

## **LES INDICATEURS DE PRODUCTIVITÉ MÉDICO-ÉCONOMIQUE (IPME) – ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ**

---

L'un des objectifs économiques qui sous-tendent la réforme du financement de la tarification à l'activité (T2A) consiste à améliorer l'efficacité et l'équité de l'allocation des ressources entre les établissements de santé. Sa mise en place a été accompagnée par une démarche d'évaluation des effets de la réforme sur la performance économique des établissements. Les indicateurs de productivité médico-économique permettent de décrire à la fois l'activité médicale et la situation financière des établissements antérieurement sous dotation globale (ex-DG) depuis la mise en œuvre de la T2A en 2004. Cette fiche présente les principaux indicateurs de productivité médico-économique : la première partie est consacrée aux indicateurs de volume d'activité et la seconde présente les indicateurs financiers qui permettent de mesurer l'impact de la réforme sur le budget des établissements. Si la T2A a incontestablement provoqué une augmentation de l'activité, la situation financière des établissements demeurerait contrastée au terme de la période de convergence de la mise en œuvre de la réforme.

### **Le décollage de l'activité à partir de 2004**

Les indicateurs de mesure de l'activité sont élaborés à partir des données issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) qui sert de base à la tarification de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) pour les établissements de santé ex-DG depuis 2004. Le PMSI collecte les informations médicales de chaque séjour qui, en fonction de ses caractéristiques, est classé dans un groupe homogène de malade (il existait près de 700 GHM en 2006).

L'activité des établissements ex-DG a progressé en moyenne de 1,5% par an de 2000 à 2006 (cf. tableau 1). Le rythme d'évolution de l'activité devient particulièrement dynamique à partir de 2004 avec un taux de croissance annuel moyen de 2,6% sur la fin de période. Cette accélération traduit notamment une amélioration de la qualité et de l'exhaustivité du codage des séjours dans le PMSI qui devient alors un enjeu financier pour les établissements soumis à la T2A. A l'exception des centres de lutte contre le cancer (CLCC), toutes les catégories d'établissements enregistrent une progression plus forte depuis la mise en place de la T2A : c'est notamment le cas des centres hospitaliers régionaux universitaires (CHR-U) et des centres hospitaliers (CH) dont l'activité progresse le plus rapidement (respectivement 2,8% et 2,4%).

### **Les établissements les moins spécialisés semblent en moyenne plus dynamiques**

Compte tenu du grand nombre de GHM, le PMSI permet de développer des indicateurs complémentaires afin de décrire la spécialisation des établissements en termes de concentration d'activité en répondant à la question "combien faut-il au minimum de GHM pour réaliser 80% des séjours ou 80% du volume d'activité pondérée ?" (cf. tableau 2). Les CHR-U ont une activité plus diversifiée que les autres catégories établissements : cela suggérerait que leur éventail d'activité plus large leur offre plus de possibilités d'augmentation de leurs activités, ce qui pourrait expliquer l'accélération de leur activité en fin de période (2,8% en évolution moyenne annuelle sur la période 2004-2006). Les CLCC, à l'activité plus recentrée et relativement moins dynamique depuis le passage à la T2A, réalisent 80% de leur activité pondérée avec "seulement" 50 GHM. Enfin, les CH et les établissements privés à but non lucratif (EBNL) dont l'activité est relativement moins dynamique que les CHR-U, produisent 80% de leur activité pondérée avec près de 207 GHM contre 242 pour la moyenne nationale des établissements ex-DG, soit 30% des GHM couverts.

**Tableau 1 : Évolution du volume d'activité de médecine, de chirurgie et d'obstétrique des établissements de santé ex-DG de 2000 à 2006**

Catégories	Nombre d'entités	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Evolution annuelle moyenne	Evolution annuelle moyenne de 2004 à 2006
Centres hospitaliers régionaux - CHR-U	31	0,9%	-0,6%	0,0%	3,5%	1,6%	3,2%	1,4%	2,8%
Centres hospitaliers - CH	462	1,3%	-0,3%	1,0%	2,7%	1,7%	3,3%	1,6%	2,6%
Centres de lutte contre le cancer - CLCC	20	3,3%	0,7%	3,5%	2,3%	1,6%	2,3%	2,3%	2,1%
Etablissements privés à but non lucratif (hors CLCC) - EBNL	141	-1,0%	-0,6%	0,8%	1,9%	1,6%	3,8%	1,5%	2,4%
<b>Ensemble des établissements anciennement sous DG</b>	<b>654</b>	<b>1,0%</b>	<b>-0,4%</b>	<b>0,7%</b>	<b>2,9%</b>	<b>1,7%</b>	<b>3,3%</b>	<b>1,6%</b>	<b>2,6%</b>

Source : ATIH

Champ : France entière, ensemble des établissements soumis à la tarification à l'activité sur la période. Hors hospitalisation à domicile et activités externes.

Note méthodologique : le volume global d'activité d'un établissement est apprécié par le nombre de GHM pondérés par leur poids économique. L'indicateur d'activité permet de suivre l'évolution du volume d'activité à prix constants.

**Tableau 2 : Concentration de l'activité des établissements de santé en 2006**

Catégories	Nombre d'entités	Nombre minimum de GHM pour réaliser :			Nombre total de GHM
		80% des séjours ou séances	80% des journées ou séances	80% de l'activité pondérée	
Centres hospitaliers régionaux - CHR-U	31	147	241	243	693
Centres hospitaliers - CH	462	131	187	207	688
Centres de lutte contre le cancer - CLCC	20	4	29	50	527
Etablissements privés à but non lucratif (hors CLCC) -EBNL	141	126	195	206	689
<b>Ensemble des établissements anciennement sous DG</b>	<b>654</b>	<b>134</b>	<b>221</b>	<b>242</b>	<b>693</b>

Source : ATIH

Champ : France entière, établissements soumis à la tarification à l'activité.

**Tableau 3 : Poids moyen du cas traité relatif des établissements ex-DG (PMCT) en 2006**

Centres hospitaliers régionaux - CHR-U	115
Centres hospitaliers - CH	91
Centres de lutte contre le cancer - CLCC	109
Etablissements privés à but non lucratif (hors CLCC) -EBNL	101
<b>Ensemble des établissements anciennement sous DG</b>	<b>100</b>

Source : ATIH

Champ : France entière, établissements soumis à la tarification à l'activité.

Séjours de plus de 24h.

Lecture : une valeur supérieure à 100 du PMCT relatif indique que la catégorie d'établissements traite des cas plus lourds que la moyenne nationale des établissements ex-DG.

### **Il n'existe pas de corrélation évidente entre lourdeur des pathologies et croissance de l'activité**

L'indicateur du poids moyen du cas traité (PMCT) qui est la valeur moyenne en euros des séjours de l'établissement, permet de décrire la lourdeur des cas traités par un établissement (complexité technique du séjour, durée du séjour). Le PMCT relatif permet de situer une catégorie d'établissements (cf. tableau 3) par rapport à la moyenne nationale des établissements ex-DG. Ainsi, il n'y aurait pas de corrélation entre le dynamisme de l'activité ou la spécialisation et la lourdeur des prises en charge. Les CHR-U et les CLCC sont les catégories qui traitent des cas plus lourds que la moyenne nationale. En revanche, les CH et les EBNL à l'activité plus dynamique et plus spécialisée que l'ensemble des établissements traitent en moyenne des cas relativement moins lourds.

### **Les indicateurs financiers**

Les données des charges des établissements ex-DG issues du retraitement comptable couplée aux données d'activité du PMSI permet d'évaluer la situation financière d'un établissement au regard du nouveau mode de financement de tarification à l'activité. Depuis 2004, pour les établissements ex-DG, une fraction de l'activité MCO, destinée à converger à 100%, est financée en fonction de l'activité réalisée : 10% en 2004, 25% en 2005, 35% en 2006, 50% en 2007. La part de l'activité MCO non financée à l'activité demeure financée par une dotation, la dotation annuelle complémentaire (DAC). L'objectif des indicateurs financiers est d'évaluer la productivité des établissements en appréciant leurs recettes pour partie liées à l'activité réalisée, au regard de leurs charges (évaluées à partir des retraitements comptables), et donc de leurs coûts (cf. tableau 4).

#### **En considérant uniquement les activités MCO, les CLCC bénéficieraient le plus de la T2A au terme de la convergence**

L'indice de productivité globale (IP-MCO) compare les recettes attendues de l'établissement aux coûts de production relatifs à son activité MCO en dehors des activités financées par le biais de l'enveloppe MIGAC. C'est une mesure de l'effort que doit fournir l'établissement sur son activité MCO pour parvenir à l'équilibre financier de cette activité au terme de la période de convergence de la T2A. Si l'indicateur est supérieur à 1, cela signifie que les recettes générées par l'activité MCO couvrent leurs coûts. Les CLCC produiraient une activité MCO qui leur rapporterait 4,2% de plus que ce qu'elle aura coûté, soit le taux de couverture le plus élevé par rapport aux autres catégories d'établissements. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces établissements bénéficient de mesures spécifiques à leur activité (plan cancer) sous forme de revalorisations tarifaires ciblées. En revanche, les CHR-U et les EBNL seraient déficitaires sur ce segment d'activité qui leur coûterait respectivement 1,3% et 4,8% de plus que les recettes correspondantes.

#### **En considérant l'ensemble de leurs activités, la situation financière des établissements s'améliorerait en général à l'issue de la convergence**

En élargissant l'analyse à l'ensemble des activités des établissements de santé activités (MCO, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, MIGAC), les indicateurs de productivité globale permettent d'apprécier le niveau de gain ou de perte sur le budget induit par la valorisation de l'activité MCO. La part de l'activité MCO dans l'ensemble des activités a un effet direct sur cet indicateur (cf. tableau 5). En effet, la T2A aura d'autant plus d'impact financier que le poids de l'activité de court séjour de l'établissement sera important. Si les indicateurs sont supérieurs à 1, cela signifie que les recettes générées par l'ensemble des activités couvrent leurs coûts. Ce calcul peut être effectué sur la base d'une valorisation tarifaire totale (IP-G) ou partielle (l'autre partie restant financée par dotation, IP-GFT) de l'activité MCO. A niveaux d'activité, de coûts et de tarifs inchangés, toutes les catégories d'établissements, à l'exception des CHR-U, améliorent leur situation financière en terme de couverture des charges par les recettes lorsque la valorisation tarifaire de l'activité est totale. Cette projection est à mettre en rapport avec le passage à un financement intégral par les tarifs de l'activité MCO des établissements de santé ex-DG en 2008.

Au-delà des différences d'impact de la T2A par catégorie d'établissements, une analyse de la dispersion des indicateurs de productivité au sein de chaque catégorie d'établissements est nécessaire pour analyser plus finement l'ampleur des efforts requis à terme.

**Tableau 4 : Les indicateurs financiers en 2005**

Catégories	Nombre d'établissements	Indice de productivité MCO activité valorisée à 100% IP-MCO	Indice de productivité globale	
			activité MCO valorisée à 25% IP-GFT	activité MCO valorisée à 100% IP-G
Centres hospitaliers régionaux - CHR-U	31	0,987	0,993	0,974
Centres hospitaliers - CH	452	1,016	1,012	1,027
Centres de lutte contre le cancer - CLCC	20	1,042	0,988	1,004
Etablissements privés à but non lucratif (hors CLCC) - EBNL	136	0,952	0,964	0,968
<b>Ensemble des établissements anciennement sous DG</b>	<b>639</b>	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>

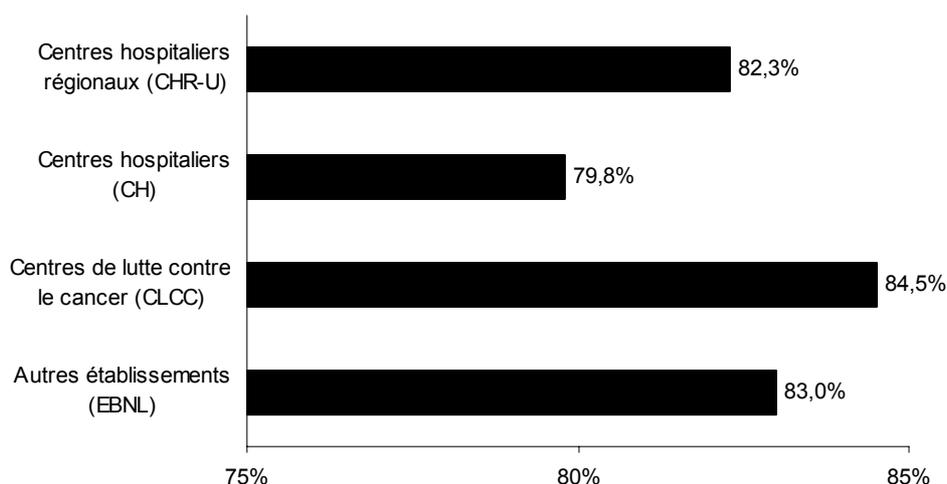
Source : ATIH

Champ : France entière (hors Guyane), établissements soumis à la tarification à l'activité.

Lecture : si un indicateur est supérieur à 1, cela signifie que l'établissement produit une activité qui lui coûte moins que ce qu'elle lui rapporte. Exemple : si on considère l'ensemble des activités des établissements de santé (indices de productivité globale), les CH, en 2005, avec une activité MCO valorisée à 25% ont généré des recettes supérieures aux coûts de 1,2% (IP-GFT). Toutes choses égales par ailleurs, si l'activité valorisée passait à 100%, les recettes seraient supérieures aux coûts de 2,7% (IP-G).

Note méthodologique : Il convient de noter que la valeur de l'IP-MCO peut être très impactée par les choix de découpage des charges réalisés par les établissements qui doivent identifier dans le retraitement comptable les charges relatives à l'activité MCO en isolant celles des activités spécifiques (qui correspondent à la liste de l'arrêté MIG). En revanche, les indicateurs financiers portant sur l'ensemble du budget de l'établissement sont de fait plus stables.

**Tableau 5 : Part de l'activité MCO dans l'activité totale des établissements ex-DG en 2005**



Source : ATIH

Champ : France entière (hors Guyane), établissements soumis à la tarification à l'activité.