

Quelle est la productivité du système de santé ?

Vu la hausse des coûts et de la demande dans le système de santé, il est essentiel d'augmenter la productivité du travail. En comparaison internationale, la Suisse se situe dans le milieu du classement. La mesure de la productivité est, toutefois, complexe et sujette à caution. *Mario Morger, Kilian Künzi, Reto Föllmi*

Abrégé Dans le système de santé, l'emploi et les dépenses sont en forte croissance depuis des décennies. Il y a donc un intérêt politique à obtenir des données détaillées sur l'évolution de la productivité du travail dans la branche. En collaboration avec l'université de Saint-Gall, le Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale (Bass) a cherché à savoir si l'indicateur qu'est la productivité du travail fournit des informations fiables sur l'état économique du système de santé. Son étude montre que, vu les défis conceptuels et les nombreux problèmes de mesure et de données, cet indicateur ne présente qu'une utilité limitée pour évaluer l'efficacité et le progrès technologique dans le domaine de la santé. Des informations complémentaires sont donc nécessaires afin de vérifier les évolutions constatées.

Le système de santé dans l'emploi global ne cesse d'accroître sa quote-part dans le total des emplois. Aujourd'hui, les dépenses de ce secteur représentent déjà 11 % du produit intérieur brut et la tendance est à la hausse. Les primes élevées de l'assurance-maladie représentent une charge croissante, en particulier pour les

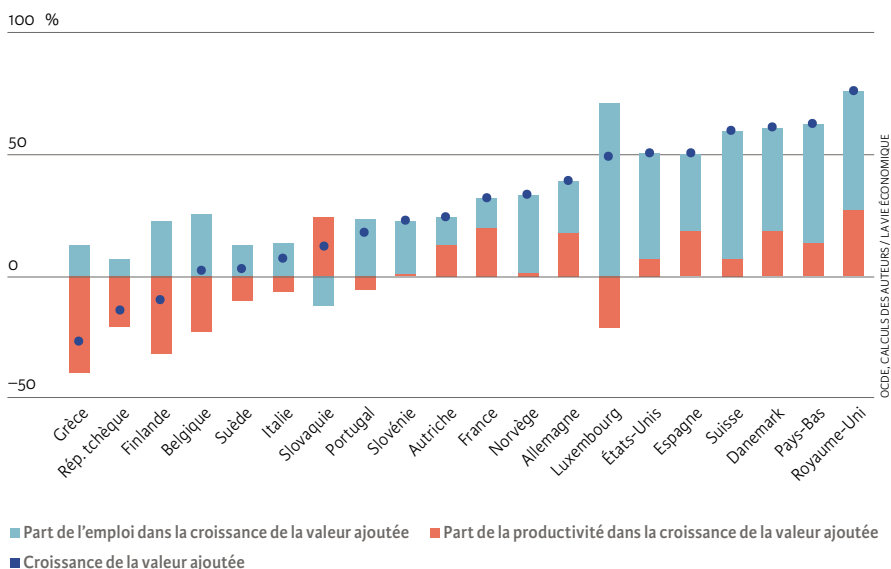
ménages de la classe moyenne¹. Les pouvoirs publics doivent également supporter des coûts toujours plus importants, par le biais des réductions de primes et des contributions aux établissements de soins – notamment les hôpitaux. En outre,

¹ Conseil fédéral (2016).

la dynamique de l'emploi dans le système de santé suscite, sur le plan politique, la crainte que les compétences ne viennent à manquer et que ce secteur fasse de plus en plus concurrence à d'autres branches économiques dans sa recherche de personnel qualifié.

Compte tenu de ces défis, il est essentiel d'augmenter la productivité du travail. Cela implique de fournir davantage de prestations sanitaires avec un effectif donné ou, à l'inverse, d'employer moins de personnel pour assurer un certain niveau de soins (voir encadré). Mandaté par l'Office fédéral de la santé publique et en collaboration avec l'université de Saint-Gall, le Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale (Bass) a examiné la productivité du travail dans le système de santé suisse.

Croissance de la valeur ajoutée dans le système de santé, parts de la productivité du travail et de l'emploi dans cette augmentation (1999–2014)



Aide à la lecture : dans le système de santé suisse, la valeur ajoutée s'est accrue de 61 % entre 1999 et 2014. Cette croissance provient principalement d'une expansion de l'emploi (barres bleues). L'augmentation de la productivité (barres oranges) revêt une importance secondaire.

L'indicateur « productivité du travail »

Afin de calculer la productivité sectorielle du travail, on divise la valeur ajoutée brute d'une branche par ses équivalents plein temps. Si l'on veut analyser la manière dont la productivité du travail a évolué, il faut en outre disposer de données sur l'évolution des prix.

On peut représenter le processus de production sous la forme de modèle en utilisant les intrants « travail » et « capital » qui génèrent ensemble un extrant – dans ce cas des prestations sanitaires. Pour augmenter la productivité du travail, deux possibilités existent : soit une production à plus forte intensité capitaliste, soit une hausse de la productivité multifactorielle. Cette dernière reflète l'efficacité des facteurs de production « travail » et « capital » utilisés ensemble. Elle est souvent assimilée au progrès technique. Cependant, la productivité multifactorielle comprend aussi d'autres déterminants importants comme la formation de capital humain.

Il est donc possible d'augmenter la productivité, soit par une efficacité accrue des intrants « travail » et « capital » (cela implique par exemple de relever le niveau des qualifications), soit par le progrès technologique, lequel prend la forme d'innovations de produits ou de processus.



KESTONE

Faible croissance de la productivité

Dans le système de santé suisse, la valeur ajoutée par équivalent plein temps s'élevait à 120 755 francs en 2014, soit environ 15 % de moins que la moyenne de l'ensemble de l'économie. Malgré les investissements importants opérés dans ce secteur, la productivité n'a progressé en termes réels que d'à peine 6 % entre 1999 et 2014. C'est ce que montrent les chiffres officiels de l'Office fédéral de la statistique, après correction de l'influence des prix. Dans le même temps, la valeur ajoutée dans le système de santé a grimpé de 61 %. Compte tenu de la faible croissance de la productivité, cette hausse est due principalement à une forte expansion de l'emploi : mesuré en équivalents plein temps, celui-ci s'est accru de 52 %. On présume que la demande de prestations sanitaires va, elle aussi, continuer de progresser. Pour alléger la pression sur la demande de travailleurs spécialisés et réduire les coûts de la santé, il faudra donc augmenter la productivité du travail.

En comparaison internationale, la Suisse se situe dans la moyenne, malgré ses faibles taux de croissance en matière de productivité du travail. Durant la période 1999–2014, la hausse de la valeur ajoutée était principalement due à une expansion de l'emploi (voir *illustration*) dans la majorité des pays de l'OCDE examinés. Les seules exceptions sont la Slovaquie, la Grande-Bretagne, la France, l'Espagne, l'Allemagne et le Danemark. La productivité de ces pays s'est fortement accrue ces dernières années.

La loi de Baumol dans le système de santé

Un débat intense occupe depuis longtemps les milieux scientifiques : on se demande jusqu'à quel point la croissance de la productivité est plus faible dans le système de santé que dans l'ensemble de l'économie et si elle constitue de ce fait une part toujours plus grande de la valeur ajoutée macroéconomique. Cette discussion se réfère à la notion de « maladie des coûts », mentionnée pour la première fois en 1967 par l'économiste américain William J. Baumol.

À l'hôpital de l'Île, à Berne, les salles d'opération bénéficient d'une technologie de haut niveau.

Cette théorie affirme que, sur des marchés du travail flexibles, les salaires évoluent parallèlement dans des secteurs où les hausses de la productivité sont fortes et dans des secteurs où elles sont faibles : le secteur public et d'autres domaines de services à forte intensité de travail en sont des exemples typiques. Dès lors, les coûts salariaux unitaires progressent constamment dans les secteurs peu productifs. La demande de prestations sanitaires étant relativement inélastique, la part du système de santé dans la valeur ajoutée totale augmente. Des études récentes² concluent que la maladie des coûts de Baumol revêt une certaine pertinence pour le système de santé. Cependant, ses limites tiennent au fait que cette théorie explique uniquement la croissance des coûts. Elle ne permet pas de déterminer dans quelle mesure ce phénomène est souhaitable ou efficient pour l'ensemble de la société.

² Voir Bates et Santerre (2013) ainsi que Colombier (2017).

Pour ce qui est de l'efficacité, les considérations suivantes sont importantes: dans la plupart des systèmes de santé, les prix sont régulés et l'assurance-maladie obligatoire ainsi que d'autres assurances sociales financent une part substantielle des coûts. Par conséquent, il est fréquent que les prix ne traduisent pas correctement la disposition à payer des utilisateurs. Cette absence de signal au niveau des prix implique que les prestations fournies par les producteurs de santé ne concordent pas avec le bénéfice visé par les patients, à savoir l'amélioration de leur état de santé. L'indicateur «productivité du travail» révèle ici sa faiblesse: si l'on peut éviter des examens superflus effectués au moyen d'appareils médicaux onéreux, raccourcir de longs séjours hospitaliers inutiles et réduire la vente de grandes boîtes de médicaments au profit d'emballages plus petits, la productivité mesurée du travail diminue, du moins à court terme. Dans le même temps, la satisfaction des patients n'est pas affectée et peut même augmenter. De telles mesures contribuent donc à l'efficacité du système de santé.

Un casse-tête statistique : l'évolution des prix

Les faibles taux de croissance qui affectent la productivité du travail dans le système de santé pourraient également s'expliquer par des problèmes de mesure. Selon la littérature internationale, les défis concernent principalement la mesure de l'évolution des prix. Étant donné que leur hausse ne reflète ni une amélioration de la productivité ni des gains de prospérité, il faut la calculer sur la base d'une analyse à long terme. Seules les variations de quantité et de qualité, qui illustrent ensemble le changement de volume, sont prises en considération. Des variations de quantité sont par exemple présentes lorsque le nombre d'appendicectomies augmente et que la qualité reste la même. Des variations de qualité apparaissent par exemple quand le taux d'infection des plaies diminue.

Face aux changements de prix observés dans le système de santé, distinguer entre les «pures» modifications de prix et les variations de qualité relève de la gageure. En effet, il est difficile de déterminer les améliorations qualitatives dues à des progrès médicaux et d'en évaluer le prix. Dès lors, on renonce généralement à intervenir à ce niveau dans la pratique. Cela explique pourquoi

l'évolution des prix tend à être surestimée. De nouvelles données concernant les États-Unis montrent que l'inflation a été surestimée de 8 à 15 % – selon la méthode utilisée – entre 1999 et 2014. En d'autres termes, l'évolution de la productivité du travail est sous-estimée.

À la recherche de solutions de remplacement

La mesure des prix dans le système de santé se heurte également à d'autres problèmes. Nombre d'interventions chirurgicales, réalisées auparavant dans le secteur stationnaire, peuvent aujourd'hui se dérouler en mode ambulatoire. Il en résulte souvent une baisse sensible des prix qui ne se reflète toutefois pas, ou insuffisamment dans l'indice des prix à la consommation. Selon l'OCDE, un indicateur des prix devrait inclure le traitement complet d'une maladie pour tenir compte de changements dans les méthodes thérapeutiques.

Vu la faible pertinence de la productivité du travail en tant qu'indicateur, la question est de savoir comment augmenter sa valeur informative. Depuis quelque temps, on s'efforce au niveau international de mieux représenter la croissance des volumes dans le système de santé. Il faut absolument poursuivre ces efforts – en Suisse également – et mettre en œuvre leurs éventuels enseignements. Vu la qualité insuffisante et le caractère abstrait de l'indicateur «productivité du travail», on devrait toutefois recourir également à d'autres outils pour évaluer l'efficacité des prestations sanitaires. Il s'agirait d'une part des indicateurs qui montrent directement les modifications de la qualité dans certains secteurs du système de santé et d'autre part des mesures agrégées, comme la méthode appe-

lée «Data Envelope Analysis»³ et les analyses coûts-efficacité.

³ La DEA utilise un algorithme pour déterminer l'efficacité du rapport entre les intrants utilisés et le résultat obtenu (voir Hollingsworth 2016).



Mario Morger

Chef du secteur Analyses coûts-bénéfices, Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale (Bass), Berne



Kilian Künzi

Chef du secteur Santé et membre de la direction, Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale (Bass), Berne



Reto Föllmi

Professeur d'économie politique, SIAW-HSG, université de Saint-Gall

Bibliographie

- Bates L. J. et Santerre R. E., «Does the U.S. Health Care Sector Suffer from Baumol's Cost Disease? Evidence from the 50 States», *Journal of Health Economics*, 32, mars 2013, pp. 386–391.
- Baumol William J., «Macroeconomics of unbalanced growth: The anatomy of urban crisis», *American Economic Review*, 57, n° 3, 1967, pp. 415–426.
- Baumol William J., «Health Care, Education and the Cost Disease: A Looming Crisis for Public Choice», dans C. K. Rowley, F. Schneider et R. D. Tollison (éd.), *The next twenty-five years of public choice*, 17–28, 1993, éd. Springer, Dordrecht.

- Bradley Ralph, Hunjan Jaspreet et Rozental Lyubov, *Experimental disease based price indexes*, 2015, à télécharger sous <http://www.bls.gov/pir/journal/rbo3.pdf>.
- Conseil fédéral, *Stratégie concernant la classe moyenne – Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat 11.3810 du 22 septembre 2011 déposé par Lucrezia Meier-Schatz*, 2016, Administration fédérale des contributions, Berne.
- Colombier Carsten, «Drivers of Health-Care Expenditure: What Role Does Baumol's Cost Disease Play?», *Social Science Quarterly*, 2017, DOI :10.1111/ssqu.12384.

- Hollingsworth Bruce, «Health system efficiency: measurement and policy» (chapitre 5), dans Jonathan Cylus, Irene Papanicolas et Peter C. Smith, *Health system efficiency: How to make measurement matter for policy and management*, 2016, Observatoire européen des systèmes et politiques de santé, Copenhague.
- Morger Mario, Künzi Kilian et Föllmi Reto, *Arbeitsproduktivität im Gesundheitswesen*, 2018, étude réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique, Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale (Bass) et université de Saint-Gall.