

Programme « maladie » - Partie II « Objectifs / Résultats »

Objectif n° 4 : renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses.

Indicateur n° 4-10 : Productivité des établissements de santé.

1^{er} sous-indicateur : Indicateur de productivité globale (IP-G) par catégorie d'établissements publics.

Finalité : la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) a changé le mode d'allocation des ressources des établissements publics et privés. L'indicateur de productivité globale (IP-G) donne la situation des diverses catégories d'établissements publics et privés à but non lucratif (EBNL) au regard du nouveau mode de financement en schéma cible, à savoir une tarification de l'activité à 100%. Il ramène le budget total qui serait attribué à ces établissements si le nouveau mode de tarification s'appliquait à l'ensemble de leur activité réalisée en court séjour, (MCOO), à leurs charges nettes totales.

L'indicateur mesure la performance des différents établissements hospitaliers en matière d'adaptation de leur activité et de leurs charges à leurs recettes, qui avec la T2A leur sont fournies en 2007 pour les disciplines MCO pour moitié sur la base non plus de l'historique de leurs charges, mais au moyen de tarifs rémunérant de façon prospective les différents séjours. L'objectif est ainsi d'adresser à l'ensemble des responsables du secteur hospitalier des éléments d'analyse, de diagnostic et de pilotage à court et moyen terme.

Résultats : Les résultats portant sur l'indicateur de productivité globale (IP-G) par catégorie d'établissements publics sont présentés dans le tableau suivant :

Classes de taille		Nb. Étab. 2006	IPG 2006	Ecart-types 2006	Nb. Étab. 2007	IPG 2007	Ecart-types 2007	Objectif
CH1	CH < 20 M€	144	0.964	0.126	127	0.994	0.119	Réduction des écarts par catégorie d'établissement
CH2	CH < 50 M€	137	0.990	0.089	132	1.018	0.065	
CH3	CH < 100 M€	95	1.006	0.072	96	1.011	0.080	
CH4	CH >= 100 M€	65	0.997	0.068	72	1.013	0.054	
CH	CH	441	0.996	0.098	427	1.012	0.086	
CHR-CHU	CHR-CHU	31	0.978	0.049	30	0.972	0.044	
CLCC	CLCC	20	0.992	0.058	20	0.991	0.055	
EBNL1	EBNL < 20 M€	71	0.980	0.201	69	0.984	0.187	
EBNL2	EBNL >= 20 M€	50	0.970	0.075	50	0.977	0.083	
EBNL	EBNL	121	0.972	0.162	119	0.978	0.152	
TOTAL	ENSEMBLE	613	0.987	0.111	596	0.993	0.101	

La taille est calculée sur le montant total des recettes théoriques de l'établissement (numérateur de l'IPG) pour chacune des années.

La diminution du nombre d'établissements est principalement due à un défaut d'exhaustivité en 2007 (dont le CHU de Nice).

Source : DHOS/ATIH, années 2006 et 2007.

Les données font tout d'abord apparaître des différences entre catégories d'établissements quant à la valeur moyenne de l'indicateur, qui traduisent le fait que le changement de tarification n'exerce pas un impact identique selon la nature des hôpitaux. En moyenne, le taux de couverture des charges était plus faible en 2006 qu'en 2007. En 2006, seuls les CH de taille financière moyenne présentaient un taux de couverture des charges supérieur à 1 c'est-à-dire ayant un niveau de leurs recettes supérieur au niveau de leurs charges). En 2007, en moyenne pour l'ensemble des CH le taux de couverture des charges est supérieur à 1 (il convient de noter que les CH de taille financière moyenne et importante sont dans cette situation ; pour les autres, les charges restent supérieures aux recettes). Ainsi, en 2007, dans l'hypothèse où la tarification à l'activité aurait d'ores et déjà été appliquée à 100% et à activité inchangée, les centres hospitaliers auraient eu le taux de couverture le plus élevé par rapport à la moyenne nationale des établissements de santé anciennement financés par la dotation globale, leurs recettes excédant leurs charges de 1,2%. Les centres de lutte contre le cancer auraient obtenu un résultat légèrement moins favorable. En revanche, les centres hospitaliers régionaux et universitaires, et surtout les établissements à but non lucratif ne seraient pas parvenus à couvrir leurs charges en cas de financement intégral de leur activité MCO par la T2A.

Ces différences tiennent pour partie aux différences de structure d'activité : plus la part du MCO est importante, plus les établissements sont exposés à la nécessité de s'adapter au changement du mode financement. Or, cette part est relativement plus forte pour les CHR et CHU que pour les CH et les établissements à but non lucratif. Les centres de lutte contre le cancer constituent une exception, bénéficiant de tarifs incitatifs à leur activité spécifique (via le plan cancer notamment) et ont une part des dépenses bénéficiant d'une prise en charge complète plus importante, telles que les médicaments de la « liste en sus » remboursés intégralement par l'assurance maladie.

Outre des écarts entre valeurs moyennes de la productivité globale selon les catégories d'établissement, on observe également à l'intérieur de chaque catégorie une importante hétérogénéité de cet indicateur mesurée par l'écart-type de l'indicateur. Cette hétérogénéité est particulièrement forte parmi les centres hospitaliers et les établissements à but non lucratif, ce qui traduit des écarts importants de performance entre des établissements aux caractéristiques proches. Elle suggère l'existence de gisements de productivité que les gestionnaires doivent exploiter en utilisant l'incitation à la spécialisation dans les activités où leurs établissements sont les plus efficaces, que leur fournit la T2A. Toutefois, l'évolution de l'écart type par catégorie d'établissements montre une diminution de cette hétérogénéité.

Précisions sur la montée en charge du dispositif de tarification à l'activité pendant la période 2004-2008 :

La tarification à l'activité (T2A) a été instaurée en 2004 pour les établissements de santé publics et privés antérieurement sous dotation globale de financement (DGF). Ce mode de tarification, qui ne s'appliquait qu'à la part du budget relative aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, a connu une mise en œuvre progressive. Le budget était calculé, pour une fraction, en fonction de l'activité réalisée en MCO. Cette fraction de budget, dite "fraction de tarifs", était valorisée sur la base de tarifs nationaux. Initialement fixée à 10% du budget MCO des établissements publics hospitaliers en 2004, elle a augmenté progressivement ensuite (25 % en 2005, 35 % en 2006, 50% en 2007), pour atteindre la cible de 100% en 2008.

Désormais, pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie les ressources des établissements sont liées au développement de ces activités ainsi qu'à la gravité des cas traités.

Construction de l'indicateur : l'indicateur mesure l'impact du nouveau mode de financement sur les catégories d'établissements sous le schéma cible dans lequel le financement dépendrait à 100 % de leur niveau d'activité pour ce qui est de la MCO.

Il est donné par la formule suivante :

$$IP - G = \frac{\text{Dotation finale avec 100\% TAA}}{\text{Charges nettes}}$$

Le numérateur – qui repose sur l'hypothèse selon laquelle l'ensemble des établissements de la catégorie concernée serait financé à 100 % en fonction de l'activité pour la MCO – est constitué par le financement par l'assurance maladie :

- de l'activité MCO réelle des établissements pour l'année de référence, valorisée aux tarifs nationaux (GHS et suppléments), en incluant également les dépenses de médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus des prestations d'hospitalisation, la rémunération des consultations externes (convertie en dépenses d'assurance maladie à partir de 2006) ;
- du financement par dotation annuelle des autres activités (activités de soins de suite et de rééducation et de psychiatrie) financées hors TAA et des missions d'intérêt général et de contractualisation (MIGAC) ;
- du financement par forfaits annuels de certaines activités (urgence, greffes, etc.)

Les recettes provenant de la participation des assurés sociaux, de leurs mutuelles ou assurances sont prises en compte dans la dotation finale à 100% TAA, i.e. le numérateur de l'indicateur.

Le dénominateur correspond à l'ensemble des charges nettes, pour l'exercice, des établissements (issues du retraitement comptable de l'exercice étudié).

La valeur de l'indicateur permet d'apprécier le niveau de couverture des charges, si l'on se place dans une perspective de financement par l'activité à 100%. Si cet indicateur est supérieur à 1, cela signifie que l'établissement couvre l'ensemble de ces charges en supposant qu'il soit complètement financé à l'activité.

Précisions méthodologiques : champ France entière, hors Guyane.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information, ou PMSI, fournit des informations quantifiées et standardisées sur l'activité des établissements de santé. Il permet d'identifier la production des établissements de soins. Seules les informations produites pour l'activité MCO sont actuellement utilisées dans le modèle de financement T2A.

Programme « maladie » - Partie II « Objectifs / Résultats »

Objectif n°4 : renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses

Indicateur n°4-10 : Productivité des établissements de santé.

2^{ème} sous-indicateur : Nombre d'établissements engagés dans une démarche d'amélioration de la gestion identifiée par la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH).

Finalité : l'objectif de la Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MEAH) est de faire émerger une meilleure organisation conciliant qualité du service rendu au patient, efficacité économique et conditions de travail satisfaisantes pour le personnel. Son programme de travail annuel est arrêté par le Ministre de la santé. La MEAH s'adresse aux établissements publics et privés volontaires pour mener des audits et mettre en œuvre de nouvelles modalités d'organisation.

Résultats : la comptabilisation des établissements engagés dans une démarche d'amélioration organisationnelle avec le concours de la MEAH est présentée ci-après. Ces chiffres ne concernent que les chantiers de terrain (chantiers pilotes ou déploiement). Les données 2008 ont été réactualisées. Le programme de travail de la MEAH pour 2009 et au-delà est, en cours de définition dans le cadre de la création de l'Agence nationale pour l'appui à la performance hospitalière (ANAP), groupement d'intérêt public, résultant de la fusion de plusieurs de la MEAH avec deux autres entités (article 18 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative au patient, à la santé et aux territoires).

Chantiers	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Objectif
Temps d'attente aux urgences	8		8	40	40	25	Augmentation
Radiothérapie	9		8	10	10		
Temps de travail des médecins	14	11		48	50	25	
Achat dans les hôpitaux et cliniques	15	14	8				
Organisation des services d'imagerie	8		8		20	25	
Mise en œuvre de la comptabilité analytique*	15			50	50	50	
Organisation du circuit médicament		8		8		20	
Temps de travail des soignants et organisation des services		8		8		20	
Organisation de la restauration		8		40	80	25	
Gestion et organisation des blocs opératoires*		8		32	40	60	
Management des lits			8				
Organisation de la chirurgie ambulatoire*			8		40	40	
Transport interne		16			8		
Recouvrement des produits hospitaliers				8		40	
Organisation des Centres Médico-psychologiques (CMP)				8		10	
Consultations externes					8		
Optimiser la gestion des déchets						6	
Dossier patient					8		
Gestion et organisation de la recherche						6	
Prise en charge des AVC						6	
Prise en charge de la douleur aux Urgences						48	
Les escarres					8		
Maintenance					8		
Pilotage des pôles					8		
Organisation des centres 15				8		10	
Déploiement intégré « EQUIPAGE »					3	10	
Total des nouveaux chantiers de l'année	69	73	48	260	381	386	
Total cumulé des chantiers	69	142	190	450	831	1217	

Source : MEAH.

Ces chantiers se sont concrétisés par des changements organisationnels tels que notamment :

- l'organisation des consultations externes : création de plages supplémentaires de consultations à ressources constantes, refonte du processus de prise de rendez-vous... ;
- la radiothérapie : réduction de 23 à 16,5 jours du délai moyen entre la première consultation et la première séance de traitement ;
- l'organisation des services d'imagerie : réduction des délais de rendez-vous et de disponibilité des comptes-rendus, accroissement de la productivité des équipements... ;
- le temps d'attente aux urgences : réduction des temps de passage et des délais d'attente de 11 % en moyenne, mise en place de circuits courts, de médecins d'accueil et d'orientation en fonction de l'activité, refonte des modalités de collaboration avec le plateau technique et les services d'hospitalisation... ;
- le temps de travail des médecins : réorganisation des ressources médicales en fonction des variations de l'activité (année, jour/nuit...), mutualisation des ressources et des compétences au sein des pôles, revue du processus de gestion... ;
- les blocs opératoires : adaptation de la planification du bloc aux besoins de vacations des spécialités, augmenter le taux d'occupation, améliorer le processus de programmation, régulation de l'activité... ;
- le centre 15 : gestion des moyens, adaptation des ressources et des compétences aux variations d'activité, pilotage de l'activité... ;
- la facturation et le recouvrement : refonte des procédures d'accueil et de restitution de l'activité, identification des périmètres d'accueil des acteurs internes (bureau des entrées, secrétariats médicaux, services de soins...), accroissement de la part des participations des assurés encaissées en régie, révision des règles de mise en facturation des parts imputables aux régimes d'assurance maladie et aux organismes dispensateurs de couvertures complémentaires maladie.

A ces exemples s'ajoutent de très nombreuses améliorations organisationnelles et de nature managériale. Chaque chantier fait l'objet d'un rapport de fin d'intervention accessible sur www.meah.sante.gouv.

A ces chantiers pilotes et de déploiement s'ajoutent d'autres modalités d'intervention comme par exemple :

- Opérations « Benchmarking blocs opératoires » conduites en 2007 et 2008 dans 20 régions. Plus de 700 établissements impliqués : mesure de l'occupation des blocs opératoires, des temps de débordements, d'indicateurs de productivité...
- 197 établissements ont utilisé l'outil « HorizonBlocs » pour définir, ajuster le dimensionnement de nouveaux équipements ;
- En 2008, plus de 4300 professionnels ont participé aux formations animées par la MEAH sur les thématiques « métiers », gestion de projet et management du changement.

Depuis 2003, la MeaH a lancé plus de 1400 opérations de réorganisations dans 635 établissements de santé.

Construction de l'indicateur : l'indicateur est le nombre total d'établissements hospitaliers, publics et privés, impliqués dans une démarche d'amélioration de leur organisation avec la MEAH. Il peut être décomposé pour préciser le nombre d'établissements participant à un chantier par type de chantier (pilote, déploiement, approfondissement).

Précisions méthodologiques : champ des établissements publics et privés. Au 31/12/2006, on dénombrait 2 877 établissements publics et privés (nombre d'entités juridiques, hors services HAD et centres de dialyse). Source : DREES/SAE.