

**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. 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 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 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 :

Catégorie d'établissement	2008		2009		2010			Objectif
	IP-G	Ecart-type	IP-G	Ecart-type	Nombre d'étab.	IP-G	Ecart-type	
CH < 20 M€	1,012	0,125	1,015	0,105	124	0,999	0,091	Réduction des écarts par catégorie d'établissements
CH < 50 M€	1,006	0,043	1,015	0,047	127	1	0,049	
CH < 100 M€	1,013	0,045	1,019	0,041	92	1,004	0,041	
CH >= 100 M€	1,023	0,043	1,029	0,041	83	1,023	0,04	
CH	<b>1,016</b>	<b>0,08</b>	<b>1,023</b>	<b>0,068</b>	<b>426</b>	<b>1,012</b>	<b>0,062</b>	
CHR	<b>1,002</b>	<b>0,037</b>	<b>1,011</b>	<b>0,046</b>	<b>28</b>	<b>0,999</b>	<b>0,047</b>	
CLCC	<b>1,024</b>	<b>0,049</b>	<b>1,027</b>	<b>0,037</b>	<b>18</b>	<b>1,004</b>	<b>0,032</b>	
EBNL < 20 M€	0,962	0,192	0,968	0,085	67	0,964	0,135	
EBNL >= 20 M€	0,984	0,052	0,993	0,065	45	0,984	0,059	
EBNL	<b>0,979</b>	<b>0,158</b>	<b>0,989</b>	<b>0,077</b>	<b>112</b>	<b>0,98</b>	<b>0,111</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>1,008</b>	<b>0,099</b>	<b>1,016</b>	<b>0,069</b>	<b>584</b>	<b>1,005</b>	<b>0,073</b>	

Source : retraitement comptable et ARBUST, 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.

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 taille budgétaire des hôpitaux. On peut ainsi 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. En 2008, 2009 et 2010, les établissements à but non lucratif (EBNL) ne sont pas parvenus à couvrir leurs charges. Cependant, il convient de noter que le taux de couverture des EBNL de taille financière importante reste supérieur à 98% pour ces trois années.

Globalement, après l'augmentation du taux de couverture moyen des charges entre 2008 et 2009 pour l'ensemble des catégories, on observe en 2010 une dégradation pour l'ensemble des catégories d'établissements.

A l'intérieur de chaque catégorie, il existe une forte hétérogénéité de l'indicateur mesurée par l'écart-type, qui met en évidence des écarts significatifs de performance entre les catégories d'établissements. Cette hétérogénéité est particulièrement importante au sein des EBNL et des centres hospitaliers de faible taille financière. L'hétérogénéité sur les petits CH s'explique en partie par la présence des ex-hôpitaux locaux, qui restent financés en dotation globale et dont la situation financière est bonne en moyenne. Toutefois, l'évolution de l'écart-type entre les trois années pour les CH et les CLCC montre une diminution de cette hétérogénéité.

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

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

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 ;
- du financement par dotation annuelle des autres activités (activités de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie) financées hors T2A et des missions d'intérêt général et d'aide à la 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 la « *recette finale à 100% T2A* », i.e. le numérateur de l'indicateur. Les recettes de Titre 3 ne sont pas incluses.

Le dénominateur correspond à l'ensemble des charges nettes majorées, pour l'exercice, des établissements (issues du retraitement comptable de l'exercice étudié) - à savoir le total des charges auquel sont retranchés les recettes de 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 FIQCS, 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.