridor ». D'autres pays tels que les États-Unis, le Canada, la République tchèque, le Japon et l'Espagne appliquent une décote beaucoup plus importante, d'au moins 6 % par an, en cas de retraite anticipée. L'ajustement qui serait nécessaire pour atteindre la neutralité actuarielle, qui consisterait à n'appliquer ni bonification ni pénalisation du départ en retraite quel que soit l'âge, a été évalué à environ 7.5 % par l'OCDE et 6 % par des experts autrichiens (OCDE, 2005b ; ministère fédéral du Travail, des Affaires sociales et de la Protection des Consommateurs, d'après Brunner et Hoffmann, 2010).

L'âge légal de départ en retraite est conforme aux pratiques en vigueur dans les pays de l'OCDE mais il est remis en cause par l'existence des dispositifs avantageux de retraite anticipée et d'invalidité :

- Un dispositif spécifique de retraite anticipée (« Hacklerregelung ») s'applique aux personnes qui ont cotisé pendant longtemps, leur donnant droit à une pension de

retraite sans minoration à partir de 60 et 55 ans respectivement pour les hommes et les femmes, sous réserve qu'ils aient cotisé pendant 45 ou 40 ans (40 ans dans les deux cas dans le secteur public). Ce dispositif est devenu le mode d'accès le plus courant à la retraite anticipée et il est particulièrement prisé par les salariés du secteur public. Une loi adoptée en 2010, qui se traduira par un durcissement des conditions d'admissibilité à partir de 2014, devrait réduire de moitié l'accès à ce dispositif.

- Le système de retraite autorise à racheter jusqu'à neuf années de cotisations au titre de l'enseignement secondaire et tertiaire suivi après l'âge de 15 ans. Le recours à cette disposition est devenu trois fois plus coûteux pour les retraités potentiels à partir de 2011 et il devrait être aboli progressivement en 2014. D'ici là, ce dispositif reste attrayant et comporte un coût élevé pour le système social. Ces dispositions sont essentiellement régressives dans la mesure où elles profitent aux salariés les mieux formés qui ont passé le plus d'années dans l'enseignement secondaire et supérieur.
- Les critères d'éligibilité aux pensions d'invalidité continuent à être avantageux par comparaison avec les autres pays. Étant donné que l'état de santé de la population autrichienne est meilleur que la moyenne des pays de l'OCDE (voir chapitre 2), le taux élevé d'incapacité au sein de la population en âge de travailler n'apparaît pas justifié. Contrairement aux pratiques en vigueur dans les pays de l'OCDE, l'invalidité est déterminée par rapport à l'emploi de la personne concernée (*Berufsschutz*), ce qui implique que certains salariés peuvent demander à bénéficier des prestations alors même qu'ils pourraient être en mesure d'exercer d'autres activités. Les pensions d'invalidité peuvent par conséquent constituer un mode d'accès alternatif à la retraite anticipée. À compter de janvier 2011, les conditions d'accès à une pension d'invalidité ont été rendues plus strictes, une réadaptation étant désormais obligatoire avant qu'une retraite puisse être demandée. Le gouvernement a par ailleurs mis en œuvre un programme d'identification et de prévention des problèmes de santé liés à l'activité professionnelle sur la base des exemples de bonnes pratiques observés en Finlande et aux Pays-Bas, dont l'objectif est de relever d'un an l'âge effectif moyen de départ en retraite dans les cinq années à venir.

On soutient souvent que le fait d'encourager les salariés à travailler plus longtemps risque de priver les jeunes d'emplois. Or, un récent rapport de l'OCDE (2011) démontre que l'idée selon laquelle les pouvoirs publics peuvent redistribuer les emplois entre salariés d'âges différents n'est pas fondée. Il serait possible de traiter les problèmes d'employabilité des salariés âgés par une amélioration de l'enseignement, une formation tout au long de la vie et des possibilités de recyclage. Des comparaisons avec les autres pays de l'OCDE montrent que l'Autriche a des progrès à accomplir dans ce domaine. L'inégalité d'accès des différents âges à la formation est particulièrement importante ; les autrichiens âgés ont moins de chances de participer à une formation que leurs jeunes collègues par comparaison à la plupart des autres pays de l'OCDE (*ibid.*).

Les revenus du capital sont imposés d'une manière inégale

Un trait notable de l'imposition des revenus des personnes physiques est la non-imposition des plus-values, sauf lorsqu'elles sont spéculatives. Le traitement des gains en capital est très différent d'un pays à l'autre de l'OCDE et son impact est variable. D'une part, du fait de l'absence d'imposition des gains en capital, l'une des caractéristiques du système fiscal autrichien est qu'il n'a pas donné lieu à un dynamisme artificiel des recettes publiques en période d'expansion rapide de la valeur des actifs : le fait que les déficits des

pays de l'OCDE aient été affectés par les fluctuations des prix des actifs, en raison de la sensibilité des impôts correspondants à ces fluctuations, entraîne des distorsions dans les tendances fondamentales du solde budgétaire de certains pays. La situation présente donc des avantages en termes de stabilité et de prévisibilité des rendements. L'autonomie nationale en termes de taux d'imposition du capital pourrait se trouver réduite lorsque le capital est mobile au niveau international – ce facteur empêche l'impôt sur les bénéfices des sociétés d'être une source importante de recettes – mais dans le cas de l'impôt sur les gains en capital, l'imposition de ces gains à un taux plus faible que les revenus ordinaires a généralement pour effet d'offrir des possibilités d'évasion fiscale. Il n'y a pas de données à ce sujet pour l'Autriche mais il y en a, par exemple, dans le cas de la Norvège.

À partir de 2012, les plus-values réalisées seront imposées uniformément au taux de 25 %. Ce nouvel impôt sur les plus-values s'appliquera aux cessions d'actions, d'obligations, de parts de fonds de placement et de produits dérivés.

Tableau 1.6. **Régime fiscal des gains en capital et déductibilité des intérêts pour les personnes physiques**

2010, contribuables résidents

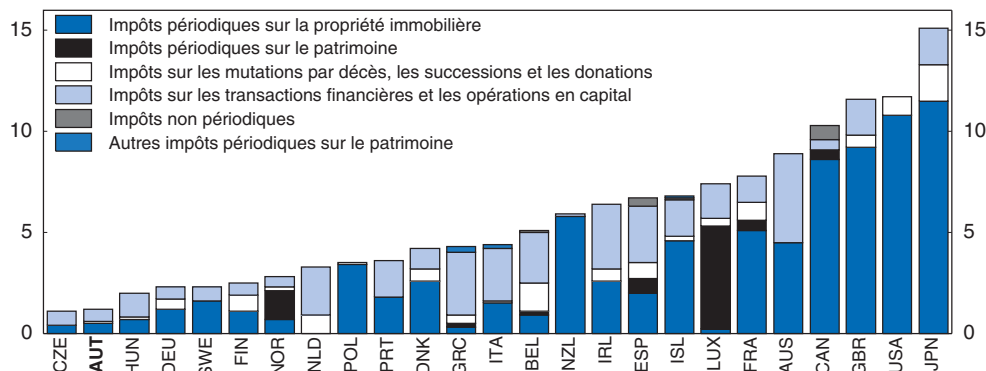
	Propriété résidentielle		Actions	Taux et régime	Déductibilité des intérêts des prêts hypothécaires
	Résidence principale	Autres			
Autriche	Non inclus dans le revenu imposable sauf en ce qui concerne les gains spéculatifs : cession dans un délai de 2 ans pour les biens immobiliers	Non inclus dans le revenu imposable sauf en ce qui concerne les gains spéculatifs : cession dans un délai de 10 ans pour les biens immobiliers	Non imposables jusqu'en 2011 sauf en ce qui concerne les gains spéculatifs, soumis depuis 2011 à une retenue à la source de 25 %	Taux normal de l'impôt sur le revenu en ce qui concerne les gains spéculatifs sur les biens immobiliers ; retenue à la source de 25 % sur les actions	Déductibles jusqu'à un certain niveau de revenu ; il existe des plans d'épargne subventionnés et des aides avantageuses au logement
Belgique	Non imposables sauf dans le cas de biens aménagés dans un délai de 8 ans et de biens aménagés dans un délai de 5 ans	Imposables non aménagés dans un délai de 5 ans	Non imposables sauf pour les transactions spéculatives	Normalement zéro ; 33 % pour les transactions spéculatives ; 16.5 % pour les gains à court terme sur des biens immobiliers	Déductibles à concurrence de 2 770 € pour les dix premières années et de 2 080 € ensuite
Danemark	Exonérés	Imposables comme des revenus du capital	Imposés comme des dividendes d'actions	28/43/45 % au-delà d'un plafond	Déductibles des revenus du capital
Allemagne	Non imposables jusqu'en 2010 à l'exclusion des gains spéculatifs : 1 an pour les actions et 10 ans pour les biens immobiliers	Imposables à l'exclusion des gains spéculatifs : 1 an pour les actions et 10 ans pour les biens immobiliers	Inclus dans les revenus du capital	Normalement zéro ; imposition des gains spéculatifs au taux de l'impôt sur le revenu	Non déductibles
Pays-Bas	Non imposables			Zéro	Tous les paiements d'intérêts sont déductibles pendant 30 ans
Suède	Différé d'impôt possible en cas d'acquisition d'une nouvelle résidence permanente	Imposable à concurrence des 22/30 ^e	Inclus dans les revenus du capital	Impôt à taux unique sur les revenus du capital : 30 %	Déductibles des revenus du capital
Suisse	Soumis à un impôt sur les plus-values immobilières dégressif en fonction de la durée de détention		Exonérés sauf pour les activités professionnelles de transactions sur actions	Les cantons fixent leurs propres taux d'imposition	Déductibles dans certaines limites

La base d'imposition des biens immobiliers diminue

L'autre aspect de l'inégalité d'imposition du capital, qui pourrait être encore plus important, porte sur les biens immobiliers. La part des impôts sur le patrimoine est très faible par rapport aux normes internationales (graphique 1.12) surtout du fait que les évaluations des terrains et bâtiments (*Einheitswert*) n'ont guère fait l'objet d'ajustements depuis plusieurs décennies. La dernière évaluation (*Hauptfeststellung*) a été effectuée

Graphique 1.12. La fiscalité du patrimoine est très faible par rapport aux normes internationales

2008¹, % des recettes fiscales totales



1. 2007 pour l'Australie, la Grèce, les Pays-Bas et la Pologne.

Source : Calculs de l'OCDE d'après *Statistiques des recettes publiques 2010 de l'OCDE*.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932458463>

en 1972 et les ajustements qui ont eu lieu depuis ont accru ces valeurs de 35 % seulement par comparaison avec une augmentation des prix à la consommation d'environ 250 % (Böheim et al., 2010). En 2009, l'État n'a tiré que 0.6 % du PIB ou 1.3 % des recettes fiscales totales des impôts fonciers, à comparer à des moyennes de 1.8 % et 5.4 % respectivement pour l'ensemble des pays de l'OCDE.

Un relèvement de la part des impôts sur le patrimoine dans le PIB jusqu'à la moyenne de l'OCDE apporterait un supplément de recettes de 3 milliards EUR par an. Ce serait un moyen relativement efficace de réduire la charge d'autres recettes plus préjudiciables à la croissance. Ces impôts présentent un avantage par rapport aux impôts sur le revenu, dans la mesure où ils occasionnent moins de distorsions et sont prélevés sur une base d'imposition relativement immobile¹¹. De plus, lorsqu'ils sont faibles ou absents, les incitations à l'investissement peuvent se trouver faussées en faveur de l'acquisition de biens immobiliers à un degré qui risque d'être amplifié ou compensé par l'absence d'imposition des gains en capital ou par l'octroi d'une déduction fiscale des intérêts de prêts hypothécaires. Il n'existe pas d'indice national des prix du logement en Autriche qui permettrait d'en évaluer les effets. Néanmoins, il est recommandé d'accroître les recettes des impôts sur les biens immobiliers, ce qui nécessiterait un ajustement en hausse des évaluations périmées.

Parmi les autres impôts sur le patrimoine, on peut mentionner les impôts sur les donations et successions, qui sont également négligeables en Autriche, alors que les autres pays de l'OCDE à revenu élevé tirent jusqu'à 0.5 % du PIB de cette source. En fait, le processus de réforme engagé en Autriche a joué dans le sens de l'assouplissement des impôts sur le capital : les autorités ont laissé expirer les impôts sur les successions et les donations en 2008 après que l'évaluation de la base d'imposition a été jugée contraire à la constitution par la Cour constitutionnelle. La pratique internationale est très différente, mais le rétablissement de ces impôts devrait être envisagé, dans le contexte plus large d'un examen d'ensemble de la fiscalité du patrimoine.

Tableau 1.7. **Impôts sur les successions et les donations**

	Successions	Donations	Part des recettes fiscales totales en % ¹
	RS4300		
	Imposition (O) ou exonération (N)		
Autriche	N (à partir d'août 2008)	0.0	
Belgique	O	N après 2 ans	0.9
Danemark	O	O	0.5
Allemagne	O	O	0.4
Pays-Bas	O	O	0.7
Suède	N	N	0.0
Suisse	O ²	O ³	0.9

1. Moyenne de la période.

2. Dans le cas des comptes non enregistrés, les gains en capital sont reconnus et deviennent imposables dans la dernière déclaration de la personne décédée avant la succession.

3. Non au niveau fédéral, mais la plupart des cantons prélèvent de tels impôts.

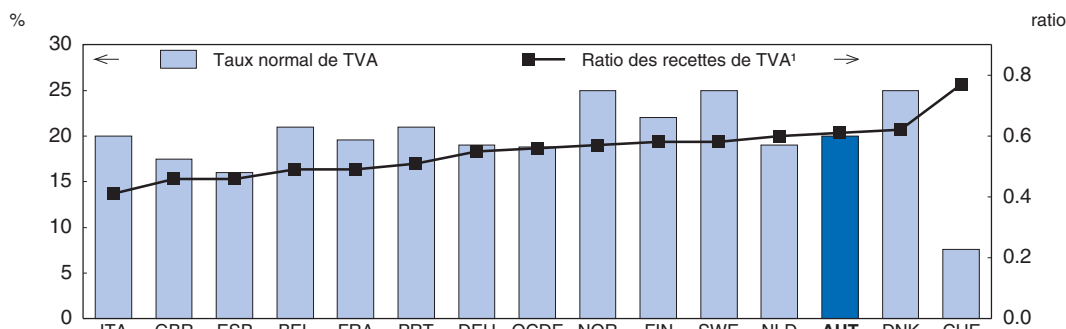
Source : *Guide fiscal européen* ; sources nationales.

Les impôts sur la consommation pourraient être mieux exploités

Il est probable que les impôts sur la consommation sont moins préjudiciables à la croissance que les impôts sur le travail, notamment si leur assiette est large et s'ils s'appliquent selon le principe de la destination comme la TVA. En pratique, la plupart des pays de l'OCDE ont maintenu constants leurs taux normaux de TVA pendant de longues périodes et la moyenne des pays de l'OCDE est restée légèrement inférieure à 18 % pendant plus de dix ans. Cependant, l'efficacité de la TVA en termes de recettes dépend aussi du nombre de taux réduits et des exonérations accordées. A cet égard, le taux normal de 20 % se trouve sensiblement minoré en termes effectifs du fait de l'existence du taux réduit de 10 %. L'Autriche fait aussi partie du groupe de pays de l'OCDE qui exonèrent les constructions nouvelles de la TVA. Dans la mesure où l'Autriche est en retard sur les pays de l'OCDE les plus efficaces en matière de TVA, un réexamen de l'efficacité de la TVA en termes de recettes serait souhaitable.

Graphique 1.13. **Efficacité du système de TVA**

2008



1. Le ratio des recettes de TVA est défini comme le rapport entre les recettes de TVA et les recettes théoriques qui seraient prélevées si la TVA était appliquée au taux normal à l'ensemble de la consommation finale. $RRT = \text{Recettes de TVA} / [(\text{Consommation} \times \text{taux normal de TVA}) - \text{Recettes de TVA}]$ où la consommation correspond aux dépenses de consommation finale.

Source : OCDE (2011), *Tendances des impôts sur la consommation 2010*.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458482>

Encadré 1.5. **Recommandations de politique budgétaire**

Élaborer un agenda budgétaire plus prospectif

- Intensifier l'assainissement budgétaire au cours des prochaines années pour ramener le ratio dette/PIB à moins de 60 % d'ici à 2020. Les projections budgétaires à moyen et long terme devraient être plus décisives pour guider les mesures publiques concentrées en début de période.
- Accroître la transparence concernant les entités extrabudgétaires et les engagements éventuels du secteur public. Évaluer l'impact budgétaire à moyen et long terme de la débudgétisation de programmes publics.

Renforcer le cadre budgétaire à tous les niveaux d'administration

- Renforcer la règle budgétaire actuelle avec un objectif de dette. Dans ce contexte, il serait utile de spécifier un objectif concernant le taux de croissance des dépenses réelles des administrations publiques.
- Réformer le *Pacte de stabilité intérieure* et la *Loi de péréquation budgétaire* en vue d'appliquer les principaux éléments des réformes budgétaires fédérales et d'éviter les dépenses procycliques aux niveaux infrafédéraux. Le nouveau régime de sanctions devrait être appliqué avec fermeté.
- La budgétisation dans l'optique des résultats devrait être mise en œuvre à tous les niveaux d'administration. Il y aurait lieu de définir les objectifs essentiels de la politique économique dans les principaux domaines des dépenses publiques, de mettre au point des indicateurs de résultats appropriés et de définir une procédure claire sur la manière de les utiliser concrètement dans le cadre du processus d'élaboration du budget.

Freiner les dépenses publiques

- Réduire les coûts salariaux du secteur public en ne remplaçant qu'une partie des agents publics qui partent à la retraite.
- Rechercher des gains d'efficacité dans tous les grands secteurs de dépenses publiques, notamment l'éducation et les soins de santé. Faire pleinement usage à cet effet de la budgétisation dans l'optique des résultats.
- Renforcer les procédures d'adjudication des marchés publics. Recourir aux partenariats public-privé lorsqu'ils offrent un réel gain d'efficacité.

Mieux cibler les transferts sociaux et de retraite

- Éliminer toutes les voies subventionnées vers la retraite anticipée. Intégrer le dispositif spécial de retraite anticipée dans un régime de pension actuariellement neutre. Il conviendrait de rendre encore plus stricts les critères d'éligibilité aux pensions d'invalidité et de supprimer le cas échéant l'évaluation de l'invalidité par rapport à l'emploi occupé par la personne concernée.
- Harmoniser complètement les régimes de retraite des fonctionnaires des *Länder* et des communes et accélérer leur intégration dans le régime général de retraite.
- Accentuer le ciblage des transferts sociaux.

Rendre la structure fiscale plus propice à l'emploi et à la croissance

- Rééquilibrer le système d'imposition en vue de rehausser les incitations à travailler, d'encourager l'investissement et l'entrepreneuriat et de réduire les distorsions induites par l'impôt.

Encadré 1.5. **Recommandations de politique budgétaire** (suite)

- Renforcer les incitations à l'activité des travailleurs à faible revenu en réduisant les cotisations de sécurité sociale ou en instaurant des prestations liées à l'exercice d'un emploi.
- Encourager les femmes à travailler à plein-temps en remplaçant partiellement les transferts monétaires au profit des familles par des dépenses en nature sous forme d'équipements affectés à la garde d'enfants.
- Revoir la fiscalité du capital afin de la rendre moins inégale. Les estimations des biens immobiliers et fonciers devraient être alignées sur les valeurs du marché et il faudrait envisager de rétablir les droits de succession et de donation.
- Renforcer l'efficacité de l'administration des impôts en intégrant davantage le recouvrement d'impôts similaires.
- Accroître l'efficacité du système de TVA.

Notes

1. Selon l'hypothèse retenue, les charges d'intérêts baissent en raison de la diminution de l'encours de la dette, comparativement à un scénario dans lequel la stratégie serait inchangée.
2. Il semblerait que lorsque la dette brute des administrations publiques franchit le seuil de 75 % du PIB, les taux d'intérêt à long terme augmentent (diminuent) de 4 points de base pour chaque point d'augmentation (de diminution) du ratio dette publique/PIB (OCDE, 2010d).
3. La décision de reclassification de mars 2011 a réintégré une fraction relativement faible du déficit et de la dette des entreprises publiques dans les comptes des administrations publiques, de sorte que l'essentiel des charges encourues par les prestataires de services publics restent inscrites dans des comptes hors-budget. Cependant, la reclassification a concerné une part importante du déficit d'entités hors budget entre 2007 et 2010.
4. L'écart de viabilité mesure l'importance de l'ajustement budgétaire nécessaire pour respecter la limite de 60 % du ratio dette/PIB prescrite par le traité de Maastricht à l'horizon 2060. À partir de la position budgétaire de 2009, l'ajustement requis du solde primaire représente 3.8 points de PIB. Dans l'hypothèse d'une position de départ favorable (solde du budget et ratio dette/PIB conformes aux limites de 3 %/60 % du PIB, conformément au Pacte de stabilité et de croissance), une amélioration du solde primaire de l'ordre de 2.2 points de PIB est nécessaire pour absorber le coût budgétaire du vieillissement de la population estimé par la Commission européenne.
5. La législation adoptée prévoit une baisse de ce ratio (notamment par le transfert d'agents du régime de la fonction publique au régime d'assurance du secteur privé, l'extension progressive de la période de calcul jusqu'en 2028 et l'introduction de comptes retraite individuels, elle aussi progressive compte tenu de l'existence parallèle des anciens régimes).
6. La législation d'ores et déjà votée, à condition qu'elle soit pleinement mise en œuvre, devrait réduire la générosité du système et relever l'âge effectif de la retraite. Parallèlement à l'augmentation des taux d'activité, cette initiative devrait freiner la hausse des dépenses de retraite.
7. Entre 2011 et 2014, les *Länder* devront améliorer leur solde budgétaire de 0.25 point de PIB, le faisant passer de -0.75 % à -0.5 % du PIB, tandis que les communes devront équilibrer leurs budgets chaque année. La part des recettes supplémentaires générées par les mesures d'assainissement et versées aux administrations infranationales représente 0.1 % du PIB en 2011, et augmentera progressivement jusqu'à 0.2 % du PIB d'ici 2014.
8. L'évaluation systématique des gains d'efficacité est impossible faute de mesures des résultats de l'ancienne organisation.
9. Le coin fiscal combine l'effet des impôts liés à l'emploi et des prestations versées en dehors du travail, c'est-à-dire des impôts sur le revenu des personnes physiques et des cotisations de sécurité sociale d'une part et les prestations sociales et droits de l'autre. Il est défini comme la somme des

impôts sur le revenu et des cotisations salariales et patronales de sécurité sociale diminuée des transferts en espèces en pourcentage des coûts totaux de main-d'œuvre.

10. À l'exclusion des pensions de réversion.
11. Des impôts périodiques sur les biens immobiliers résidentiels peuvent avoir un impact à long terme sur l'attractivité d'un pays ou d'une région comme lieu d'investissement résidentiel.

Bibliographie

- Aiginger, K., H. Pitlik et M. Schratzenstaller (2010), « Options for the Consolidation of Public Budgets in Austria », *Austrian Economic Quarterly*, n° 2/2010.
- Albacete, N. et K. Wagner (2009), « Housing Finance of Austrian Households », *Monetary Policy & The Economy*, Q3, Banque nationale d'Autriche, Vienne.
- Arnold, J. (2008), « Do Tax Structures Affect Aggregate Economic Growth? Empirical Evidence From a Panel of OECD Countries », *Document de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE*, n° 643.
- Böheim, M., H. Handler et M. Schratzenstaller (2010), « Options for Revenue-based Fiscal Consolidation », *Austrian Economic Quarterly*, n° 2/2010.
- Bouis, R. et R. Duval (2011), « Raising Potential Growth After the Crisis: A Quantitative Assessment of the Potential Gains from Various Structural Reforms in the OECD Area and Beyond », *Document de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE*, n° 835.
- Brandner, P., L. Diebalek et W. Köhler-Töglhofer (2009), « Budget Balances Decomposed: Tracking Fiscal Policy in Austria », in Larch, M. et J. Nogueira Martins (dir. pub.), *Fiscal Policy Making in the European Union: An Assessment of Current Practice and Challenges*, Londres, pp. 83-102.
- Brunner, J.K. et C. Hoffmann (2010), « Versicherungsmathematisch korrekte Pensionsabschläge », *Soziale Sicherheit*, n° 12/2010, Vienne.
- Budimir, K. et al. (2010), « Erwerbsinaktivität und soziale Sicherungssysteme: Ein europäischer Vergleich », *WIFO Monatsberichte*, n° 12/2010.
- Causa, O. (2009), « The Policy Determinants of Hours Worked Across OECD Countries », *Revue économique de l'OCDE*, vol. 2009.
- Commission de la dette publique (2010), *Jahresbericht 2009*, Vienne.
- Commission européenne (2008), *Public Finances in EMU – 2008*, European Commission, Brussels.
- Commission européenne (2009), *The 2009 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU-27 Member States (2008–2060)*, Commission européenne, Bruxelles.
- Curristine, T., Z. Lonti et I. Jourmard (2007), « Improving Public Sector Efficiency: Challenges and Opportunities », *OECD Journal on Budgeting*, vol. 7, n° 1.
- Fuentes, A., E. Wurzel et A. Wörgötter (2006), « Reforming Federal Fiscal Relations in Austria », *Document de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE*, n° 474, OCDE, Paris.
- Gonand, F., I. Jourmard et R. Price (2007), « Public Spending Efficiency: Institutional Indicators in Primary and Secondary Education », *Document de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE*, n° 543, OCDE, Paris.
- Guger, A. et K. Knittler (2008), « Entwicklung und Verteilung der Einkommen », in BMASK (dir. pub.), *Sozialbericht 2007-2008: Ressortaktivitäten und sozialpolitische Analysen*, BMASK, Vienne.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) (2010), *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2010*, HVB, Vienne.
- Institut autrichien de recherche économique (WIFO) (2010), « Optionen zur Konsolidierung der öffentlichen Haushalte in Österreich », WIFO, Vienne.
- Institut für Höhere Studien (IHS) (2010), *Effizienzpotential in der Verwendung öffentlicher Mittel. Ein Überblick anhand einer Auswertung der Berichte des österreichischen Rechnungshofs*, IHS, Vienne.
- Johansson, A. et al. (2008), « Taxation and Economic Growth », *Document de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE*, n° 620.

- Koen, V. et P. van den Noord (2005), « Fiscal Gimmickry in Europe: One-Off Measures and Creative Accounting », *Document de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE*, n° 417.
- Ministère fédéral des Finances (2011a), *Österreichisches Stabilitätsprogramm für die Jahre 2010 bis 2014*, BMF, Vienne.
- Ministère fédéral des Finances (2011b), *Strategiebericht 2012-2015*, BMF, Vienne.
- Ministère fédéral du Travail, des Affaires sociales et de la Protection des Consommateurs (2010), *Sozialbericht 2009-2010*, BMASK, Vienne.
- OCDE (2005a), *Études économiques de l'OCDE : Autriche*, vol. 2005/8, OCDE, Paris.
- OCDE (2005b), *Vieillesse et politiques de l'emploi : Autriche*, OCDE, Paris.
- OCDE (2007a), *Prestations et salaires 2007: les indicateurs de l'OCDE*, OCDE, Paris.
- OCDE (2007b), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE 2007*, OCDE, Paris.
- OCDE (2007c), *Études économiques de l'OCDE : Autriche*, vol. 2007/15, OCDE, Paris.
- OCDE (2009a), *Études économiques de l'OCDE : Autriche*, vol. 2009/10, OCDE, Paris.
- OCDE (2009b), *Objectif croissance*, OCDE, Paris.
- OCDE (2010a), *Tax Policy Reform and Economic Growth*, OCDE, Paris.
- OCDE (2010b), *Les impôts sur les salaires 2009*, OCDE, Paris.
- OCDE (2010c), *Études économiques de l'OCDE : Allemagne*, vol. 2010/9, OCDE, Paris.
- OCDE (2010d), *Perspectives économiques de l'OCDE*, vol. 2010/1, n° 88, OCDE, Paris.
- OCDE (2011), *Panorama des pensions 2011: les systèmes de retraites dans les pays de l'OCDE et du G20*, OCDE, Paris.
- Pitlik, H., K. Budimir et N. Gruber (2010), « Options for Budget Consolidation on the Expenditure Side », *Austrian Economic Quarterly*, n° 2/2010.
- Prammer, D. (2009), « Public Sector Outsourcing: Creative Accounting or a Sustainable Improvement? – A Case Study for Austria », *Monetary Policy & The Economy*, Q1.
- Reinhart, C.M. et K.S. Rogoff (2010), « Growing in a Time of Debt », *American Economic Review*, vol. 100, n° 2.
- Schratzstaller, M. (2010), « Budgetkonsolidierung – allgemeine Überlegungen und Perspektiven für Österreich », in Steger, G. (dir. pub.), *Öffentliche Haushalte in Österreich*, Vienne, pp. 121-166.
- Schratzstaller, M. (2011), « Draft Federal Budget for 2011 Takes First Steps Towards Consolidation », *Austrian Economic Quarterly*, n° 1/2011.
- Steger, G. (2010), « Austria's Budget Reform: How to Create Consensus for a Decisive Change of Fiscal Rules », *OECD Journal on Budgeting*, vol. 2010/n° 1.
- Sutherland, D., et al. (2007), « Performance Indicators for Public Spending Efficiency in Primary and Secondary Education », *Document de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE*, n° 546.

Chapitre 2

Réformer un système de santé très apprécié, mais coûteux

Le système de santé autrichien, très apprécié, qui dispense des soins de qualité et aisément accessibles, est néanmoins coûteux. Sa structure de gouvernance et de financement est très compartimentée et le recours à l'hospitalisation est excessif. L'entrée dans le secteur et la concurrence sont de facto limitées sur la plupart des marchés de la santé. Le système est donc régi par l'offre et ne dispose pas de mécanismes permettant véritablement d'optimiser la dépense selon un bon rapport coûts-avantages. Les modes de vie de la population ne favorisent pas non plus de bons résultats en matière de santé et il existe d'amples disparités entre les groupes sociaux, ce qui constitue un risque pour l'avenir. Le présent chapitre passe en revue les mesures prises par les autorités autrichiennes face à ces défis et formule des recommandations fondées sur l'expérience des pays de l'OCDE. Les priorités qu'il est proposé de retenir sont les suivantes : i) définir plus précisément les responsabilités respectives au sein du système en matière de performance, de financement et de dépenses ; ii) mettre en application un plan de capacités pour les soins hospitaliers et ambulatoires financés sur fonds publics, iii) mettre en place dans tous les services des mécanismes de rémunération en fonction de la performance, iv) favoriser la transition vers une « intégration des soins » en veillant à un meilleur équilibre entre soins préventifs, soins ambulatoires, soins hospitaliers, soins de réadaptation et soins de longue durée, et v) mieux définir les perspectives et les scénarios budgétaires à moyen terme qui se profilent pour le système.

Introduction

L'Autriche consacre à la santé de très abondantes ressources en général, et notamment de source publique. S'établissant à 11 %, la part des dépenses totales de santé dans le PIB est parmi les plus élevées de la zone OCDE, principalement en raison de l'ampleur des dépenses publiques (8.5 %). La santé représente 16 % environ des dépenses totales des administrations publiques. Le nombre de médecins, de lits d'hôpital et d'équipements médicaux de pointe par habitant compte également parmi les plus élevés des pays de l'OCDE. Le système fonctionne de façon satisfaisante si l'on en juge par quelques indicateurs de résultats classiques. L'espérance de vie s'est ainsi considérablement allongée au cours des 30 dernières années, pour dépasser 80 ans en 2008, un résultat encore en-deçà de celui des pays les mieux classés, mais qui place néanmoins l'Autriche dans le peloton de tête des pays européens. Les conditions de vie des personnes âgées, tout comme leur état de santé, se sont sensiblement améliorés. Les citoyens autrichiens sont en conséquence vivement attachés au système de santé existant, et en particulier à la densité des infrastructures locales de délivrance des soins.

Il apparaît en même temps de plus en plus nettement que les ressources massives allouées au système de santé ne sont pas utilisées avec toute l'efficacité souhaitée. Du fait de la complexité de la structure institutionnelle, les soins curatifs en milieu hospitalier se taillent la part du lion alors que l'effort de prévention dans de larges segments de la société reste insuffisant. Ce constat donne à penser qu'une utilisation plus efficace des ressources dans des services optimisés et de meilleure qualité, étayée par des modes de vie plus sains, pourrait contribuer à une amélioration de l'état de santé de la population qui se traduirait par une augmentation moins rapide de la dépense publique.

Dans le cadre de l'effort national que déploient les autorités pour restaurer la viabilité des finances publiques, il est impératif de réformer le système de santé. Les responsables des politiques de santé veulent également s'assurer que le système sera à même de répondre à l'évolution des besoins en matière de soins et de services dans un contexte de plus grande rigueur budgétaire. Le présent chapitre passe en revue ces priorités en analysant la conjugaison des facteurs qui prévalent en Autriche, à savoir de bons résultats en matière de santé mais un coût élevé des établissements de santé, des défis budgétaires à prendre en compte sur le moyen et long terme, et une certaine marge d'amélioration de l'efficacité. Il examine les efforts de réforme engagés et formule des recommandations fondées sur l'expérience d'autres pays de l'OCDE.

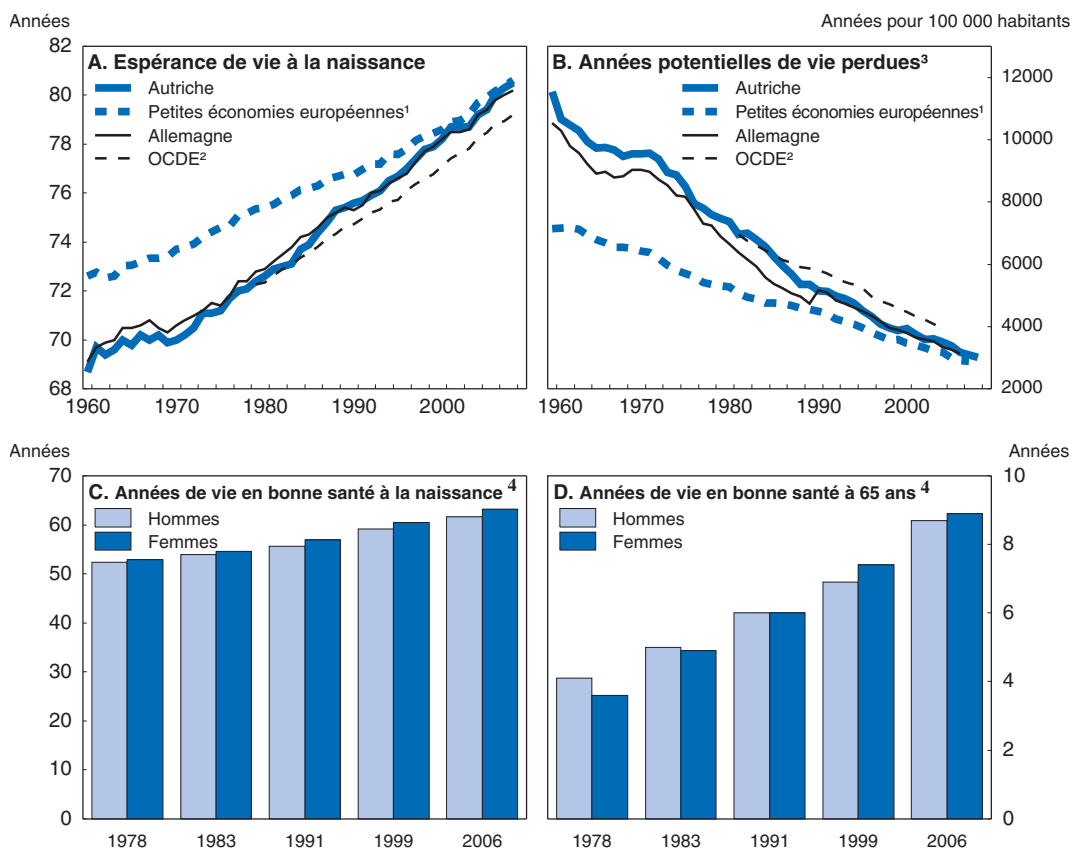
Quoique performant, le système de santé est excessivement fragmenté et coûteux

La santé s'est considérablement améliorée à grand renfort de ressources

Le système de santé autrichien est un exemple des politiques de santé publique ambitieuses mises en place avec succès dans les pays de l'OCDE au cours des cinquante dernières années. Il a contribué pour beaucoup à l'amélioration de l'état de santé de la


population. L'espérance de vie à la naissance s'est allongée de 12 ans depuis 1960, pour dépasser 80 ans en 2008. Les gains pour les plus âgés sont également notables : une Autrichienne de 65 ans peut espérer vivre 21 ans de plus aujourd'hui (soit une différence de 6.4 ans par rapport à 1960), et un homme 18 ans de plus (soit une amélioration de 4.7 ans). Les conditions de vie des personnes âgées, ainsi que leur état de santé, se sont améliorés (graphique 2.1).

Graphique 2.1. La santé s'est considérablement améliorée



1. Moyenne arithmétique des autres petites économies européennes à revenu élevé : Danemark, Pays-Bas, Suède et Suisse.
2. Moyenne arithmétique des pays de l'OCDE, sauf Turquie dans la partie B.
3. Moyennes arithmétiques globales (hommes et femmes). Les années potentielles de vie perdues représentent une mesure synthétique de la mortalité prématurée qui donne un moyen explicite d'affecter une pondération aux décès précoces qui sont, *a priori*, évitables.
4. L'indicateur des années de vie en bonne santé mesure le nombre d'années que l'on peut s'attendre à vivre sans aucune forme d'incapacité. C'est ce que recouvre de fait l'espérance de vie sans incapacité.

Source : OCDE, *Éco-Santé 2010* et Eurostat, *Structural indicators on health* ; et calculs de l'OCDE.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458520>

Un système complexe et coûteux

En même temps, le système de santé en Autriche est bien plus complexe et compartimenté qu'il ne l'est dans d'autres pays de l'OCDE. De par la Constitution, l'État fédéral a en charge l'ensemble des secteurs du système de soins, mais délègue une part importante de ses compétences aux 9 provinces (*Länder*) et une autre part aux caisses d'assurance sociale (caisses d'assurance-maladie)¹. Il appartient aux *Länder* de mettre au

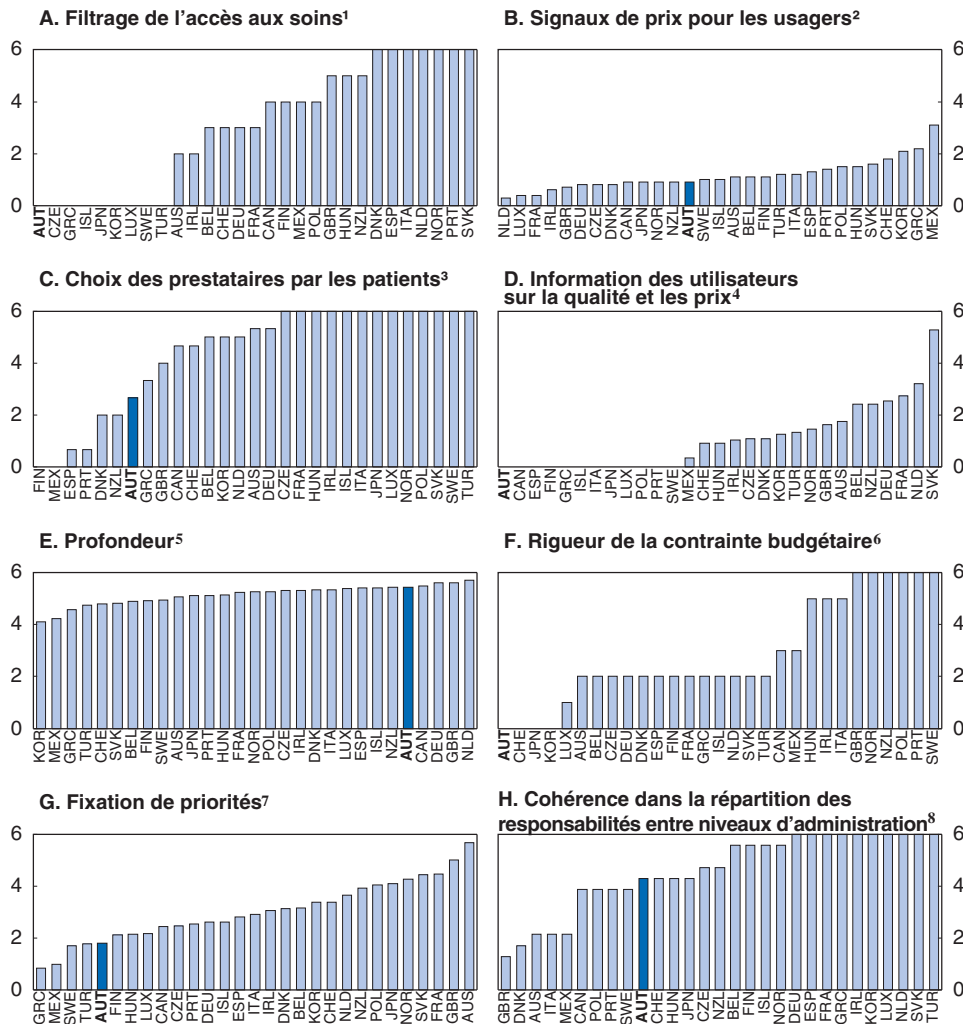
point et maintenir une infrastructure hospitalière adéquate, sans faire appel pour la financer à leurs recettes fiscales. Les transferts de l'État fédéral prévus dans les « accords constitutionnels » quinquennaux y pourvoient, selon des règles relativement souples qui peuvent faire l'objet de négociations politiques. L'État fédéral finance donc une part importante des dépenses sans exercer aucune influence sur l'utilisation des fonds. Les 19 caisses d'assurance-maladie sont chargées, par délégation, de contractualiser les soins ambulatoires, les produits pharmaceutiques et les appareils médicaux, qu'elles financent grâce aux cotisations patronales et salariales collectées par leurs soins. Les caisses d'assurance-maladie participent également au financement des hôpitaux en transférant un pourcentage fixe de leurs ressources (35 %) aux hôpitaux des *Länder*². Cette structure de financement très compartimentée n'incite guère à l'optimisation et fait des prestataires les principaux acteurs du système. La fourniture des services hospitaliers est assurée pour l'essentiel par les hôpitaux des *Länder*, et les services ambulatoires par des médecins indépendants sous contrat avec les caisses d'assurance-maladie par l'intermédiaire des « ordres de médecins régionaux » (encadré 2.1).

Un examen détaillé des systèmes de santé nationaux réalisé par l'OCDE a contribué à mettre en lumière les spécificités institutionnelles du système de santé autrichien par rapport à d'autres pays (OCDE, 2010a). Conséquence de la compartimentation évoquée plus haut, cet examen a confirmé la forte décentralisation, quoiqu'inégale, du système autrichien au profit des autorités infranationales et des assureurs sociaux. Peu de marge est ainsi donnée à l'établissement de priorités et à leur hiérarchisation stratégique, tandis que les contraintes budgétaires ne sont pas gérées de façon explicite et volontariste. Par ailleurs, les signaux de prix ne jouent pas un rôle important et il n'existe pas de mécanisme de médecin référent. Dans pareil contexte, les dépenses publiques de santé ont augmenté plus rapidement que dans la plupart des autres pays de l'OCDE, et la part des dépenses publiques allouées à la santé dans le PIB a atteint l'un des niveaux les plus élevés de la zone OCDE. D'un autre côté, l'information des usagers sur la qualité et les prix des services reste relativement limitée, de même que le choix du prestataire par les patients dans certaines composantes du système (graphique 2.2 et encadré 2.1).

Ce système complexe couvre l'ensemble de la population (98.7 %) et donne accès à « tous les services nécessaires »³. Les fonctions standard de l'assurance santé publique sont accessibles à des taux de remboursement particulièrement généreux⁴. L'Autriche est de fait l'un des deux pays de l'OCDE où la couverture par l'assurance publique est relativement ouverte dans sa définition. La couverture s'est étendue au fil du temps, pour suivre les évolutions de la technologie et de la société. La psychothérapie ou encore la fécondation *in vitro* sont ainsi prises en charge depuis les années 90. Les nouvelles générations de produits pharmaceutiques sont également proposées assez généreusement.


Conséquence de cette large couverture des besoins en matière de santé publique, l'Autriche consacre plus de ressources budgétaires à la santé publique que d'autres pays européens à revenu élevé comme la Suède, le Danemark, les Pays-Bas ou la Suisse. La part des dépenses totales de santé dans le PIB, qui avoisine les 11 %, et la part des dépenses publiques de santé dans le PIB, qui s'établit à 8.5 %, comptent maintenant parmi les plus élevées de la zone OCDE⁵. Ces niveaux ont été atteints après une longue période de croissance des dépenses plus forte que dans d'autres pays de l'OCDE (graphique 2.4).

Graphique 2.2. Les institutions de santé autrichiennes : comparaison internationale



1. Un score de 0 est attribué aux pays où les patients ne sont pas forcés ou encouragés à s'inscrire auprès d'un médecin référent et à obtenir son accord pour consulter un spécialiste.
2. Le score correspond à la part des paiements nets des ménages dans les dépenses totales de santé, sur une échelle de 0 à 6.
3. Un score de 0 est attribué aux pays où les patients ne peuvent pratiquement pas choisir un médecin généraliste, un spécialiste ou un hôpital.
4. Un score élevé est attribué aux pays où l'information sur la qualité des soins et sur les prix permet aux patients et/ou aux acheteurs de sélectionner les prestataires.
5. La profondeur de la couverture représente le niveau de prise en charge des coûts associés aux principaux produits et services inclus dans le panier des prestations de base et la part réelle couverte par l'assurance-maladie (publique et privée).
6. Un score de 0 est attribué aux pays dans lesquels le processus budgétaire contraint peu ou pas la dépense publique en matière de santé.
7. Les scores sont élevés lorsqu'un panier de prestations est défini, des critères sont pris en compte pour le définir et des objectifs de santé sont fixés et contrôlés.
8. Plus le score est faible, plus la cohérence dans la répartition des responsabilités entre les différents niveaux d'administration est faible.

Source : OCDE (2010), *Systèmes de santé – Efficacité et politiques*.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458539>

Encadré 2.1. Les institutions de santé compartimentées de l'Autriche

Cette structure compartimentée de la gouvernance et du financement du système de santé autrichien avait déjà été examinée en 1997, ainsi que dans le cadre d'une *Étude économique de l'OCDE* consacrée à l'Autriche en 2005. On distingue quatre sources de fragmentation qui tiennent à la configuration institutionnelle du système, dont le fonctionnement est exagérément régi par l'offre, ce qui limite les incitations et les capacités à réagir aux exigences des politiques publiques et du marché (OCDE, 1997 ; OCDE, 2005) :

- Premièrement, les dépenses publiques de santé se répartissent entre les administrations publiques (42 %) et les caisses d'assurance sociale (58 %) (graphique 2.3). Du côté de l'administration, l'échelon fédéral, les *Länder* et les communes financent pour l'essentiel les services hospitaliers. Les caisses d'assurance sociale financent d'autres composantes de la dépense, comme les soins ambulatoires dispensés par des médecins indépendants, les coûts pharmaceutiques et une partie des coûts hospitaliers. Dans cette configuration, aucune partie ne joue un rôle du chef de file qui assure la direction stratégique du système. L'illusion est aussi créée, notamment parmi les responsables locaux et les populations, que les services de santé et le secteur de la santé peuvent finalement fonctionner en dehors des contraintes économiques.
- Deuxièmement, chaque résident est immatriculé auprès de l'une des 19 « caisses d'assurance-maladie », en fonction soit de sa région de résidence soit de sa branche professionnelle. La gamme des soins de base couverts varie quelque peu d'une caisse à l'autre. Il n'existe entre elles qu'un système rudimentaire de mutualisation des risques (selon la structure par âge des affiliés), mais pas d'étalon de référence ou de concurrence directe.
- Troisièmement, le secteur de la santé accorde une place prépondérante aux services hospitaliers. Les soins hospitaliers et ambulatoires dispensés par les hôpitaux étant en grande partie financés par l'État, les caisses d'assurance-maladie ont une perception faussée des coûts hospitaliers et ne sont guère incitées à en tenir dûment compte. Parallèlement, les *Länder* ont intérêt à maintenir une forte capacité hospitalière. Les résidents apprécient de pouvoir disposer de services hospitaliers 24 h sur 24 h à proximité de leur domicile, et en font une utilisation intense.
- Quatrièmement, l'entrée dans le secteur et la concurrence sont *de facto* limitées sur les marchés de biens et services de santé financés sur fonds publics. La plupart des hôpitaux sont des monopoles locaux. Les services ambulatoires assurés par des médecins indépendants sont offerts par des « réseaux contractants » de généralistes et de spécialistes, qui sont cogérés par leurs ordres professionnels respectifs, lesquels exercent un pouvoir monopolistique. Les producteurs de médicaments et d'autres biens médicaux opèrent dans des cadres réglementaires restrictifs qui limitent la concurrence. C'est ce qui explique peut-être la relativement faible proportion de produits pharmaceutiques génériques en Autriche.

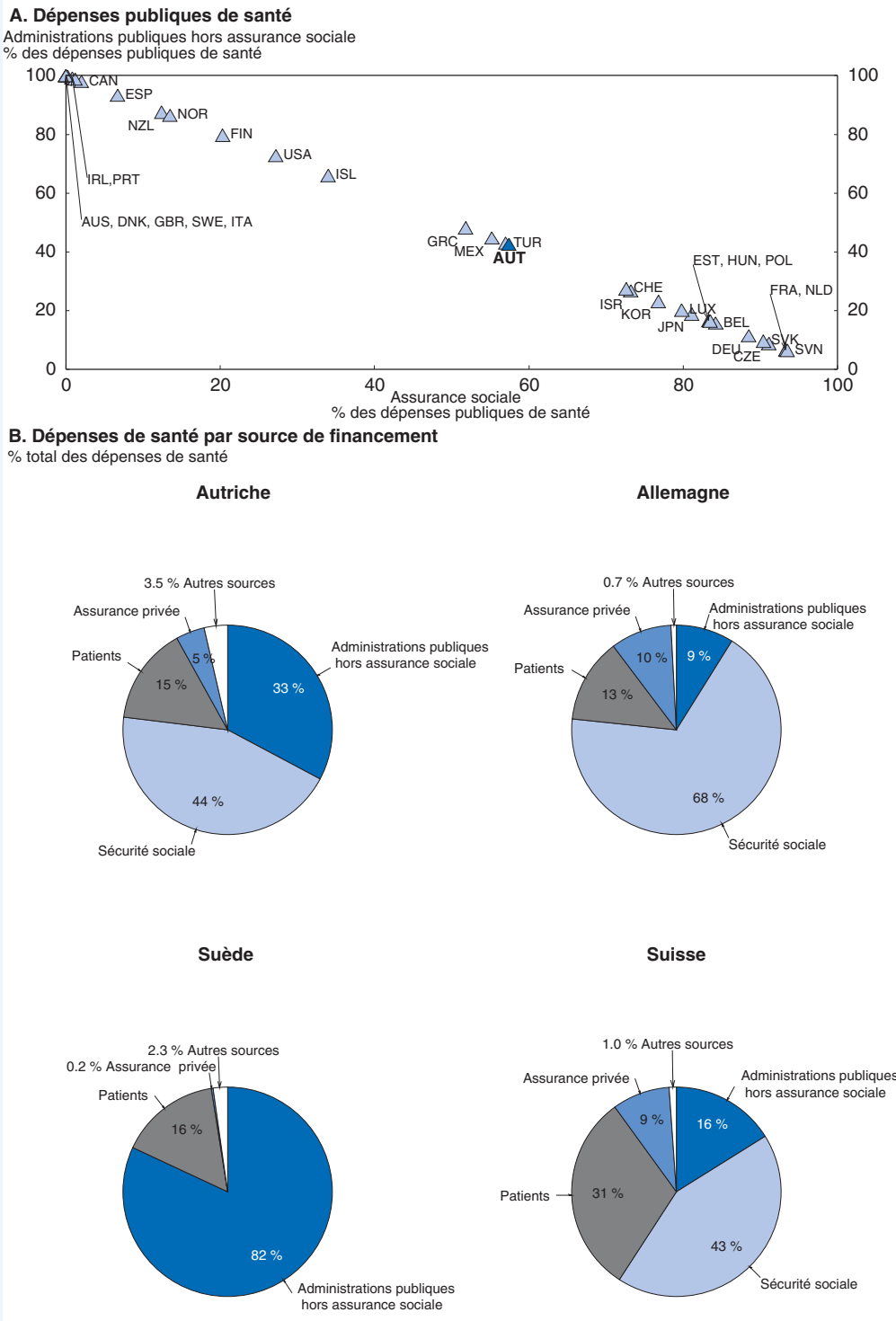
L'offre des différents services et produits de santé est de fait organisée selon diverses formules :

- i) les soins hospitaliers sont assurés par une majorité d'hôpitaux des *Länder* et une minorité d'hôpitaux privés sans but lucratif, qui bénéficient de financements de l'État fédéral et des caisses d'assurance sociale ;
- ii) les soins ambulatoires dispensés par les généralistes et les spécialistes sont assurés par des médecins sous contrat avec les caisses d'assurance-maladie, à travers des conventions négociées avec les ordres de médecins régionaux et avec les services hospitaliers de consultation externe ;
- iii) l'administration fédérale établit des listes (ou nomenclatures) de médicaments et de biens médicaux non durables, où relativement peu de produits génériques sont autorisés ;
- iv) les soins de longue durée sont assurés par les *Länder*, dans des établissements réglementés. Un nouveau fonds pour les soins de longue durée (*Pflegefonds*) est actuellement mis en place au niveau fédéral pour financer en partie les services.

Encadré 2.1. Les institutions de santé compartimentées de l'Autriche (suite)

Graphique 2.3. La structure de financement est très fragmentée

2008 (ou dernière année disponible)



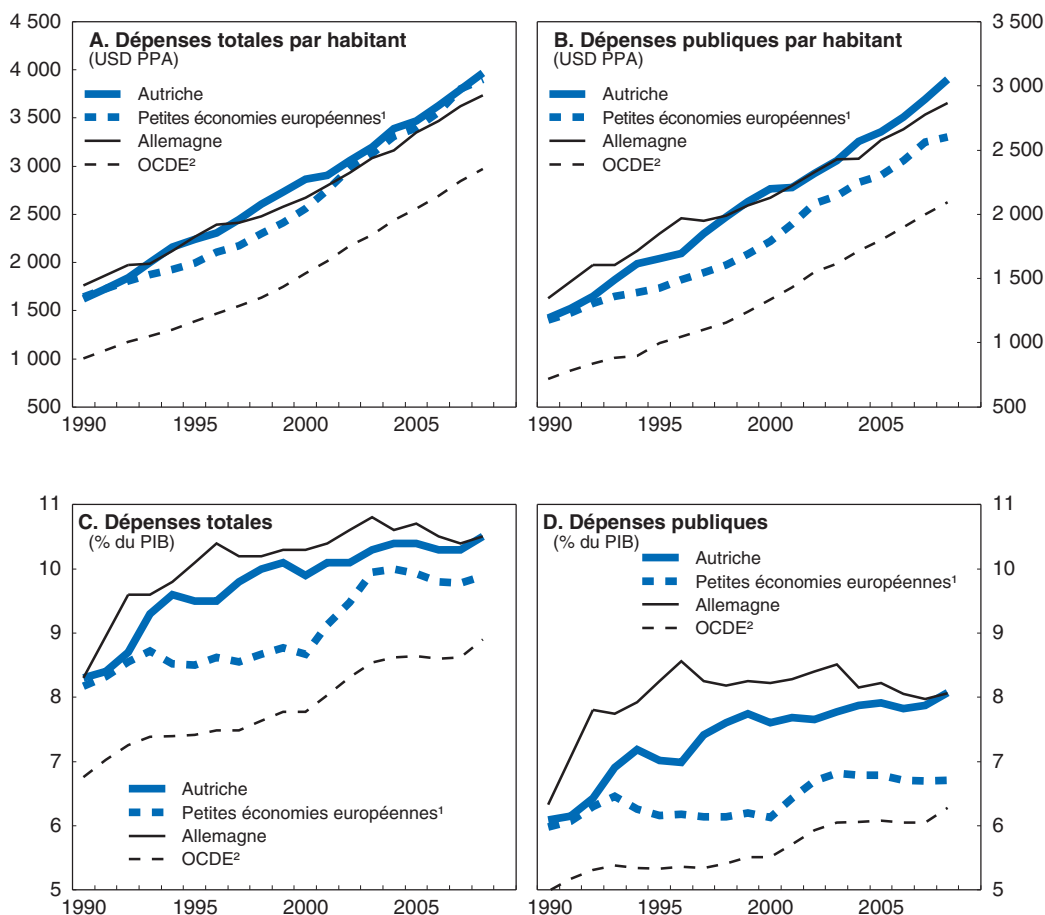
Source : Éco-Santé OCDE 2010.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932458558>

Encadré 2.1. **Les institutions de santé compartimentées de l'Autriche** (suite)

Cette organisation compartimentée de l'offre crée un cloisonnement étanche entre différents types de services. Dans chaque domaine, les groupes des prestataires acquièrent beaucoup d'influence (notamment par l'intermédiaire de leurs organisations professionnelles) sur les types de services dispensés et leurs prix.

Cette structure reste très centrée sur les services hospitaliers. L'Autriche arrive dans le peloton de tête des pays de l'OCDE quant au nombre de lits de soins aigus par habitant (après le Japon et la Corée). On y dénombrait en 2006 183 hôpitaux de soins aigus regroupant au total 52 894 lits. Quelque 92 % de cette capacité relèvent d'hôpitaux financés par les *Länder*, 64 % d'hôpitaux détenus directement par les *Länder* et les communes, 17 % de trois hôpitaux universitaires, 8 % d'hôpitaux spécialisés dans les cas « d'invalidité et d'accidents du travail », 16 % d'institutions gérées par des congrégations religieuses et 6 % d'hôpitaux privés à but lucratif. La majorité des lits sont des lits de soins aigus et il n'existe pas de mécanisme de médecin référent pour filtrer l'accès à ces derniers.

Graphique 2.4. **Les dépenses de santé ont augmenté à un rythme soutenu**

1. Moyenne arithmétique des autres petites économies européennes à revenu élevé : Danemark, Pays-Bas, Suède et Suisse.

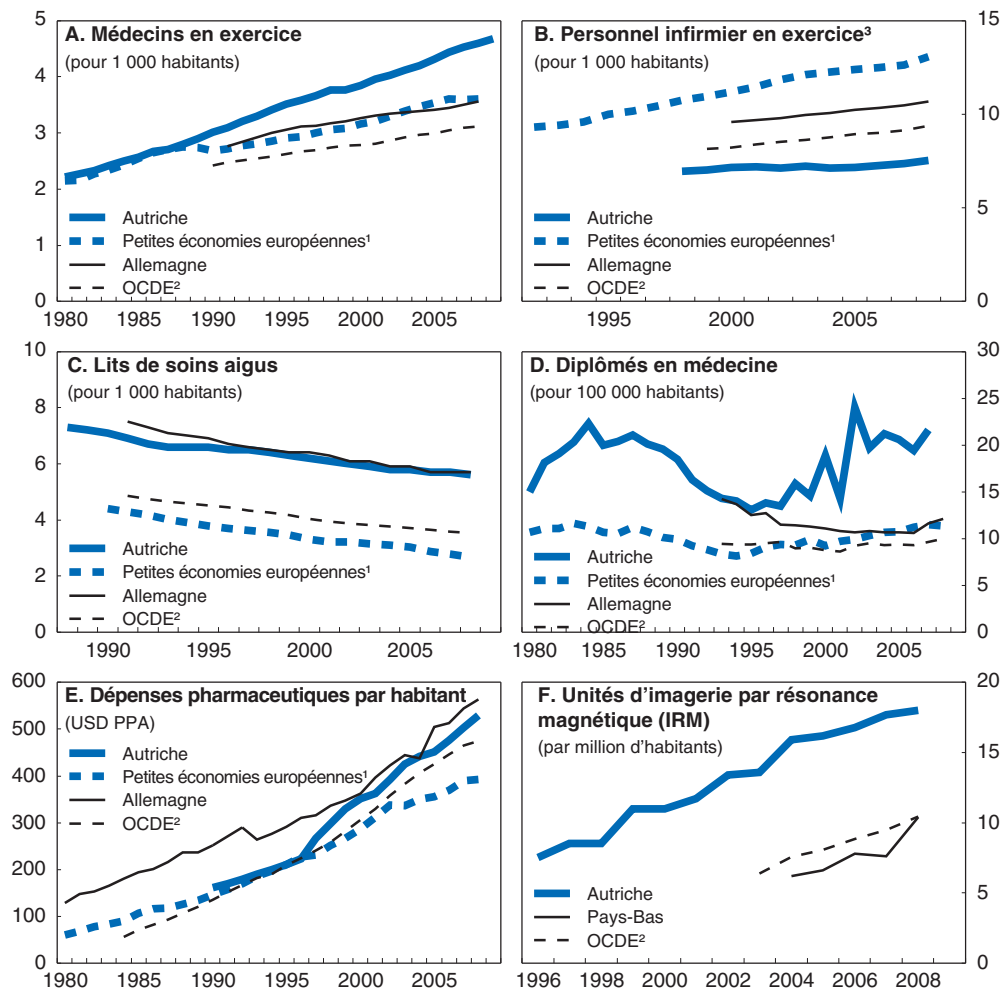
2. Moyenne arithmétique pour les pays de l'OCDE.

Source : Éco-Santé OCDE 2010 et calculs de l'OCDE.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458577>


Des moyens humains et techniques importants sont donc mobilisés. Le nombre de lits de soins aigus par habitant est l'un des plus élevés des pays de l'OCDE, ainsi que le nombre d'admissions dans les hôpitaux de soins aigus. Le nombre de médecins généralistes et spécialistes et le taux d'équipement de haute technologie à visée thérapeutique ou diagnostique par habitant sont désormais très élevés⁶. La consommation de médicaments enregistre l'un des taux de croissance les plus rapides de la zone euro⁷. L'Autriche a également connu la plus forte augmentation du nombre d'étudiants en médecine dans les années 2000 (due également à un afflux d'étudiants étrangers, notamment en provenance d'Allemagne). Cette base de ressources sous-tend une activité plus intense que dans d'autres pays de l'OCDE (graphiques 2.5 et 2.6).

Graphique 2.5. Des moyens techniques importants sont mobilisés



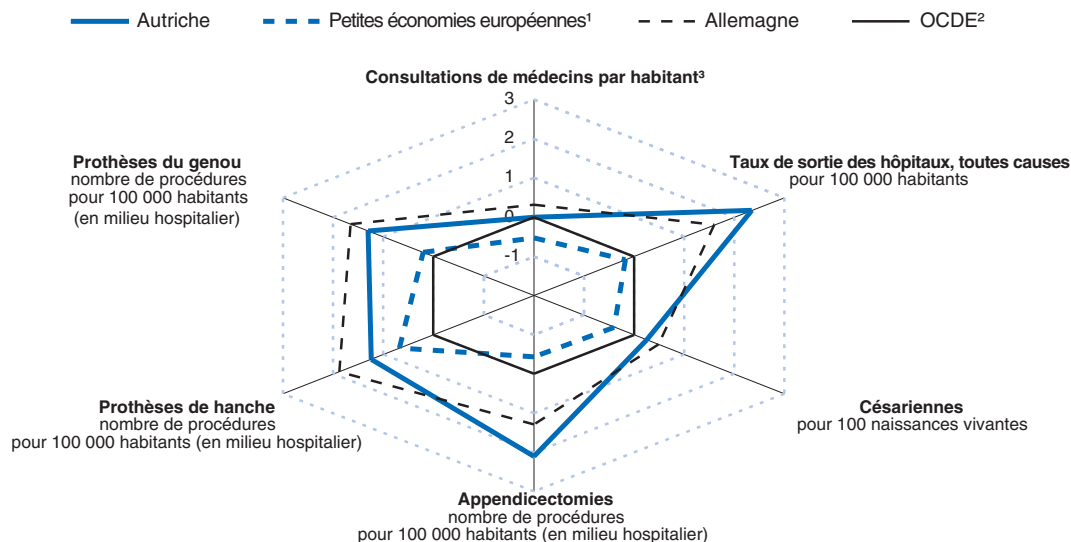
1. Moyenne arithmétique d'autres petites économies européennes à haut revenu : Danemark, Pays-Bas (sauf dans le cadre A), Suède et Suisse.
2. Moyenne arithmétique pour les pays de l'OCDE. Le nombre de pays inclus dans cet agrégat varie entre 20 et 30 suivant les indicateurs, en fonction des données disponibles.
3. Des différences dans les définitions faussent les comparaisons internationales des effectifs infirmiers et, dans certains cas, seul le personnel infirmier hospitalier est pris en compte. On s'accorde toutefois à considérer que l'offre de personnel infirmier est insuffisante dans le système de santé autrichien.

Source : Éco-Santé OCDE 2010.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458596>


Graphique 2.6. **Les activités de soins sont intenses**

Écarts-types par rapport à la moyenne de l'OCDE, 2008 ou dernière année connue



1. Moyenne arithmétique d'autres petites économies européennes à revenu élevé : Danemark, Pays-Bas, Suède (sauf pour les césariennes) et Suisse.
2. Moyenne arithmétique de l'ensemble des pays de l'OCDE à l'exception du Chili, sauf : pour les consultations médicales : Irlande, Italie et Norvège ; pour les césariennes : Grèce, Japon et Suède ; pour les appendicectomies : Japon, Corée, République tchèque et Turquie ; pour les prothèses de hanche : Italie, Japon, République slovaque, République tchèque et Turquie ; et pour les prothèses de genou : Estonie, Grèce, Japon, Norvège, Pologne, République slovaque, République tchèque et Turquie.
3. Des données détaillées et plus régulièrement actualisées existent en Autriche concernant les consultations médicales, sur la base des dossiers électroniques (e-carte).

Source : Éco-santé OCDE 2010.

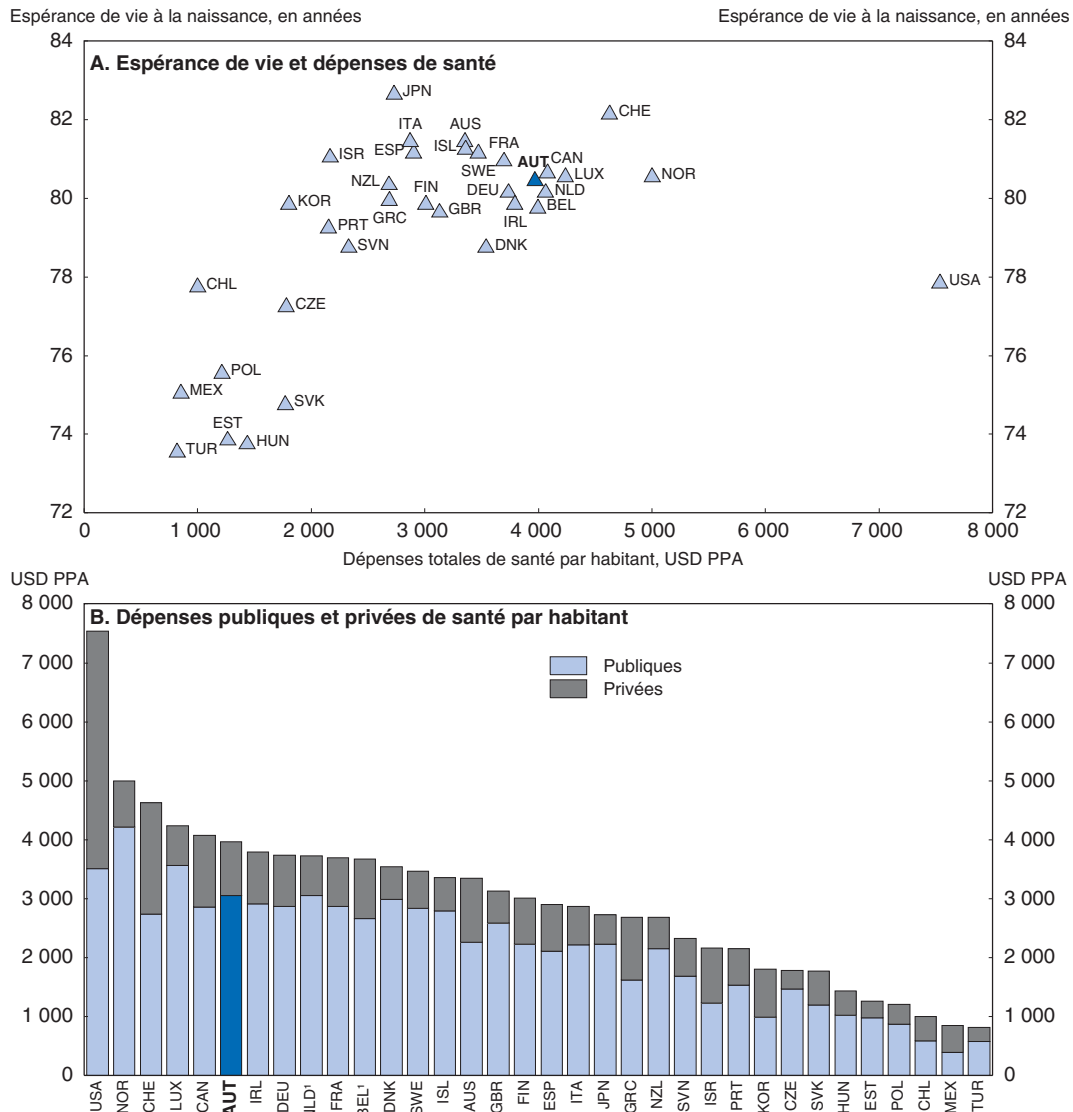
StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458615>

Cependant, par rapport aux autres pays, le lien entre une telle concentration des ressources dans le système de santé et les résultats effectifs en matière de santé reste à première vue ténu. Le récent panorama réalisé par l'OCDE a classé les pays en fonction du montant des ressources qu'ils allouent à la santé et les résultats qu'ils obtiennent (représentés dans un premier temps par l'espérance de vie moyenne de la population). Ce paramètre et d'autres indicateurs d'efficacité sont examinés plus loin dans le chapitre, mais ce premier indice donne à penser que l'efficacité des institutions de santé autrichiennes, complexes et fortes consommatrices de ressources, laisse peut-être largement à désirer (graphique 2.7).

Le système bénéficie du soutien de la population


Néanmoins, cette densité de ressources a aidé l'Autriche à assurer un accès très équitable aux services. Tous les principaux indicateurs internationaux d'équité d'accès aux soins le confirment : i) 2 % seulement des personnes faisant partie du quintile de revenu inférieur font état de difficultés d'accès aux services de santé ; ii) les écarts de densité de médecins sous contrat dans les régions du niveau territorial 2 (LT2) sont minimes ; et iii) les disparités entre les femmes des différents quintiles de revenu en termes de recours au dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein sont très faibles (OCDE, 2009). Ces résultats sont obtenus alors même que les paiements privés jouent un rôle relativement important dans le financement (graphique 2.3), grâce à un dispositif d'exonérations qui contribue à éviter que le manque de ressources empêche d'accéder aux soins (encadré 2.2).

Graphique 2.7. Le lien entre les dépenses allouées à la santé et les résultats est tenu



1. Dépenses courantes de santé.

Source : Éco-Santé OCDE 2010.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458634>

Encadré 2.2. Les paiements privés ne nuisent pas nécessairement à l'équité de l'accès

La part des contributions privées au financement des services de santé en Autriche s'établissait à 23 % en 2008, soit au-dessus de la moyenne de l'OCDE et de l'UE. Elle englobe les paiements directs à la charge des patients (*participation directe aux frais*), le ticket modérateur (*participation indirecte aux frais*), et les *primes* d'assurance privée. Des exonérations minimisent néanmoins les risques d'exclusion :

- Les paiements directs à la charge des patients financent les services qui ne figurent pas dans la nomenclature des prestations couvertes par les caisses d'assurance-maladie. Ils

Encadré 2.2. Les paiements privés ne nuisent pas nécessairement à l'équité de l'accès (suite)

portent sur des chapitres tels que les médicaments spéciaux, un confort supérieur dans les chambres d'hôpital et les prothèses dentaires fixées. Pour les patients qui sont justiciables d'une protection sociale, des exonérations sont accordées.

- *Le ticket modérateur* se rapporte à la part prise en charge par les patients sur le coût des services standard qu'ils utilisent. Il porte sur les versements aux médecins *libéraux* n'ayant pas de lien contractuel avec les caisses d'assurance-maladie. Ces médecins, qui pratiquent des honoraires libres, sont remboursés à hauteur des quatre cinquièmes des honoraires normaux des médecins sous contrat, le patient prenant en charge le reliquat. Les affiliés à certaines caisses d'assurance-maladie (secteur public, agriculteurs, travailleurs indépendants et employés des chemins de fer autrichiens) paient un montant supplémentaire pour chaque consultation médicale. Un montant forfaitaire doit être payé sur chaque ordonnance et sur chaque séjour à l'hôpital, des exonérations étant accordées sous condition de ressources. En plus de ces exonérations, un nouveau plafond est appliqué au ticket modérateur sur les produits pharmaceutiques depuis 2008.
- *L'assurance privée* verse des prestations en espèces lors des séjours à l'hôpital (source essentielle de revenu garanti pour les travailleurs indépendants). Elle finance également l'accès aux consultations des médecins non liés par contrat ou un meilleur hébergement en milieu hospitalier. Un tiers de la population dispose d'une telle assurance complémentaire - dont la moitié sont des travailleurs indépendants. Le nombre de polices d'assurance privée est en diminution depuis les années 90.

En conséquence, la population se montre très attachée aux institutions et infrastructures de santé existantes, comme le confirment les sondages d'opinion successifs qui ont été réalisés⁸ (annexe 2.A1).

Des difficultés budgétaires de taille se profilent à l'horizon

L'Autriche doit impérativement assainir ses finances publiques, à court comme à long terme, comme l'explique le chapitre 1. La santé publique étant l'un des chapitres du budget public qui, à lui seul, compte parmi les plus consommateurs de ressources (il absorbe environ 16 % des dépenses totales des administrations publiques), il est essentiel de mettre à profit toutes les sources potentielles d'économies au sein du système de santé. Le présent chapitre fait valoir qu'un tel potentiel existe (et commence à être exploité par les autorités), même si les pressions à la hausse des dépenses à plus long terme sont également à prendre sérieusement en compte. Au-delà des économies immédiates associées à l'assainissement consécutif à la crise, des réformes structurelles destinées à infléchir la courbe d'évolution des dépenses s'imposent pour pérenniser les économies réalisées sur le court terme.

L'effort de maîtrise des dépenses rendu nécessaire par la crise doit être pérennisé

La crise économique de 2008-09 a pesé sur la situation financière du système de santé autrichien essentiellement en freinant les recettes des caisses d'assurance-maladie. Comme la plupart des dépenses de ces caisses sont indépendantes de la conjoncture, plusieurs d'entre elles ont connu des difficultés financières et ont accusé une dette

importante⁹. Les autorités fédérales ont réagi en prenant en main l'élaboration d'un programme d'économies et ont proposé des incitations financières pour favoriser sa mise en œuvre. Après des négociations de fond avec la multitude d'acteurs qui cofinancent et cogèrent le système, ce programme a été finalisé. Le secteur hospitalier en est exclu puisque, en l'espèce, ce sont les *Länder* qui ont compétence en matière de dépenses (encadré 2.3).

D'après les premiers résultats du Plan d'économies lancé en 2009, les objectifs auront été atteints en 2009 et en 2010. Il est toutefois à craindre que des pressions à la hausse des dépenses non exprimées subsistent dans le système et se développent à partir de 2011. Selon les estimations sur lesquels se fondent les autorités, les dépenses globales des caisses d'assurance-maladie (qui représentent environ 50 % du total des dépenses publiques de santé) n'ont augmenté que de 2.3 % en termes nominaux en 2009, et de 2.1 % en 2010. Les prévisions tablent toutefois sur une accélération de la croissance des dépenses, qui atteindrait 3.4 % en 2011, 2.5 % en 2012 et 3.3 % en 2013. D'après ces premières projections, le Programme d'économies de 2009 pourrait bien donner des résultats dans la première phase de sa mise en œuvre mais il risque, faute d'autres réformes et mesures structurelles, notamment dans le secteur hospitalier, de s'enliser face

Encadré 2.3. Le Programme d'économies de 2009

Au cours d'un séminaire spécial organisé en février 2009 après l'entrée en fonction du nouveau gouvernement en décembre 2008, les partenaires à la coalition se sont engagés à préserver l'équilibre budgétaire des caisses d'assurance-maladie durant la crise, sous réserve qu'elles-mêmes s'engagent à réaliser des économies¹. Le plan de soutien consistait à consentir aux caisses d'assurance-maladie des subventions, assorties d'un engagement des pouvoirs publics à annuler progressivement les dettes récemment accumulées.

Un *Fonds structurel pour l'assurance santé* a été créé en septembre 2009 afin de gérer le dispositif. Une loi prévoyant des remises de dettes a également été adoptée. Le Programme était novateur dans la mesure où, pour la première fois, il renforçait l'effet de levier des politiques publiques sur le secteur de l'assurance sociale. Les autorités fédérales ont ainsi alloué des subventions d'un montant de 100 millions EUR par an aux caisses d'assurance-maladie, et se sont engagées à annuler 150 millions EUR par an de leur dette entre 2010 et 2012. Les deux mesures conjuguées représentaient 1.7 % environ du budget annuel global des caisses d'assurance-maladie. En 2011, confrontées à de nouvelles contraintes budgétaires, les autorités ont réduit les subventions directes de plus de moitié, les ramenant à 40 millions EUR par an, mais se sont engagés à maintenir cette dotation jusqu'en 2014.

En contrepartie, la Confédération des organismes autrichiens de sécurité sociale (*Hauptverband*) s'est engagée à soumettre une feuille de route pour contenir les coûts (*Sanierungskonzept*). Ce dispositif devait être négocié avec les prestataires de services, en particulier avec l'Ordre des médecins. La feuille de route, une fois finalisée, prévoyait des économies à hauteur de 1.7 milliard EUR sur la période 2010-13. Des économies d'un montant de 197 millions EUR devaient être réalisées en 2010 (1.4 % des dépenses annuelles des caisses d'assurance-maladie), 361 millions en 2011, 510 millions en 2012 et 657 millions en 2013. Pour veiller au respect de ces objectifs, il a été décidé de ne pas autoriser le transfert d'économies d'une caisse à l'autre ou d'une année sur l'autre².

Encadré 2.3. Le Programme d'économies de 2009 (suite)

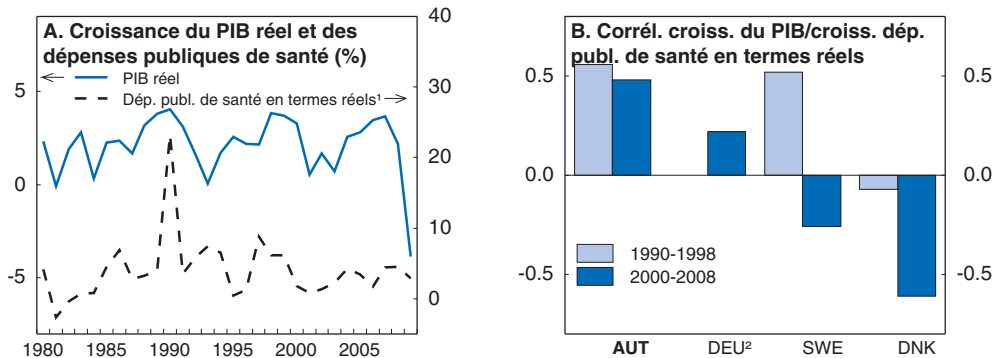
Les premiers résultats semblent prometteurs. En 2010, première année de mise en œuvre de ce *Fonds structurel*, le ministère de la Santé a annoncé que les économies réalisées dépassaient les attentes de plus de 50 %. Selon la Confédération des organismes de sécurité sociale, sur un budget total du secteur de l'assurance santé de 14.6 milliards EUR, l'excédent devait se chiffrer à 175 millions EUR. Avant la mise en œuvre du Programme d'économies, on s'attendait à un déficit cumulé des caisses de 376 millions EUR. L'excédent résulte : i) de réductions des dépenses relatives à la prescription de médicaments (le chapitre qui a généré le plus d'économies) ; ii) de mesures de maîtrise des coûts appliquées aux médecins sous contrat ; et iii) d'économies portant sur des matériels et équipements techniques. Pour l'avenir, le rapport sur le budget fédéral mentionne que d'autres économies pourraient être obtenues sur les fronts suivants : i) les soins ambulatoires ; ii) les centres de données et les technologies de l'information, et iii) les frais liés aux achats et à l'administration. Toutefois, les coûts hospitaliers, qui comptent pour 55 % des dépenses publiques totales de santé, n'ont pas été inclus dans le dispositif.

La Confédération des organismes autrichiens de sécurité sociale a récemment braqué les projecteurs sur cette question. Selon la Confédération, la dynamique sous-jacente des dépenses dans le secteur de la santé reste inquiétante : en 2013, les projections laissent entrevoir un surcroît de dépenses de 3.2 milliards EUR (soit une hausse de 10 % par rapport à 2010) sous l'effet, principalement, du gonflement des dépenses hospitalières. La Confédération fait observer qu'il convient d'envisager des mesures à caractère plus structurel pour la poursuite de la mise en œuvre du Programme d'économies, à savoir : i) unifier la loi relative à l'hôpital (qui se décline en lois différentes dans les neuf *Länder*) ; ii) fusionner les ressources fédérales et les ressources des caisses d'assurance-maladie actuellement préaffectées au financement des hôpitaux et les utiliser plus efficacement pour améliorer l'efficacité ; et iii) renforcer la transparence des dépenses hospitalières. Pour la Confédération, si des mesures résolues sont prises dans ces domaines, il serait même envisageable de dépasser les objectifs fixés dans le Programme d'économies de 2009.

1. Le programme portait sur neuf caisses régionales (des *Länder*) qui, ensemble, assurent 80 % de la population autrichienne. Les quelques succursales de caisses nationales n'y participaient pas.
2. Certains aspects du dispositif ont été critiqués pour leur manque de transparence et d'équité. Premièrement, les subventions étaient réparties en fonction du nombre d'affiliés (de chaque caisse), sans prendre en compte la structure des risques et les pressions sur les dépenses propres à chaque caisse. Deuxièmement, il ne récompensait pas les efforts particuliers, dans la mesure où les subventions n'étaient pas proportionnelles aux montants économisés par chaque caisse. Certaines caisses ont donc pour cette raison contesté l'équité, voire la constitutionnalité, de ce dispositif (les caisses de Haute-Autriche, Salzbourg et Vorarlberg ont mené ce mouvement d'opposition car elles étaient excédentaires et n'avaient pas accumulé de dette). Reste à savoir toutefois s'il faut attribuer la situation financière plus favorable de ces caisses régionales à leur efficacité et à leur performance, ou bien à une structure des risques ou une pyramide des âges plus favorables.


aux objectifs plus ambitieux des années suivantes. Les économies réalisées durant la crise pourraient bien s'inverser avec l'amélioration de la situation budgétaire.

Ce risque est corroboré par l'expérience antérieure de l'Autriche face à l'évolution conjoncturelle des dépenses publiques de santé (graphique 2.8). Il apparaît que les dépenses publiques totales de santé ont nettement plus réagi au cycle macroéconomique en Autriche que dans d'autres pays à structure budgétaire analogue comme l'Allemagne, la Suisse, la Suède et le Danemark. Cette capacité du système à s'adapter aux conditions budgétaires résulte de trois mécanismes particuliers : des négociations annuelles entre les

Graphique 2.8. **Sensibilité conjoncturelle des dépenses de santé**

1. A partir de 1990, les dépenses de santé sont calculées suivant le système des comptes de la santé (SCS) ; pour les années précédentes, seules des estimations des comptes nationaux sont disponibles. La coupure entre 1989 et 1990 est donc la conséquence du passage du système des comptes nationaux au système des comptes de la santé.
2. La corrélation pour la période 1990-98 n'est pas disponible pour l'Allemagne.

Source : Éco-Santé OCDE 2010 et Base de données des Perspectives économiques de l'OCDE.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458653>

caisses d'assurance-maladie et les associations professionnelles des médecins et des pharmaciens sur les prix et les volumes ; le système de budgétisation des hôpitaux, qui repose sur des transferts de l'État fédéral et des caisses d'assurance-maladie liés à la conjoncture, incitant ces derniers à une gestion procyclique de la dépense ; et, enfin, de nouvelles opportunités de financement nées de la création de sociétés hospitalières régionales extrabudgétaires, qui peuvent recourir à l'emprunt hors budget lorsque leurs ressources budgétaires se tarissent et réduire le financement alloué par les administrations publiques sur un plan comptable. Ces facteurs procycliques ont pu jouer dans les circonstances exceptionnelles de la crise de 2008-09 et contribuer à la réussite de ce Programme d'économies. Cela étant, cette même procyclicité laisse penser qu'en l'absence de réformes structurelles, les dépenses pourraient s'accélérer lorsque l'activité économique repartira.

Les efforts déployés pour contenir les dépenses pharmaceutiques au milieu des années 2000 illustrent ce risque. Un plafond indicatif d'accroissement annuel de 3-4 % a été fixé en 2005 pour les dépenses publiques consacrées aux médicaments, en consultation avec les associations professionnelles médicales et les laboratoires pharmaceutiques. Après une première phase où le plafond a été respecté, les dépenses pharmaceutiques ont recommencé à grimper avec le redressement de l'économie en 2007 et 2008, sans aucun frein. Dans le même ordre d'idées, l'industrie pharmaceutique a accepté de réduire volontairement ses marges de profit dans le cadre du Programme d'économies de 2009, afin d'économiser 200 millions EUR (6 % des dépenses pharmaceutiques annuelles). Une nouvelle loi oblige aussi les médecins à prescrire les médicaments les plus économiques disponibles (*ökonomische Verschreibweise*) sans toutefois demander aux pharmaciens de remplacer les médicaments prescrits par leurs équivalents les moins coûteux, comme cela se fait dans certains autres pays¹⁰. Ce type d'arrangement soulève la question de la durabilité des économies acquises à travers de tels accords ponctuels.

Indépendamment de la nécessité d'assainissement née de la conjoncture, le système de santé autrichien voit se profiler à moyen et long termes d'importantes pressions sur les

dépenses : i) le vieillissement de la population (part croissante des cohortes plus âgées dont les dépenses de santé augmentent) ; ii) le progrès technologique, qui donne lieu à des traitements et autres produits médicaux plus coûteux ; et iii) une augmentation des prix relatifs des biens et services médicaux. Ces trois facteurs jouent un rôle particulièrement important en Autriche et méritent toute l'attention des décideurs. Si ces tendances sous-jacentes ne sont pas dûment prises en compte, des compressions de dépenses *ex post* s'imposeront tôt ou tard, ce qui conduira à un rationnement et à des arbitrages sous-optimaux dans le système de santé.

L'impact du vieillissement sur les coûts de santé risque d'augmenter davantage que dans d'autres pays

Comme partout, le profil des dépenses publiques de santé par cohorte en Autriche augmente avec l'âge. Les dépenses par habitant de la cohorte des 85-89 ans sont ainsi cinq fois supérieures à celles de la cohorte des 35-39 ans. En 2010, 17,6 % de la population avaient plus de 65 ans, mais la proportion atteindra près de 25 % en 2030¹¹. L'impact sur les dépenses de santé de cette évolution de la pyramide des cohortes est désormais bien connu et conforme à ce qu'il est dans d'autres pays¹². On estime qu'il entraînera une augmentation relativement circonscrite de la part des dépenses publiques de santé dans le PIB (tableau 2.2 ci-après).

Un autre facteur aggravera l'impact du vieillissement sur les dépenses consacrées aux soins de santé en Autriche : l'engagement officiel des autorités à prendre en charge les besoins de soins des personnes âgées dépendantes au sens large, en conjuguant soins et aide aux personnes dépendantes, qui risque d'engendrer une demande de nouvelles formules mixtes associant services de santé et services de soins.

L'Autriche a pris des engagements de protection vis-à-vis des personnes âgées plus complets que la plupart des pays de l'OCDE, indépendamment des moyens financiers des bénéficiaires. Avec l'adoption de la loi fédérale sur les prestations de soins de longue durée de 1993, le pays a réagi très tôt à l'évolution démographique à venir. Cette loi propose, sous la forme d'une prestation universelle aux personnes âgées souffrant d'incapacités, un éventail de prestations, en espèces et en nature, « qui visent à donner la possibilité aux personnes nécessitant des soins de mener une existence indépendante répondant à leurs besoins en dépit des restrictions auxquelles elles doivent faire face ». Cette prestation est légalement garantie, indépendamment du revenu et du patrimoine des bénéficiaires. Une nomenclature des prestations ainsi que des normes de qualité ont été établies pour les secteurs hospitaliers et ambulatoires. La loi distingue 7 types d'atteinte dont peuvent souffrir les personnes âgées, nécessitant différents services de soins. Le niveau 1 concerne les personnes qui n'ont pas besoin de plus qu'une visite relativement courte par jour ; au-delà du niveau 4, il s'agit de personnes nécessitant des soins 24 heures sur 24 avec hébergement ; aux niveaux 6 et 7, l'état de santé des personnes exige des soins nuit et jour en continu. Une allocation mensuelle est fixée pour chaque niveau, allant de 155 EUR au niveau 1 à 1 650 EUR au niveau 7¹³.

Il est indispensable d'avoir une idée de la distribution future de la dépendance pour pouvoir prévoir l'évolution des besoins de soins financés sur fonds publics. Une offre combinée de soins à domicile, ambulatoires, hospitaliers et de réadaptation sera nécessaire. Leur panachage sera important tant pour la qualité que pour l'efficacité des soins au regard de leur coût : la journée de séjour d'une personne âgée dans un hôpital doté de tous les équipements nécessaires coûte environ 800 EUR, alors qu'un séjour dans un

établissement moins équipé peut descendre à 200 EUR. Dans certains contextes, un personnel dûment formé peut aussi proposer des services mieux adaptés que ne le feraient des médecins, dont le coût serait plus élevé¹⁴.

Les projections de l'évolution des besoins de soins des personnes dépendantes combinent deux hypothèses dans des proportions variables (à l'image des projections classiques des dépenses de santé) : une *compression de la dépendance* (i.e. les maladies chroniques apparaissent plus tard, les années de vie en situation de dépendance restent constantes) ou une *expansion de la dépendance* (les maladies chroniques font leur apparition à âge constant, et les années de vie en situation de dépendance augmentent). Les projections actuelles des besoins de soins en Autriche, établies en coopération avec la Commission européenne, incluent un scénario *démographique pur* (à taux de dépendance constant) et un scénario *d'évolution sociale* (avec remplacement des soins informels par des soins formels : 1 % des personnes recevant des soins informels basculant vers les soins formels chaque année). Il est possible que ces scénarios doivent être révisés en hausse, car l'augmentation du taux d'activité des femmes pourrait réduire l'offre de soins dispensés par la famille. Certaines projections concernant les places en établissement médicalisé pour l'année 2010 se sont concrétisées plusieurs années plus tôt. Le rythme de l'évolution des soins informels vers les soins formels avait été identifié par une analyse antérieure de l'OCDE comme l'un des principaux risques de modification en hausse des projections de l'évolution des dépenses (Oliveira Martins et de la Maisonneuve, 2006)¹⁵.

Le taux d'incapacité dans la population âgée est toutefois moins élevé en Autriche qu'en Allemagne, en Suède, au Danemark et aux Pays-Bas. Si ces bons résultats en matière de santé peuvent être préservés et améliorés, ils pourraient exercer des effets modérateurs sur les besoins futurs de soins (tableau 2.1).

Tableau 2.1. **Taux d'incapacité des personnes âgées**¹

Groupe d'âge	75-79		80-84		85-89		90+	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Autriche	12	20	28	40	33	46	41	53
Allemagne	19	19	38	43	40	48	44	58
Suède	18	12	29	40	34	48	41	54
Danemark	14	23	28	42	35	50	48	63
Pays-Bas	10	18	31	34	37	43	47	55

1. Selon la définition de la base de données Share de l'UE : « pourcentage de la population présentant une ou plusieurs limitations dans les activités de la vie quotidienne parmi les hommes et les femmes de plus de 50 ans. »
Source : Commission européenne (2009).

La réactivité aux progrès technologiques pourra induire des coûts supplémentaires

Faire en sorte que l'ensemble de la population ait un accès égal aux technologies de pointe est un principe important du système de santé autrichien. Il a été réaffirmé dans le cadre du renouvellement de l'accord constitutionnel sur les politiques de santé conclu en 2008 entre l'État fédéral et les *Länder*. Cet accord pourrait induire des pressions supplémentaires à la hausse sur les dépenses publiques de santé, du fait de l'évolution future de l'innovation et des progrès technologiques.

L'équilibre entre les coûts et les avantages des technologies de santé financées sur fonds publics – traitements et produits pharmaceutiques – est en principe garanti en

Autriche par l'application de l'Évaluation des technologies médicales (ETM). L'ETM permet de soumettre à des analyses coûts-avantages différents traitements et services, et aide les responsables des politiques à prendre des décisions concernant la couverture du dispositif. La finalité de l'ETM n'est pas de plafonner les dépenses publiques de santé, mais de distinguer les traitements efficaces par rapport à leur coût de ceux qui ne le sont pas. Les autorités autrichiennes entendent recourir davantage à l'ETM à l'avenir, mais cela n'aura pas nécessairement pour effet de réduire l'impact du progrès technologique sur la dépense.

L'utilisation de l'ETM dans les traitements médicamenteux donne une illustration de la limitation de l'impact potentiel sur le volume de la dépense. L'ETM a été activement mise en œuvre en Autriche depuis plusieurs années, avec des résultats satisfaisants, et a rendu le pays hautement réceptif aux innovations du secteur pharmaceutique allant dans le sens de la qualité et de l'efficacité. Une récente comparaison internationale de la diffusion de l'innovation pharmaceutique en Europe plaçait l'Autriche au rang des marchés européens les plus réceptifs aux innovations dans ce domaine (Richards, 2010). L'ETM semble avoir contribué à une diffusion plus éclairée des nouvelles technologies. Tant qu'il y aura une volonté politique d'adopter des technologies médicales de pointe *efficaces*, il faut s'attendre que le progrès technologique induise une augmentation des dépenses.

L'inflation des coûts de la santé est un facteur de pressions supplémentaires

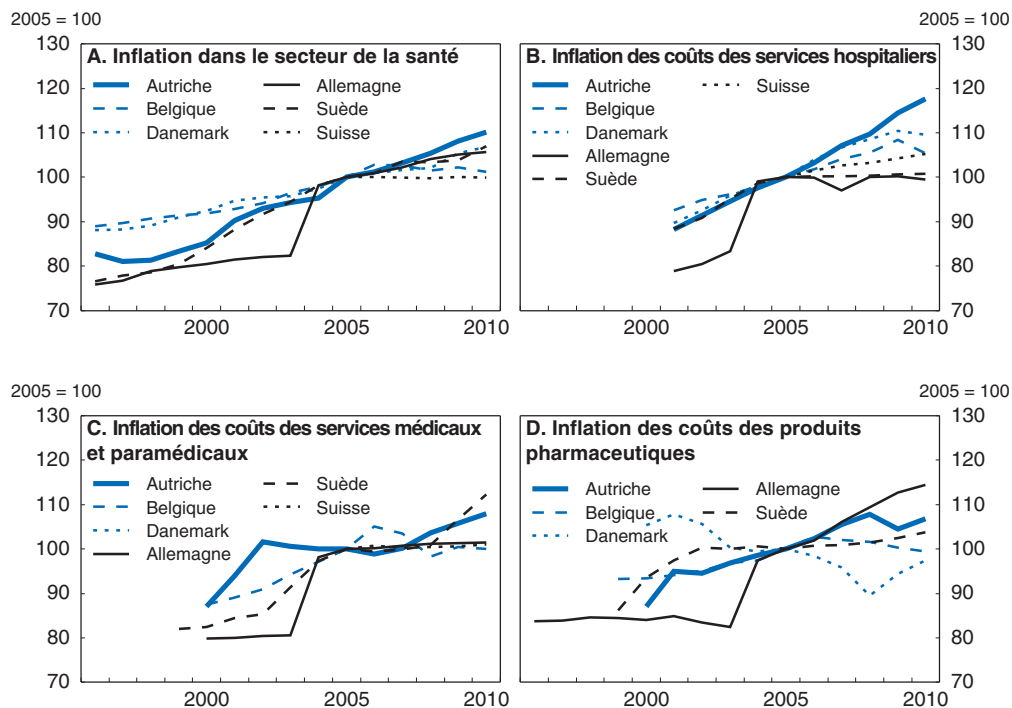
Il ressort de récents examens internationaux des dépenses publiques de santé que la hausse différenciée des coûts dans le secteur de la santé est un facteur clé de divergence des coûts de la santé. L'Autriche n'est pas *a priori* en position favorable dans ce domaine. Les hausses de coût et de prix sont généralement plus prononcées que dans les autres pays. Si ces écarts persistent, il est probable qu'ils feront peser des pressions supplémentaires à la hausse sur les dépenses (graphique 2.9).

L'*Étude économique* de l'OCDE consacrée à l'Autriche en 1997 avait déjà constaté que les prix médicaux étaient de 20 % supérieurs aux niveaux observés dans l'UE. Les écarts les plus marqués par rapport à la moyenne de l'UE se situaient dans le secteur ambulatoire. L'*Étude* faisait observer que les prix facturés pour les services dispensés par les médecins généralistes, le personnel infirmier et d'autres praticiens, ainsi que pour les produits et équipements médicaux ou autres substances médicamenteuses dépassaient les niveaux moyens pour l'UE. Les prix des services dispensés par les spécialistes avoisinaient le niveau constaté dans l'UE.


Les informations récentes dont on dispose confirment la persistance de ces pressions sur les prix en Autriche. Pour les médecins spécialistes libéraux, le ratio des recettes brutes annuelles au salaire annuel est l'un des plus élevés de l'OCDE, de quelque 4.8 fois le salaire moyen. Pour les généralistes, le ratio tend également vers le haut, mais est plus proche de la moyenne internationale (2.9 fois le salaire moyen¹⁶) (OCDE, 2009).

Ces niveaux de rémunération résultent peut-être en partie de la fragmentation des tarifs. À titre d'exemple, la caisse d'assurance-maladie des travailleurs indépendants (SVA) a récemment suspendu les négociations contractuelles avec l'ordre des médecins, faute de pouvoir trouver un terrain d'entente sur une baisse des tarifs au niveau consenti aux caisses d'assurance-maladie *régionales*. Un arrangement ponctuel a été trouvé par la suite. Plus généralement, des niveaux supérieurs de rémunération pour les *succursales des caisses nationales* accroissent le revenu des médecins, tout en permettant de maintenir à bas

Graphique 2.9. Pressions dues à l'inflation des coûts de la santé



Source : Eurostat et calculs de l'OCDE.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458672>

niveau les honoraires versés par les caisses régionales. Ces écarts mériteront plus d'attention de la part des pouvoirs publics à l'avenir.

Pour mieux comprendre les évolutions des prix dans le secteur de la santé, l'Autriche pourrait participer au nouveau projet de l'OCDE sur la transparence des prix des services hospitaliers. Cet exercice a pour objet « d'étudier si les écarts internationaux des dépenses de santé par habitant sont dues à une consommation supérieure de services dans certains pays, ou à des différences de prix de ces services ». Il est prévu d'établir des comparaisons détaillées de toute une gamme d'honoraires hospitaliers au fil du temps (OCDE, 2010d).

Les autorités autrichiennes ont commencé à recenser plus précisément les besoins de financement public des systèmes de soins de santé et de soins de longue durée. Un groupe de travail récemment créé, coordonné par l'Agence fédérale de la santé, a commencé ses travaux. Outre les projections classiques établies dans le cadre du Groupe de travail sur le Vieillessement de la Commission européenne (AWG), qui sont résumées ci-après, des projections nationales détaillées pourraient être concentrées sur l'horizon 2020-30, qui représente un seuil critique pour la stratégie budgétaire. Un ensemble plus complet des variables qui pèsent aussi bien sur les dépenses actuelles que sur les besoins de financement nouveaux vont pouvoir être explorés. Ces travaux pourraient aussi s'inspirer d'un nouveau projet lancé dans le cadre des travaux du Comité de la santé de l'OCDE portant sur l'évaluation par les pays membres des différents modèles de projections des dépenses de santé.

Les projections actuelles des dépenses mettent en évidence ces risques

L'effet conjugué des forces pesant sur les dépenses publiques de santé commence à être mieux compris à l'échelon international. Des projections internationalement comparables des dépenses de santé à moyen terme commencent à être établies. S'agissant de l'Autriche, trois projections récentes ont jeté un éclairage sur les perspectives d'évolution des dépenses nationales. Les trois donnent une idée de l'ampleur des pressions qui se profilent :

- Un projet novateur de l'OCDE lancé en 2006 a contribué à identifier les principaux facteurs qui influent sur les dépenses publiques de santé dans les pays de l'OCDE. Ce projet recourt à des méthodologies détaillées et intégrées pour établir des projections à long terme des dépenses relatives aux soins de santé et aux soins de longue durée (Oliveira Martins et de la Maisonnette, 2006). L'exercice était centré sur l'horizon 2050, mais ne proposait pas de projections à l'horizon 2020-30, plus proche du moyen terme. Il en ressortait néanmoins que, selon les différentes hypothèses retenues, la part des dépenses publiques de santé dans le PIB de l'Autriche pourrait s'accroître de 0.6 à 3.8 points entre 2005 et 2050.
- La Commission européenne a établi, en 2009, une série complète de scénarios d'évolution des dépenses de santé pour les États membres sur la période 2007-60 (CE, 2009). Huit scénarios ont été calculés pour chaque pays, à partir d'hypothèses différentes de l'évolution de la demande, des prix et des coûts. Cet exercice avait pour inconvénient, sur le plan méthodologique, de ne pas prendre directement en compte les pressions sur les coûts induites par le progrès technologique. Des facteurs technologiques ont toutefois été introduits dans le calcul d'autres scénarios, ce qui a permis de représenter un large spectre de profils possibles d'évolution des dépenses (tableau 2.1)¹⁷.
- Le FMI a entrepris un exercice du même ordre en 2010, en suivant une méthodologie analogue (FMI, 2010). Les scénarios prennent en considération les pressions induites par les avancées technologiques et autres pressions sur les coûts, en alliant les effets démographiques et les tendances à long terme des dépenses pour chaque pays. Ces facteurs supplémentaires, joints aux effets démographiques, ont été désignés sous l'appellation globale de « pressions supplémentaires sur les coûts », et ont fait l'objet d'estimations pour chaque pays individuellement¹⁸.

Le tableau 2.2 présente tout le spectre des évolutions prévisionnelles des dépenses qui ressortent de ces exercices pour l'Autriche. L'amplitude des projections est grande, puisqu'elles vont d'une augmentation des dépenses de l'ordre de 0.5 à 2 points de PIB à l'horizon 2020, et de l'ordre de 0.9 à 5 points à l'horizon 2030. À la lumière des pressions particulières qui pèsent à la hausse dans le contexte autrichien, les responsables de l'action publique souhaiteront peut-être accorder une attention particulière aux scénarios « de dépenses publiques élevées » qui capturent peut-être plus pleinement les forces à l'œuvre.

Dans ce contexte, il serait utile que les responsables des politiques de santé et des politiques économiques s'entendent sur une vision commune des perspectives budgétaires à moyen terme du secteur de la santé. À cet effet, i) les projections officielles des dépenses de santé et de soins de longue durée (établies actuellement sous l'égide de la Commission européenne) pourraient gagner en visibilité à l'échelle nationale ; ii) les composantes *soins de santé* et *soins de longue durée* des différents scénarios pourraient être mieux intégrées ; iii) des scénarios plus détaillés présentant tout l'éventail des hypothèses

Tableau 2.2. **Spectre des prévisions de dépenses de santé à long terme de l'Autriche¹**

En pourcentage du PIB

	2007	2015	2020	2030	2040	Augmentation 2007-20 (points de pourcentage)	Augmentation 2007-30 (points de pourcentage)	Augmentation 2007-40 (points de pourcentage)
CE, scénario référence	6.5	6.8	7.0	7.4	7.8	0.5	0.9	1.3
CE, scénario « démographique pur »	6.5	6.8	7.0	7.5	7.9	0.5	1.0	1.4
CE, scénario « progrès technologique » ²	6.5	6.9	8.5	10.1	11.6	2.0	3.6	5.1
FMI, scénario de référence	6.5	7.7	8.5	10.1	11.6	2.0	3.6	5.1
FMI, scénario optimiste	6.5			8.0			1.5	
FMI, scénario pessimiste	6.5			11.7			5.2	
[p.m. CE, valeur de référence des dépenses relatives aux soins de longue durée]	1.3	1.3	1.4	1.7	2.0	0.1	0.4	0.7

1. Ces projections ne concernent que les dépenses publiques de santé au sens strict, qui n'englobent pas les dépenses publiques concernant les soins de longue durée.

2. Dans l'hypothèse d'une totale disparition de l'impact de la technologie à l'horizon 2060.

Source : CE, FMI, OCDE.

relatives à l'impact du progrès technologique et de la demande future de nouveaux services pourraient être élaborés ; et iv) une trajectoire de moyen terme (10-15 ans) pourrait être fixée pour les dépenses de santé des administrations publiques. De même, pour appuyer les mesures plus immédiates, il pourrait être envisagé de faire des dépenses de santé des administrations publiques un objectif d'action associé au cadre budgétaire pluriannuel qui accompagne la loi de finances annuelle.

Il est possible d'améliorer nettement l'efficacité du système, notamment dans le secteur hospitalier

De récentes recherches ont contribué à étayer la thèse selon laquelle les services existants donnent de bons résultats sur le plan de la santé, mais ne visent pas un niveau élevé d'efficacité économique. En particulier, les hôpitaux absorbent une quantité de ressources beaucoup plus grande que dans d'autres pays et semblent montrer des carences dans le domaine de l'efficacité. Trois séries d'informations viennent à l'appui de ce constat : i) des examens microéconomiques de l'efficacité des services hospitaliers ; ii) des comparaisons de l'emploi des ressources dans les systèmes de santé régionaux ; et iii) des évaluations comparatives agrégées et internationales de l'efficacité des systèmes nationaux de santé.

Il est possible d'améliorer l'efficacité microéconomique des services hospitaliers

Plusieurs analyses de l'efficacité des services hospitaliers ont été menées en Autriche selon la technique de l'enveloppement de données (DEA). Une étude DEA de 2005 a mis en évidence, dans un échantillon d'hôpitaux, un niveau moyen d'inefficacité de 20 % (c'est-à-dire une distance moyenne de 20 % par rapport à la frontière d'efficacité nationale), ce qui incite à penser qu'on pourrait économiser jusqu'à un cinquième des coûts hospitaliers (Hofmarcher et al., 2005). D'autres recherches récentes ont confirmé l'existence de déficits d'efficacité importants dans le secteur, mais les ont attribués plus directement à la structure capitaliste des hôpitaux (Czypionka et al., 2008). Comme l'a également montré l'étude de 2005, les institutions sans but lucratif appartenant à des congrégations

religieuses semblent fonctionner, à première vue, de manière plus efficiente que les hôpitaux publics. Au sein du secteur public, les établissements détenus par les communes semblent plus efficaces que ceux appartenant aux *Länder*¹⁹. Comme sa mouture précédente, l'étude indique que l'écart d'efficacité au sein de chaque catégorie d'hôpitaux (en termes de structure capitalistique) est plus grand qu'entre elles, et donc que tous les types d'hôpitaux présentent de larges possibilités de gains de productivité.

Deux réserves viennent toutefois pondérer ces constats. *Primo*, à la différence des hôpitaux sans but lucratif, les hôpitaux qui sont la propriété des *Länder* sont légalement tenus d'assurer un volume élevé de soins ambulatoires (auquel ne sont pas contraints leurs concurrents privés), ce qui alourdit leurs coûts. *Secundo*, les statistiques utilisées ne tiennent pas compte de la qualité des soins et de la complexité des traitements. Par exemple, la performance médiocre des hôpitaux dotés d'un service des urgences peut être imputable en partie au type de services fournis (les soins de rééducation représentant un processus long et coûteux en personnel et en capitaux). Ces réserves ne remettent toutefois pas en cause la conclusion générale selon laquelle il existe de solides gains potentiels d'efficacité.

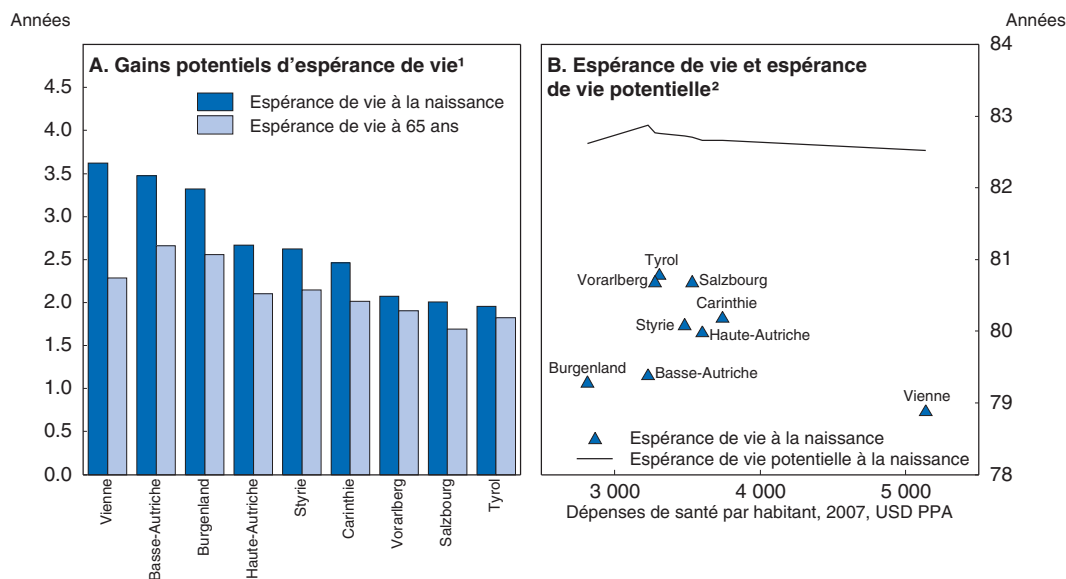
L'insuffisante spécialisation technique interhospitalière constitue aussi un problème de taille. L'élaboration de son propre dispositif hospitalier par chaque *Land* a rendu difficile la spécialisation des hôpitaux. Les hôpitaux des *Länder* restent polyvalents et les patients ne sont pas incités, sauf dans certains cas critiques, à s'orienter vers des institutions spécialisées éloignées de leur domicile. Une simulation a permis de constater, dans le domaine par exemple de la chirurgie du cancer du sein, que 35 sites suffiraient à l'Autriche pour assurer ce traitement à la fréquence nécessaire, alors que 110 sites environ le proposent aujourd'hui. L'insuffisance de spécialisation est préjudiciable à la fois à l'efficacité et à la qualité des services.

Il est possible d'améliorer l'emploi des ressources dans plusieurs Länder

La méthodologie qu'emploie l'OCDE pour comparer l'efficacité des systèmes nationaux de santé (voir plus loin) à l'échelle internationale a été transposée, pour les besoins de cette *Étude économique*, de manière à comparer les niveaux d'efficacité économique des neuf *Länder* autrichiens. Elle aboutit à de très forts écarts d'efficacité (graphique 2.10). Certains *Länder* obtiennent des résultats constamment meilleurs et, de manière symétrique, les moins performants dépensent beaucoup plus de ressources pour un niveau donné de résultats. L'exercice est sujet à certaines réserves méthodologiques (notamment parce que les mouvements de patients entre *Länder*, en particulier vers Vienne, diminuent l'efficacité estimée de ce *Land*), mais laisse entrevoir de forts gains potentiels de productivité complémentaires.


Des investigations plus détaillées comparant les structures de dépense et de coût d'un *Land* à l'autre confirment ce constat. La Cour des comptes autrichienne a mené plusieurs études de cette nature, et a observé d'importantes différences qui semblent perdurer. Par exemple, le point de coût des hôpitaux « de base » à l'activité (calculé de manière détaillée pour le système des GHM, cf. *infra* encadré 2.4) atteignait en 2009 1.25 EUR en Basse-Autriche et 0.85 EUR dans le Tyrol, contre une moyenne nationale de 1.12 EUR²⁰. On enregistre des écarts du même ordre dans d'autres catégories de services hospitaliers. Les hôpitaux du Tyrol, du Vorarlberg et du Salzbourg semblent plus efficaces que ceux de Basse-Autriche et de Haute-Autriche. D'autres travaux de la Cour des comptes ont révélé des disparités similaires d'un *Land* à l'autre (graphique 2.11).

Graphique 2.10. La comparaison des Länder laisse entrevoir de larges gains potentiels d'efficacité



1. Les calculs d'efficacité par enveloppement de données (DEA) prennent deux variables en compte : la dépense de soins de santé par habitant, et une variable qui est un indicateur composite de l'environnement socio-économique (PIB par habitant, niveau d'instruction) et des habitudes de vie (émissions d'oxyde d'azote, consommation de fruits et légumes, consommation retardée d'alcool et de tabac – données de 1990).
2. L'espérance de vie potentielle représente le niveau d'espérance de vie si les gains potentiels d'espérance de vie établis par les calculs par DEA se réalisaient à niveau de dépenses de soins de santé constant. Elle prend en compte l'expérience d'autres pays de l'OCDE. Le graphique est une représentation bidimensionnelle d'un calcul multidimensionnel (l'éloignement par rapport à la frontière d'efficacité n'est pas nécessairement lisible sur un plan) et montre bien, en l'espèce, les gains potentiels estimés d'années de vie.

Source : Calculs de l'OCDE tirés d'Éco-Santé OCDE 2010.

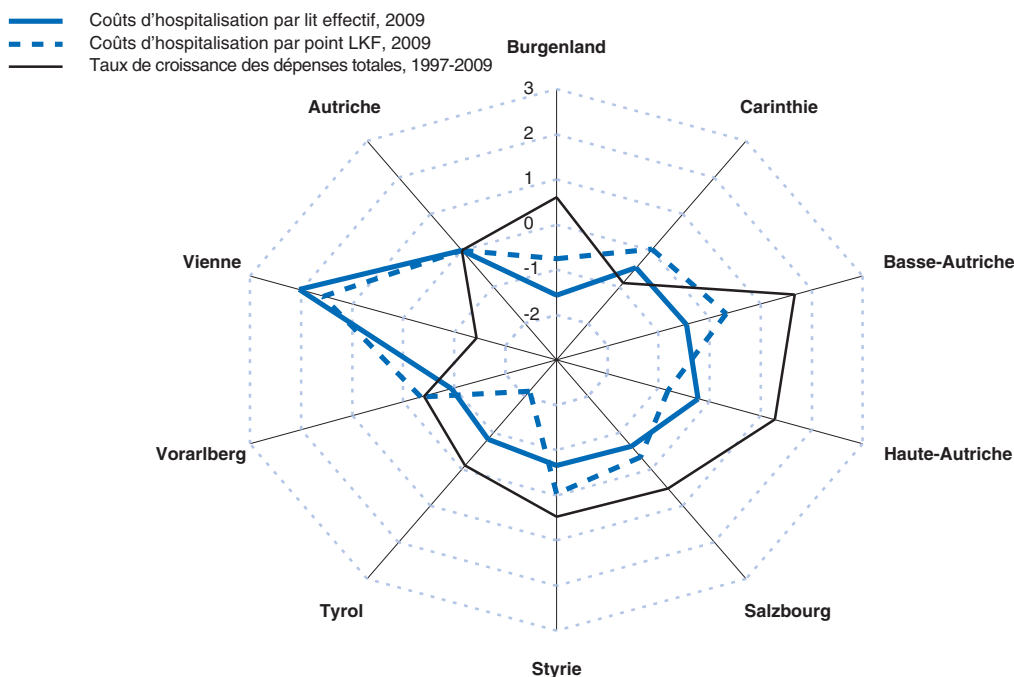
StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458691>

L'efficacité globale du système de santé est inférieure aux meilleures pratiques


L'OCDE a récemment recouru, dans une vaste étude, à des techniques d'analyse par enveloppement des données pour mesurer l'efficacité économique des systèmes nationaux de santé de 30 pays. Elle a comparé les résultats moyens obtenus par chaque pays en matière de santé de sa population (mesurée à l'aune de l'espérance de vie moyenne qui, malgré ses imperfections, présente une corrélation raisonnablement positive avec d'autres indicateurs) avec une série d'intrants (ressources financières et matérielles de soins de santé par tête, intrants socio-économiques – comme le niveau d'instruction et la pollution, habitudes de vie – comme l'alimentation), et a déterminé avec quelle efficacité chaque système national transformait ces intrants en facteurs de santé. Les pays créant la plus forte espérance de vie pour un niveau donné d'intrants, et ceux atteignant une espérance de vie donnée pour un coût minimal d'intrants, sont considérés comme formant la « frontière d'efficacité » internationale (OCDE, 2010a).

Les résultats indiquent que si l'Autriche avait utilisé son niveau actuel de ressources avec la même efficacité que les pays aux meilleures performances, elle aurait pu allonger l'espérance de vie de sa population de deux années et demie, soit à peu près la moitié des progrès réalisés ces 40 dernières années. Ils suggèrent également, de manière symétrique, que si le système autrichien fonctionnait au niveau de la frontière d'efficacité, les dépenses pourraient être réduites de deux points de PIB, soit un quart du volume des ressources publiques actuellement consacrées à la santé. Avec ce niveau de performance

Graphique 2.11. **Disparités de coût du système de santé d'un Land à l'autre**
Écarts-types par rapport au coût national



Source : Ministère de la Santé et Institut d'études avancées, HealthEcon 2011.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458710>

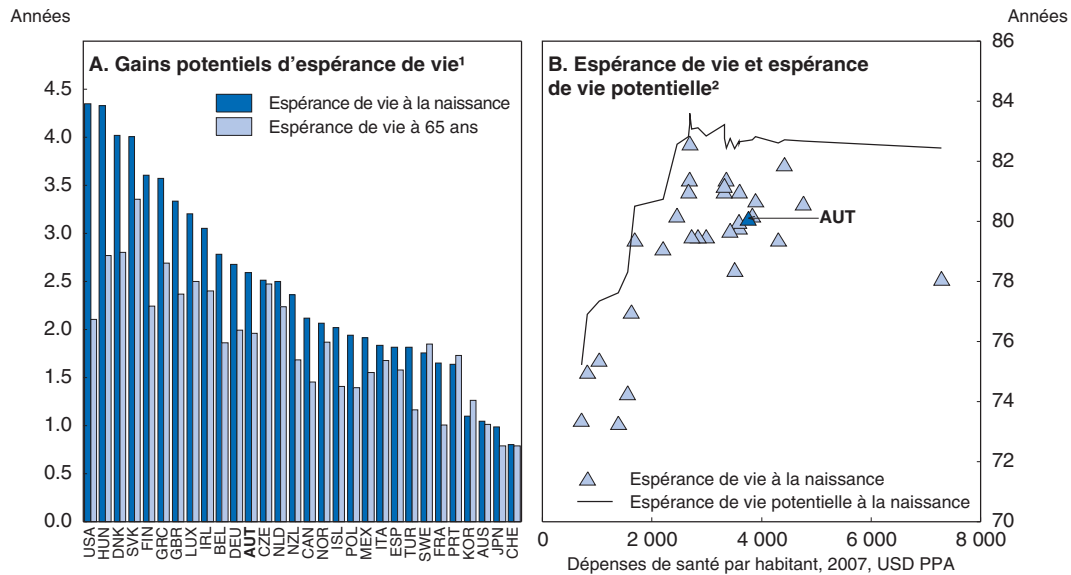
estimée, l'Autriche se situe dans la seconde moitié du classement des 30 pays, c'est-à-dire parmi ceux qui ont plus d'années de vie à gagner que la moyenne. Ces estimations confirment l'existence d'une vaste réserve de gains d'efficacité (graphique 2.12).

L'utilisation de produits pharmaceutiques est un domaine de dépenses qui a récemment donné lieu à des recherches exploratoires fort intéressantes au niveau national. Une étude 2009 de l'Université de Salzbourg²¹ laisse ainsi entendre que 36 % des produits pharmaceutiques utilisés en Autriche par les personnes âgées pourraient ne pas l'être, que 30 % d'entre eux auraient un service médical rendu incertain, et que 23 % seraient mal dosés. L'étude note que la consommation pharmaceutique a augmenté au total de 90 % au cours de la décennie écoulée. L'Autriche est en effet l'un des pays de l'OCDE où les dépenses pharmaceutiques ont le plus vigoureusement progressé (cf. graphique 2.5 *supra*).

Les principales carences ont été prises en compte, mais nécessitent de nouvelles actions


La prise en compte et l'atténuation de ces manques d'efficacité sont désormais un objectif affiché des autorités autrichiennes. Les campagnes successives de réforme de la santé intervenues depuis 1997 ont eu pour but d'améliorer l'efficacité du système. L'action menée a visé quatre domaines prioritaires : raffermir l'influence de l'administration fédérale sur le développement des capacités à long terme (en améliorant l'efficacité allocative) ; mettre en place des systèmes de paiement tenant compte des contraintes du marché et contribuant à un certain rattrapage par rapport aux performances de référence en matière de productivité (efficacité technique) ; améliorer la qualité, et ainsi le niveau,

Graphique 2.12. Une large comparaison internationale fait apparaître la possibilité de gains d'efficacité



1. Les calculs d'efficacité par enveloppement de données (DEA) prennent deux variables en compte : la dépense de soins de santé par habitant, et une variable qui est un indicateur composite de l'environnement socio-économique (PIB par habitant, niveau d'instruction) et des habitudes de vie (émissions d'oxyde d'azote, consommation de fruits et légumes, consommation retardée d'alcool et de tabac – données de 1990).
2. L'espérance de vie potentielle représente le niveau d'espérance de vie si les gains potentiels d'espérance de vie établis par les calculs par DEA se réalisaient à niveau de dépenses de soins de santé constant. Cf. également la note 2 du graphique 2.10.

Source : OCDE (2010), *Systèmes de santé : efficacité et politiques*.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458729>

des extraits (c'est-à-dire prendre davantage en compte leur qualité) ; et accélérer la transition vers des soins *intégrés* moins onéreux grâce à une combinaison mieux équilibrée de services de prévention et de soins avec et sans hospitalisation. Ces initiatives commencent à produire de bons résultats, mais il faut poursuivre l'action afin de stimuler un réel changement structurel.

Il faut consolider le renforcement des capacités

Depuis 2005, le ministère de la Santé a réactivé ses efforts de renforcement des capacités du système national de santé en matière tant de consultations externes que d'hospitalisations. Un nouveau « plan national de capacité » (*Österreichischer Strukturplan Gesundheit, ÖSG*) se veut un instrument stratégique central. Chaque *Land* est légalement tenu de produire en coopération avec sa caisse d'assurance-maladie régionale (*Regionaler Strukturplan Gesundheit, RSG*) un plan régional compatible avec ce plan national et ayant sa mise en œuvre pour objectif. Des caisses d'assurance-maladie et des plates-formes de santé regroupant les ressources publiques de différentes instances fédérales et régionales sont créées dans chacun d'eux et doivent contribuer à la rationalisation des structures régionales d'offre de services.

L'ÖSG fait suite à un plan précédent, l'*Österreichischer Krankenanstaltenplan (ÖKAP*, Plan autrichien pour le secteur hospitalier), élaboré en consultation avec les *Länder* et datant de 1997. Les *Länder* avaient exercé une grande influence sur l'élaboration de l'ÖKAP, qui n'avait pas sensiblement modifié les capacités existantes ou prévues au niveau local. En

revanche, l'ÖSG vise à s'écarter davantage des capacités existantes et à exercer davantage d'influence sur l'évolution effective de celles-ci. Sa première version a été élaborée en 2006, et sa version de 2010 détaille, sur la base de comparaisons effectuées par *Gesundheit Österreich GmbH* (Institut national de planification et de recherche), les besoins de services ambulatoires et hospitaliers à l'horizon 2015 et 2020. Le plan vise à réduire l'écart existant entre les besoins et les capacités, et à améliorer tant l'efficacité que l'affectation des ressources.

Cependant, malgré les attentes et les ressources investies, les premières expériences menées avec l'ÖSG n'ont pas été très concluantes. S'agissant du développement des capacités hospitalières, le contrôle que les *Länder* ont continué d'exercer sur les RSG n'a pas permis de modifier sensiblement les capacités existantes et prévues au niveau local, même si certains *Länder* ont essayé de mieux respecter que d'autres les objectifs de l'ÖSG. De même, les « réseaux de médecins sous contrat » instaurés par les caisses d'assurance-maladie n'ont pas pu s'insérer dans le plan national : ils ont continué d'être constitués par voie de négociations entre les ordres régionaux des médecins et les caisses d'assurance-maladie régionales, sans lien significatif avec l'ÖSG pour l'instant. Les objectifs du plan ont aussi pâti du concept de « coefficient d'ajustement » de la mise en œuvre, prôné par plusieurs *Länder*, en vertu duquel ces objectifs ne seraient poursuivis que partiellement (à proportion de ce « coefficient », c'est-à-dire par exemple 25 % au-dessous ou au-dessus des objectifs nationaux). Les sanctions prévues par la loi pour contraindre les *Länder* récalcitrants n'ont pu être appliquées.

Dans ce contexte, un nouveau document stratégique²² présenté en novembre 2010 par la Confédération des organismes autrichiens de Sécurité sociale a jugé les objectifs de capacité de l'ÖSG en inadéquation avec les objectifs souhaitables de santé publique (Hauptverband, 2010). Pour la Confédération, tous les protagonistes (autorités fédérales, *Länder*, caisses d'assurance-maladie) devraient élaborer ensemble des objectifs plus ambitieux conformes aux véritables besoins de services, y compris dans les domaines de la santé publique et de la prévention. À titre d'illustration, elle a ainsi proposé, au lieu d'extrapoler les tendances passées, de réduire le nombre d'amputations du pied chez les diabétiques en menant des politiques de prévention beaucoup plus efficaces. Elle a également proposé que la planification englobe des zones plus larges que les *Länder* car, estime-t-elle, leur population moyenne (un million d'individus) est insuffisante pour garantir son efficacité. Il a enfin suggéré que les objectifs de la planification soient rendus obligatoires et que leur suivi soit confié à un acteur indépendant. Ces suggestions supposent de profondes transformations de l'environnement institutionnel.

Il faut perfectionner les mécanismes de paiement

La mise en place de nouveaux mécanismes de paiement à la performance, conçus pour inciter les prestataires de services à rapprocher leurs performances des normes nationales de productivité, a débuté. Elle a d'abord concerné le paiement des services hospitaliers à partir de 1997, par paliers successifs, dans le cadre d'un vaste projet coopératif national (encadré 2.4).

Les autorités envisagent d'extrapoler les principes du système des GHM aux soins ambulatoires. Si l'on parvenait à fixer des coûts nationaux de référence pour les traitements de ce secteur de soins et que leur facturation reposait sur cette base, on pourrait escompter des avantages proches de ceux du système des GHM. Les soins ambulatoires prodigués par des médecins du secteur libre pour traiter des affections du

Encadré 2.4. Le système autrichien de GHM : promesses et revers

Depuis 1997, 60 % des coûts de fonctionnement des hôpitaux sont financés selon le traitement dispensé. Les unités de calcul sont des *points* alloués à chaque type de traitement sur la base de groupes homogènes de malades (GHM). On distingue 982 types différents de traitements, et le nombre de points de chaque traitement est déterminé en fonction de quelque 500 000 séjours hospitaliers dans 20 hôpitaux de référence. Le système paie donc chaque traitement selon un étalon de coût national, sans tenir compte des coûts effectifs de l'hôpital. Il s'apparente donc à un mécanisme de tarification concurrentielle et incite les hôpitaux à converger vers des normes de productivité nationales, voire à les surpasser.

Les « valeurs de point » sont établies rétrospectivement au niveau de chaque *Land* en fin de période comptable, en divisant le budget hospitalier *ex ante* du *Land* par le nombre de points *ex post* « engrangés » par les hôpitaux du *Land*. Le budget hospitalier total est donc fixe et ne dépend pas du volume total de points (de services) fournis. À sa naissance, cette disposition a été saluée par les économistes internationaux de la santé comme une innovation à la fois prometteuse pour la maîtrise des dépenses hospitalières et garante d'une souplesse d'allocation des budgets hospitaliers guidée par le marché. Elle n'est aujourd'hui à l'œuvre que dans quelques pays dotés de systèmes de GHM*.

Le système comprend par ailleurs quelques options laissées à la discrétion de chaque *Land* :

- Dans le « volet central uniforme » de la procédure de paiement, les points octroyés pour chaque type de traitement sont fonction des coûts nationaux de référence.
- Le second volet de la procédure de paiement, dit « volet à la discrétion du *Land* », est modifiable par chaque *Land*. Il permet aux *Länder* d'accompagner le coût national de référence de chaque type de traitement de préférences en termes d'effectifs et d'équipements et d'autres critères qualitatifs.

Les hôpitaux font valoir que le système de GHM ne reflète pas fidèlement leurs dépenses au titre des services ambulatoires, alors que bon nombre de ces services peuvent être assurés de façon plus efficiente par les hôpitaux que par des médecins indépendants.

Le budget hospitalier fixe de chaque *Land* est cofinancé par les autorités fédérales, l'exécutif du *Land* et les caisses d'assurance-maladie. Il est consolidé dans une « Caisse santé de *Land* » dévolue exclusivement aux paiements selon les GHM, et est géré de manière autonome. Cette structure finance quelque 60 % de l'ensemble des coûts de fonctionnement des hôpitaux du *Land*. Elle devait initialement en assumer l'intégralité, mais cette proportion a été revue à la baisse.

La première décennie de fonctionnement du système des GHM a fourni des résultats mitigés. On enregistre en effet, à côté d'importants avantages dans différents domaines, des promesses partiellement remplies :

- Initialement, les gains d'efficience escomptés grâce au nouveau mécanisme de paiement ont été enregistrés. La durée moyenne du séjour en hôpital a chuté, passant au-dessous de la moyenne de la zone OCDE.
- Les hôpitaux se sont cependant efforcés de maintenir leurs recettes en accumulant le plus de points possible. Le nombre d'hospitalisations a progressé plus fortement que la tendance.
- Deux problèmes perdurent par rapport à la philosophie de base du système des GHM : le niveau des paiements effectués au titre du « volet à la discrétion du *Land* », qui dépasse les normes nationales, et le financement accordé au-delà du système des GHM, puisque 40 % environ des coûts hospitaliers actuels restent financés en dehors du système.

Encadré 2.4. Le système autrichien de GHM : promesses et revers (suite)

- Les patients à la recherche de soins ambulatoires sont fréquemment hospitalisés car les hôpitaux n'ont pas d'autre « maison de santé pluridisciplinaire » assurant ces types de services. Cette situation multiplie les hospitalisations.
- Au total, depuis l'introduction du système des GHM, la transparence de l'activité hospitalière a beaucoup progressé pour les autorités (la masse de données fournie par le système des GHM n'a pas été rendue publique), mais les coûts hospitaliers n'ont que faiblement ralenti.

Le système des GHM s'affine au fil de l'expérience accumulée. Le catalogue, qui compte un petit millier d'affections, est revu de manière périodique, et le niveau des coûts de référence est actualisé. Il n'en reste pas moins qu'il pourrait s'avérer difficile de retirer les avantages escomptés tant que les problèmes inhérents au système perdureront.

La question annexe du financement de l'hôpital par les assurances privées

Outre le système des GHM qui régit le financement public des hôpitaux, les assureurs privés remboursent à ces institutions les services de confort proposés aux patients qui sont leurs clients. Ces paiements viennent compléter le revenu des structures hospitalières, des médecins qui les dirigent et de leurs équipes.

Cette procédure crée toutefois une distorsion : la loi applicable aux hôpitaux des *Länder* stipule que le nombre de lits affectés aux patients assurés à titre privé ne peut, dans les hôpitaux bénéficiant de fonds publics, dépasser 25 % de la capacité totale disponible pour les patients couverts par les seules caisses d'assurance-maladie. Cette règle crée une incitation à conserver une forte capacité d'accueil, puisque la réduction du nombre de lits destinés à ces derniers entraîne une baisse du nombre de lits potentiels pour les patients de la « *Sonderklasse* ».

Dans une analyse réalisée en 2006, la Cour des comptes fédérale a prôné la transparence du financement assuré par les assureurs privés, et le versement à toutes les parties prenantes d'une part « appropriée » de ce financement. Elle a également préconisé, pour chaque traitement, la facturation aux assureurs privés d'une contribution uniforme couvrant à la fois le revenu complémentaire des médecins et un droit d'utilisation des infrastructures de l'hôpital.

La question est évidemment complexe. Tout plafonnement des contributions des assureurs privés pourrait avoir des répercussions non voulues : tout d'abord, il pourrait s'avérer indispensable de relever le salaire (versé par la puissance publique) des médecins dirigeants si ceux-ci ne pouvaient plus compléter leur revenu par ailleurs ; ensuite, leur donner la possibilité de compléter leur revenu par le biais d'une contribution des assureurs privés peut avoir des effets secondaires bénéfiques dans la mesure où les services de meilleure qualité qu'ils offrent alors aux patients ayant souscrit une assurance privée profitent aussi aux autres patients.

* Outre l'Autriche, l'Allemagne et certaines régions suédoises semblent recourir à une forme de technique de « plafonnement-division » pour valoriser et financer les points de GHM. Cf. HOPE 2006.

même ordre, les services hospitaliers de consultation externe et – progressivement – les cabinets de groupe polyvalents pourraient ensuite être rémunérés à la même hauteur, et les plates-formes de soins les plus efficaces prendre ainsi l'avantage. Une partie des traitements pourrait ensuite être transférée vers des cadres de soins plus efficaces et à la qualité normalisée. Le passage à un tel dispositif de paiement des soins ambulatoires prendrait du temps (il a fallu plusieurs années pour concevoir et mettre en œuvre le

système des GHM) et s'accompagnerait nécessairement d'un exercice de classification détaillée des affections, de normalisation qualitative et d'évaluation comparative des coûts. Les autorités n'en sont pas moins enclines à s'engager sur cette voie.

Le système de paiement des produits pharmaceutiques a lui aussi subi des transformations considérables. Les médicaments sont classés en trois catégories qui, conformément aux meilleures pratiques internationales, présentent chacune un degré différent d'automatisme du remboursement. Les médicaments conditionnés en « boîte verte » sont remboursés sans condition. Les « boîtes jaunes » nécessitent l'autorisation d'un médecin chef de l'assurance-maladie. Les « boîtes rouges » contiennent des produits dépourvus de politique fixe de remboursement, soumis à une ETM (évaluation des technologies médicales) pour évaluer l'équilibre coûts-avantages qu'ils présentent, et autorisés ou non sur cette base. Si ce nouveau mécanisme de paiement était adossé à d'autres mesures favorables aux médicaments génériques (lesquels représentent pour l'instant une part encore relativement restreinte du marché autrichien²³), il pourrait être porteur d'économies importantes.

Les responsables de l'action publique devraient continuer de s'orienter vers des mécanismes de paiement propices aux gains de productivité en finançant les services sur des critères de qualité et de coût ; en faisant davantage appel à la mise en concurrence ; et, lorsque les services sont fournis par des monopoles nationaux ou locaux, notamment lors des négociations avec les ordres des médecins, en ayant autant que possible recours à des évaluations comparatives nationales des coûts et à des critères de comparaison avec la concurrence.

Il faut mieux surveiller la qualité des services

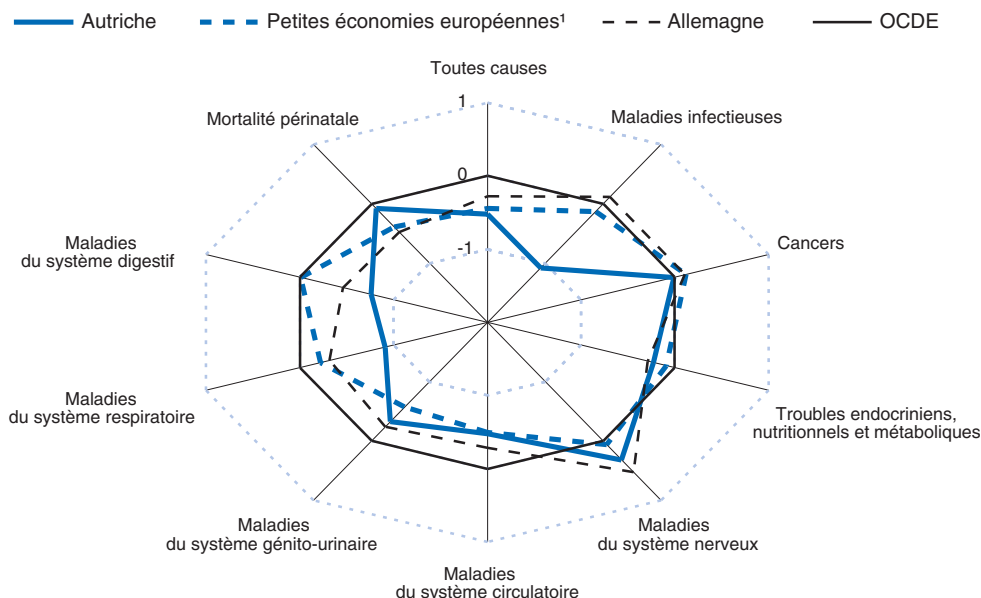
La qualité des services de santé a son importance pour l'efficacité du système de santé. Elle détermine l'état de santé des patients, réduit le besoin de soins de suite et limite les réhospitalisations. Les services de santé autrichiens sont réputés d'une qualité élevée et homogène sur l'ensemble du territoire. Pourtant, plusieurs experts nationaux des questions de santé font observer que cette réputation ne s'appuie pas sur des critères ou des indicateurs objectifs. L'absence d'indicateurs de qualité répondant à des normes est d'ailleurs l'une des spécificités du système autrichien. Dans une étude récente, l'Autriche est apparue particulièrement mal dotée en indicateurs qualitatifs formels (Paris *et al.*, 2010).

Certains indicateurs comparables à l'échelle internationale sont toutefois disponibles pour évaluer globalement les résultats qualitatifs obtenus (OCDE, 2009a). Tous les indicateurs ne sont pas disponibles pour l'Autriche (il manque notamment les taux de survie à certaines maladies telles que les cancers), mais ceux dont on dispose permettent de dresser un tableau comparatif préliminaire (graphique 2.13). Ils confirment que l'Autriche a réussi à ramener la mortalité due à certaines maladies fréquentes nettement en dessous des moyennes de la zone OCDE et des moyennes d'autres pays à haut revenu tels que la Suède, le Danemark et les Pays-Bas²⁴. Dans d'autres domaines, les résultats sont voisins de ceux des pays comparables²⁵.

On utilise également des indicateurs plus précis pour comparer la qualité des services de santé, comme les taux d'hospitalisation évitable pour certaines maladies, et les taux de participation à des programmes de santé publique (OCDE, 2011). Ces indicateurs laissent entrevoir des possibilités d'amélioration dans ces domaines précis (graphique 2.14). Le système autrichien se caractérise par exemple par l'application relativement limitée de

Graphique 2.13. Quelques indicateurs disponibles de la qualité des soins


Taux de mortalité évitable pour 100 000 habitants



Note : La mortalité évitable se définit comme l'ensemble des décès qui auraient pu être évités si des soins médicaux efficaces avaient été prodigués en temps voulu. Les valeurs situées hors du cercle moyen indiquent que le niveau de la variable, pour le groupe ou le pays considéré, est plus élevé que pour le pays moyen de l'OCDE. Les données représentent l'écart par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimées en nombre d'écart types.

1. Moyenne arithmétique des autres petites économies européennes à haut revenu : Danemark, Pays-Bas, Suède.

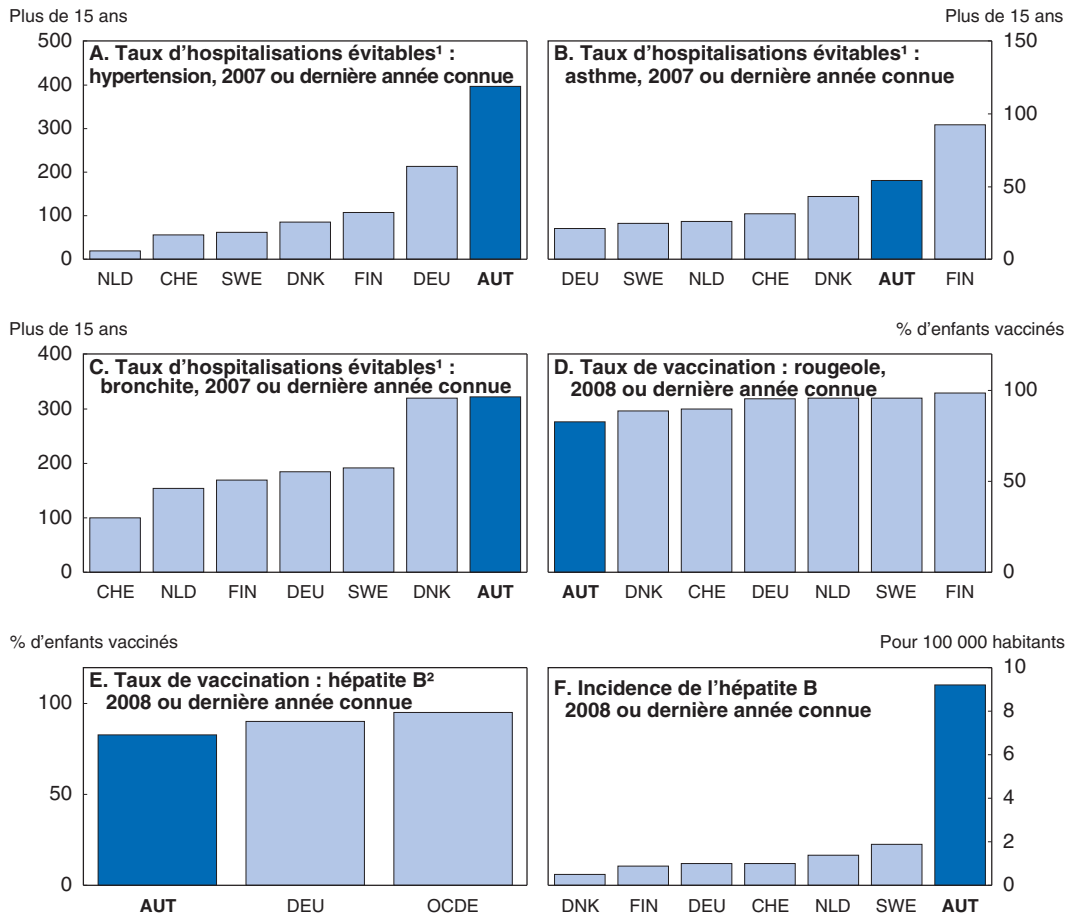
Source : Estimations de l'OCDE d'après Nolte et McKee (2008), « Measuring the Health of Nations: Updating an Earlier Analysis », *Health Affairs*, janvier/février 2008.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458748>

certains programmes importants de vaccination²⁶. Du coup, la prévalence d'une maladie grave telle que l'hépatite B est plus élevée que dans des pays comparables. De telles carences qualitatives nuisent à l'efficacité du système de santé.


Les autorités sont conscientes de la nécessité de renforcer le suivi de la qualité. Une Stratégie autrichienne de la qualité (*Österreichische Qualitätsstrategie*) a été instaurée par la loi de 2005 portant réforme de la santé, qui comprenait une stratégie fédérale d'ensemble sur les questions de qualité. Un Institut fédéral pour la qualité du système de soins de santé (*Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen*) a été créé²⁷ sur le modèle du système d'indicateurs de qualité mis en place avec succès en Allemagne²⁸. Des rapports sur la qualité devaient être rédigés sur tous les secteurs et métiers selon des méthodes uniformes, par exemple dans le domaine du recours aux antibiotiques, aux composants sanguins, aux diagnostics microbiologiques, etc. Mais les règles de mise en œuvre n'ont pu être instaurées pour l'instant et ces rapports prévus par la loi n'ont pas encore vu le jour.

Le ministère de la Santé a réaffirmé la nécessité de mettre au point, dans le contexte du programme d'économies de 2009, un dispositif de suivi de la qualité. Outil d'information commun aux prestataires, un Système de déclaration des incidents majeurs a été mis en place en novembre 2009 pour permettre la déclaration anonyme en ligne d'incidents. On en attend une meilleure sûreté pour les patients²⁹. Des partenaires tels que l'Ordre des médecins et les caisses d'assurance-maladie ont été invités à formuler des objectifs de qualité mesurables afin de permettre la production de rapports sur la qualité. Cette coopération multipartite élargie n'a toutefois pas encore marqué de progrès.

Graphique 2.14. **D'autres indicateurs plus précis laissent entrevoir des possibilités d'amélioration**

1. Nombre annuel d'hospitalisations d'individus âgés d'au moins 15 ans pour 100 000 personnes de cette classe d'âge. L'hypothèse sous-jacente est que, compte tenu des possibilités de traitement aujourd'hui disponibles pour prévenir les complications graves, aucune hospitalisation ne devrait être nécessaire.
2. La moyenne OCDE n'englobe que les pays où la vaccination se pratique de manière obligatoire ou habituelle.

Source : Éco-Santé OCDE2010 et OCDE, *Panorama de la santé* 2009.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932458767>

Début 2011, le ministre de la Santé a réitéré l'importance des informations relatives à la qualité et a proposé en la matière une loi fédérale plus contraignante qui serait applicable à tous les services proposés sur le territoire national. Un système déclaratif national sur la qualité (le programme « Health-Q-Reporting ») devrait voir le jour en 2011. L'Autriche pourrait à cet égard prendre appui sur un projet que lance le Comité de la santé de l'OCDE dans l'optique d'évaluer les politiques de qualité des pays membres.

Il faut accélérer l'intégration des soins

Le penchant excessif du système autrichien pour les services hospitaliers pèse sur toutes les dimensions de l'efficacité. Cette structure complique les efforts déployés pour réduire les coûts et améliorer la qualité des services grâce à une meilleure complémentarité entre santé publique, prévention, soins ambulatoires, soins hospitaliers et programmes de réadaptation. La transition vers de tels services intégrés est aujourd'hui

considérée comme une pratique optimale internationale, comme l'a récemment réaffirmé la Conférence ministérielle de l'OCDE sur les politiques de la santé (encadré 2.5).

Encadré 2.5. **L'intégration des soins**

La transition vers les « soins intégrés » est reconnue par l'ensemble des pays de l'OCDE comme une priorité d'action. Elle met l'accent sur les soins centrés sur le patient et sur la coordination des soins primaires et secondaires. Elle peut amener des spécialistes d'équipes médicales, ou les services de santé et les services sociaux, à collaborer. Cette intégration des services s'avère particulièrement nécessaire face aux besoins très évolutifs d'une société vieillissante, à la progression des maladies chroniques et à la polyopathie (Leutz, 1999 ; Stein, 2009).

Les modèles de soins intégrés mis en œuvre varient beaucoup selon le pays : on trouve ainsi des programmes de gestion des maladies, des contrats de soins intégrés sélectifs, des groupes de soins intégrés et des modèles de maison de santé pluridisciplinaire. Ces modèles sont considérés comme des moyens de promouvoir l'efficacité, d'obtenir de meilleurs résultats pour les patients et de traiter le problème du morcellement des services. Le besoin se fait de plus en plus sentir d'une nouvelle architecture de ces derniers et d'une aide à la collaboration et à la coopération entre les différentes composantes du système de santé.

L'Autriche connaît une lente intégration des soins. Le système autrichien ne comportant pas de fonction de filtrage de l'accès, les généralistes ne se posent pas en coordinateurs des soins. Les divers services offerts – prévention, généralistes, spécialistes, consultation externe et réadaptation – sont relativement cloisonnés. Ce cloisonnement complique l'intégration des soins et engendre des pertes d'efficacité et de qualité. Il est à craindre, par exemple, que la qualité de l'important dispositif national prévu pour les bilans de santé ait considérablement pâti de l'absence de démarche intégrée et que le dispositif ait été dans une certaine mesure détourné au profit d'intérêts particuliers (annexe 2.A3).

Les autorités fédérales et les experts locaux des questions de santé font le même diagnostic. De nombreuses mesures publiques récentes ont visé à faciliter l'émergence de nouvelles formes de soins intégrés en Autriche. Des résultats prometteurs ont été obtenus dans certains cas, mais sans remédier pour autant à la tendance à l'hospitalisation qui est caractéristique du système. L'expérience de l'Autriche conduit à penser que la nouvelle démarche nécessite, pour se diffuser, des évolutions institutionnelles plus systématiques. Cinq expériences récentes retiennent l'attention :

- *La création de « pools de réformes » au niveau des Länder.* En 2005, un nouvel instrument a été créé dans chaque Land pour stimuler les flux intersectoriels de patients. L'Agence fédérale de la santé a été invitée à élaborer des *lignes directrices pour la coopération* entre soins hospitaliers, soins de jour et consultations externes. Ces lignes directrices avaient pour objectif de guider concrètement les pools de réformes dans la sélection des nouveaux types de services à financer. Les dépenses fédérales de santé ont été immédiatement réorientées vers ces pools à hauteur d'un pour cent, puis de 2 % à partir de 2008.

- Après un démarrage lent en 2006, les projets de pools de réformes se sont amplifiés en 2007, puis ont de nouveau ralenti en 2008. La structure complexe de gouvernance de ces programmes, qui implique toutes les parties prenantes locales, a bridé le degré d'innovation des projets, et l'intérêt a décliné. Une évaluation menée en 2009 porte à croire que l'utilisation réelle des ressources disponibles dans les pools de réformes est restée inférieure à 20 %.
- *Les Programmes de gestion thérapeutique.* Ces programmes ont constitué le principal point d'entrée des soins intégrés en Autriche (OCDE, 2010b). L'idée est venue d'innovations nord-américaines et a été adaptée à l'Autriche par *incorporation* du traitement des patients atteints de maladies chroniques aux soins primaires³⁰. Cette démarche suppose de verser des paiements complémentaires aux généralistes coordonnant les soins. De tout temps, les généralistes ont été peu incités à privilégier la prévention ou à coordonner les soins. Dans les programmes de gestion thérapeutique, ils perçoivent des incitations financières directes, et bénéficient de lignes directrices cliniques et d'un appui technique. Cette innovation a été introduite pour les diabètes de type 2 en 2007, puis s'est rapidement développée. En 2010, les médecins étaient plus de 400 à jouer le jeu. Selon une évaluation préliminaire (effectuée à Salzbourg dans le cadre d'une vaste étude à échantillon aléatoire), le programme a été considéré comme ayant significativement réduit la glycémie moyenne chez les participants, amélioré leur état d'hypertension et renforcé le recours à des mesures de prévention. L'étude continuera de suivre les patients et fournira des informations sur les effets à long terme de la gestion thérapeutique.
- Les autorités ont récemment essayé d'encourager les cabinets médicaux de groupe afin d'intégrer l'offre de soins. Rares jusqu'à présent en Autriche, ces cabinets se confinaient à des activités particulières telles que la rééducation fonctionnelle. En 2009, l'État a voulu instituer une nouvelle forme sociale pour les cabinets de groupe (« *Ärzte GmbH* ») « afin de mieux équilibrer l'utilisation et l'intégration des soins hospitaliers et ambulatoires ». Néanmoins, face à la forte opposition manifestée par des groupes d'intérêts, la proposition a été amendée de manière restrictive. On ne peut désormais créer une « *Ärzte GmbH* » que dans une spécialité (radiologie, médecine interne, chirurgie générale, etc.). Seuls des médecins peuvent être actionnaires, et ils ne peuvent pas salarier des confrères ou des consœurs.
- *Des expériences pilotes* pourraient jouer un rôle irremplaçable pour faire valoir les avantages de l'intégration des soins. La caisse d'assurance-maladie des travailleurs indépendants (SVA) a très récemment mené une expérience dans ce domaine³¹, lançant, en accord avec son réseau de praticiens, de nouveaux services d'accompagnement et de prévention inspirés par le rôle traditionnel du médecin de famille. Les adhérents de la caisse ne sont pas obligés d'utiliser ces services, mais touchent une incitation financière s'ils le font. SVA a insisté sur le fait que le haut niveau d'instruction de ses adhérents représentait un atout pour la mise en œuvre de cette « nouvelle orientation révolutionnaire ». L'année 2011 sera la première année d'application du dispositif.
- *Des patients actifs et informés* peuvent aussi puissamment contribuer à la promotion de soins intégrés cohérents. Début 2010, le ministère de la Santé a lancé son « portail de la santé » destiné à aider la population à mieux s'informer sur les services. Ce portail facilite la récupération d'informations sur la prévention, les diagnostics et les possibilités de traitement. Des conseils précis peuvent être donnés en fonction de tests

individuels. Le portail renferme également des renseignements sur le bilan de différents médicaments en matière de sûreté. Les premières notes attribuées par les usagers à cet outil sont très encourageantes. Les autorités ont annoncé que chaque habitant disposerait, dans la phase finale de son développement, de l'accès à son propre dossier médical électronique, le cas échéant en relation avec des applications de prévention. Les compétences spécialisées de l'Autriche et l'avance prise par le pays dans le domaine de l'administration en ligne (OCDE, 2009e) renforcent le projet consistant à mettre en place pour l'ensemble de la population une infrastructure de dossiers médicaux électroniques individuels dite ELGA. ELGA a le potentiel nécessaire pour fournir l'infrastructure matérielle de nombreuses innovations en matière de soins intégrés (annexe 2.A2).

Enfin, un projet qui a circulé ces dernières années dans les milieux gouvernementaux, sans pour autant être mis en application, consisterait à donner aux services hospitaliers de consultation externe un rôle moteur de promotion des soins intégrés. Le programme de gouvernement de 2007 mentionnait cette possibilité. Ces services, dont le nombre et la répartition sur le territoire sont satisfaisants et qui jouissent de la confiance de la population, pourraient constituer une plate-forme d'intégration des services de prévention, de filtrage et de gestion des soins. Il leur manque toutefois pour l'instant une structure managériale et budgétaire propre, et ils ne peuvent se transformer en entités autonomes de services intégrés (ils restent aujourd'hui financés, dans une large mesure, par le budget des soins hospitaliers)³².

L'expérience d'autres pays de l'OCDE qui ont progressé dans la voie de l'intégration des soins porte à croire que la fourniture de conseils stratégiques par les pouvoirs publics, mais aussi un environnement microéconomique ouvert et porteur, ont leur importance dans ce domaine. Les incitations financières en faveur de pratiques novatrices jouent aussi un rôle en amoindrissant les coûts d'innovation et de démonstration (encadré 2.6).

Les avancées dans ces différents domaines – consolidation de la planification des capacités, utilisation de mécanismes de paiement à la performance, amélioration du suivi et de l'application des normes de qualité, incitation à l'intégration des soins – nécessitent non seulement des actions de l'échelon fédéral, mais aussi la coopération et la participation actives des exécutifs des *Länder* et des caisses d'assurance-maladie. Comme par le passé, la fragmentation institutionnelle du système reste un facteur de difficulté pour cette coopération stratégique. Dans cet environnement, et si l'on tient compte des motifs politiques et constitutionnels traditionnels qui expliquent cette fragmentation, il convient de concentrer tous les efforts sur le regroupement des ressources allouées à la santé publique autour d'objectifs de performance. Les responsabilités en matière de performance, de financement et de dépenses doivent être assignées plus clairement que naguère. Dans les cas où cette stricte séparation des responsabilités se révèle impossible d'un point de vue constitutionnel, des « caisses communes » (« groupements de caisses ») rassemblant les ressources de différentes entités publiques peuvent être mobilisées. Par exemple, un « groupement fédéral de caisses » pourrait être créé pour contribuer à financer des innovations et des changements structurels dans l'offre de soins, pour établir un meilleur équilibre entre les services hospitaliers et les services ambulatoires et pour contenir les coûts. Sur le plus long terme, un groupement fédéral de caisses pourrait aussi se voir confier la responsabilité des investissements hospitaliers sur l'ensemble du territoire en fonction des objectifs du plan national. Une caisse spéciale pourrait être chargée des programmes de santé publique. Ultérieurement, une fois que les structures de financement auront été fondamentalement réformées, les coûts de fonctionnement des

Encadré 2.6. **Contrats et paiements ouverts en matière de soins intégrés : les enseignements à tirer de l'expérience d'autres pays de l'OCDE**

L'Allemagne, le Danemark et les Pays-Bas sont à l'avant-garde des soins intégrés. Les réformes administratives intervenues au Danemark ont davantage centré les soins sur le patient, et une série de réformes a, en Allemagne, préparé le terrain pour une meilleure coordination des soins. Les Pays-Bas ont réussi à mettre en œuvre de nouveaux programmes de soins intégrés pour les patients atteints d'affections chroniques. L'Autriche pourrait tirer des enseignements de ces expériences.

Au Danemark, le rôle moteur de l'administration centrale s'est avéré essentiel (Frølich *et al.*, 2008). Un nouveau Conseil national de santé créé en 2007 a publié plusieurs documents de fond sur la politique de santé, dont une stratégie nationale relative à la gestion des maladies chroniques. Dix-huit centres de santé mettant l'accent sur cette gestion et sur la coopération intersectorielle ont été créés dans tout le pays.

Le ministère de la Santé et de la Prévention a institué une commission de prestataires de soins primaires chargée, afin d'épauler le nouveau modèle de soins intégrés, d'élaborer des recommandations de changement potentiel d'organisation du secteur des soins primaires. Les initiatives novatrices ont été encouragées par des aides financières.

En Allemagne, des initiatives similaires en matière de soins liés aux affections chroniques ont bénéficié d'incitations financières fédérales. Elles sont l'œuvre d'assureurs sociaux, de prestataires et de patients, et ont contribué à la diffusion rapide de ces programmes dans le pays.

Les caisses d'assurance-maladie ont financièrement intérêt à prendre part aux programmes de gestion thérapeutique. Elles touchent un forfait pour chaque patient inscrit à un tel programme. L'intérêt financier existe aussi pour les patients (exonérations du reste à charge) et pour les médecins (rémunération forfaitaire pour les tâches de coordination et de documentation). En 2009, près de six millions de patients étaient inscrits à un programme de gestion thérapeutique, et 60 à 75 % des médecins de famille habilités prenaient part à ces programmes.

Selon les évaluations disponibles, les programmes allemands de gestion thérapeutique ont nettement amélioré la qualité des soins, ont renforcé les résultats cliniques et ont même réduit la mortalité. Ils sont également efficaces, car les économies découlant des hospitalisations évitées sont supérieures aux coûts des mesures prises (Borowitz *et al.*, 2010). Les lois de 2004 et 2007 portant réforme de la santé en Allemagne ont elles aussi alloué 1 % des frais de contrat des caisses d'assurance-maladie aux programmes de soins intégrés.

Aux Pays-Bas, depuis les années 90, les politiques soutiennent de manière explicite, sous l'appellation de « soins décentralisés », l'intégration entre services primaires et services secondaires. La réforme de 2006 de l'assurance-maladie a ajouté au dispositif de nouveaux systèmes de paiement groupé pour la gestion des maladies chroniques. Les groupes de soins intégrés (comme ceux concernant le diabète) permettent aux médecins généralistes de passer un contrat collectif avec des assureurs santé sur la base de paiements groupés de ce type. Depuis janvier 2010, des financements complémentaires dits « centrés sur le patient » sont apparus pour ces programmes. Ces dispositions ont encouragé la coopération entre services ambulatoires et hospitaliers dans les groupes de soins liés à des maladies chroniques en permettant le paiement conjoint par les assureurs santé (Groenewegen, 2009).

hôpitaux pourraient être intégralement financés par les caisses d'assurance-maladie, auxquelles seraient transférées les ressources fiscales actuellement mobilisées par les administrations des *Länder* et l'État fédéral pour couvrir les dépenses des hôpitaux. Combattre la forte fragmentation du secteur de l'assurance sociale en réduisant le nombre de caisses d'assurance-maladie pourrait aussi y contribuer. La Confédération des organismes autrichiens de Sécurité sociale pourrait aussi continuer à centraliser les fonctions génératrices d'économies d'échelle.

La politique de santé doit aussi être soutenue par des progrès dans les habitudes de vie

Les habitudes de vie ne sont pas suffisamment propices à de bons résultats sanitaires

Les facteurs autres que l'accès aux soins, liés aux *habitudes de vie en matière de santé* et aux *comportements de prévention* de la population déterminent de manière importante les résultats nationaux obtenus sur le plan de la santé – et leurs coûts. Cette optique est de mieux en mieux comprise (OCDE, 2010c). À titre d'exemple, la consommation d'alcool, le tabagisme, la consommation de sucre, de sel et de graisses, ou l'exercice physique ont des incidences majeures sur les résultats sanitaires et sur leur coût par le truchement de toute une palette de déterminants de l'état de santé (dits « facteurs de risque proximaux ») tels que le surpoids, l'hypertension, l'hypercholestérolémie ou l'hyperglycémie³³. Il est crucial, pour les politiques nationales visant à améliorer l'état de santé de la population tout en maîtrisant le coût de cet objectif, de surveiller ces éléments et de remédier aux excès.

À première vue, les habitudes de vie ayant classiquement un impact sur la santé diffèrent peu en Autriche des moyennes de la zone OCDE. Elles ne présentent pas l'Autriche sous un jour particulièrement favorable, mais ne témoignent pas non plus de déficiences notables. La prévalence du surpoids et de l'obésité, par exemple, est légèrement inférieure à la moyenne de l'OCDE, mais plus élevée parmi les jeunes de 15 ans. Au total, on a pu juger l'impact net de ces facteurs sur l'espérance de vie en Autriche comme étant légèrement négatif (de l'ordre de deux à trois mois d'espérance de vie en moins), à cause principalement d'une consommation d'alcool supérieure à la moyenne (Joumard *et al.*, 2008).

Si l'on se penche davantage sur la question, de sérieux éléments sont toutefois préoccupants. Les trois domaines problématiques sont la consommation d'alcool, le tabagisme et l'alimentation. Le taux de consommation d'alcool de la population autrichienne de plus de 15 ans est l'un des plus forts. Le taux de tabagisme reste élevé, alors qu'il a reculé dans d'autres pays³⁴. À l'opposé, la consommation quotidienne de fruits est l'une des plus faibles parmi les 15 ans et plus. Les taux d'activité physique sont aussi inférieurs aux moyennes de l'OCDE. Il en a résulté une forte hausse des taux de surpoids au cours des années 2000, à un rythme beaucoup plus rapide que dans la plupart des autres pays. L'augmentation du taux d'obésité dépasse elle aussi la moyenne de l'OCDE.

L'attitude décevante des jeunes générations face aux questions de santé est un facteur important de ces résultats négatifs, qui n'augure pas d'un redressement rapide : le taux de tabagisme de l'Autriche chez les adolescents âgés de 15 ans est le plus élevé de la zone OCDE tant pour les filles (30 %) que pour les garçons (24 %). Quant à l'indicateur mesurant la consommation excessive d'alcool dans la même classe d'âge, il place l'Autriche en quatrième position.

Les différences d'habitudes de vie d'une catégorie sociale à l'autre pourraient devenir préoccupantes

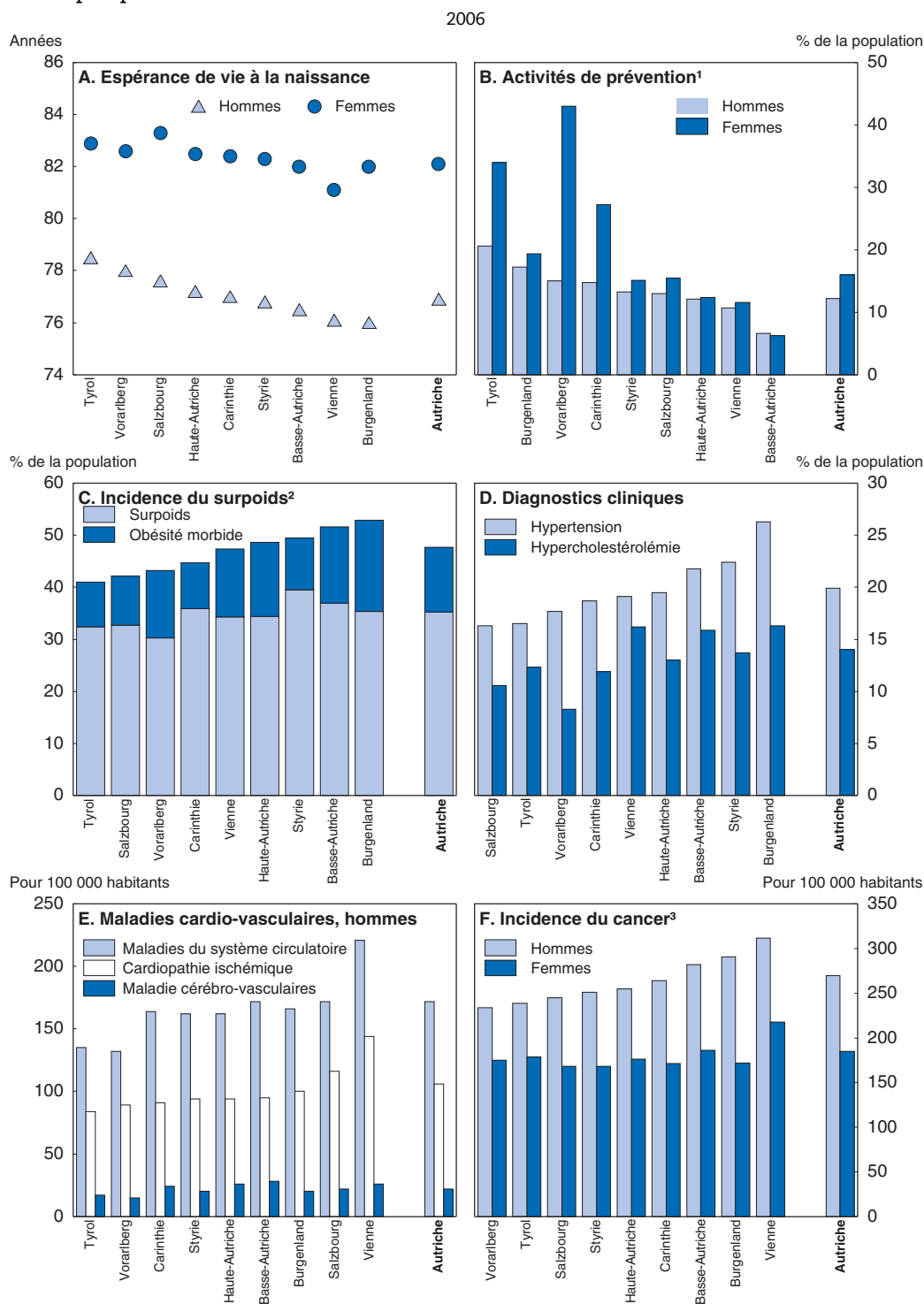
Les écarts importants d'habitudes de vie de la population ayant un impact sur la santé constituent une autre source de préoccupation. Par exemple, l'ampleur des disparités de comportement de prévention observées dans les neuf *Länder* ne laisse pas d'étonner (graphique 2.15). S'agissant du surpoids et de l'obésité, l'Autriche se caractérise par les plus fortes disparités entre les diverses catégories professionnelles. Par ailleurs, les écarts que présentent les communautés d'immigrés ayant un faible niveau moyen d'instruction semblent particulièrement marqués (graphique 2.16). Alors que l'égalité d'accès au système de soins de santé est une grande priorité nationale, ces différences dans les habitudes de vie ayant un impact sur la santé risquent de contrecarrer cet effort et d'entraîner une inquiétante disparité des résultats dans le domaine de la santé. Elles pourraient aussi sérieusement alourdir les coûts de la santé des catégories concernées de la population.

De récentes recherches ont montré que les inégalités de santé liées au revenu s'étaient creusées en Autriche depuis 2005, alors qu'elles demeuraient, comparativement à d'autres pays, d'un faible niveau (Eurostat, 2010). On observe notamment que si le niveau d'instruction de la population dans son ensemble progresse et qu'une proportion plus importante de celle-ci s'est déplacée dans les groupes présentant moins de risques, la différence existant entre l'espérance de vie des femmes qui ont un faible niveau d'instruction et celles qui ont un niveau moyen d'instruction a beaucoup augmenté (Klotz, 2010). D'autres déterminants de ces écarts – niveau de revenu, origine ethnique ou culturelle, ou autres facteurs – n'ont pas encore fait l'objet de recherches complètes. Si ces différences de comportement de prévention et de modes de vie ayant un impact sur la santé ne s'atténuent pas, les résultats sanitaires globaux n'atteindront pas le niveau que l'on peut espérer, et le pays ne sera pas en mesure de tirer tous les gains escomptés du niveau élevé de ressources qu'il consacre à son système de santé.

De tels écarts pourraient aussi avoir à l'avenir certaines répercussions systémiques. Des groupes réduits d'individus ayant un style de vie particulièrement imprudent risquent de générer des problèmes et des frais de santé disproportionnés. Le système autrichien fonctionne actuellement sur le mode du soutien social sans faille à une mutualisation intégrale des risques. On estime qu'au cours d'une année n , le centile de la population dont l'état de santé est le plus dégradé perçoit 30 % des prestations totales d'assurance-maladie, que les cinq centiles en moins bonne santé bénéficient de 60 % des transferts et que la moitié de la population en meilleure santé absorbe 3 % des dépenses totales. Les coûts supplémentaires imputables à des modes de vie néfastes pour la santé ne doivent pas mettre à mal le précieux consensus social qui entoure la mutualisation des risques.

Les autorités autrichiennes sont conscientes de l'impact croissant des facteurs extérieurs aux soins de santé sur les résultats obtenus dans le domaine de la santé, ainsi que sur les coûts, et ont commencé à prendre des initiatives à cet égard. Le programme national de prévention est en cours de réévaluation complète (annexe 2.A3). Un « Dialogue sur la santé infantile » (*Kindergesundheitsdialog*) est centré sur les enfants vulnérables. Un Plan national d'action diététique (NAP.e) a été lancé en 2010 pour contribuer à l'amélioration des habitudes alimentaires. La nouvelle loi sur le tabac est entrée en vigueur en janvier 2009, même si sa mise en œuvre semble tarder. Des campagnes similaires menées par d'autres pays ont bien des fois donné d'excellents résultats, ce qui est encourageant pour l'Autriche³⁵.

Graphique 2.15. **Situation et résultats sanitaires varient d'un Land à l'autre**

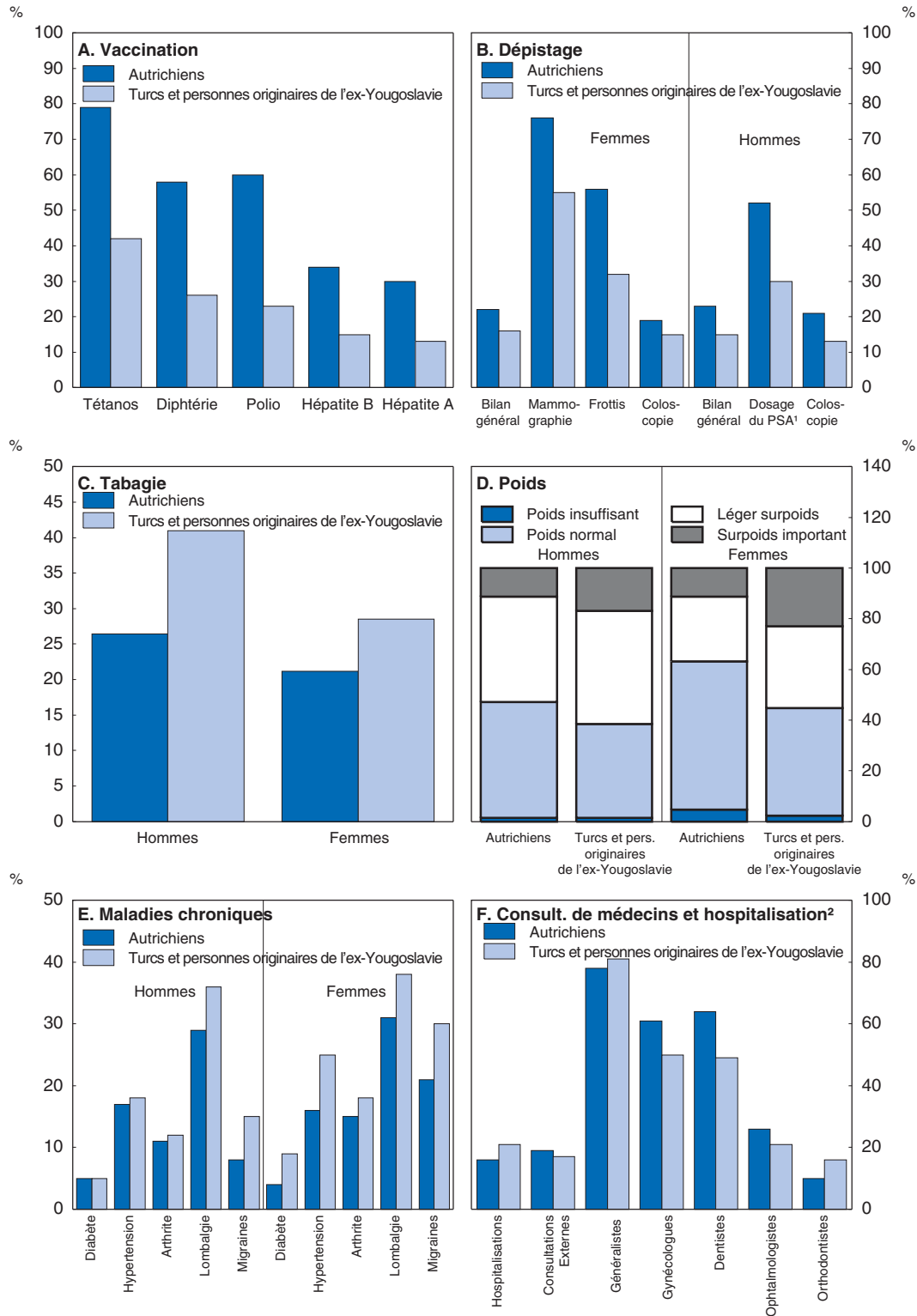


1. Pourcentage de la population ayant participé chaque année au programme national de bilans de santé volontaires entre 2002 et 2006.
2. Le surpoids est apprécié à l'aune de l'indice de masse corporelle (IMC). Un IMC supérieur à 25 mais inférieur à 30 signale un surpoids ; un IMC supérieur à 30 est synonyme d'une obésité morbide.
3. Ensemble des nouveaux cas de cancer pour 100 000 habitants.

Source : Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG, « Monitoring 2007 zum Gesundheitsbericht Österreich 2004 ».

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932458786>

Graphique 2.16. Les comportements ayant un impact sur la santé différent selon que l'individu est autochtone ou non



1. Dépistage du cancer des testicules et dosage du PSA.

2. Dans les 12 derniers mois.

Source : Statistik Austria, « Sozio-demographische und sozio-ökonomische von Gesundheit », 2006/2007.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932458805>

On pourrait, pour progresser sur le plan des facteurs concernant les habitudes de vie ayant un impact sur la santé, au niveau national comme pour tel ou tel groupe défavorisé, fixer à la politique de santé des références et des objectifs aussi bien en termes quantitatifs (taux cibles de tabagisme, consommation d'alcool, alimentation, etc.) que sous l'angle des « facteurs de risques intermédiaires » (masse corporelle, hypertension, hyperglycémie, hypercholestérolémie, etc.). Un suivi rigoureux de ces paramètres à l'échelon national et régional, ainsi que dans tel ou tel groupe de la population, pourrait apporter des informations utiles pour l'action publique.

Recommandations d'action

Les recommandations d'action de ce chapitre sont résumées à l'encadré 2.7.

Encadré 2.7. **Recommandations d'action**

Resserrer la structure institutionnelle du système de santé

- Consolider encore les ressources publiques consacrées à la santé et les assortir d'objectifs précis, autrement dit, assigner beaucoup plus clairement les responsabilités en matière de résultats, de financement et de dépenses au sein du système national de santé.
- Optimiser et renforcer le plan national de capacité pour les soins hospitaliers et ambulatoires financés sur fonds publics, sous l'autorité de l'administration fédérale, avec le soutien des *Länder* et des caisses d'assurance-maladie.
- Dans les domaines où une stricte séparation des responsabilités entre organismes publics est impossible pour des raisons constitutionnelles, regrouper les ressources dans des « groupements de caisses » et les répartir en fonction des objectifs officiels. Il pourrait s'agir, par exemple, de « groupements fédéraux de caisses » qui permettraient d'assurer un meilleur équilibre des structures de soins et de contenir les coûts, ainsi que de guider les investissements dans le secteur hospitalier sur l'ensemble du territoire.
- Remédier à la forte fragmentation du secteur de l'assurance sociale pour renforcer l'effet de levier des politiques publiques. Une option possible consisterait à réduire le nombre de caisses en les regroupant.
- Faire en sorte que la Confédération des organismes autrichiens de sécurité sociale (*Hauptverband*) continue de centraliser les fonctions génératrices d'économies d'échelle. Elle devrait continuer de coordonner la participation du secteur de l'assurance sociale aux efforts de réforme.

Mobiliser les mécanismes de paiement à la performance pour améliorer la productivité

- Mettre fin à l'étanchéité entre médecine de ville et services hospitaliers de consultation externe et confier les soins ambulatoires aux deux parties afin d'élargir le choix de l'utilisateur et la concurrence entre prestataires.
- Fonder les négociations des honoraires de tous les prestataires de soins ambulatoires sur des techniques de recherche d'économies plus innovantes afin de faciliter la convergence de cette rétribution avec les niveaux de coût de référence. Viser l'extension progressive aux soins ambulatoires du système de paiement hospitalier des GHM en fonction des coûts.
- Appliquer intégralement le système des GHM à l'ensemble des services d'hospitalisation, et supprimer les possibilités d'écart entre les paiements GHM et les paiements de référence nationaux. Ultérieurement, une fois que les structures de financement auront été fondamentalement réformées, faire assumer par les caisses d'assurance-maladie l'intégralité du coût des soins hospitaliers (en transférant à celles-ci les ressources fiscales actuellement affectées aux dépenses des hôpitaux par l'État fédéral et les *Länder*).

Encadré 2.7. **Recommandations d'action** (suite)

- Accroître la concurrence sur le marché pharmaceutique en soumettant le stock des médicaments non seulement nouveaux mais aussi déjà en vente à des évaluations des technologies médicales et en autorisant de nouveaux médicaments génériques lorsque cela sera possible.

Mettre en avant des objectifs nationaux de santé et de qualité

- Fixer des objectifs nationaux en matière de santé, en quantifiant par exemple les taux d'obésité et de surpoids et les niveaux de glycémie et de cholestérolémie à atteindre. Les poursuivre grâce à un meilleur équilibre entre amélioration des habitudes de vie, prévention et soins curatifs.
- Mettre en œuvre des programmes de santé publique plus efficaces en matière de nutrition, de tabagisme et de consommation d'alcool.
- Continuer l'essor des programmes de « santé infantile », qui ont des répercussions positives sur la vie entière.
- Élaborer des programmes visant spécialement des groupes vulnérables en retrait sur le plan des habitudes de vie et de la prévention, à savoir notamment les immigrés et les autochtones peu instruits.
- Mettre pleinement en œuvre la stratégie nationale de qualité dans toute la panoplie des services de santé, le cas échéant en resserrant le socle juridique et réglementaire afférent.

Promouvoir des soins intégrés mieux équilibrés

- Continuer à soutenir les programmes de gestion thérapeutique et à diffuser les pratiques optimales dans tous les domaines où les soins concernent des affections chroniques.
- Supprimer les restrictions légales à la constitution de cabinets de groupe et à l'autonomisation des unités ambulatoires hospitalières. Ne pas restreindre les structures de capital et les possibilités d'emploi de ces structures.
- Autoriser les caisses d'assurance-maladie à nouer des accords de gestion des soins avec des cabinets de groupe et des dispensaires pluridisciplinaires.
- Continuer à donner la priorité au développement du système ELGA de dossier médical électronique individuel.

Donner un plus grand rôle aux perspectives budgétaires à moyen terme du système de santé

- Concentrer les mesures de modération des dépenses d'après-crise sur des questions d'ordre structurel, notamment dans le secteur hospitalier.
- Rendre plus visibles à l'échelle nationale les projections officielles des dépenses de santé et de soins de longue durée (actuellement établies sous l'égide de la Commission européenne).
- Mieux intégrer les composantes « soins de santé » et « soins de longue durée » des projections, pour mieux prendre en compte la demande croissante de soins aux personnes invalides.
- Établir des scénarios nationaux de dépenses prenant en compte toute une série d'hypothèses sur l'impact du progrès technologique et la demande future de nouveaux services.
- Fixer une trajectoire de moyen terme (10-15 ans) des dépenses de santé des administrations publiques.
- Envisager de faire des dépenses de santé des administrations publiques un objectif d'action associé au cadre budgétaire pluriannuel qui accompagne la loi de finances annuelle.

Notes

1. Selon la Constitution, les responsabilités correspondant à la quasi-totalité des composantes du système de santé – à quelques exceptions près en matière de législation et d'exécution – sont du ressort de l'administration fédérale. L'adoption de la législation et sa mise en œuvre relèvent de la responsabilité des neuf *Länder*, tandis que la supervision sanitaire du secteur hospitalier reste la compétence de l'État fédéral.
2. Des « caisses d'assurance-maladie », qui financent les hôpitaux locaux, ont été mises en place dans chaque *Land* dans le cadre des réformes des soins de santé de 2005.
3. Selon l'expression utilisée dans la loi sur la sécurité sociale.
4. Les taux de remboursement correspondant aux dix fonctions classiques des régimes de couverture publics sont chacun parmi les plus élevés de la zone OCDE (soins hospitaliers aigus, soins primaires ambulatoires, soins secondaires ambulatoires, examens cliniques en laboratoire, imagerie diagnostique, services de kinésithérapie/physiothérapie, médicaments, lunettes et lentilles de contact, soins et prothèses dentaires) (Paris *et al.*, 2010).
5. Ces chiffres tiennent compte de la convention retenue pour tous les travaux de l'OCDE sur la santé et englobent les dépenses consacrées aux soins de longue durée, à l'image de la *Base de données Éco-Santé OCDE*.
6. En Autriche, le nombre d'unités d'imagerie par résonance magnétique (IRM) est passé de 7 pour 1 million d'habitants en 1996 à 18 en 2008, soit une proportion bien supérieure à la moyenne OCDE qui est de 12.6. Seuls le Japon, les États-Unis, l'Islande et l'Italie en possèdent davantage.
7. Soit 3.4 % par an entre 2000 et 20-09, contre 3.3 % au Danemark, 3 % en Suède, 2.9 % en Allemagne et 1.1 % en Suisse.
8. Certains signes donnent à penser que cette accessibilité a été mise à mal au cours de la période récente. Certaines composantes du système de santé font apparaître des déséquilibres entre l'offre et la demande, qui se traduisent par des listes d'attente pour certains traitements financés sur fonds publics. Selon certaines indications, les patients bénéficiant d'une assurance privée peuvent les court-circuiter, selon des modalités qui manquent parfois de transparence. Un examen récent de Transparency International - Autriche a mis en évidence : i) une demande non satisfaite de certains médicaments d'accès restreint et d'implants ; ii) le versement de dessous-de-table à des professionnels contrôlant l'accès à ces ressources ; et iii) les pressions exercées sur de nombreux patients pour qu'ils achètent des services payants afin d'accéder à des services financés sur fonds publics (examen cité par Sanofi-Aventis, 2010).
9. Début 2009, les caisses régionales d'assurance-maladie avaient accumulé une dette totale d'environ 1.2 milliard EUR.
10. La part des produits génériques et produits pharmaceutiques classiques dont les prix sont alignés sur ceux des produits génériques est passée de 27 % des prescriptions en 2003 à 46 % en 2010.
11. L'évolution démographique s'accélénera au cours de la décennie 2020-30 : la génération du baby-boom des années 60 atteindra alors l'âge de 65 ans, et la part de la population âgée de plus de 65 ans s'accroîtra de 4.3 points de pourcentage par an, pour s'établir à 24 % en 2030.
12. Des hypothèses classiques sont utilisées pour déterminer l'impact du vieillissement sur les dépenses. Les projections partent de deux hypothèses distinctes qui sont combinées en proportions variables : i) une *hypothèse purement démographique* (qui repose sur des taux de morbidité stables par tranche d'âge, l'allongement de la vie se traduisant par de plus longues périodes de morbidité et des traitements plus coûteux), et une *hypothèse de vieillissement en bonne santé* (le nombre d'années vécues en mauvaise santé restant constant et étant concentré dans les dernières années de la vie, avec un impact limité sur les coûts). Diverses combinaisons de ces hypothèses permettent de définir la fourchette des trajectoires de dépenses correspondant aux divers scénarios.
13. Neuf lois presque identiques ont ensuite été adoptées par les *Länder*. Deux accords importants entre l'État fédéral et les *Länder* ont modelé les engagements pris par les pouvoirs publics. Un premier accord, datant de 1993, attribuait la responsabilité des services de soins de longue durée aux neuf *Länder*, ces derniers devant fixer eux-mêmes des normes minimales de service. Un deuxième accord, datant de 2008, réglait le financement public des « soins 24 heures sur 24 », une forme spécifique de soutien dans les cas où les aidants vivent au domicile de la personne dépendante et sont employés par le ménage privé. Ces personnes devaient recevoir une formation à cet effet. Certains *Länder* ont adopté d'autres lois relatives à des catégories spécifiques de services de soins, y compris pour les établissements médicalisés de long séjour.

14. La création de départements de « gériatrie aiguë » dans les hôpitaux a été la réponse à cette demande eu égard à la capacité excédentaire en lits de soins aigus. Depuis 2000, les hôpitaux facturent un montant forfaitaire par cas « gériatrique ». Ils poursuivent également des recherches, qui conduiront peut-être à de nouvelles formes de traitement de maladies liées à l'âge telles que la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson et les complications du diabète. La bonne conception des soins palliatifs est également une fonction déterminante et sensible, essentielle au bien-être des patients et des familles. Des programmes novateurs de gestion des cas dans ce domaine ont été mis en place dans certains hôpitaux autrichiens, comme l'hôpital universitaire de Graz.
15. En 2007, le nombre de personnes dépendantes en Autriche était estimé à 270 000, sans compter celles qui étaient prises en charge par leur famille. Sur ce total, 63 000 personnes étaient placées en établissement médicalisé de long séjour, 122 000 recevaient des visites quotidiennes, et 83 000 recevaient des soins informels – généralement dispensés par des immigrés non salariés et organisés par des associations bénévoles.
16. On pourrait s'attendre que le niveau des honoraires des médecins libéraux interagisse avec le niveau des salaires des professionnels de santé. On ne dispose pas de données comparables pour les médecins et le personnel infirmier salariés, mais la prime de salaire pour les jeunes internes et infirmiers hospitaliers – qui ne sont pas représentés sur le plan sectoriel par un ordre professionnel – semble être faible. Il est difficile d'assurer un suivi du niveau des revenus des médecins hospitaliers de haut rang (« médecins gestionnaires ») du fait des multiples éléments qui composent leur rémunération, y compris les honoraires reçus de leur clientèle privée (notamment les patients bénéficiant d'une assurance privée), qui sont de très loin supérieurs aux traitements officiels qu'ils reçoivent. Les rémunérations des médecins telles qu'elles sont notifiées diffèrent également d'un *Land* à l'autre. Le coût annuel du travail par médecin était en 2009 de 103 000 EUR en Carinthie, de 85 000 EUR au Tyrol et de 91 000 EUR à Vienne pour une moyenne nationale de 94 000 EUR.
17. La Commission considère que l'influence du progrès technologique sur les coûts à venir est impossible à prévoir. Pour remédier à cette difficulté, elle a établi deux scénarios « de progrès technologique » indépendants, qui reposent sur des hypothèses d'événements purement exogènes. L'un de ces deux scénarios sera désigné ici sous l'appellation « scénario de progrès technologique UE ».
18. Le FMI considère que ces tendances prennent racine dans les fondamentaux structurels de chaque pays. D'autres hypothèses sur l'ampleur de l'impact sous-tendent un scénario « optimiste » et un scénario « pessimiste ».
19. Ces dernières années, les hôpitaux appartenant aux communes ont de plus en plus été repris par les *Länder*.
20. L'étude a couvert 132 hôpitaux « publics généraux » classés en cinq groupes : hôpitaux « de base » (64), « de base étendus » (31), « de pointe » (5), « universitaires » (3) et « spécialisés » (30).
21. Cité par K. Langbein, 2009.
22. *Masterplan Gesundheit*, 2010.
23. Cf. note 10.
24. Notamment pour la mortalité due à des maladies infectieuses et à des maladies du système digestif et respiratoire.
25. Pour les affections concernant le système circulatoire et l'appareil génito-urinaire et pour les cancers, par exemple.
26. Il n'est toutefois pas impossible que, dans le cas de l'Autriche, les données disponibles sur les vaccinations soient incomplètes et sous-estiment les taux de vaccination effectifs.
27. Sous les auspices de *Gesundheit Österreich GmbH*, l'unité du ministère de la Santé chargée de la recherche.
28. Initialement, il manquait aussi à l'Allemagne un système satisfaisant de suivi de la qualité des services de santé. Une politique résolue de transparence de la qualité a vu le jour dans les années 2000 avec la création de l'Institut allemand des normes de qualité dans le domaine de la santé. La panoplie d'indicateurs élaborée et suivie par cet institut est aujourd'hui considérée comme une référence internationale.
29. Hofmarcher, 2009.

30. Les programmes autrichiens et allemands de gestion thérapeutique ont la même architecture. Ils diffèrent en revanche de l'innovation initiale des États-Unis, qui ont intégré cette fonction dans des organisations de services intégrées.
31. La SVA (Institution de la Sécurité sociale pour le commerce et l'industrie) est la caisse d'assurance-maladie des entrepreneurs et des professions libérales. Elle compte quelque 700 000 membres : 340 000 actifs, 230 000 proches à charge et 130 000 pensionnés.
32. Les dispensaires pourraient faire concurrence aux médecins de ville ; ils ont par le passé suscité l'opposition des organisations professionnelles. Le débat des années 70 sur les dispensaires avait incité la Cour constitutionnelle à décider que l'octroi d'une autorisation d'ouverture de dispensaire nécessitait l'accord préalable des associations régionales de médecins.
33. Par exemple, les individus obèses (dont l'indice de masse corporelle se situe entre 30 et 35) affichent des taux beaucoup plus élevés de maladies cardio-vasculaires, de diabète et de cancers. Ils encourent des frais de santé supérieur d'au moins 25 % à ceux des personnes de poids normal. Ils vivent aussi deux à quatre années de moins en moyenne.
34. En 2006, le taux d'adultes fumeurs en Autriche était de 23.2 %, soit un chiffre très proche de la moyenne de l'OCDE en 2008 (23.3 %), alors que des pays très volontaristes face au tabagisme, comme les États-Unis et la Suède, étaient parvenus à le faire descendre au-dessous de 17 %.
35. Comme le Programme finlandais de lutte contre les maladies coronariennes, centré sur la modification des habitudes alimentaires qui ont contribué à diviser la mortalité imputable à ces maladies par quatre entre 1971 et 1995.

Bibliographie

- Auer, C.M. (2010), B28 « Pharmaceutical country profile », *Gesundheit Österreich*, Autriche, Vienne.
- Australian Institute of Health and Welfare (1997), *First report on the national health priority areas*, Canberra.
- Bittschi, B. et M. Kraus (2007), « Implementation and Development of the E-card », *Health Policy Monitor*, Institute for Advanced Studies (IHS), Vienne.
- Borowitz, M. et M. Hofmarcher (2010), Mieux coordonner la prise en charge des maladies chroniques pour optimiser les ressources, in *Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Optimiser les dépenses de santé*, octobre 2010.
- Bundesministerium für Gesundheit (ministère fédéral de la Santé) (2010), « The Austrian DRG system », brochure publiée par le ministère fédéral de la Santé, disponible à l'adresse www.bmg.gv.at.
- Commission européenne (2009), *The 2009 ageing report: economic and budgetary projections for the EU27 Member States (2008-2060)*, rapport conjoint rédigé par la Commission européenne (DG ECFIN) et le Comité de politique économique (AWG), Bruxelles.
- Commission européenne (2010), « Joint EPC-EC report on health systems, 2nd draft », 8/09/2010, Bruxelles.
- Cottarelli, C. et al. (2010), « Macro-Fiscal Implications of Health care reform in advanced and Emerging Economies –Case studies », Département des finances publiques, FMI, Washington, DC.
- Cutler, D.M. (2004), *Your money or your life – Strong medicine for America's health care system*, Oxford University Press.
- Dranove, D. (2008), *Code Red: an economist explains how to revive the health care system without destroying it*, Princeton University Press, Princeton.
- Erlandsen, E. (2007), « Improving the efficiency of health care spending: selected evidence on hospital performance », *Document de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE*, n° 555, OCDE, Paris.
- Eurobaromètre (2007), « Health and Long-Term Care in the European Union », rapport de la Commission européenne, Bruxelles, décembre.
- Eurobaromètre (2010), « L'évaluation de la qualité des soins de santé », *Sécurité des patients*, avril.
- Eurostat (2010), « Analysing the socioeconomic determinants of health in Europe: new evidence from EU-SILC », Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.

- Feachem R., N. Sekhri et K. White (2002), « Getting More For Their Dollar: A Comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente », *British Medical Journal*, 19 janvier.
- Flandorfer, P. et K. Fliegenschnee (2010), « The gender gap in life expectancy in Austria: theoretical considerations based on a qualitative grounded theory study », *J. Public Health*.
- Frølich, A., M. Strandberg-Larsen et M.L. Schiøtz (2008), « The Chronic Care Model – A new approach in Denmark », *Health Policy Monitor*, avril. Disponible à l'adresse www.hpm.org/survey/dk/a11/4.
- Gaynor, M., R. Moreno-Serra et C. Propper (2011), « Hospital Competition and Patient Outcomes », *The NBER Digest*, National Bureau of Economic Research, janvier.
- Glawischnig, M., G. Reichmann et M. Sommersguter-Reichmann (2009), « Austrian students and smoking: prevalence and characteristics », *College Student Journal*, juin.
- Groenewegen, P. (2009), « Towards patient oriented funding of chronic care », *Health Policy Monitor*, avril 2009. Disponible à l'adresse www.hpm.org/survey/nl/a13/2.
- Habl, C. et F. Bachner (2010), *Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, Ausgabe 2010*, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Vienne.
- Hauptverband (2010), « Masterplan Gesundheit », document non publié, Vienne.
- Hofmann, M.M. et al. (2010), « Healthcare and Financial Balance in 2014 », *G-FAG Policy Brief*, octobre.
- Hofmarcher, M.M. (2004), « Austrian Health Reform 2005: Agreement reached », *Health Policy Monitor*, disponible à l'adresse www.hpm.org/survey/at/b4/1.
- Hofmarcher, M.M. (2005a), « New rules for preventive health check-ups », *Health Policy Monitor*, 5 octobre 2005, disponible à l'adresse www.hpm.org/survey/at/b6/2.
- Hofmarcher, M.M. (2008), « Electronic Health Record: developments and debates », *Health Policy Monitor*, octobre 2008, disponible à l'adresse www.hpm.org/survey/at/b12/1.
- Hofmarcher, M.M. (2009), « Patient safety on the rise? », *Health Policy Monitor*, octobre, disponible à l'adresse www.hpm.org/survey/at/b14/1.
- Hofmarcher, M.M. (2010), « Excess Capacity and Planning: Kain tortures Abel », *Health Policy Monitor*, avril, disponible à l'adresse www.hpm.org/survey/at/a15/2.
- Hofmarcher, M.M. et H. M. Rack (2006), « Austria – Health system review », *Health systems in transition*, 8(3), p. 1-247.
- Hofmarcher, M.M., B. Hawel et L.B. Tarver (2010), « Let's talk kids: a dialogue for children's health », *Health Policy Monitor*, octobre, disponible à l'adresse www.hpm.org/survey/at/a16/1.
- Hofmarcher, M.M., Ch. Lietz et A. Schnabl (2005), « Inefficiency in Austrian inpatient care: An attempt to identify ailing providers based on DEA results », *Central European Journal of Operations Research*, vol. 13, n° 4.
- HOPE (2006), *DRG as a Financing Tool*, Fédération européenne des hôpitaux et services de santé (HOPE), décembre.
- Jenkner, E. et A. Leive (2010), « Health care spending issues in advanced economies », FMI, Département des finances publiques, Washington, DC.
- Jourard, I. et U. Hakkinen (2007), « Cross-Country Analysis of Efficiency in OECD Health Care Sectors: Options for Research », *Document de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE n° 554*, OCDE, Paris.
- Jourard, I., C. André et C. Nicq (2010), « Health Care Systems: Efficiency and Institutions », *Document de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE n° 769*, OCDE, Paris.
- Jourard, I., C. André, C. Nicq et O. Chatal (2008), « Health status determinants: lifestyle, environment, health care, resources and efficiency », *Document de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE n° 627*, OCDE, Paris.
- Kelley, A.S. et D.E. Meyer (2010), « Palliative care – A shifting paradigm », *The New Journal of Medicine*, août.
- Klimont, J. (2005), « Gesundheitslebenserwartungen: Konzepte und Ergebnisse », *Statistische Nachrichten* n° 2, Vienne.
- Klotz, J. (2010), « Convergence or divergence of educational disparities in mortality and morbidity? The evolution of life expectancy and health expectancy by educational attainment in Austria in 1981-2006 », *Vienna Yearbook of Population Research*, Vienne.

- Langbein, K. (2009), *Verschlusssache Medizin* (médecine et classification), Vienne.
- Leopold, C. et C. Habl (2008), « PPRI: Pharmaceutical pricing and reimbursement information », *Austria Pharma Profile*, Vienne.
- Leutz, W. (1999), « Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom », *The Milbank Quarterly*, vol. 77, n° 1.
- LSE (2010), *Public Health in Austria*, London School of Economics, Londres.
- Ludwig Boltzmann Institute – Health Technology Assessment (2009), *Annual Report*, Vienne.
- McKinsey Health Care Practice (1996), « Health care productivity », McKinsey Global Institute, Los Angeles, octobre.
- Narath, M. (2010), « Lessons from 25 years health administration: Comment on the early hypotheses », document non publié, Hôpital universitaire de Graz, Graz, novembre.
- Newhouse, J.P. (2002), « Pricing the priceless – A health care conundrum », The MIT Press, Cambridge, MA.
- OCDE (2005), *Études économiques de l'OCDE : Belgique*, OCDE, Paris.
- OCDE (2005), *Études économiques de l'OCDE : Suède*, OCDE, Paris.
- OCDE (2007), *Improved Health System Performance through better Care Co-ordination*, OCDE, Paris.
- OCDE (2008), *Études économiques de l'OCDE : États-Unis*, OCDE, Paris.
- OCDE (2009a), *Panorama de la santé 2009 : les indicateurs de l'OCDE*, OCDE, Paris.
- OCDE (2009b), *Études économiques de l'OCDE : Japon*, OCDE, Paris.
- OCDE (2009c), *Études économiques de l'OCDE : Royaume-Uni*, OCDE, Paris.
- OCDE (2009d), *Études de l'OCDE sur les politiques de santé : obtenir un meilleur rapport qualité-prix dans les soins de santé*, OCDE, Paris.
- OCDE (2009e), *Études économiques de l'OCDE : Autriche*, OCDE, Paris.
- OCDE (2010a), *Systèmes de santé : efficacité et politiques*, OCDE, Paris.
- OCDE (2010b), *Optimiser les dépenses de santé*, OCDE, Paris.
- OCDE (2010c), *L'obésité et l'économie de la prévention : Objectif santé*, OCDE, Paris.
- OCDE (2010d), « Comparing price levels of hospital services across countries: results of a pilot study », *Document de travail de la Direction des statistiques n° 32*, juillet, OCDE, Paris.
- OCDE (2011), *Besoin d'aide ? Dispenser et financer les services liés à la dépendance*, OCDE, Paris.
- Oliveira Martins, J. et C. de la Maisonneuve (2006), « Les déterminants des dépenses publiques de santé et de soins de longue durée », *Revue économique de l'OCDE*, n° 43 2006/2, OCDE, Paris.
- OMS (1999), « Santé 21 – la Politique-cadre de la santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS », *Série Santé pour tous en Europe n° 6*, Organisation mondiale de la santé, Copenhague.
- Oxley, H. et M. MacFarlan (1995), « Réforme des systèmes de santé : Maîtriser les dépenses et accroître l'efficacité », *Revue économique de l'OCDE*, n° 24, OCDE, Paris.
- Paris, V., M. Devaux et L. Wei (2010), « Health Systems Institutional Characteristics : A Survey of 29 OECD countries », *OECD Health Working Papers*, n° 50, OCDE, Paris.
- Pearson, M. (2010), « Remédier aux coûts de santé », *Observateur OCDE*, octobre, OCDE, Paris.
- Pearson, M. (2011), *Myths in Health Care Policies*, document non publié, OCDE, Paris.
- Pfeiffer, K.P. (2009), « Future development of medical informatics from the viewpoint of health telematics », *Methods Inf Med*, 48.
- Pfeiffer, K.P. et C. Kobel (2009), « Financing inpatient health care in Austria », *Euro Observer*, vol. 11, n° 4, Bruxelles.
- Pförtner, T.-K. et M. Richter (2011), « Getting social: Public Health's increasing awareness of the social determinants of health », *Journal of Public Health*.
- Pichlbauer, E. (2007), « Europas bestes Gesundheitssystem – der Mythos lebt », NÖ Edition, Patientenrechte, Vienne.

- Rasky, É. (2008), « The Austrian health care reform 2005, new health care structures in Styria, Austria, and the medical training in health care provision at the Medical University Graz », *Medicinski Glasnik*, vol. 5, n° 1, janvier.
- Rasky, É., « A program for faculty and organizational development for the medical faculty of the University of Graz based upon an analysis of changed educational needs in the medical profession and society », document non daté et non publié, Université de Graz, Graz.
- Räty, T. et K. Luoma (2005), « Nonparametric country rankings using health indicators and OECD health data », document non publié, Helsinki.
- Reichmann, G. et M. Sommersgutter-Reichmann (2003), « Co-payments in the Austrian social health insurance system – Analysing patient behaviour and patients’ views on the effects of co-payments », *Health Policy*, 67(2004).
- Retzlaff-Roberts D., C.F. Chang et R. M Rubin (2003), « Technical efficiency in the use of health care resources: a comparison of OECD countries », *Health Policy*, 69(2004).
- Richards, M. (2010), *Extent and Causes of International Variations in Drug Usage*, A Report for the Secretary of State for Health, Londres.
- Sanofi-Aventis (2009), « Gesundheitspolitik in Österreich 2010. Das Jahr in Rückblick », Vienne.
- Sanofi-Aventis (2010), « Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft in Österreich 2009. Das Jahr in Rückblick », Vienne.
- Santé 21 (1999), « La politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l’OMS », *Série européenne de la Santé pour tous*, n° 6.
- Schelling, H.J., « The Federation of Austrian Social Security Institutions as the Engine of Reform », document non daté et non publié, Vienne.
- Sommersguter-Reichmann, M. (2000), « The impact of the Austrian hospital financing reform on hospital productivity: empirical evidence on efficiency and technology changes using a non-parametric input-based Malmquist approach », *Health Care Management Science*, vol. 3, n° 4.
- Statistik Austria (2007), *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007*, Statistik Austria, Vienne.
- Statistik Austria (2010), *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009*, Statistik Austria, Vienne.
- Stein, V.K. et A. Rieder (2009), « Lost in transition—meeting the challenge through integrated care: Highlights from the 9th International Conference on Integrated Care in Vienna », *International Journal of Integrated Care*, vol. 9.
- Trukeschitz, B. (2011), « Safeguarding good quality in long-term care: the Austrian approach », *Long-Term Care, Eurohealth*, vol. 16, n° 2.
- Wild C., M. Narath et W. Frank (2002), *Evidenzbasierte Bedarfsplanung für intensivbetten* (Planification des besoins de lits de soins intensifs à partir de données concrètes), Institut d’évaluation des technologies de l’Académie autrichienne des sciences, Vienne.
- Wild, C. (2010), « Health technology assessment: oncology drugs with orphan designation as an example », *Orphanet Journal of Rare Diseases*, n° 5, publié en ligne le 19 octobre.

ANNEXE 2.A1

L'avenir du système de santé autrichien dans les grands dossiers gouvernementaux

La population autrichienne montre un fort attachement aux institutions de santé du pays, et s'inquiète de leur avenir. Une vaste enquête paneuropéenne de 2007 (Eurobaromètre, 2007) a de nouveau relevé le fort soutien qu'elle manifeste à l'égard du système.

Cette enquête révèle les points suivants : i) en termes de perception de la facilité d'accès, l'Autriche occupe la première place en Europe : 92 % des habitants estiment disposer d'un accès facile au système de santé ; ii) en termes de satisfaction, l'Autriche se classe deuxième : 92 % pensent avoir un bon ou très bon système ; iii) en termes d'accessibilité financière des soins hospitaliers, l'Autriche se trouve dans le groupe des quatre premiers pays : 89 % pensent que cette accessibilité est bonne ; iv) concernant la qualité de la médecine de famille, l'Autriche se place aussi parmi les quatre premiers pays : 93 % l'estiment bonne, disponible et accessible financièrement ; v) s'agissant de la qualité de la médecine de spécialité et de la chirurgie, l'Autriche est en troisième place : 87 % l'estiment bonne ou très bonne.

Les avis sont tout aussi positifs à propos de la qualité de la prise en charge de longue durée, mais plus mitigés quant à sa disponibilité et à son accessibilité financière. Les personnes interrogées sont 41 % à estimer que la disponibilité de services de prise en charge de longue durée n'est pas totale, et 56 % à penser que leur accessibilité financière n'est pas bonne. À la question de savoir si elles bénéficieront de la prise en charge de longue durée nécessaire à l'avenir, elles sont 30 % à penser que les services utiles ne seront pas disponibles, ce qui place l'Autriche au huitième rang des nations les plus pessimistes à ce sujet en Europe.

Le dernier sondage Eurobaromètre 2010 – actualisation abrégée de l'enquête plus complète de 2007 – n'a pas varié dans ses résultats : dans le domaine de la qualité globale des soins de santé, l'Autriche arrive en deuxième place avec une population satisfaite à 95 %. L'*Euro Health Consumer Index* produit par la *Health Consumer Powerhouse* suédoise confirme cette appréciation positive des services de santé existants. Cet indice mesure la facilité d'emploi des systèmes nationaux de santé du seul point de vue des patients*. Trente-huit critères s'appliquent. L'Autriche occupait la première place en 2007, et s'est classée quatrième en 2009 derrière les Pays-Bas, le Danemark et l'Islande. Ce recul relatif

* La base technique de ce classement a fait l'objet de critiques, comme dans le cas d'autres enquêtes d'opinion et de satisfaction ne reposant pas sur des critères de qualité objectifs. Cf. Pilchbauer 2007.

en 2009 est dû à l'absence d'un catalogue *uniforme* de prestations dans l'ensemble du pays. Le gestionnaire de l'indice a indiqué que l'Autriche regagnerait sa première place européenne si un tel catalogue voyait le jour (Sanofi, 2009).

Au total, la population autrichienne affiche un soutien sans faille aux services de santé existants, mais semble aussi se rendre compte du fait que la concentration élevée des moyens publics débloqués pour maintenir le système pourrait quelque peu compliquer la prise en compte de nouveaux besoins. Dans certaines enquêtes nationales, plus de 80 % des personnes interrogées ont laissé entendre que la préservation de la qualité du système de santé publique était le premier défi national du moment. Une majorité a indiqué être prête, de préférence à un rééquilibrage de la couverture publique vers la couverture privée, à contribuer davantage financièrement à un dispositif d'assurance publique efficace.

ANNEXE 2.A2

Les progrès réalisés par l’Autriche dans le domaine des technologies de santé en ligne

L’Autriche met en place une solide infrastructure informatique pour son système de santé.

Tout d’abord, en 2005, la facturation électronique a progressivement vu le jour avec l’« e-card ». Huit millions de personnes environ en détiennent une, et l’utilisent pour s’identifier auprès des prestataires. Outre sa fonction de facturation, elle sert aussi de moyen d’autorisation pour la délivrance de certains services, à savoir principalement les médicaments. Les dépenses totales d’investissement pour le déploiement de l’e-card ont avoisiné 110 millions EUR.

Deuxièmement, le gouvernement a progressé dans la mise en œuvre du dossier médical électronique individuel (système ELGA). Estimant que les défaillances du marché dans le secteur de la santé étaient susceptibles de contrarier l’émergence de cybersolutions de santé tournées vers le patient, les autorités ont décidé en 2006 qu’ELGA serait développé sous la forme d’une infrastructure financée sur fonds publics et couvrirait tous les prestataires et patients. Elles ont débloqué 30 millions EUR d’investissements à cet effet.

Si les nouvelles mesures publiques prises pour mieux intégrer les soins se sont souvent révélées décevantes ces dernières années, la démarche gouvernementale de cybersanté semble prometteuse. Véritable stratégie, elle apparaît, par rapport à ce que d’autres pays ont accompli en la matière, exhaustive et intégratrice*. ELGA a pour objectif de soutenir la fourniture intégrée de soins par la communauté des prestataires en déposant dans divers référentiels de données des informations sur la santé des patients. Données et informations sont accessibles aux prestataires comme aux patients. Ce dispositif aidera chaque prestataire – où qu’il se trouve – à accéder en temps voulu aux renseignements concernant son patient. Il placera les données de santé en un lieu à l’accès centralisé, facilitera la navigation des patients dans cette information et pourra au bout du compte améliorer la communication et la coordination intersectorielle des soins. Il pourra aussi aider à mieux cibler des catégories vulnérables de la population, comme par exemple les patients atteints d’affections chroniques. L’e-card sera la clé électronique permettant l’accès aux informations, et servira d’ici 2012 à accéder à des informations de santé dans

* Un système particulièrement efficace de dossier médical électronique, permettant de suivre l’état de santé des personnes et d’adapter les stratégies de prévention et de soins de façon individualisée, est utilisé en Californie dans le cadre du réseau de soins Kaiser-Permanente (Feachem et al., 2002). Le système ELGA vise des objectifs similaires.

différents référentiels. L'accès des patients à leurs données personnelles sera possible par l'intermédiaire d'une plate-forme Internet (le « portail autrichien de la santé » – voir le corps du texte) qui a été lancée en 2010.

En novembre 2009, une société à responsabilité limitée (ELGA GmbH) a été créée par toutes les parties prenantes. Cet organisme coordonne, assure et suit la création de tous les éléments nécessaires aux échanges électroniques entre prestataires et aux accès des patients. Il coopère avec les projets européens menés dans ce domaine.

En 2011, la première application ELGA opérationnelle utilisera à titre pilote la prescription en ligne de produits pharmaceutiques, qui permet aux médecins et aux pharmaciens de recouper les antécédents de prise de médicaments du patient en se fondant sur les informations stockées sur l'e-card. L'objectif est d'accroître l'efficacité et la sécurité thérapeutiques des prescriptions en détectant les éventuelles interactions médicamenteuses ou les dosages préjudiciables.

ANNEXE 2.A3

Certains défis du programme national de bilans de santé

Des experts autrichiens des questions de santé ont mis en exergue, à propos de la mise en œuvre de l'ambitieux dispositif national de bilans de santé, un risque de déperdition de qualité lié au cloisonnement des différents segments du marché des soins*.

L'Autriche est le seul pays de l'OCDE où un bilan médical gratuit est ouvert tous les trois ans à l'ensemble de la population (qui en profite à hauteur d'environ 40 %). En 2009, quelque 970 000 femmes et hommes (12 % de la population) ont participé à ce programme de dépistage. Une étude exhaustive menée par la LSE en 2010 pour le compte de la Confédération des organismes autrichiens de Sécurité sociale (*Hauptverband*) a mis en évidence les défaillances conceptuelles et opérationnelles de cet ensemble préventif : selon cette analyse, le programme dispose d'un budget limité, dont une grande partie finance des procédures inadaptées qui ne ciblent pas nommément des groupes à risques. Le programme peut donc se muer en dispositif non évalué, nourri par l'offre, que s'approprieraient le cas échéant des intérêts particuliers parmi les prestataires.

La mise en œuvre d'un volet essentiel des bilans de santé – le dépistage par mammographie – illustre bien le problème. Dans ce domaine, la Confédération des organismes autrichiens de Sécurité sociale (*Hauptverband*) a prôné et fait valider le principe du « double diagnostic », dans lequel chaque mammographie est suivie d'un examen par ultrasons en cas de diagnostic incertain. Cette pratique est sans doute conforme aux lignes directrices communautaires. La CE ne recommande cependant, dans un tel cas, qu'une « deuxième lecture » de la mammographie avant tout recours à une technique par ultrasons plus stricte et coûteuse, et certaines caisses d'assurance-maladie semblent interpréter différemment la notion de « diagnostic incertain ». Des observateurs critiques estiment que le dispositif actuellement en vigueur en Autriche engendre une proportion inutilement élevée de mammographies faussement positives qui nécessite un nombre bien trop grand d'investigations complémentaires au coût excessif : 88 % de l'ensemble des mammographies s'accompagnent d'examen aux ultrasons. Pour ces observateurs, l'architecte du dispositif de prévention (à savoir l'Agence fédérale de la santé) ne s'est pas fondé sur le service médical rendu, mais sur des recommandations unilatérales de prestataires de services. Ils pensent que le respect de normes de qualité par le dépistage serait un gage d'économies pour les caisses d'assurance-maladie. Un nouveau programme applicable à l'échelle fédérale est en cours d'élaboration sous les auspices de l'*Hauptverband*.

* LSE (2010) et témoignage du professeur Eva Rasky (Université de Graz).

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

L'OCDE est un forum unique en son genre où les gouvernements œuvrent ensemble pour relever les défis économiques, sociaux et environnementaux que pose la mondialisation. L'OCDE est aussi à l'avant-garde des efforts entrepris pour comprendre les évolutions du monde actuel et les préoccupations qu'elles font naître. Elle aide les gouvernements à faire face à des situations nouvelles en examinant des thèmes tels que le gouvernement d'entreprise, l'économie de l'information et les défis posés par le vieillissement de la population. L'Organisation offre aux gouvernements un cadre leur permettant de comparer leurs expériences en matière de politiques, de chercher des réponses à des problèmes communs, d'identifier les bonnes pratiques et de travailler à la coordination des politiques nationales et internationales.

Les pays membres de l'OCDE sont : l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Chili, la Corée, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, les États-Unis, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, Israël, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, le Mexique, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République slovaque, la République tchèque, le Royaume-Uni, la Slovénie, la Suède, la Suisse et la Turquie. L'Union européenne participe aux travaux de l'OCDE.

Les Éditions OCDE assurent une large diffusion aux travaux de l'Organisation. Ces derniers comprennent les résultats de l'activité de collecte de statistiques, les travaux de recherche menés sur des questions économiques, sociales et environnementales, ainsi que les conventions, les principes directeurs et les modèles développés par les pays membres.

Dernières parutions

Afrique du Sud, juillet 2010

Allemagne, mars 2010

Australie, novembre 2010

Autriche, juillet 2011

Belgique, juillet 2011

Brésil, juillet 2009

Canada, septembre 2010

Chili, janvier 2010

Chine, février 2010

Corée, juin 2010

Danemark, novembre 2009

Espagne, décembre 2010

Estonie, avril 2011

États-Unis, septembre 2010

Fédération de Russie, juillet 2009

Finlande, avril 2010

France, mars 2011

Grèce, août 2009

Hongrie, février 2010

Inde, juin 2011

Indonésie, novembre 2010

Irlande, novembre 2009

Islande, juin 2011

Israël, janvier 2010

Italie, mai 2011

Japon, avril 2011

Luxembourg, mai 2010

Mexique, mai 2011

Norvège, mars 2010

Nouvelle-Zélande, avril 2011

Pays-Bas, juin 2010

Pologne, avril 2010

Portugal, septembre 2010

République fédérale de Yougoslavie, janvier 2003

République slovaque, novembre 2010

République tchèque, avril 2010

Roumanie, octobre 2002

Royaume-Uni, mars 2011

Slovénie, février 2011

Suède, janvier 2011

Suisse, décembre 2009

Turquie, septembre 2010

Ukraine, septembre 2007

Union européenne, septembre 2009

Zone euro, décembre 2010

Merci de citer cet ouvrage comme suit :

OCDE (2011), *Études économiques de l'OCDE : Autriche 2011*, Éditions OCDE.

http://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-aut-2011-fr

Cet ouvrage est publié sur *OECD iLibrary*, la bibliothèque en ligne de l'OCDE, qui regroupe tous les livres, périodiques et bases de données statistiques de l'Organisation. Rendez-vous sur le site www.oecd-ilibrary.org et n'hésitez pas à nous contacter pour plus d'informations.

Volume 2011/12
Juillet 2011

éditionsOCDE
www.oecd.org/editions

ISSN 0304-3363
ABONNEMENT 2011 (18 NUMÉROS)
ISSN 1995-3135
ABONNEMENT PAR PAYS

ISBN 978-92-64-09345-4
10 2011 13 2 P 9



789264 093454