

**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 globale (IP-G) des établissements de santé**

*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 de court séjour. L'indicateur de productivité globale (IP-G) donne la situation des différentes catégories d'établissements publics et privés à but non lucratif (EBNL) compte tenu du mode de financement basé sur une tarification de l'activité à 100%. Il ramène le budget total pour l'ensemble de leur activité réalisée en court séjour - i.e. en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO) - à leurs charges nettes totales.

L'indicateur mesure la performance des différents établissements hospitaliers en matière d'adaptation de leurs charges à leurs recettes, qui avec la T2A leur sont fournies pour les disciplines de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) sur la base non plus de l'historique de leurs charges, mais sur la base de l'activité produite à travers des 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 de 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 :

Classe d'E.S. par taille	Nombre d'établissements 2008	IP-G 2008	Ecart type 2008	Nombre d'établissements 2009	IP-G 2009	Ecart type 2009	Objectif
CH < 20M€	126	1,006	0,096	123	1,015	0,101	Réduction des écarts par catégorie d'établissement
CH < 50M€	117	1,007	0,043	125	1,016	0,049	
CH < 100M€	84	1,013	0,045	88	1,018	0,041	
CH >= 100M€	62	1,023	0,043	77	1,028	0,041	
CH	389	1,016	0,066	413	1,022	0,067	
CHR	28	1,002	0,037	28	1,008	0,047	
CLCC	19	1,03	0,089	19	1,026	0,037	
EBNL < 20M€	66	0,961	0,197	65	0,967	0,086	
EBNL >= 20M€	42	0,985	0,053	45	0,992	0,064	
EBNL	108	0,98	0,159	110	0,988	0,077	
<b>TOTAL</b>	<b>544</b>	<b>1,008</b>	<b>0,092</b>	<b>570</b>	<b>1,014</b>	<b>0,068</b>	

Source : retraitement comptable, ATIH.

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

La valeur de l'indicateur permet d'apprécier le niveau de couverture des charges. Si cet indicateur est supérieur à 1, cela signifie que l'établissement couvre l'ensemble de ces charges liées à son activité médicale.

Les données font apparaître des différences entre catégories d'établissements quant à la valeur moyenne de l'indicateur. Le financement basé sur la tarification de l'activité à 100% n'a donc pas le même impact selon la nature des hôpitaux. On peut remarquer qu'en moyenne, au sein des centres hospitaliers (CH), la couverture des charges par les recettes augmente avec la taille de l'établissement. De plus, les CH de taille financière importante ont un taux de couverture au dessus de la moyenne des CH. En revanche, les centres hospitaliers régionaux et universitaires (CHR) ont un taux de couverture moyen inférieur à la moyenne nationale des établissements de santé anciennement financés par dotation globale. En 2008 et 2009, seuls les établissements à but non lucratif (EBNL) ne sont pas parvenus à couvrir leurs charges d'activité. Cependant, il convient de noter que la situation de cette catégorie d'établissement s'améliore entre 2008 et 2009 ; et que le taux de couverture des EBNL de taille financière importante reste supérieur à 98 % pour ces deux années.

Globalement, une augmentation du taux de couverture moyen des charges entre 2008 et 2009 est observée pour l'ensemble des catégories - à l'exception des centres de lutte contre le cancer (CLCC), dont l'IP-G reste toutefois très supérieur à 1 au regard de la plupart des autres catégories d'établissement.

A l'intérieur de chaque catégorie, il existe une forte hétérogénéité de l'indicateur mesurée par l'écart-type. Cette hétérogénéité est particulièrement importante au sein des centres hospitaliers de faible taille financière et des EBNL. Ceci met en évidence des écarts significatifs de performance entre des établissements aux caractéristiques proches. Toutefois, l'évolution de l'écart-type entre 2008 et 2009 pour les CH de tailles financières importantes, les CLCC et les EBNL montre une diminution de cette hétérogénéité.

Construction de l'indicateur : l'indicateur est donné par la formule suivante :

$$IP - G = \frac{\text{recettes finales liées à l'activité (T2A)}}{\text{charges nettes}}$$

Le numérateur 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 établissements de la catégorie concernée sont financés à 100 % en fonction de l'activité pour la MCO. Les recettes provenant de la participation des assurés sociaux, de leurs mutuelles ou assurances sont également prises en compte dans les « *recettes finales liées à l'activité (T2A)* ». Les recettes du Titre 3 ne sont pas incluses.

Le dénominateur correspond à l'ensemble des charges d'activité nettes majorées, pour l'exercice, des établissements (issues du retraitement comptable de l'exercice étudié) - à savoir le total des charges auquel sont retranchées les recettes du Titre 3 et certains comptes. Les éléments listés ci-après ne sont donc pas pris en compte : *Charges supportées par le CRP au titre de l'opération "sincérité des comptes" - en attente de validation, Charges supportées par le CRP au titre de la subvention "écoles paramédicales" - en attente de transfert vers le Conseil régional, Charges supportées par le CRP au titre du FIQSC, Compte 603 (Variations des Stocks), Charges non incorporables : COMPTES 6352, 6616, 6618, 665, 666, 667, 668, 67 sauf 672, 68 sauf 6811.22, 23, 24, 25 et 28, Part des charges sur exercices antérieurs non incorporées au CFR (cpte 672), Total Recettes Subsidiaries (Titre 3).*

Les crédits non reconductibles sont exclus au numérateur et au dénominateur. Les valeurs à déduire sont issues du retraitement comptable de l'exercice étudié.

Précisions méthodologiques : le champ de l'indicateur est celui de la France entière, hors Guyane.