

Indicateur A1

A1	Part de marché globale en médecine sur la zone d'attractivité	1er niveau d'analyse
<p>Cet indicateur permet d'appréhender la capacité de l'établissement à s'imposer sur sa zone d'attractivité en médecine et de mettre en évidence ses concurrents. La définition de la zone d'attractivité retenue est la suivante : la zone d'attractivité d'un établissement est le territoire défini par la liste des codes postaux dans lesquels l'établissement réalise les taux d'hospitalisation (Nb séjours médicaux/ Nb habitants) les plus élevés. Ces codes postaux sont classés de manière décroissante. Sont retenues dans la zone d'attractivité de médecine, les localités dont le cumul des séjours représente 80% de l'activité de l'établissement.</p>		

Source	PMSI / PMSI 1 (v 2017, classification ASO M)	Rang 1	S'exprime en %
Numérateur	Nombre de séjours de médecine réalisés dans l'établissement pour des patients résidant dans la zone d'attractivité	L'ensemble des séjours sont pris en compte, y compris les séjours ambulatoires Le nombre de séjours médicaux s'entend au sens de la classification ASO hors CMD 15 et CMD28. Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.	
Dénominateur	Nombre total de séjours de médecine pour des patients résidant dans la zone d'attractivité	L'ensemble des séjours sont pris en compte, y compris les séjours ambulatoires Le nombre de séjours médicaux s'entend au sens de la classification ASO hors CMD15 et CMD28. Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.	
Interprétation	<p>La comparaison des parts de marché de l'établissement avec celles des établissements de sa zone permet d'identifier les établissements concurrents (la part de marché des établissements concurrents est en effet calculée sur la zone d'attractivité de l'établissement étudié).</p> <p>La zone d'attractivité permet d'appréhender le rayonnement l'établissement (local, régional, national)</p> <p>A noter : La part de marché sur la zone d'attractivité est d'autant plus faible que la zone d'attractivité est grande. Cet indicateur doit donc être mis en regard de la taille de la zone d'attractivité.</p> <p>La zone d'attractivité est la même pour les 4 années analysées (La zone d'attractivité retenue est celle de la dernière année disponible). L'évolution de cet indicateur indique s'il gagne ou perd des PdM sur cette zone.</p> <p>Il est pertinent, en second niveau d'analyse, d'étudier les parts de marché de chaque spécialité ou valorisées. L'analyse de cet indicateur doit être complétée afin de savoir si les évolutions constatées sont identiques en valorisation.</p> <p>De l'établissement (local, régional, national)</p> <p>A noter : La part de marché sur la zone d'attractivité est d'autant plus faible que la zone d'attractivité est grande. Cet indicateur doit donc être mis en regard de la taille de la zone d'attractivité.</p> <p>La zone d'attractivité est la même pour les 4 années analysées (La zone d'attractivité retenue est celle de la dernière année disponible). L'évolution de cet indicateur indique s'il gagne ou perd des PdM sur cette zone.</p> <p>Il est pertinent, en second niveau d'analyse, d'étudier les parts de marché de chaque spécialité ou valorisées. L'analyse de cet indicateur doit être complétée afin de savoir si les évolutions constatées sont identiques en valorisation.</p>		
A croiser	A13 : Taux d'utilisation / occupation des lits en médecine P1 : IP-DMS en médecine A1bis : Part de marché en médecine sur la région		
Commentaire	<p>Calcul de la zone d'attractivité :</p> <p>on classe les zones géographiques (un code postal ou un regroupement de codes postaux) par taux de pénétration décroissant (nombre d'hospitalisations pour 1000 habitants) de l'établissement concerné. On sélectionne les zones qui ont les plus forts taux de sorte que le recrutement sur ces entités géographiques représente 80% du recrutement total de l'établissement (ou 80% du recrutement sur des codes géographiques connus dans le cas où l'établissement possède beaucoup de codes erronés ou étrangers).</p> <p>Ces calculs se font sur toutes les hospitalisations à l'exclusion des séances.</p> <p>La zone ainsi déterminée représente la zone d'attractivité de l'établissement et c'est sur cette zone que sont calculées les parts de marché.</p> <p>Il est possible pour en avoir une représentation (même si elle n'est pas identique dans son calcul) d'aller sur http://cartographie.atih.sante.fr</p>		

Indicateur A1bis

A1bis	Part de marché globale en médecine sur la région	1er niveau d'analyse
Cet indicateur mesure la part de marché de l'établissement en médecine sur les patients de sa région et traduit ainsi la capacité de l'établissement à avoir un rayonnement régional .		

Source	PMSI / PMSI (v2017, classification ASO M)	Rang 1	S'exprime en %
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur	Nombre de séjours de médecine réalisés dans l'établissement pour des patients résidant dans la région	L'ensemble des séjours sont pris en compte, y compris les séjours ambulatoires (date entrée = date sortie) Le nombre de séjours médicaux s'entend au sens de la classification ASO hors CMD15 et CMD28 Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.	
Dénominateur	Nombre total de séjours de médecine pour des patients résidant dans la région	L'ensemble des séjours sont pris en compte, y compris les séjours ambulatoires. Le nombre de séjours médicaux s'entend au sens de la classification ASO hors CMD15 et CMD28. Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.	
Interprétation	<p>L'analyse des parts de marché en médecine sur la région est plus particulièrement pertinente pour les établissements à vocation régionale. Il faut néanmoins tenir compte des spécificités de chaque situation (établissement situé à la frontière d'une autre région ou d'un autre pays, présence de plusieurs établissements à vocation régionale sur la même région, rôle joué par les moyens de transports...)</p> <p>Cet indicateur ne considère que les patients résidant dans la région. De ce fait, une partie de l'activité de l'établissement est occultée (les patients pris en charge par l'établissement mais résidant en dehors de la région), ce qui peut représenter une part importante de l'activité pour les établissements situés en bordure de plusieurs régions ou à rayonnement national.</p> <p>Il est pertinent, en second niveau d'analyse, d'étudier les parts de marché de chaque spécialité sur la région</p>		
A croiser	A13 : Taux d'utilisation / occupation des lits en médecine P1 : IP-DMS en médecine A1 :Part de marché en médecine sur la zone d'attractivité A8 :Pourcentage des GHM recours / référence dans l'activité		
Commentaire			

Indicateur A2

A2	Part de marché en chirurgie (HC) sur la zone d'attractivité	1er niveau d'analyse
<p>Cet indicateur permet d'appréhender la capacité de l'établissement à s'imposer sur sa zone d'attractivité en chirurgie complète et de mettre en évidence ses concurrents. La définition de la zone d'attractivité retenue est la suivante : la zone d'attractivité d'un établissement est le territoire défini par la liste des codes postaux dans lesquels l'établissement réalise les taux d'hospitalisation (Nb séjours de chirurgie complète/ Nb habitants) les plus élevés. Ces codes postaux sont classés de manière décroissante. Sont retenues dans la zone d'attractivité de chirurgie les localités dont le cumul des séjours représente 80% de l'activité de l'établissement.</p>		

Source	PMSI / PMSI (v2017)	Rang 1	S'exprime en %
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur	Nombre de séjours de chirurgie HC réalisés dans l'établissement pour des patients résidant dans la zone d'attractivité	L'ensemble des séjours sont pris en compte. Le nombre de séjours chirurgicaux s'entend au sens de la classification ASO des GHM, hors séjours ambulatoires (date entrée = date sortie). Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.	
Dénominateur	Nombre total de séjours de chirurgie HC pour des patients résidant dans la zone d'attractivité	L'ensemble des séjours sont pris en compte. Le nombre de séjours chirurgicaux au sens de la classification ASO des GHM, hors séjours ambulatoires (date entrée = date sortie). Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.	
Interprétation	<p>La comparaison des parts de marché de l'établissement avec celles des établissements de sa zone permet d'identifier les établissements concurrents (la part de marché des établissements concurrents est en effet calculée sur la zone d'attractivité de l'établissement étudié).</p> <p>La zone d'attractivité permet d'appréhender le rayonnement de l'établissement (local, régional, national)</p> <p>A noter : La part de marché sur la zone d'attractivité est d'autant plus faible que la zone d'attractivité est grande. Cet indicateur doit donc être mis en regard de la taille de la zone d'attractivité.</p> <p>La zone d'attractivité est la même pour les 4 années analysées (La zone d'attractivité retenue est celle de la dernière année disponible). L'évolution de cet indicateur indique s'il gagne ou perd des PdM sur cette zone.</p> <p>Il est pertinent, en second niveau d'analyse, d'étudier les parts de marché de chaque spécialité ou valorisées. L'analyse de cet indicateur doit être complétée afin de savoir si les évolutions constatées sont identiques en valorisation.</p>		
A croiser	A2bis : Part de marché en chirurgie sur la région A4, A4bis : Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité / sur la région P12 : Taux de chirurgie ambulatoire A14 : Taux d'utilisation / occupation des lits en chirurgie P2 : IP-DMS en chirurgie		
Commentaire	Analyse complémentaire : cet indicateur concerne toutes les activités de chirurgie, il sera pertinent d'analyser plus finement les parts de marché par spécialité (orthopédie, viscéral, urologie, ...)		

Indicateur A2bis

A2bis	Part de marché en chirurgie (HC) sur la région	1er niveau d'analyse
Cet indicateur mesure la part de marché de l'établissement en chirurgie complète sur les patients de sa région et traduit ainsi la capacité de l'établissement à avoir un rayonnement régional .		

Source	PMSI / PMSI (v2017)	Rang 1	S'exprime en %
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur	Nombre de séjours de chirurgie HC de l'établissement des patients résidant dans la région	L'ensemble des séjours HC sont pris en compte. Le nombre de séjours chirurgicaux s'entend au sens de la classification ASO des GHM, hors séjours ambulatoires (date entrée = date sortie) Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.	
Dénominateur	Nombre total de séjours de chirurgie HC des patients résidant dans la région	L'ensemble des séjours HC sont pris en compte. Le nombre de séjours chirurgicaux s'entend au sens de la classification ASO des GHM, hors séjours ambulatoires (date entrée = date sortie)	
Interprétation	<p>L'analyse des parts de marché en chirurgie sur la région est plus particulièrement pertinente pour les établissements à vocation régionale. Il faut néanmoins tenir compte des spécificités de chaque situation (établissement situé à la frontière d'une autre région ou d'un autre pays, présence de plusieurs établissements à vocation régionale sur la même région, rôle joué par les moyens de transports...)</p> <p>Cet indicateur ne considère que les patients résidant dans la région. De ce fait, une partie de l'activité de l'établissement est occultée (les patients pris en charge par l'établissement mais résidant en dehors de la région), ce qui peut représenter une part importante de l'activité pour les établissements situés à l'intersection de plusieurs régions ou à un rayonnement national.</p> <p>Il est pertinent, en second niveau d'analyse, d'étudier les parts de marché de chaque spécialité sur la région</p>		
A croiser	<p>A2 : Part de marché en chirurgie HC sur la zone d'attractivité</p> <p>A4, A4bis : Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité / sur la région</p> <p>P12 : Taux de chirurgie ambulatoire</p> <p>A14 : Taux d'utilisation / occupation des lits en chirurgie</p> <p>P2 : IP-DMS en chirurgie</p>		
Commentaire			

Indicateur A3

A3	Part de marché en obstétrique sur la zone d'attractivité	1er niveau d'analyse
<p>Cet indicateur permet d'appréhender la capacité de l'établissement à s'imposer sur sa zone d'attractivité en obstétrique et de mettre en évidence ses concurrents. La définition de la zone d'attractivité retenue est la suivante : la zone d'attractivité d'un établissement est le territoire défini par la liste des codes postaux dans lesquels l'établissement réalise les taux d'hospitalisation (Nb séjours obstétrique/ Nb habitants) les plus élevés. Ces codes postaux sont classés de manière décroissante. Sont retenues dans la zone d'attractivité de chirurgie les localités dont le cumul des séjours représente 80% de l'activité de l'établissement.</p>		

Source	PMSI / PMSI (v2017, classification ASO O)		Rang 1	S'exprime en %
Numérateur	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé	<p>Nombre de séjours de obstétrique réalisés dans l'établissement pour des patients résidant dans la zone d'attractivité</p> <p>L'ensemble des séjours sont pris en compte, y compris les séjours ambulatoires Le nombre de séjours en obstétrique s'entend au sens de la classification ASO. Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.</p>		
Dénominateur	<p>Nombre total de séjours d'obstétrique pour des patients résidant dans la zone d'attractivité</p>	<p>L'ensemble des séjours sont pris en compte, y compris les séjours ambulatoires Le nombre de séjours en obstétrique s'entend au sens de la classification ASO. Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.</p>		
Interprétation	<p>La comparaison des parts de marché de l'établissement avec celles des établissements de sa zone permet d'identifier les établissements concurrents (la part de marché des établissements concurrents est en effet calculée sur la zone d'attractivité de l'établissement étudié).</p> <p>La zone d'attractivité permet d'appréhender le rayonnement de l'établissement (local, régional, national)</p> <p>A noter : La part de marché sur la zone d'attractivité est d'autant plus faible que la zone d'attractivité est grande. Cet indicateur doit donc être mis en regard de la taille de la zone d'attractivité.</p> <p>La zone d'attractivité est la même pour les 4 années analysées (La zone d'attractivité retenue est celle de la dernière année disponible). L'évolution de cet indicateur indique s'il gagne ou perd des PdM sur cette zone.</p> <p>Il est pertinent, en second niveau d'analyse, d'étudier les parts de marché de chaque spécialité ou valorisées. L'analyse de cet indicateur doit être complétée afin de savoir si les évolutions constatées sont identiques en valorisation.</p>			
A croiser	<p>A3bis : Part de marché en obstétrique sur la région A15 : Taux d'utilisation/occupation des lits en obstétrique P3 : IP-DMS en obstétrique CI_E6 : Niveau de maternité</p>			
Commentaire				

Indicateur A3bis

A3bis	Part de marché en obstétrique sur la région	1er niveau d'analyse
Cet indicateur mesure la part de marché de l'établissement en obstétrique sur les patients de sa région et traduit ainsi la capacité de l'établissement à avoir un rayonnement régional (positionnement sur des activités recours / référence).		

Source	PMSI / PMSI (v2017, classification ASO O) <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">Rang 1</div> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">S'exprime en %</div> <div style="clear: both;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div>	
Numérateur	Nombre de séjours de obstétrique réalisés dans l'établissement pour des patients résidant dans la région	L'ensemble des séjours sont pris en compte, y compris les séjours ambulatoires Le nombre de séjours en obstétrique s'entend au sens de la classification ASO. Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.
Dénominateur	Nombre total de séjours d'obstétrique pour des patients résidant dans la région	L'ensemble des séjours sont pris en compte, y compris les séjours ambulatoires Le nombre de séjours en obstétrique s'entend au sens de la classification ASO. Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.
Interprétation	<p>L'analyse des parts de marché en obstétrique sur la région est plus particulièrement pertinente pour les établissements à vocation régionale. Il faut néanmoins tenir compte des spécificités de chaque situation (établissement situé à la frontière d'une autre région ou d'un autre pays, présence de plusieurs établissements à vocation régionale sur la même région, rôle joué par les moyens de transports...)</p> <p>Cet indicateur ne considère que les patients résidant dans la région. De ce fait, une partie de l'activité de l'établissement peut être occultée (les patients pris en charge par l'établissement mais résidant en dehors de la région), ce qui peut représenter une part importante de l'activité pour les établissements situés à l'intersection de plusieurs régions ou à rayonnement national</p>	
A croiser	Ci_E6 : Niveau de la maternité A3 : Part de marché en obstétrique sur la zone d'attractivité A15 : Taux d'utilisation des lits en obstétrique P3 : IP-DMS en obstétrique	
Commentaire		

Indicateur A4

A4	Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité	1er niveau d'analyse
<p>Cet indicateur permet d'appréhender la capacité de l'établissement à s'imposer sur sa zone d'attractivité en chirurgie ambulatoire et de mettre en évidence ses concurrents. La définition de la zone d'attractivité retenue est la suivante : la zone d'attractivité d'un établissement est le territoire défini par la liste des codes postaux dans lesquels l'établissement réalise les taux d'hospitalisation (Nb séjours de chirurgie ambulatoire/ Nb habitants) les plus élevés. Ces codes postaux sont classés de manière décroissante. Sont retenues dans la zone d'attractivité de chirurgie les localités dont le cumul des séjours représente 80% de l'activité de l'établissement.</p>		

Source	PMSI / PMSI (v2017) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div>	Rang 1	S'exprime en %
Numérateur	Nombre de séjours de chirurgie ambulatoire réalisés dans l'établissement pour des patients résidant dans la zone d'attractivité	Seuls sont pris en compte les séjours de durée nulle (tel que date d'entrée = date de sortie) au sens de la classification ASO des GHM. Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.	
Dénominateur	Nombre total de séjours de chirurgie ambulatoire pour des patients résidant dans la zone d'attractivité	Seuls sont pris en compte les séjours de durée nulle (tel que date d'entrée = date de sortie) au sens de la classification ASO des GHM. Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.	
Interprétation	<p>La comparaison des parts de marché de l'établissement avec celles des établissements de sa zone permet d'identifier les établissements concurrents (la part de marché des établissements concurrents est en effet calculée sur la zone d'attractivité de l'établissement étudié).</p> <p>La zone d'attractivité permet d'appréhender le rayonnement de l'établissement (local, régional, national)</p> <p>A noter : La part de marché sur la zone d'attractivité est d'autant plus faible que la zone d'attractivité est grande. Cet indicateur doit donc être mis en regard de la taille de la zone d'attractivité.</p> <p>La zone d'attractivité est la même pour les 4 années analysées (La zone d'attractivité retenue est celle de la dernière année disponible). L'évolution de cet indicateur indique s'il gagne ou perd des PdM sur cette zone.</p> <p>Il est pertinent, en second niveau d'analyse, d'étudier les parts de marché de chaque spécialité ou valorisées.</p>		
A croiser	<p>A4bis : Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la région</p> <p>A2 : Part de marché en chirurgie HC sur la zone d'attractivité / région</p> <p>P12 : Taux de chirurgie ambulatoire</p> <p>P13 : Taux des 18 GM</p> <p>P14 : Taux d'utilisation des places en ambulatoire</p> <p>P2 : IP-DMS chirurgie</p> <p>A14 : Taux d'utilisation des lits de chirurgie</p>		
Commentaire	<p>Le taux de chirurgie ambulatoire doit être analysé en fonction des pathologies prises en charge. Il paraît indispensable de pousser l'analyse en 2ème niveau en regardant les taux par geste marqueur.</p> <p>Cet indicateur doit être éclairée de l'étendue géographique de la zone d'attractivité. En deuxième approche, il peut être intéressant de regarder l'éloignement géographique de la patientèle.</p>		

Indicateur A4bis

A4bis	Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la région	1er niveau d'analyse
Cet indicateur mesure la part de marché de l'établissement en chirurgie ambulatoire sur les patients de sa région et traduit ainsi la capacité de l'établissement à avoir un rayonnement régional (positionnement sur des activités recours / référence).		

Source	PMSI / PMSI (v2017) <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">Rang 1</div> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">S'exprime en %</div> <div style="clear: both;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div>	
Numérateur	Nombre de séjours de chirurgie ambulatoires dans l'établissement pour des patients résidant dans la région	Seuls sont pris en compte les séjours de durée nulle (tels que date d'entrée = date de sortie) et au sens de la classification ASO des GHM. Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.
Dénominateur	Nombre total de séjours chirurgicaux ambulatoires pour des patients résidant dans la région	On s'intéresse à tous les séjours ambulatoires (hors interventionnel) réalisés par les établissements implantés dans la région administrative. Seuls sont pris en compte les séjours de durée nulle (tels que date d'entrée = date de sortie) et au sens de la classification ASO des GHM. Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.
Interprétation	<p>La comparaison des parts de marché de l'établissement avec celles des établissements de sa zone permet d'identifier les établissements concurrents (la part de marché des établissements concurrents est en effet calculée sur la zone d'attractivité de l'établissement étudié).</p> <p>La zone d'attractivité permet d'appréhender le rayonnement de l'établissement (local, régional, national)</p> <p>A noter : La part de marché sur la zone d'attractivité est d'autant plus faible que la zone d'attractivité est grande. Cet indicateur doit donc être mis en regard de la taille de la zone d'attractivité.</p> <p>La zone d'attractivité est la même pour les 3 années analysées (La zone d'attractivité, « témoin » est celle de la dernière année disponible). L'évolution de cet indicateur indique s'il gagne ou perd des PdM sur cette zone. Il est pertinent, en second niveau d'analyse, d'étudier les parts de marché de chaque spécialité.</p>	
A croiser	A4bis : Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la région A2, A2bis : Part de marché en chirurgie HC sur la zone d'attractivité / région P12 : Taux de chirurgie ambulatoire P13 : Taux des 18 GM P14 : Taux d'utilisation des places en ambulatoire P2 : IP-DMS chirurgie A14 : Taux d'utilisation des lits de chirurgie	
Commentaire	En chirurgie ambulatoire, un établissement n'avait pas vocation à avoir un rayonnement régional puisque le recrutement devait se faire auprès de patients habitants dans un rayon à moins d'une heure de l'établissement. Il est nécessaire d'analyser cet indicateur en regard des réseaux de transport.	

Indicateur A5

A5	Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la zone d'attractivité (hors séances)	1er niveau d'analyse
<p>Cet indicateur permet d'appréhender la capacité de l'établissement à s'imposer sur sa zone d'attractivité en hospitalisation hors séances en cancérologie et de mettre en évidence ses concurrents. La définition de la zone d'attractivité retenue est la suivante : la zone d'attractivité d'un établissement est le territoire défini par la liste des codes postaux dans lesquels l'établissement réalise les taux d'hospitalisation (Nb séjours hors séances / Nb habitants) les plus élevés. Ces codes postaux sont classés de manière décroissante. Sont retenues dans la zone d'attractivité de chirurgie les localités dont le cumul des séjours représente 80% de l'activité de l'établissement.</p>		
<p>Source</p>	<p>PMSI / PMSI (v2017)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-right: 20px;">Rang 1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">S'exprime en %</div>
<p>Numérateur</p>	<p>Nombre de séjours de cancérologie hors séances réalisés par l'établissement, pour des patients résidant dans la zone d'attractivité</p>	<p>Sont pris en compte les séjours uniquement (hors séances), y compris les séjours ambulatoires Sélection des séjours de cancérologie : séjours comportant au moins un diagnostic de la liste des diagnostics traceurs du cancer (DP, DR, DAS) , au moins un acte traceur du cancer ...jusqu'à l'étape 8.4 de l'algorithme La sélection correspond à l'algorithme élaboré par l'INCA dont elle utilise les tables. A noter, les soins palliatifs normalement codés avec un Z51.5 en Diagnostic Principal et un diagnostic de cancer en Diagnostic Relié sont inclus dans les séjours sélectionnés. Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés. L'algorithme INCA est présenté en annexe 1</p>
<p>Dénominateur</p>	<p>Nombre total de séjours de cancérologie hors séances dans la zone d'attractivité de l'établissement étudié</p>	<p>Sont pris en compte les séjours uniquement (hors séances), y compris les séjours ambulatoires Sélection des séjours de cancérologie : séjours comportant au moins un diagnostic de la liste des diagnostics traceurs du cancer (DP, DR, DAS) , au moins un acte traceur du cancer ...jusqu'à l'étape 8.4 de l'algorithme La sélection correspond à l'algorithme élaboré par l'INCA dont elle utilise les tables. A noter, les soins palliatifs normalement codés avec un Z51.5 en Diagnostic Principal et un diagnostic de cancer en Diagnostic Relié sont inclus dans les séjours sélectionnés. Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés. L'algorithme INCA est présenté en annexe 1</p>
<p>Interprétation</p>	<p>La comparaison des parts de marché de l'établissement avec celles des établissements de sa zone permet d'identifier les établissements concurrents (la part de marché des établissements concurrents est en effet calculée sur la zone d'attractivité de l'établissement étudié). La zone d'attractivité permet d'appréhender le rayonnement de l'établissement (local, régional, national) A noter : La part de marché sur la zone d'attractivité est d'autant plus faible que la zone d'attractivité est grande. Cet indicateur doit donc être mis en regard de la taille de la zone d'attractivité. La zone d'attractivité est la même pour les 3 années analysées (La zone d'attractivité est celle de la dernière année disponible). L'évolution de cet indicateur indique s'il gagne ou perd des PdM sur cette zone. Il est pertinent, en second niveau d'analyse, d'étudier les parts de marché de chaque spécialité ou valorisées. L'analyse de cet indicateur doit être complétée afin de savoir si les évolutions constatées sont identiques en valorisation. Cet indicateur n'est disponible qu'à partir de 2011, les bases de l'algorithme de l'INCA n'étant pas générées les années antérieures.</p>	
<p>A croiser</p>	<p>A5bis : Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la région A6 : Part de marché en séances de chimiothérapie sur la zone d'attractivité A7 : Part de l'activité représentée par l'hospitalisation en cancérologie</p>	
<p>Commentaire</p>	<p>Précaution méthodologique : L'algorithme cancer dans sa version dégradée (phases 1 à 3 sur 5) n'inclue pas les complications liées au cancer (anémie / signes et symptômes...). Les pratiques de codage du DR entre établissements peuvent influencer sur la part de marché, notamment sur les poses de cathéter*. Ces séjours étant nombreux, ils peuvent peser lourdement sur la part de marché. Limites : à interpréter en 2010 avec la redistribution des autorisations de chirurgie carcinologiques délivrées par le CROS.</p> <p>(*) Si le DR est codé cancer, le séjour est considéré comme de cancérologie, sinon non. Cf. algorithme cancer en annexe</p>	

Indicateur A5bis

A5bis	Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la région (hors séances)	1er niveau d'analyse
Cet indicateur mesure la part de marché de l'établissement en hospitalisation cancérologique hors séances sur les patients de sa région et traduit ainsi la capacité de l'établissement à avoir un rayonnement régional (positionnement sur des activités recours / référence).		

Source	PMSI / PMSI (v2017) <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">Rang 1</div> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">S'exprime en %</div> <div style="clear: both;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div>	
Numérateur	Nombre de séjours de cancérologie hors séances réalisés par l'établissement, pour des patients résidant dans la région	Sont pris en compte les séjours uniquement (hors séances), y compris les séjours ambulatoires Sélection des séjours de cancérologie : séjours comportant au moins un diagnostic de la liste des diagnostics traceurs du cancer (DP, DR, DAS) , au moins un acte traceur du cancer ...jusqu'à l'étape 8.4 de l'algorithme La sélection correspond à l'algorithme élaboré par l'INCA dont elle utilise les tables. A noter, les soins palliatifs normalement codés avec un Z51.5 en Diagnostic Principal et un diagnostic de cancer en Diagnostic Relié sont inclus dans les séjours sélectionnés. Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés. L'algorithme INCA est présenté en annexe 1
Dénominateur	Nombre total de séjours de cancérologie hors séances pour les patients résidant dans la région	Sont pris en compte les séjours uniquement (hors séances), y compris les séjours ambulatoires Sélection des séjours de cancérologie : séjours comportant au moins un diagnostic de la liste des diagnostics traceurs du cancer (DP, DR, DAS) , au moins un acte traceur du cancer ...jusqu'à l'étape 8.4 de l'algorithme La sélection correspond à l'algorithme élaboré par l'INCA dont elle utilise les tables. A noter, les soins palliatifs normalement codés avec un Z51.5 en Diagnostic Principal et un diagnostic de cancer en Diagnostic Relié sont inclus dans les séjours sélectionnés. Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés. L'algorithme INCA est présenté en annexe 1
Interprétation	<p>L'analyse des parts de marché en cancérologie (hospitalisation) sur la région est plus particulièrement pertinente pour les établissements à vocation régionale. Il faut néanmoins tenir compte des spécificités de chaque situation (établissement situé à la frontière d'une autre région ou d'un autre pays, présence de plusieurs établissements à vocation régionale ou nationale sur la même région, rôle joué par les moyens de transports...)</p> <p>Cet indicateur ne considère que les patients résidant dans la région. De ce fait, une partie de l'activité de l'établissement peut être occultée (les patients pris en charge par l'établissement mais résidant en dehors de la région), ce qui peut représenter une part importante de l'activité pour les établissements situés à l'intersection de plusieurs régions.</p> <p>Il est pertinent, en second niveau d'analyse, d'étudier les parts de marché de chaque segment d'activité sur la région Cet indicateur n'est disponible qu'à partir de 2011, les bases de l'algorithme de l'INCA n'étant pas générées les années antérieures.</p>	
A croiser	A5 : Part de marché de l'hospitalisation en cancérologie sur la zone d'attractivité A7 : Part de l'activité représentée par l'hospitalisation en cancérologie A6 : Part de marché en séances de chimiothérapie sur la zone d'attractivité	
Commentaire		

Indicateur A6

A6	Part de marché en séances de chimiothérapie sur la zone d'attractivité	1er niveau d'analyse
<p>Cet indicateur permet d'appréhender la capacité de l'établissement à s'imposer sur sa zone d'attractivité en séances de chimiothérapie et de mettre en évidence ses concurrents. La définition de la zone d'attractivité retenue est la suivante : la zone d'attractivité d'un établissement est le territoire défini par la liste des codes postaux dans lesquels l'établissement réalise les taux d'hospitalisation les plus élevés. Ces codes postaux sont classés de manière décroissante. Sont retenues dans la zone d'attractivité, les localités dont le cumul des séances représente 80% de l'activité de l'établissement.</p>		

Source	PMSI / PMSI (v2017) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div>	Rang 1	S'exprime en %
Numérateur	Nombre de séances de chimiothérapie réalisés par l'établissement, pour des patients résidant dans la zone d'attractivité	Sont pris en compte les séances de chimiothérapie uniquement. = GHM 28Z07Z	
Dénominateur	Nombre total de séances de chimiothérapie dans la zone d'attractivité de l'établissement étudié	Sont pris en compte les séances de chimiothérapie uniquement = GHM 28Z07Z	
Interprétation	<p>La comparaison des parts de marché de l'établissement avec celles des établissements de sa zone permet d'identifier les établissements concurrents (la part de marché des établissements concurrents est en effet calculée sur la zone d'attractivité de l'établissement étudié).</p> <p>La zone d'attractivité permet d'appréhender le rayonnement de l'établissement (local, régional, national)</p> <p>A noter : La part de marché sur la zone d'attractivité est d'autant plus faible que la zone d'attractivité est grande. Cet indicateur doit donc être mis en regard de la taille de la zone d'attractivité.</p> <p>La zone d'attractivité est la même pour les 3 années analysées (La zone d'attractivité est celle de la dernière année disponible). L'évolution de cet indicateur indique s'il gagne ou perd des PdM sur cette zone.</p> <p>Il est pertinent, en second niveau d'analyse, d'étudier les parts de marché de chaque spécialité ou valorisées. L'analyse de cet indicateur doit être complétée afin de savoir si les évolutions constatées sont identiques en valorisation.</p>		
A croiser	A7 : Part de l'activité représentée par l'hospitalisation en cancérologie A5, A5bis : Part de marché représentée par l'hospitalisation en cancérologie sur la zone d'attractivité/région		
Commentaire	<p>L'indicateur se focalise sur la chimiothérapie et ne prend pas en compte la radiothérapie (pas de possibilité de benchmark entre établissements publics et privés)</p> <p>L'activité de radiothérapie n'est pas réalisée par les établissements privés mais par des structures dédiées (non identifiées comme des établissements).</p> <p>En effet, pour les établissements privés, les IRM et scanner sont détenus pas des associations indépendantes, elles n'apparaissent pas malgré leur activité dans l'établissement.</p> <p>Le volume de l'activité de radiothérapie pour les établissements publics / espics peut néanmoins être appréhendé à travers la carte d'identité à travers la ligne correspondante.</p> <p>Seule la zone d'attractivité est observée, cette activité n'étant en général pas à vocation régionale</p>		

Indicateur A7

A7	Pourcentage de l'activité représentée par l'hospitalisation en oncologie (hors séances)	1er niveau d'analyse
Cet indicateur permet de mettre en évidence le poids représenté par les hospitalisations en oncologie (séjours, hors séances) dans les hospitalisations de l'établissement.		

Source	PMSI / PMSI (v2017) <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">Rang 1</div> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">S'exprime en %</div>	
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé	
Numérateur	Nombre de séjours de cancérologie hors séances réalisés dans l'établissement	Sont pris en compte les séjours uniquement (hors séances), y compris les séjours ambulatoires Sélection des séjours de cancérologie : séjours comportant au moins un diagnostic de la liste des diagnostics traceurs du cancer (DP, DR, DAS) , au moins un acte traceur du cancer ...jusqu'à l'étape 8.4 de l'algorithme La sélection correspond à l'algorithme élaboré par l'INCA dont elle utilise les tables. A noter, les soins palliatifs normalement codés avec un Z51.5 en Diagnostic Principal et un diagnostic de cancer en Diagnostic Relié sont inclus dans les séjours sélectionnés. Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés. L'algorithme INCA est présenté en annexe 1
Dénominateur	Nombre total de séjours hors séances de l'établissement	Sont pris en compte les séjours uniquement (hors séances), y compris les séjours ambulatoires Sélection des séjours de cancérologie : séjours comportant au moins un diagnostic de la liste des diagnostics traceurs du cancer (DP, DR, DAS) , au moins un acte traceur du cancer ...jusqu'à l'étape 8.4 de l'algorithme La sélection correspond à l'algorithme élaboré par l'INCA dont elle utilise les tables. A noter, les soins palliatifs normalement codés avec un Z51.5 en Diagnostic Principal et un diagnostic de cancer en Diagnostic Relié sont inclus dans les séjours sélectionnés. Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés. L'algorithme INCA est présenté en annexe 1
Interprétation	Seule l'activité d'hospitalisation est prise en compte dans cet indicateur. L'analyse doit ainsi être complétée par une étude du volume de séances prises en charge par l'établissement. A titre d'information, les séances de chimiothérapies et de radiothérapies figurent dans la carte d'identité Cet indicateur doit être analysé au regard du profil de l'établissement (des établissements généralistes aux centres de lutte contre le cancer dont les taux sont supérieurs à 60%) Cet indicateur n'est disponible qu'à partir de 2011, les bases de l'algorithme de l'INCA n'étant pas générées les années antérieures.	
A croiser	A5 : Part de marché en hospitalisation en oncologie sur la zone d'attractivité A5bis : Part de marché en hospitalisation en oncologie sur la région A6 : Part de marché en séances de chimiothérapie sur la zone d'attractivité CI_A7, CI_A8 : nombre de séances de chimiothérapie et de radiothérapie	
Commentaire	Limite : L'algorithme cancer dans sa version dégradée (phases 1 à 3) n'inclue pas les complications liées au cancer (anémie / signes et symptômes...). Les pratiques de codage du DR entre établissements peuvent influencer sur la part de marché, notamment sur les poses de cathéter*. Ces séjours étant nombreux, ils pèsent de manière conséquente sur le pourcentage d'activité représenté par l'hospitalisation en oncologie, même si leur valorisation est très faible. L'analyse doit être complétée par une étude des séjours rejetés et de la même analyse en valeur plutôt qu'en volume. (*) Si le DR est codé cancer, le séjour est considéré comme de cancérologie, sinon non.	

Indicateur A8

A8	Pourcentage des GHM « recours / référence » dans l'activité	1er niveau d'analyse
<p>Cet indicateur mesure le pourcentage de l'activité réalisée sur des GHM pris en charge principalement mais non exclusivement dans les établissements hospitalo-universitaires. Il mesure une « technicité » de la prise en charge Ces activités ont été identifiées à partir du rapport ATIH « l'activité des CHU dans le PMSI : peut-on isoler l'activité spécifique des CHU ? » (Version 2, Mai 2009) croisées avec une DMS > 3 j</p>		

Source	PMSI / PMSI (v2017)		Rang 1	S'exprime en %
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé			
Numérateur	Nombre de séjours « recours / référence »	Ce nombre de séjours correspond au nombre de séjours réalisés dans les racines de GHM appartenant à la liste des activités « recours / référence ». (Cf. annexe 3), soit environ 12 % des racines de GHM. Ces activités ont été sélectionnées dans les activités réalisées à plus de 50% dans les CHU en excluant les racines de GHM dont la DMS est inférieure à 3 jours. Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.		
Dénominateur	Nombre total de séjours réalisés	L'ensemble des séjours, quelle qu'en soit la durée sont pris en compte. Les séances sont exclues du calcul. Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.		
Interprétation	<p>D'après les conclusions du rapport de l'ATIH, l'« activité CHU » représente en moyenne 5,9 % de l'activité totale des CHU en nombre de RSA (hors séances). Des écarts sont néanmoins à noter entre les CHU. A noter : cet indicateur est un indicateur basé sur le volume de GHM et non sur leur valeur.</p> <p>Un premier biais est introduit par le fait qu'un certain nombre de ces activités sont soumises à des autorisations (greffes, chirurgie cardiaque, neurochirurgie...).</p> <p>Il est intéressant, si la valeur de l'indicateur est faible, d'identifier avec l'établissement s'il existe une activité de recours/référence sur des segments bien précis. Cette analyse terrain permet de cerner un élément de stratégie de l'établissement.</p>			
A croiser	CI_A15 : Nombre de racines de GHM minimum pour réaliser 80% de l'activité A11 : Indicateur Recherche et publications A10 : Indicateur enseignement A9 : % des séjours de niveau de sévérité 3 et 4			
Commentaire	Cette analyse est à mettre en regard des activités financées par la MIG Recours référencées dans l'établissement.			

Indicateur A9

A9	Pourcentage des séjours de niveau de sévérité 3 et 4	1er niveau d'analyse
<p>Cet indicateur met en évidence la lourdeur du terrain des patients pris en charge par l'établissement (comorbidités, complications). Pour chaque GHM, 4 niveaux de sévérité existent, définis par la V11, le niveau 1 étant le niveau de base, sans sévérité. Le niveau de sévérité est déterminé à partir des co-morbidités associées (ex : diabète, anorexie...), des durées minimum de séjours et de l'âge.</p>		

Source	PMSI / PMSI (v2017) <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">Rang 1</div> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">S'exprime en %</div> <div style="clear: both;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div>	
Numérateur	Nombre de séjours de niveau de sévérité 3 et 4	Seuls les séjours de niveau de sévérité 3 et 4 ont été pris en compte Ces niveaux correspondent aux niveaux C et D pour les CMD 14 et 15 et 23. Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.
Dénominateur	Nombre total de séjours hors séances	Tous les séjours, quelle qu'en soit la durée ont été pris en compte. Les séances ont été exclues. Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.
Interprétation	<p>L'indicateur cherche à mettre en évidence la lourdeur et donc la complexité de la prise en charge. Ces patients peuvent par exemple être des patients âgés, avec plusieurs comorbidités ...</p> <p>En second niveau d'analyse, il peut donc être intéressant de coupler cet indicateur avec une étude des transferts de patients « lourds » réalisés vers l'établissement étudié (et des durées de séjours associées à ces transferts) ainsi qu'une étude des patients répartis par tranche d'âge, ALD...</p> <p>A noter : les niveaux de sévérité ont été introduits dans la V11.</p>	
A croiser	A8 : % de GHM recours/référence A10 : Enseignement A11 : Recherche, publications	
Commentaire	<p>Il pourrait être intéressant de regarder le pourcentage de séjours de niveau 3 et 4 redressé de son case-mix. En effet, certains GHM ne sont que très rarement de niveaux de sévérité 3 et 4. Ce taux peut aider à la compréhension de la patientèle reçue. Car il n'y a aucune notion d'âge ou de précarité des patients reçus ; sachant que ces éléments ont une importance sur les entrées par les Urgences, la DMS...</p> <p>Limites : l'indicateur met en perspective les séjours classés en sévérité 3 et 4, avec l'ensemble des séjours. Seulement, lorsque l'on analyse cet indicateur, il faut avoir à l'esprit que l'échelle de sévérité ne s'applique pas à tous les séjours. Par conséquent, mécaniquement, un établissement qui aurait une forte proportion de séjours pour lesquels l'échelle de sévérité ne s'applique pas verrait son taux baisser.</p>	

Indicateur A10

A10	Enseignement	1er niveau d'analyse
Cet indicateur permet d'estimer la performance de l'activité d'enseignement de l'établissement via l'encadrement des étudiants formés (rapporté aux ETP dédiées à l'enseignement).		

Source	Base CHRU de Lille / SAE (exercices antérieurs à 2013 : Q20A et Q20B, exercices postérieurs ou égaux à 2013 : Q20)		Rang 2	S'exprime en sans unité
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé			
Numérateur	Nombre d'externes (DCEM2, DCEM3, DCEM4) ES/ Nombre d'externes France Entière	% d'externes en octobre ayant effectué leurs stages dans l'ES sur une année donnée rapporté au nombre d'externes France Entière		
Dénominateur	Nombre de PU+PH ES/ Nombre PU+PH France Entière	Les ETP seront comptés selon la convention suivante pour estimer l'investissement des HU et des PH dans l'enseignement: 1 HU = 0,5 ETP, 1 PH = 0,2 ETP ATTENTION : avant 2011, les établissements remontaient l'ensemble de leurs ETP dans la SAE ; à partir de la SAE 2011, les établissements remontent uniquement les ETP de leurs structures sanitaires, les personnels des structures médico-sociales et de formation ne sont donc plus comptabilisés. A partir de 2013, les ETP collectés sont les ETP moyens annuels rémunérés pour les praticiens salariés; et les ETP moyens annuels pour les praticiens libéraux.		
Interprétation	<ul style="list-style-type: none"> - Via l'attribution des MERRI et leur recueil il existe une information sur les étudiants présents et rémunérés sur 77 établissements (publics+ESPIC) pratiquant la formation, hors les internes. Cette information est colligée sur 2 semestres, une fois par an, en octobre. - Il s'agit des « externes » soient avant le 3ème cycle des études médicales, pharmaceutiques et odontologiques, les étudiants en 2° cycle de médecine (DCEM2, DCEM3, DCEM4 avec participation à l'activité hospitalière. enseignement de la pathologie et de la thérapeutique), des 2°, 3°, 4° années des études d'odontologie, et de la 5° année d'étude de pharmacie. - Il ne permet pas de connaître le nombre d'internes. - Les PU sont plutôt dans les CHU, les PH dans tous les types d'ES repérés. Dans les ESPIC, nous ne connaissons pas le nombre éventuel de PU, les données disponibles ne nous permettent pas de distinguer les HU et les PH; la convention retenue est donc 1 HU ou 1 PH = 0,2 ETP - Compte tenu de la répartition par région des ES concernés par cet indicateur, l'interprétation des déciles concernant le critère région n'a de sens que pour la région Ile-De-France. Ils ne sont donc représentés que pour cette région. 			
A croiser	A8 : Pourcentage des GHM recours / référence dans l'activité			
Commentaire	Biais : Concernant les sciences fondamentales, les PU interviennent essentiellement en faculté mais sont comptabilisés au dénominateur. Egalement, l'ES est tributaire du choix des étudiants alors que ses effectifs sont fixés.			

Indicateur A11

A11	Recherche et publications		1er niveau d'analyse
<p>Cet indicateur permet d'estimer la performance de l'activité de recherche et de publications de l'établissement, au travers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des points SIGAPS (Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques) pour les publications, - des points SIGREC (Système d'Information et de Gestion de la Recherche et des Essais Cliniques) pour la recherche clinique <p>C'est un indicateur composite.</p>			
<p>Source</p>	<p>Base CHRU de Lille et DHOS/Mission T2A pour SIGAPS et SIGREC et SAE (exercices antérieurs à 2013 : Q20A et Q20B, exercices postérieurs ou égaux à 2013 : Q20) pour les ETP</p>	<p>Rang 2</p>	<p>S'exprime en sans unité</p>
<p>Numérateur</p>	<p>0,5*Nombre de points SIGAPS ES / Nombre de points SIGAPS France + 0,1*Nb points SIGREC essais ES / Nb points SIGREC essais France+ 0,2*Nb points SIGREC inclusions promoteurs ES / Nb points SIGREC inclusions promoteurs France + 0,2*Nb points SIGREC inclusi</p>	<p>- Le score SIGAPS est calculé sur les publications des cinq dernières années. Un nombre de points est attribué à chaque publications, en fonction de 2 composantes :</p> <p>Le niveau de la revue (il correspond à « l'impact factor », corrigé de l'effet discipline c'est-à-dire au nombre de citations des articles de la revue)</p> <p>Le rang de l'auteur parmi les signataires.</p> <p>- Le score SIGREC est calculé sur la base des études réalisées, du nombre d'inclusions dans ces études et du nombre d'inclusions dans les études promues par l'établissement en fonction de son ampleur (mono ou multicentrique), de sa nature (académique ou industrielle), de son développement (phase 1, 2 ou 3) et selon que l'établissement est promoteur, coordonnateur ou investigateur</p>	
<p>Dénominateur</p>	<p>Nombre de PU+PH ES/ Nombre PU+PH France Entière de ces mêmes ES</p>	<p>Les ETP seront comptés selon la convention suivante pour estimer l'investissement des HU et des PH dans l'enseignement: 1 HU = 0,5 ETP, 1 PH = 0,2 ETP</p> <p>ATTENTION : avant 2011, les établissements remontaient l'ensemble de leurs ETP dans la SAE ; à partir de la SAE 2011, les établissements remontent uniquement les ETP de leurs structures sanitaires, les personnels des structures médico-sociales et de formation ne sont donc plus comptabilisés.</p> <p>A partir de 2013, les ETP collectés sont les ETP moyens annuels rémunérés pour les praticiens salariés; et les ETP moyens annuels pour les praticiens libéraux.</p>	
<p>Interprétation</p>	<p>- Il manque les brevets qui ne sont pas comptabilisés.</p> <p>- Les recherches cliniques organisées avec les laboratoires pharmaceutiques sont moins bien prises en compte.</p> <p>- La proposition de convertir les points en euros n'a pas été jugé adéquate car d'une part, ce sont des points signifiant des choses différentes, ensuite car la valeur du point est obtenue à partir de la dotation MERRI annuelle (décision politique, évolutive).</p> <p>- Les PU sont plutôt dans les CHU, les PH dans tous les types d'ES repérés. Dans les ESPIC, nous ne connaissons pas le nombre éventuel de PU, les données disponibles ne nous permettent pas de distinguer les HU et les PH; la convention retenue est donc 1 HU ou 1 PH = 0,2 ETP</p> <p>- Compte tenu de la répartition par région des ES concernés par cet indicateur, l'interprétation des déciles concernant le critère région n'a de sens que pour la région Ile-De-France. Ils ne sont donc représentés que pour cette région.</p>		
<p>A croiser</p>	<p>A8 : Pourcentage des GHM recours / référence dans l'activité</p>		
<p>Commentaire</p>	<p>La modification des règles de calcul du nombre de points associé à une publication ou le périmètre des études prises en compte dans SIGREC (académiques, institutionnelles) peut avoir une incidence sur les données chronologiques.</p> <p>Biais : indicateur composite. Les PU sont payés par moitié par l'établissement, par moitié par la faculté.</p>		

Indicateur A12

A12	Pourcentage d'entrées en HC en provenance des urgences	1er niveau d'analyse
<p>Cet indicateur mesure la contribution des urgences à l'activité traditionnelle et permet d'appréhender les impacts organisationnels des urgences sur les activités programmées des établissements. Il permet a contrario de mettre en évidence l'attractivité intrinsèque de l'établissement.</p>		

Source	PMSI / PMSI (v2017) <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">Rang 1</div> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">S'exprime en %</div>	
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div>	
Numérateur	Nombre de séjours avec entrée par les urgences	Les entrées par les urgences sont identifiées par le mode d'entrée « 8 » et provenance « 5 ». Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.
Dénominateur	Nombre total de séjours d'au moins une nuit	. Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.
Interprétation	<p>Cet indicateur permet de mettre en évidence d'éventuels dysfonctionnements liés à l'importance du recrutement par les urgences : difficulté à anticiper l'activité et donc à gérer les lits et les ressources humaines associées compte tenu de l'importance des hospitalisations non programmées.</p> <p>De plus, cet indicateur peut mettre en évidence un déficit d'attractivité de l'établissement s'il recrute essentiellement sur du non-programmé. Egalement il met en évidence un manque de coordination avec la médecine de ville.</p> <p>Enfin, certaines situations d'urgence ne passent pas par le service des urgences (ex urgences gynécologiques, AVC...)</p> <p>A noter : certains établissements n'étant pas déclarés comme établissements avec urgences, ils ne codent pas leurs entrées en urgence sous le code habituellement utilisé. Cela peut introduire un biais dans l'analyse.</p>	
A croiser	A13, A14, A15 : Taux d'utilisation / occupation en médecine, chirurgie et obstétrique P1, P2, P3 : IP-DMS en médecine, chirurgie et obstétrique A9 : Pourcentage des séjours de sévérité 3 et 4 dans l'activité CI_A13 : Nombre d'ATU	
Commentaire		

Indicateur A13

A13	Taux d'utilisation/occupation des lits en médecine (hors ambulatoire)	1er niveau d'analyse
Cet indicateur mesure l'occupation, par des patients de médecine, des lits exploitables en médecine, en hospitalisation complète ou de semaine.		

Source	PMSI(v2017) / SAE (exercices antérieurs à 2013 : Q01A, exercices postérieurs ou égaux à 2013 : MCO)	Rang 3	S'exprime en %
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div>		
Numérateur	Nombre de journées des séjours de médecine (HC et HdS)	Sont prises en compte les journées réalisées en Hospitalisation Complète (HC) et en Hospitalisation de Semaine (HdS) par des patients ayant un GHM de médecine (ASO M hors CMD15). Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.	
Dénominateur	Nb de « journées - lits » exploitables en HC + nb de « journées-lits » exploitables en HdS en médecine	En hospitalisation complète, un lit exploitable pendant toute une année fournira 365 « journées-lits » exploitables sur l'année (ou 366 les années bissextiles). Les exceptions permettant de ne pas compter les journées sont très strictement définies : travaux ou désinfection. Les fermetures pour congés, jours fériés, vacances et samedi/dimanche ne sont pas déduites. En hospitalisation de semaine, les journées-lits exploitables sont calculées sur la base des journées réelles d'ouverture des unités. Les journées de week-end et les jours fériés sont déduits.	
Interprétation	Cet indicateur diffère du taux d'occupation « classique » dans la mesure où il rapporte aux journées-lits de médecine exploitables les journées des séjours de médecine au sens du PMSI et non les journées passées dans des lits des services de médecine. Il permet ainsi de se focaliser sur les patients hospitalisés pour un diagnostic de médecine, dans les lits de l'établissement et met donc en évidence l'adéquation de l'utilisation des lits aux types de pathologies traitées. Ainsi, un taux supérieur à 100% peut indiquer que des patients présentant une pathologie de médecine sont en fait hospitalisés dans des lits appartenant à d'autres services (par exemple, en chirurgie). Il est intéressant, en second niveau d'analyse, de tenir compte de la politique d'ouverture / fermeture des lits.		
A croiser	P1 : IP-DMS en médecine, A12 : Pourcentage des entrées en HC en provenance des urgences, entrées en médecine		
Commentaire	les nouveaux nés (ASO = M) ont été exclus du calcul du numérateur. Selon la nomenclature des disciplines d'Équipement, la réanimation (médicale, chirurgicale, pédiatrique, néonatale et polyvalente) et la néonatalogie sont à classer en médecine : le dénominateur contient donc les journées-lits de néonatalogie. Les capacités de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) des structures d'accueil des urgences sont comptées en médecine. Interprétation : un taux de séjour inférieur à 1 doit être mis en regard au nombre élevé de séjours d'ambulatoire (tous les séjours sans complication étant pris en charge en ambulatoire)		

Indicateur A14

A14	Taux d'occupation/utilisation des lits en chirurgie (hors ambulatoire)	1er niveau d'analyse
Cet indicateur mesure l'occupation, par des patients de chirurgie, des lits exploitables en chirurgie, en hospitalisation complète ou de semaine.		

Source	PMSI (v2017) / SAE (exercices antérieurs à 2013 : Q01A, exercices postérieurs ou égaux à 2013 : MCO) <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">Rang 3</div> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">S'exprime en %</div> <div style="clear: both;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div>	
Numérateur	Nombre de journées des séjours chirurgie (HC et HdS)	Sont prises en compte les journées réalisées en Hospitalisation Complète (HC) et en Hospitalisation de Semaine (HdS) par des patients ayant un GHM de chirurgie (ASO C). Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.
Dénominateur	Nb de « journées - lits » exploitables en HC + nb de « journées-lits » exploitables en HdS en chirurgie	En hospitalisation complète, un lit exploitable pendant toute une année fournira 365 « journées-lits » exploitables sur l'année (ou 366 les années bissextiles). Les exceptions permettant de ne pas compter les journées sont très strictement définies : travaux ou désinfection. Les fermetures pour congés, jours fériés, vacances et samedi/dimanche ne sont pas déduites. En hospitalisation de semaine, les journées-lits exploitables sont calculées sur la base des journées réelles d'ouverture des unités. Les journées de week-end et les jours fériés sont déduits.
Interprétation	<p>Cet indicateur diffère du taux d'occupation « classique » dans la mesure où il rapporte aux journées-lits de chirurgie exploitables les journées des séjours de chirurgie au sens du PMSI et non les journées passées dans des lits des services de chirurgie au sens de la SAE.</p> <p>Il permet donc de se focaliser uniquement sur les patients hospitalisés pour une prise en charge chirurgicale, dans les lits de l'établissement et met ainsi en évidence l'adéquation de l'utilisation des lits aux types de pathologies traitées. Ainsi, un taux supérieur à 100% peut indiquer que des patients présentant une pathologie de chirurgie sont en fait hospitalisés dans des lits appartenant à d'autres services (par exemple, en médecine).</p> <p>Il est intéressant, en second niveau d'analyse, de tenir compte de la politique d'ouverture / fermeture des lits</p>	
A croiser	P2 : IP-DMS en chirurgie, P12 : Taux de chirurgie ambulatoire (une baisse du taux d'occupation des lits de chirurgie peut être dû à un développement de l'ambulatoire), Carte d'identité : entrées en chirurgie	
Commentaire	<p>Biais : L'activité de gynécologie est classée en chirurgie dans la V11. L'activité de chirurgie gynécologique est parfois réalisée sur des lits d'obstétrique ce qui fausse à la fois le taux d'utilisation des lits d'obstétrique et celui des lits de chirurgie.</p> <p>Interprétation : un taux de séjour inférieur à 1 doit être vu en regard d'un nombre élevé de séjours d'ambulatoire (tous les séjours sans complication étant pris en charge en ambulatoire)</p>	

Indicateur A15

A15	Taux d'occupation/utilisation des lits en obstétrique (hors ambulatoire)	1er niveau d'analyse
Cet indicateur mesure l'occupation, par des patientes d'obstétrique, des lits exploitables en obstétrique, en hospitalisation complète ou de semaine.		

Source	PMSI (v2017) / SAE (exercices antérieurs à 2013 : Q0102A, exercices postérieurs ou égaux à 2013 : MCO)	Rang 3	S'exprime en %
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div>		
Numérateur	Nombre de journées des séjours obstétrique (HC et HdS)	Sont prises en compte les journées réalisées en Hospitalisation Complète (HC) et en Hospitalisation de Semaine (HdS) par des patients ayant un GHM de code ASO=0. Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.	
Dénominateur	Nb de « journées - lits » exploitables en HC + nb de « journées-lits » exploitables en HdS en obstétrique	En hospitalisation complète, un lit exploitable pendant toute une année fournira 365 « journées-lits » exploitables sur l'année (ou 366 les années bissextiles). Les exceptions permettant de ne pas compter les journées sont très strictement définies : travaux ou désinfection. Les fermetures pour congés, jours fériés, vacances et samedi/dimanche ne sont pas déduites. En hospitalisation de semaine, les journées-lits exploitables sont calculées sur la base des journées réelles d'ouverture des unités. Les journées de week-end et les jours fériés sont déduits.	
Interprétation	Cet indicateur diffère du taux d'occupation « classique » dans la mesure où il rapporte aux journées-lits d'obstétrique exploitables les journées des séjours d'obstétrique au sens du PMSI et non les journées passées dans des lits des services d'obstétrique.. Il permet donc de se focaliser uniquement sur les patientes hospitalisées pour de l'obstétrique, dans les lits de l'établissement et met donc en évidence l'adéquation de l'utilisation des lits aux types de patients. Ainsi, un taux supérieur à 100% peut indiquer que des patients d'obstétrique sont en fait hospitalisés dans des lits appartenant à d'autres services (par exemple, en médecine). Il est intéressant, en second niveau d'analyse, de tenir compte de la politique d'ouverture / fermeture des lits		
A croiser	P3 : IP-DMS en obstétrique, Carte d'identité : entrées en obstétrique, CI_E6 : niveau de la maternité		
Commentaire	Biais : l'activité de gynécologie est classée en chirurgie dans la V11. Les séjours en CMD 14 (IVG) sont classés en obstétrique dans la V11 ; il peut y en avoir même si l'établissement n'a pas d'autorisations en obstétrique. L'activité de chirurgie gynécologique est parfois réalisée sur des lits d'obstétrique ce qui fausse à la fois le taux d'utilisation des lits d'obstétrique et celui des lits de chirurgie. Les lits de chirurgie gynécologique sont comptabilisés en gynécologie-obstétrique. Lorsqu'elles sont identifiées, les places réservées aux IVG sont recensées en hospitalisation de jour dans le groupe de disciplines « gynécologie-obstétrique ». Les lits de néonatalogie sont dans le groupe « médecine »		

Indicateur Q1

Q1	Score agrégé de lutte contre les infections nosocomiales	1er niveau d'analyse
<p>Cet indicateur mesure les moyens mis en oeuvre pour lutter contre les infections nosocomiales dans les établissements, à travers quatre indicateurs ; ICALIN : Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales, ICSHA Indicateur de Consommation de Solutions Hydro-Alcooliques, ICATB Indice Composite de bon usage des AnTiBiotiques SURVISO indicateur de réalisation d'une SURveillance des Infections du Site Opérateur.</p> <p>Le poids relatif des 4 indicateurs dans le score agrégé a été défini en prenant en compte l'importance des acteurs et des secteurs d'activité concernés, ainsi que l'influence du domaine évalué sur la prévention des infections nosocomiales : ICALIN compte pour 40% dans le score agrégé, ICSHA pour 30%, ICATB pour 20% et SURVISO pour 10%.</p>		

Source	Tableau de bord des infections nosocomiales <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px;">Rang 2</div> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px;">S'exprime en Score sur 100</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div>	
Numérateur	Score Icalin * 0,4 + Score ICSHA * 0,3 + Score ICATB + Score Surviso	La formule de calcul prend en compte le nombre de points sur lequel est calculé chaque indicateur. Le score ICALIN est calculé sur 100 points, le score ICSHA sur 100 points également, le score ICATB sur 20 points et le score SURVISO sur 10 points. Si certains indicateurs ne sont pas présents dans l'établissement, une formule spécifique est appliquée, en redistribuant les points du ou des indicateurs absents au prorata du poids résiduel des indicateurs présents.
Dénominateur	100	La valeur maximale du score agrégé est fixée à 100 points
Interprétation	Les établissements sont classés en 4 classes (A, B, C, D), sur la base de leur score agrégé. Les limites des classes ont été calculées par la DGOS, chaque catégorie d'établissements ayant ses propres limites de classes. En second niveau d'analyse, il est intéressant de considérer chaque composante du score agrégé pour identifier les domaines à améliorer. Le biais pourrait provenir de l'utilisation des Solutions Hydro-Alcooliques à autre chose que ce pourquoi elles sont préconisées	
A croiser		
Commentaire	Attention : ICALIN peut être supérieur à 100	

Indicateur Q2

Q2	TDP = Score de conformité du dossier patient		1er niveau d'analyse
Cet indicateur évalue la tenue et le contenu du dossier des patients hospitalisés, sur la base de 10 critères au maximum.			
Source	Echantillon aléatoire de 80 séjours par ES (tirage au sort à partir du PMSI / logiciel ATH) - analyse des dossiers médicaux.		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Rang 2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">S'exprime en %</div> </div>
Numérateur	Somme des scores individuels (par dossier) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div>	Le score individuel (par dossier) est la somme des critères satisfaits/somme des critères applicables. Tout critère satisfait donne 1 point. Au maximum, 10 critères sont à analyser : Critères communs à tous les dossiers (6 éléments) : présence d'un document médical relatif à l'admission, examen médical d'entrée renseigné, rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation, courrier de fin d'hospitalisation ou compte-rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval, rédaction d'un traitement de sortie, dossier organisé et classé Critères dépendants de la prise en charge (4 éléments) : Présence d'un (ou des) compte(s)-rendu(s) opératoire(s) si applicable Présence d'un compte-rendu d'accouchement (si applicable) Dossier anesthésique renseigné (si applicable) Dossier transfusionnel renseigné (si applicable)	
Dénominateur	Nombre de dossiers analysés	Le score individuel (par dossier) est la somme des critères satisfaits/somme des critères applicables. Tout critère satisfait donne 1 point. Au maximum, 10 critères sont à analyser : Critères communs à tous les dossiers (6 éléments) : présence d'un document médical relatif à l'admission, examen médical d'entrée renseigné, rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation, courrier de fin d'hospitalisation ou compte-rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval, rédaction d'un traitement de sortie, dossier organisé et classé Critères dépendants de la prise en charge (4 éléments) : Présence d'un (ou des) compte(s)-rendu(s) opératoire(s) si applicable Présence d'un compte-rendu d'accouchement (si applicable) Dossier anesthésique renseigné (si applicable) Dossier transfusionnel renseigné (si applicable)	
Interprétation	<p>Pour chaque dossier tiré au sort, un score de qualité compris entre 0 et 1, est calculé à partir de 10 critères au maximum. Exemple, si , pour un dossier, deux critères sur 6 sont satisfaits, le score individuel de ce dossier est de 0,33. ? La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 1.</p> <p>Le score de conformité est la moyenne des scores individuels obtenus sur l'échantillon de 80 dossiers. Cette moyenne est ensuite exprimée en base 100. Exemple, si la moyenne des scores est de 0,75, le TDP sera de 75%</p> <p>L'objectif national sera atteint pour les résultats 2011 (publiés en 2012) si le résultat de l'établissement est significativement supérieur à 80% (ou non significativement différent de 80%). Le score moyen 2009 s'élève à 70% (contre 62% en 2008)</p> <p>Des leviers d'actions peuvent être mis en oeuvre pour améliorer l'indicateur : rappeler l'exigence de traçabilité de la prise en charge des patients dans le cadre de procédure qualité définies par les professionnels, et proposer des supports adaptés ; améliorer la traçabilité des informations, notamment pour les transferts ou lors des réadmissions ; améliorer le contrôle qualité du dossier avant son archivage.</p>		
A croiser	Autres indicateurs du thème Dossier Patient.		
Commentaire			

Indicateur Q3

Q3	DEC = Conformité du délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	1er niveau d'analyse
Cet indicateur évalue le contenu du courrier de fin d'hospitalisation et son délai d'envoi.		
Source	Echantillon aléatoire de 80 séjours par ES (tirage au sort à partir du PMSI / logiciel ATH) - analyse des dossiers médicaux. <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Rang 2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;">S'exprime en %</div>
Numérateur	Nombre de séjours dont le courrier est envoyé dans un délai = 8 jours, et contient l'ensemble des éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins	Les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins sont : Identité du médecin destinataire ou du service en cas de mutation ; Référence aux dates de séjour (date d'entrée et de sortie) Synthèse du séjour (contenu médical sur la prise en charge du patient) Trace écrite d'un traitement de sortie Sont exclus de cet indicateur les séjours des patients décédés et les séjours des patients mutés
Dénominateur	Nombre total de séjours évalués	Les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins sont : Identité du médecin destinataire ou du service en cas de mutation ; Référence aux dates de séjour (date d'entrée et de sortie) Synthèse du séjour (contenu médical sur la prise en charge du patient) Trace écrite d'un traitement de sortie Sont exclus de cet indicateur les séjours des patients décédés et les séjours des patients mutés
Interprétation	<p>Pour être considérés comme conformes, les séjours sélectionnés doivent respecter à la fois les deux critères suivants : délai d'envoi inférieur ou égal à 8 jours Présence de l'ensemble des éléments qualitatifs.</p> <p>Le courrier de fin d'hospitalisation, document signé par un médecin de l'établissement, est un élément clé de la continuité des soins à l'issue du séjour hospitalier. Il doit être adressé aux médecins responsables de la prise en charge d'aval dans un délai = 8 jours.</p> <p>L'objectif national sera atteint pour les résultats 2011 (publiés en 2012) si le résultat de l'établissement est significativement supérieur à 80% (ou non significativement différent de 80%). En 2009, 34% des séjours répondent aux critères de l'indicateur (contre 26% en 2008)</p>	
A croiser	Autres indicateurs du thème Dossier Patient.	
Commentaire		

Indicateur Q4

Q4	DTN = Dépistage des troubles nutritionnels		1er niveau d'analyse
Cet indicateur évalue le dépistage des troubles nutritionnels du patient adulte à l'admission en médecine et en chirurgie.			
Source	Echantillon aléatoire de 80 séjours par ES (tirage au sort à partir du PMSI / logiciel ATH) - analyse des dossiers médicaux.	Rang 2	S'exprime en %
Numérateur	Nombre de séjours avec mesure du poids effectuée et notée dans le dossier au cours des 48 premières heures du séjour.	Sont exclus des séjours analysés : les séjours des patients âgés de moins de 18 ans les séjours des patients hospitalisés moins de 2 jours les séjours de patients pris en charge au cours des 2 premiers jours du séjour en réanimation, soins intensifs, surveillance continue, maternité, zone de surveillance de très courte durée ou en soins palliatifs	
Dénominateur	Nombre de séjours éligibles évalués	Sont exclus des séjours analysés : les séjours des patients âgés de moins de 18 ans les séjours des patients hospitalisés moins de 2 jours les séjours de patients pris en charge au cours des 2 premiers jours du séjour en réanimation, soins intensifs, surveillance continue, maternité, zone de surveillance de très courte durée ou en soins palliatifs	
Interprétation	<p>Les troubles nutritionnels doivent être dépistés pour tout patient hospitalisé en médecine ou en chirurgie. Ce dépistage, pour les patients adultes, nécessite un suivi du poids, de la variation du poids, et un calcul de l'indice de masse corporelle (IMC).</p> <p>Le premier niveau d'analyse évalue la mesure du poids. Les autres niveaux de cet indicateur pourront être pris en compte ultérieurement dans le cadre d'un niveau d'exigence progressivement plus élevé.</p> <p>L'objectif national sera atteint pour les résultats 2011 (publiés en 2012) si le résultat de l'établissement est significativement supérieur à 80% (ou non significativement différent de 80%). En 2009, 75% des dossiers présentent une mesure du poids à l'entrée (contre 56% en 2008)</p>		
A croiser	Autres indicateurs du thème Dossier Patient.		
Commentaire			

Indicateur Q5

Q5	TRD = Traçabilité de l'évaluation de la douleur	1er niveau d'analyse
Cet indicateur mesure l'évaluation de la douleur avec une échelle dans le dossier patient.		

Source	Echantillon aléatoire de 80 séjours par ES (tirage au sort à partir du PMSI / logiciel ATH) - analyse des dossiers médicaux.	Rang 2	S'exprime en %
Numérateur	Nombre de séjours avec évaluation de la douleur avec une échelle, et avec une évaluation de suivi si le patient est algique	Proportion de séjours pour lesquels il existe : Au moins un résultat de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient non algique Ou au moins 2 résultats de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient algique (mesure diagnostic et mesure de suivi)	
Dénominateur	Nombre de séjours éligibles évalués	Proportion de séjours pour lesquels il existe : Au moins un résultat de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient non algique Ou au moins 2 résultats de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient algique (mesure diagnostic et mesure de suivi)	
Interprétation	<p>Le critère d'évaluation de la douleur est satisfait si le dossier mentionne :</p> <ul style="list-style-type: none"> soit une mesure diagnostique réalisée avec une échelle montrant que le patient est non algique ; soit une mesure de suivi réalisée avec une échelle pour un patient évalué comme étant algique lors de la mesure diagnostique. <p>L'objectif national sera atteint pour les résultats 2011 (publiés en 2012) si le résultat de l'établissement est significativement supérieur à 80% (ou non significativement différent de 80%). Le résultat moyen 2009 s'élève à 52% (contre 40% en 2008).</p>		
A croiser	Autres indicateurs du thème Dossier Patient		
Commentaire			

Indicateur Q6

Q6	TDA = Score de conformité du dossier anesthésique	1er niveau d'analyse
Cet indicateur évalue la tenue du dossier anesthésique, sur la base de 13 critères.		

Source	Echantillon aléatoire de 60 dossiers anesthésiques par ES (tirage au sort à partir du PMSI / logiciel ATH) - analyse des dossiers anesthésiques	Rang 2	S'exprime en %
Numérateur	Somme des scores individuels (par dossier)	<p>Le score individuel (par dossier) est la somme des critères satisfaits/somme des critères applicables. Tout critère satisfait donne 1 point. Au maximum 13 critères sont à analyser :</p> <p>Phase pré, per et post anesthésique : Identification du patient sur toutes les pièces du dossier</p> <p>Phase pré-anesthésique : Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase pré-anesthésique (CPA et/ou VPA) Trace écrite de la visite pré-anesthésique (VPA) Mention du traitement habituel ou de l'absence de traitement dans le document traçant la CPA (ou la VPA) Mention de l'évaluation du risque anesthésique dans le document traçant la CPA (ou la VPA) Mention du type d'anesthésie proposé au patient dans le document traçant la CPA (ou la VPA) Mention de l'évaluation des conditions d'abord des voies aériennes supérieures en phase pré-anesthésique (CPA ou VPA)</p> <p>Phase per-anesthésique Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase per-anesthésique Mention de la technique d'abord des voies aériennes supérieures en phase per-anesthésique</p> <p>Phase post-interventionnelle Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase post-interventionnelle Trace de l'autorisation de sortie du patient de la SSPI validée par un médecin anesthésiste Trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase post-interventionnelle</p> <p>Phase péri-anesthésique Rubrique renseignée (ou barrée) permettant de relever les incidents ou accidents péri-anesthésiques</p>	
Dénominateur	Nombre de dossiers analysés	<p>Le score individuel (par dossier) est la somme des critères satisfaits/somme des critères applicables. Tout critère satisfait donne 1 point. Au maximum 13 critères sont à analyser :</p> <p>Phase pré, per et post anesthésique : Identification du patient sur toutes les pièces du dossier</p> <p>Phase pré-anesthésique : Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase pré-anesthésique (CPA et/ou VPA) Trace écrite de la visite pré-anesthésique (VPA) Mention du traitement habituel ou de l'absence de traitement dans le document traçant la CPA (ou la VPA) Mention de l'évaluation du risque anesthésique dans le document traçant la CPA (ou la VPA) Mention du type d'anesthésie proposé au patient dans le document traçant la CPA (ou la VPA) Mention de l'évaluation des conditions d'abord des voies aériennes supérieures en phase pré-anesthésique (CPA ou VPA)</p> <p>Phase per-anesthésique Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase per-anesthésique Mention de la technique d'abord des voies aériennes supérieures en phase per-anesthésique</p> <p>Phase post-interventionnelle Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase post-interventionnelle Trace de l'autorisation de sortie du patient de la SSPI validée par un médecin anesthésiste Trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase post-interventionnelle</p> <p>Phase péri-anesthésique Rubrique renseignée (ou barrée) permettant de relever les incidents ou accidents péri-anesthésiques</p>	

Interprétation	<p>Pour chaque dossier anesthésique tiré au sort, un score individuel de qualité, compris entre 0 et 1, est calculé à partir de 13 critères, au maximum. Exemple, si , pour un dossier, 6 critères sur 12 sont satisfaits, le score individuel de ce dossier est de 0,5</p> <p>La qualité de la tenue du dossier anesthésique est d'autant plus grande que le score est proche de 1.</p> <p>Le score de conformité est la moyenne des scores individuels obtenus sur l'échantillon de 60 dossiers. Cette moyenne est ensuite exprimée en base 100. Exemple, si la moyenne des scores est de 0,75, le score de conformité sera de 75%</p> <p>L'objectif national sera atteint pour les résultats 2011 (publiés en 2012) si le résultat de l'établissement est significativement supérieur à 80% (ou non significativement différent de 80%). Le score moyen national s'élève à 75% en 2009 (contre 67% en 2008)</p>
A croiser	Indicateurs du thème Dossier Patient.
Commentaire	

Indicateur Q7

Q7	Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP)	1er niveau d'analyse
Cet indicateur évalue l'exhaustivité et les modalités d'organisation de la RCP lors de la prise en charge initiale d'un patient atteint de cancer.		

Source	Echantillon aléatoire de 60 séjours réalisés au cours du deuxième semestre de l'année n-1.	Rang 2	S'exprime en %
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels est retrouvée lors de la prise en charge initiale d'un primo-diagnostic de cancer la trace d'une RCP datée, comportant la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins trois professionnels de spécialités différen		
Dénominateur	Nombre de séjours évalués		
Interprétation	<p>L'indicateur est composé de deux niveaux donnant lieu au calcul de deux mesures distinctes. Le niveau 1 est satisfait si la trace d'une RCP datée et comportant la proposition de prise en charge est retrouvée dans le dossier du patient ; le niveau 2 est satisfait si la trace d'une RCP datée, comportant la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins 3 professionnels de spécialités différentes est retrouvée dans le dossier du patient.</p> <p>Le résultat du niveau 2 est utilisé pour éclairer la réponse à un élément d'appréciation du critère 28.a dans le manuel de certification et positionner l'ES par rapport à la valeur seuil de 80%.</p> <p>Un référentiel RCP qui sera publié par l'INCa en 2011, précisera le contenu attendu de la fiche RCP. Le prochain recueil de l'indicateur RCP sera généralisé par la HAS en février 2012. Les critères de qualité de la RCP tiendront compte des éléments validés par le référentiel de l'INCa.</p>		
A croiser			
Commentaire			

Indicateur Q8

Q8	Niveau de certification	1er niveau d'analyse
Cet indicateur renseigne sur le niveau de certification de l'établissement à l'issue de la procédure de certification des établissements de santé mise en oeuvre par la Haute Autorité de Santé.		

Source	Rapport de certification HAS <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé	Rang 1	
Numérateur	Le résultat de certification est ici présenté de manière synthétique. Il s'agit du dernier résultat disponible pour l'établissement, qui intègre, le cas échéant, les mises à jour apportées à l'issue du dispositif de suivi des décisions de certification. L'échelle utilisée comporte 5 niveaux : A : certification simple B : certification avec recommandations C : certification avec réserves D : sursis à certification E : non-certification		
Dénominateur			
Interprétation	L'indicateur présenté peut concerner différentes versions de certification (V, V2 - V2007, V2010) et un statut différent au regard du dispositif de suivi (sans, en cours, réalisé). Le détail des décisions et l'intégralité du rapport sont disponibles sur le site internet de la HAS : http://www.has-sante.fr		
A croiser			
Commentaire			

Indicateur Q9

Q9	Cotation PEP - Bloc opératoire	1er niveau d'analyse
Le résultat présenté témoigne du niveau de conformité de l'établissement au critère 26a du manuel de certification HAS relatif au bloc opératoire. Il s'agit d'un critère qualifié de pratique exigible prioritaire, c'est-à-dire protecteur d'un niveau d'exigence élevé en termes de qualité et de sécurité.		

Source	Rapport de certification V2010 de l'établissement(HAS)	Rang 2	
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur	L'échelle utilisée comprend 4 niveaux : Le niveau A correspond à une satisfaction totale du critère Le niveau B correspond à une satisfaction du critère en grande partie Le niveau C correspond à une satisfaction partielle du critère Le niveau D correspond à une non-satisfaction du critère		
Dénominateur			
Interprétation	Les niveaux C & D donnent lieu à une décision de certification (recommandation, réserve ou réserve majeure) qui doit faire l'objet de mesures correctives de la part de l'établissement et d'un dispositif de suivi.		
A croiser	Activité en chirurgie, développement de la chirurgie ambulatoire.		
Commentaire			

Indicateur Q10

Q10	Cotation PEP - Urgences	1er niveau d'analyse
Le résultat présenté témoigne du niveau de conformité de l'établissement au critère 25a du manuel de certification HAS relatif aux urgences. Il s'agit d'un critère qualifié de pratique exigible prioritaire, c'est-à-dire porteur d'un niveau d'exigence élevé en termes de qualité et de sécurité.		

Source	Rapport de certification V2010 de l'établissement(HAS)	Rang 2	
<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé			
Numérateur	L'échelle utilisée comprend 4 niveaux : Le niveau A correspond à une satisfaction totale du critère Le niveau B correspond à une satisfaction du critère en grande partie Le niveau C correspond à une satisfaction partielle du critère Le niveau D correspond à une non-satisfaction du critère		
Dénominateur			
Interprétation	Les niveaux C & D donnent lieu à une décision de certification (recommandation, réserve ou réserve majeure) qui doit faire l'objet de mesures correctives de la part de l'établissement et d'un dispositif de suivi.		
A croiser	A12 : Pourcentage des entrées HC en provenance des urgences ; CI_A13 : Nb d'ATU		
Commentaire			

Indicateur Q11

Q11	Cotation PEP - Médicaments	1er niveau d'analyse
<p>Le résultat présenté témoigne du niveau de conformité de l'établissement au critère 20a du manuel de certification HAS relatif à la prise en charge médicamenteuse. Il s'agit d'un critère qualifié de pratique exigible prioritaire, c'est-à-dire porteur d'un niveau d'exigence élevé en termes de qualité et de sécurité.</p>		

Source	Rapport de certification V2010 de l'établissement(HAS)	Rang 2	
<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé			
Numérateur	L'échelle utilisée comprend 4 niveaux : Le niveau A correspond à une satisfaction totale du critère Le niveau B correspond à une satisfaction du critère en grande partie Le niveau C correspond à une satisfaction partielle du critère Le niveau D correspond à une non-satisfaction du critère		
Dénominateur			
Interprétation	Les niveaux C & D donnent lieu à une décision de certification (recommandation, réserve ou réserve majeure) qui doit faire l'objet de mesures correctives de la part de l'établissement et d'un dispositif de suivi.		
A croiser			
Commentaire			

Indicateur P1

P1	IP - DMS Médecine (hors ambulatoire)	1er niveau d'analyse
<p>Cet indicateur compare la DMS de médecine de l'établissement à celle standardisée de son casemix auquel on applique les DMS de référence de chaque GHM de médecine. Il synthétise ainsi la sur ou sous performance de l'organisation médicale de l'établissement en médecine (hors ambulatoire).</p>		

Source	PMSI / PMSI (v2017) <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">Rang 1</div> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">S'exprime en <=1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div>	
Numérateur	Nombre de journées de médecine réalisées	La base utilisée est la base PMSI des établissements participant à HOSPIDIAG. En sont exclus les établissements qui ne sont pas T2A en 2013 ainsi que les établissements ayant tous leurs séjours en erreur (établissement correspondant aux associations de Dialyse). Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés. Sont pris en compte les séjours d'au moins une nuit. Nombre de journées réalisées par l'établissement en médecine (ASO M hors CMD15)
Dénominateur	Nombre de journées de médecine théoriques	Sont pris en compte les séjours d'au moins une nuit. Le nombre de journées théoriques de médecine correspond au case-mix de médecine de l'établissement multiplié par la DMS nationale de chacun des GHM (casemix présenté en annexe 5).
Interprétation	La DMS se calcule pour les séjours de médecine et non pour les séjours réalisés dans les services de médecine. Les durées de séjours longues (IP DMS > 1) ont souvent : Des causes liées à l'environnement : absence d'organisation de filières d'aval (SSR...) ou d'HAD Des causes liées à l'organisation Gestion des lits, protocole de prise en charge, efficacité des plateaux techniques (imagerie, bloc, cardiologie interventionnelle), organisation des sorties.... L' IP-DMS doit être le plus proche de 1 et en deçà de 1 Le sens de l'indicateur IP-DMS a été inversé par rapport à la version diag flash	
A croiser	A13 : Taux d'utilisation / occupation des lits en médecine	
Commentaire	Interprétation : Un fort taux de chirurgie ambulatoire pourrait expliquer une DMS plus longue par une prise en charge en HC plus complexe.	

Indicateur P2

P2	IP - DMS Chirurgie (hors ambulatoire)	1er niveau d'analyse
<p>Cet indicateur compare la DMS de chirurgie de l'établissement à celle standardisée de son casemix auquel on applique les DMS de référence de chaque GHM de chirurgie. Il synthétise ainsi la sur ou sous performance de l'organisation de l'activité de chirurgie, mesurée par la DMS, dans l'établissement.</p>		

Source	PMSI / PMSI (v2017) - ASO = C <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">Rang 1</div> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">S'exprime en <=1</div>	
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div>	
Numérateur	Nombre de journées de chirurgie réalisées	La base utilisée est la base PMSI des établissements participant à HOSPIDIAG. En sont exclus les établissements qui ne sont pas T2A en 2013 ainsi que les établissements ayant tous leurs séjours en erreur (établissement correspondant aux associations de Dialyse). Sont pris en compte les séjours d'au moins une nuit. Nombre de journées réalisées par l'établissement en chirurgie (ASO=C)
Dénominateur	Nombre de journées de chirurgie théoriques	Sont pris en compte les séjours d'au moins une nuit. Le nombre de journées théoriques de chirurgie correspond au case-mix de chirurgie de l'établissement multiplié par la DMS nationale de chacun des GHM (casemix présenté en annexe 5). Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.
Interprétation	La DMS se calcule pour les séjours de chirurgie et non pour les séjours réalisés dans les services de chirurgie. Les durées de séjours longues (IP DMS > 1) ont souvent : Des causes liées à l'environnement : absence d'organisation de filières d'aval (SSR...) ou d'HAD Des causes liées à l'organisation Gestion des lits, protocole de prise en charge, efficacité des plateaux techniques (imagerie, bloc, cardiologie interventionnelle), organisation des sorties.... L' IP-DMS doit être le plus proche de 1 et en deçà de 1 Le sens de l'indicateur IP-DMS a été inversé par rapport à la version diag flash	
A croiser	A14 : Taux d'utilisation / d'occupation des lits en chirurgie P4 : Taux d'utilisation effective des places en chirurgie ambulatoire. Sa faiblesse peut expliquer des DMS plus longues que le standard	
Commentaire		

Indicateur P3

P3	IP - DMS Obstétrique (hors ambulatoire)	1er niveau d'analyse
<p>Cet indicateur compare la DMS de l'obstétrique de l'établissement à celle standardisée de son case mix auquel on applique les DMS de référence de chaque GHM d'obstétrique. Il synthétise ainsi la sur ou sous performance de l'organisation de l'activité de l'obstétrique dans l'établissement.</p>		

Source	PMSI / PMSI (v2017)		Rang 1	S'exprime en <=1
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé			
Numérateur	Nombre de journées d'obstétrique réalisées	<p>La base utilisée est la base PMSI des établissements participant à HOSPIDIAG. En sont exclus les établissements qui ne sont pas T2A en 2011 ainsi que les établissements ayant tous leurs séjours en erreur (établissement correspondant aux associations de Dialyse). Sont pris en compte les séjours d'au moins une nuit. Nombre de journées réalisées par l'établissement en obstétrique (ASO O)</p>		
Dénominateur	Nombre de journées d'obstétrique théoriques	<p>Sont pris en compte les séjours d'au moins une nuit. Le nombre de journées théoriques d'obstétrique correspond à la somme des séjours d'obstétrique de l'établissement multipliés par la DMS de référence de chacun de ces séjours (casemix présenté en annexe 5). Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.</p>		
Interprétation	<p>La DMS se calcule pour les séjours d'obstétrique et non pour les séjours réalisés dans les services d'obstétrique.</p> <p>Les durées de séjours longues (IP DMS > 1) ont souvent :</p> <p>Des causes liées à l'environnement : absence d'organisation de filières d'aval (SSR...) ou d'HAD Des causes liées à l'organisation Gestion des lits, protocole de prise en charge, efficacité des plateaux techniques (imagerie, bloc, cardiologie interventionnelle), organisation des sorties.... L' IP-DMS doit être le plus proche de 1 et en deçà de 1 Le sens de l'indicateur IP-DMS a été inversé par rapport à la version diag flash</p>			
A croiser	A15 : Taux d'utilisation/occupation des lits en obstétrique			
Commentaire				

Indicateur P4

P4	Coût du personnel non médical des services cliniques rapporté aux recettes	1er niveau d'analyse
Cet indicateur permet de mesurer le poids des coûts de personnel soignant dans les recettes et ainsi la performance de l'organisation soignante		

Source	ICARE (onglet synthèse / tableau 1b / sections MCO, UHCD et Activité externe), e-PMSI, ARBUST		Rang 3	S'exprime en %
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé			
Numérateur	Coût du personnel non médical	Est pris en compte le personnel non médical des services cliniques, à savoir, le personnel non médical des sections MCO, UHCD et Activité externe dans ICARE Le coût du personnel comprend la masse salariale chargée, les comptes épargne temps et les heures supplémentaires quand ils sont provisionnés		
Dénominateur	Recettes	Recettes : Recettes Assurance Maladie MCO (avant application du coefficient de transition) y compris actes et consultations externes + Montants DMI et MO + Recettes du titre 2 (comptes 732 + 733 + 734 + 735) + Montant total des forfaits (forfaits annuels urgence, prélèvement et greffe d'organes) + Dotation MIGAC + (à partir de l'exercice 2016) Dotation IFAQ.		
Interprétation	<p>Cet indice peut être artificiellement minoré : les équipes volantes sont souvent rattachées aux dépenses administratives et logistiques. Les comptes épargne temps et les heures supplémentaires ne sont pas toujours provisionnés (et peuvent représenter 3 - 4 % de la masse salariale) Un biais peut apparaître avec le poids des activités réglementées (normes de personnel réglementaires) Il est intéressant, en second niveau d'analyse, de s'intéresser aux coûts de personnel par spécialité ou par pôle, ainsi qu'au personnel intérimaire qui peut être important.</p>			
A croiser	P5 : Coût du personnel médical des services cliniques rapporté aux recettes P6 : Coût du personnel relatif aux services médico-techniques rapporté aux recettes P7 : Poids des fonctions administratives , logistiques et techniques CI_RH6 à 11 : ETP non médicaux RH4 : Nombre d'IDE / cadres			
Commentaire	Cet indicateur n'existe pas pour le moment pour le secteur privé ; source = ICARE			

Indicateur P5

P5	Coût du personnel médical des services cliniques rapporté aux recettes	1er niveau d'analyse
Cet indicateur permet de mesurer le poids des coûts de personnel médical dans les recettes et ainsi la performance de l'organisation médicale		

Source	ICARE (onglet synthèse / tableau 1b / sections MCO, UHCD et Activité externe), e-PMSI, ARBUST		Rang 3	S'exprime en %
<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé				
Numérateur	Coût du personnel médical	Est pris en compte le personnel médical des services cliniques, à savoir, le personnel médical des sections MCO, UHCD et Activité externe dans ICARE Le coût du personnel comprend la masse salariale chargée, les comptes épargne temps et les heures supplémentaires quand ils sont provisionnés		
Dénominateur	Recettes	Recettes : Recettes Assurance Maladie MCO (avant application du coefficient de transition) y compris actes et consultations externes + Montants DMI et MO + Recettes du titre 2 (comptes 732 + 733 + 734 + 735) + Montant total des forfaits (forfaits annuels urgence, prélèvement et greffe d'organes) + Dotation MIGAC + (à partir de l'exercice 2016) Dotation IFAQ.		
Interprétation	<p>Il est intéressant, en second niveau d'analyse, d'étudier :</p> <p>le coût moyen par ETP et la structure d'âge du personnel médical (pourcentage des praticiens ayant plus de 55 ans). Une concentration des recettes sur des praticiens en voie de cessation d'activité peut représenter un risque pour la pérennité de l'établissement si le renouvellement des praticiens n'est pas anticipé.</p> <p>les coûts de personnel par spécialité ou par pôle</p> <p>Les coûts d'intérim qui peuvent être importants, dans le public</p> <p>la part des recettes financées hors T2A, qui ne couvrent pas toujours les coûts de personnel mobilisé pour ces activités.</p>			
A croiser	P4 : Coût du personnel non médical des services cliniques rapporté aux recettes P6 : Coût du personnel relatif aux services médico-techniques rapporté aux recettes P7 : Poids des fonctions administratives , logistiques et techniques CI_RH1 à 5: ETP médicaux RH1, RH2 et RH3 - Nombre d'ICR (ou d'accouchements) par ETP Intérim médical			
Commentaire	Cette information n'est pas connue dans le privé, les praticiens étant libéraux. Une information peut être recherchée dans la DADS - version honoraires Cet indicateur n'existe pas pour le moment pour le secteur privé ; source = ICARE			

Indicateur P6

P6	Coût du personnel relatif aux services médico-techniques rapporté aux recettes	1er niveau d'analyse
<p>Cet indicateur permet de mesurer le poids des coûts de personnel médico-technique dans les recettes et ainsi la performance de l'organisation médico-technique</p> <p>La définition des plateaux médico-techniques retenue ici est celle des remontées Icare : laboratoire, imagerie, radiothérapie, bloc opératoire, explorations fonctionnelles. Ils n'incluent pas en particulier les plateaux de rééducation.</p>		

Source	ICARE (onglet synthèse / tableau 1b / sections services médico-techniques), e-PMSI, ARBUST		Rang 3	S'exprime en %
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé			
Numérateur	Coût des personnels médicaux et non médicaux des sections médico-techniques	Est pris en compte le personnel médical et non médical des sections médico-techniques dans ICARE Le coût du personnel comprend la masse salariale chargée, les comptes épargne temps et les heures supplémentaires quand ils sont provisionnés		
Dénominateur	Recettes	Recettes : Recettes Assurance Maladie MCO (avant application du coefficient de transition) y compris actes et consultations externes + Montants DMI et MO + Recettes du titre 2 (comptes 732 + 733 + 734 + 735) + Montant total des forfaits (forfaits annuels urgence, prélèvement et greffe d'organes) + Dotation MIGAC + (à partir de l'exercice 2016) Dotation IFAQ.		
Interprétation	<p>Cet indicateur peut être artificiellement minoré si l'établissement a un recours large à la sous-traitance (en généralement dans le secteur privé à but lucratif). Dans ce cas, il serait intéressant, en second niveau, d'analyser les coûts liés à la sous-traitance.</p> <p>Il est intéressant, en second niveau d'analyse, de s'intéresser aux coûts de personnel par spécialité ou par pôle, ainsi qu'au personnel intérimaire qui peut être important</p>			
A croiser	P4 : Coût du personnel non médical des services cliniques rapporté aux recettes P5 : Coût du personnel médical des services cliniques rapporté aux recettes P7 : Poids des fonctions administratives, logistiques et techniques CI_E7 : Nombre d'examens CI_RH10 : ETP médico-techniques			
Commentaire	Cet indicateur n'existe pas pour le moment pour le secteur privé ; source = ICARE La définition des plateaux médico-techniques retenue ici est celle des remontées Icare : blocs opératoires, anesthésiologie, accueil des urgences, laboratoires, imagerie, explorations fonctionnelles, dialyse, radiothérapie, autres (rééducation, ...).			

Indicateur P7

P7	Poids des dépenses administratives, logistiques et techniques (y compris activité externalisée)	1er niveau d'analyse
<p>Ce ratio global mesure le pourcentage des dépenses consacrées aux « frais généraux » de l'établissement, compte tenu de ce qui est sous traité ou produit pour le compte d'autres structures. Il donne une première mesure du poids des fonctions support de l'établissement.</p>		

Source	ICARE / ICARE (onglet synthèse : tableau 1b, onglet activités subsidiaires Remb CRA) <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">Rang 3</div> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">S'exprime en %</div> <div style="clear: both;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé </div>
Numérateur	Charges nettes de la section « logistique et gestion générale » - charges liées aux activités subsidiaires et remboursements des budgets annexes pour la LGG <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">Sont pris en compte dans la section « logistique et gestion générale »</div>
Dénominateur	Total des charges nettes <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">Est pris en compte dans les charges nettes.</div>
Interprétation	En cas de ratio élevé, il peut être intéressant de regarder les potentiels d'externalisation et la maîtrise des dépenses externalisées (nature et coût unitaire prévu dans les contrats) Les dépenses SI sont comptabilisées dans cet indicateur ; il est intéressant de pouvoir les isoler dans un second niveau d'analyse
A croiser	P4 : Coût du personnel non médical des services cliniques rapporté aux recettes P5 : Coût du personnel médical des services cliniques rapporté aux recettes P6 : Coût du personnel relatif aux services médico-techniques rapporté aux recettes
Commentaire	La définition des charges « logistique et gestion générale » est celle des remontées Icare : blanchisserie, restauration, services administratifs à caractère général, services administratifs liés au personnel, accueil et gestion des malades, services hôteliers, entretien/maintenance, DSIO, DIM, transport motorisé des patients (hors SMUR), brancardage et transport pédestre des patients, LGG non détaillé.

Indicateur P8

P8	Nombre d'examens de biologie par technicien	1er niveau d'analyse
Cet indicateur évalue la productivité du personnel des laboratoires, à travers l'activité de biologie.		

Source	Questionnaire BIO (cellules C25, B2 et B3)		Rang 3	S'exprime en Nb
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé			
Numérateur	Nombre total d'examens	Est pris en compte l'activité produite par le laboratoire de biologie médicale en nombre d'examens : - activité produite pour des patients pris en charge par l'entité juridique, y compris consultations externes et passages aux urgences sans hospitalisation, - activité produite pour des patients externes, c'est à dire non pris en charge par l'entité juridique.		
Dénominateur	Nombre d'ETP de techniciens de laboratoires	Sont pris les ETP des techniciens de laboratoires médicaux propres à l'activité de biologie médicale (hors encadrement). ATTENTION : Avant 2011, les établissements remontaient l'ensemble de leurs ETP dans la SAE ; à partir de la SAE 2011, les établissements remontent uniquement les ETP de leurs structures sanitaires, les personnels des structures médico-sociales et de formation ne sont donc plus comptabilisés. ATTENTION : Avant 2013, LES ETP des salariés étaient estimés à partir des ETP au 31/12. Depuis la SAE 2013, les ETP des salariés sont désormais estimés à partir des ETP moyens annuels rémunérés.		
Interprétation	Les éléments suivants sont à prendre en compte pour analyser l'indicateur : - le niveau d'automatisation, - la palette des activités de biologie réalisées, - la taille du laboratoire, - la part des activités d'urgences, - le degré de polyvalence des techniciens de laboratoire. Cet indicateur doit être complété par une étude de la juste prescription.			
A croiser	P6 : Coût du personnel médico-technique rapporté aux recettes			
Commentaire				

Indicateur P9

P9	ICR par salle d'intervention chirurgicale	1er niveau d'analyse
Cet indicateur reflète l'utilisation et donc, indirectement l'organisation au niveau des blocs opératoires : il permet de mettre en évidence une sous ou sur utilisation des salles de blocs disponibles.		

Source	Exercices antérieurs à 2013 : PMSI (table des ICR) / SAE (Q03A) Exercices postérieurs ou égaux à 2013 : PMSI (table des ICR) / SAE (BLOCS, code : SALCHIR, SALAMBU)		Rang 3	S'exprime en Nb
			<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé	
Numérateur	Nombre d'ICR des actes avec code d'activité 1 et 4	Ce sont les ICR des actes avec code d'activité 1 et 4 (table des ICR publics). Cette table intègre les trois dimensions de l'indice : environnement, personnel non médical, personnel médical. La table des ICR privés n'intègre pas la dimension médicale. Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.		
Dénominateur	Nombre de salles d'interventions chirurgicales	ATTENTION : Depuis 2013, le nombre de salles destinées aux actes sous anesthésie (sous-ensemble "salles d'interventions chirurgicales") n'est plus collecté. Désormais sont pris en compte, pour le calcul de cet indicateur, le nombre de salles de l'établissement destinées à la chirurgie classique, hors obstétrique, ainsi que le nombre de salle dédiées à la chirurgie ambulatoire.		
Interprétation	<p>La notion d'ICR a été préférée à celle d'actes, pour mieux tenir compte de la lourdeur des interventions réalisées au bloc. Cet indicateur tient donc compte du profil de l'établissement.</p> <p>Avant 2013, le calcul du dénominateur pouvait être inexact : le nombre de salles d'intervention chirurgicale était souvent mal renseigné dans la SAE (par exemple : intégration des salles d'endoscopie ...). Il faut donc faire attention pour toute comparaison entre les données à partir de 2013 avec celles antérieures à 2013.</p>			
A croiser	RH3 : ICR chirurgicaux par chirurgiens RH2 : ICR anesthésistes/anesthésistes+IADE CI_E5 : Nombre de salles d'interventions chirurgicales CI_A12 : Nombre d'actes chirurgicaux			
Commentaire	<p>Cet indicateur ne tient pas compte des actes non classant réalisés au bloc ; les ICR produits par les actes d'endoscopies sous AG ne sont pas inclus. La définition des actes ne représente pas l'exhaustivité de l'activité du bloc opératoire (actes non classants + externes) ce qui peut fausser l'analyse de la productivité de ce dernier. Dans Calcul Crossway, sont intégrées les ICR de la totalité des actes pratiqués au bloc (classants / non classants, hospit. / externes)</p> <p>. Cet indicateur est à mettre en regard du taux d'ouverture des blocs</p> <p>. Les ICR pris en compte sont ceux de la base publique (pour intégration d'un temps médical)</p> <p>. Biais : Quand il y a 2 structures sur un même plateau technique, le nombre d'ICR par salle peut être faux, le numérateur correspondant à l'activité d'un établissement, le nombre de salles à l'ensemble d'un Pôle (déclaration SAE)</p> <p>. Pour analyser l'organisation et l'utilisation de la structure d'Anesthésie et Chirurgie Ambulatoire, il conviendrait d'inclure dans le numérateur l'ensemble des séjours qui relèvent potentiellement d'une prise en charge dans une telle structure, ce qui inclut tous les séjours comportant une anesthésie générale ou loco-régionale (inclure les séjours de médecine avec une anesthésie (code activité 4) ainsi que les séjours d'obstétrique). Il faudrait également ajouter un filtre sur les modes d'entrée et de sortie (=domicile) afin d'exclure les transferts précoces, entre autre. Ce qui n'est pas ici le cas. Dans ce cas ci, l'attention est portée sur la chirurgie qualifiée et substitutive. ATTENTION : Depuis 2013, le nombre de salles destinées aux actes sous anesthésie (sous-ensemble "salles d'intervention chirurgicale") n'est plus collecté. Les valeurs des exercices postérieurs ou égaux à 2013 ne sont donc pas comparables avec les valeurs des années antérieures.</p>			

Indicateur P10

P10	Taux de césarienne	1er niveau d'analyse
Cet indicateur met en évidence les pratiques médicales en obstétrique.		

Source	PMSI / PMSI (v2017)		Rang 1	S'exprime en %
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé			
Numérateur	Nombre d'accouchements par césarienne	Séjours des GHM d'accouchement comportant un des actes JQGA002, JQGA003, JQGA004 et JQGA005.		
Dénominateur	Nombre total d'accouchements	Séjours des racines de GHM 14Z09, 14Z10, 14Z11, 14Z12, 14C03, 14Z13, 14Z14, 14C06, 14C07, 14C08 (version v2017 de la classification des GHM)		
Interprétation	Cet indicateur est à analyser en fonction du profil de la maternité (cf. Carte d'identité) le taux de césarienne pouvant être plus élevé dans une maternité de recours. A noter qu'en 2008 la moyenne nationale est à 20,1%			
A croiser	P11 : Taux de péridurale Cl_A11 : Nombre d'accouchements CiI_E6 : Niveau de la maternité RH1 : Nombre d'accouchements/obstétriciens+SF			
Commentaire	Il est intéressant de regarder cet indicateur au vu des travaux de la FHF Selon une étude de la FHF, le taux de césariennes des 559 maternités qui prennent en charge les grossesses les moins risquées (niveau 1) en France et pratiquent au moins 200 accouchements par an peut varier entre 9,3% et 43,3%. Le taux de césariennes dans les maternités privées qui prennent en charge les grossesses sans risque particulier est un point de pourcentage au-dessus de celui des hôpitaux publics accueillant les grossesses pathologiques (niveau 3). Les césariennes seraient ainsi de plus en plus utilisées comme «facteur de l'organisation des naissances» ou pour «optimiser les coûts de production», selon cette étude. Le recours à la césarienne, planifié, permet en effet aux maternités de réduire le nombre de gardes de nuit et de week-end. La volonté de ne pas prendre de risques et de se prémunir contre des procès, ainsi que la multiplication des grossesses tardives expliquent également en partie ce phénomène.			

Indicateur P11

P11	Taux de péridurale (accouchements par voie basse)	1er niveau d'analyse
Cet indicateur met en évidence les pratiques médicales en obstétrique.		

Source	PMSI / PMSI (v2017)		Rang 1	S'exprime en %
Numérateur	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé	L'anesthésie péridurale est repérée par la présence de l'acte AFLB010 dans un GHM d'accouchement		
Dénominateur	Nombre total d'accouchements par voie basse	Séjours des racines de GHM 14Z09, 14Z10, 14Z11, 14Z12, 14C03, 14Z13, 14Z14		
Interprétation	<p>Cet indicateur, comme l'indicateur précédent sur le taux de césarienne, donne une indication sur la qualité de la prise en charge des patientes en obstétrique.</p> <p>Cet indicateur est à manier avec précaution, du fait notamment du contexte social ou des demandes qui peuvent différer d'une patiente à l'autre</p> <p>A noter qu'en 2008, la moyenne nationale s'élève à 72 %</p>			
A croiser	P10 : Taux de césarienne CI_A11 : Nombre d'accouchements CI_E6 : Niveau de la maternité RH1 : Nombre d'accouchements/obstétriciens+SF			
Commentaire				

Indicateur P12

P12	Taux de chirurgie ambulatoire	1er niveau d'analyse
Cet indicateur mesure le dynamisme de l'évolution des pratiques professionnelles chirurgicales vers l'ambulatoire dans l'établissement		

Source	PMSI / PMSI (v2017) GHM		Rang 1	S'exprime en %
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé			
Numérateur	Nombre de séjours chirurgicaux ambulatoires	Sont pris en compte les séjours de durée nulle (tels que date d'entrée = date de sortie) et classés en ASO=C. Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.		
Dénominateur	Nombre total de séjours chirurgicaux	Le nombre de séjours chirurgicaux s'entend au sens de la classification ASO du GHM (ASO C). Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.		
Interprétation	<p>Le développement de la chirurgie ambulatoire est une priorité actuelle des établissements de santé, dans une optique d'amélioration de la prise en charge des patients et de recherche d'efficience.</p> <p>Les endoscopies sont hors champ, parce qu'elles constituent une « variable d'ajustement » d'une activité chirurgicale qualifiée</p>			
A croiser	<p>P12_bis : Taux de chirurgie ambulatoire (selon le nouveau périmètre : GHM en C + 7 racines complémentaires) A4, A4bis : Parts de marché en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité/région P2 : IP-DMS en chirurgie (hors ambulatoire) A14 : Taux d'occupation/utilisation des lits en chirurgie (hors ambulatoire) P14 : Taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire P9 : Nombre d'ICR/salle d'intervention</p>			
Commentaire	<p>Interprétation : la valeur de cet indicateur doit être mise en regard de l'étendue géographique de sa zone d'attractivité, des pathologies prises en charge. Il peut, en seconde analyse, être décliné par geste marqueur (liste en annexe).</p>			

Indicateur P12_bis

P12_bis	Taux de chirurgie ambulatoire (GHM en C + 7 racines)	1er niveau d'analyse
Cet indicateur mesure le dynamisme de l'évolution des pratiques professionnelles chirurgicales vers l'ambulatoire dans l'établissement		

Source	PMSI / PMSI (v2017) GHM		Rang 1	S'exprime en %
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé			
Numérateur	Nombre de séjours chirurgicaux ambulatoires	Sont pris en compte les séjours de chirurgie GHM en C de durée nulle (tels que la date d'entrée = la date de sortie) hors CMD 14 et 15 et les séjours de 7 racines complémentaires : 03K02, 05K14, 11K07, 12K06, 09Z02, 14Z08 et 23Z03. Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.		
Dénominateur	Nombre total de séjours chirurgicaux	Sont compris les séjours de chirurgie GHM en C hors CMD 14 et 15 et les séjours de 7 racines complémentaires : 03K02, 05K14, 11K07, 12K06, 09Z02, 14Z08 et 23Z03. Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.		
Interprétation	<p>Le nouveau périmètre de la chirurgie ambulatoire est basé sur le 3ème caractère en C des GHM et donc indirectement sur les actes classant chirurgicaux. Toutefois, elle exclut par construction l'activité chirurgicale des CMD 14 (césarienne, curetage,,) et des CMD 15 (chirurgie néonatale). Il en découle une diminution des séjours classés en chirurgie par rapport au calcul basé sur la classification ASo, qui a pour objectif d'approcher le plus possible les séjours se déroulant dans des lits de chirurgie. Le nouveau périmètre permet néanmoins de repérer plus facilement les séjours avec un acte classant opératoire.</p> <p>La valeur de cet indicateur doit être mise au regard de l'étendue géographique de la zone d'attractivité de l'établissement et des pathologies prises en charge. Il peut, en seconde analyse, être décliné par geste marqueur (cf. Annexes 2 à 4 dans la rubrique « Menu Hopi Diag »).</p> <p>L'objectif est d'atteindre un taux global national de chirurgie ambulatoire (nouveau périmètre) de 66.2% à horizon 2020 (cf. Instruction DGOS du 28 septembre 2015).</p>			
A croiser	P12 : Taux de chirurgie ambulatoire (selon la classification Aso : GHM en C) A4, A4bis : Parts de marché en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité/région P2 : IP-DMS en chirurgie (hors ambulatoire) A14 : Taux d'occupation/utilisation des lits en chirurgie (hors ambulatoire) P14 : Taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire P9 : Nombre d'ICR/salle d'intervention			
Commentaire	Le développement de la chirurgie ambulatoire est une priorité des établissements de santé, dans une optique d'amélioration de la prise en charge des patients et de recherche d'efficacité.			

Indicateur P13

P13	Taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire	1er niveau d'analyse
Cet indicateur mesure le dynamisme de l'évolution des pratiques professionnelles chirurgicales vers l'ambulatoire, au travers de l'analyse des 18 gestes marqueurs (1° niveau de substitution).		

Source	PMSI / PMSI (v2017) <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">Rang 1</div> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">S'exprime en %</div> <div style="clear: both;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div>	
Numérateur	Nombre de séjours ambulatoires pour les 18 gestes marqueurs	Sont étudiés ici les séjours comportant au moins un acte de la liste d'actes définissant les 18 gestes marqueurs de chirurgie ambulatoire (cf. annexe 3) Sont pris en compte les séjours de durée nulle (tels que date d'entrée = date de sortie). Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.
Dénominateur	Nombre total de séjours pour les gestes marqueurs	Sont étudiés ici les actes CCAM correspondant aux 18 gestes marqueurs qu'ils soient réalisés en ambulatoire ou en hospitalisation traditionnelle
Interprétation	Le développement de la chirurgie ambulatoire est une priorité nationale, dans une optique d'amélioration de la prise en charge des patients et de recherche d'efficience. Le potentiel de chirurgie ambulatoire pour ces 18 gestes marqueurs est de 90%. En 2009, la moyenne nationale s'élève à 64%. La liste des 18GM a été élaborée conjointement par la CNAMTS et l'AFCA pour étudier les conditions de développement de la chirurgie ambulatoire en France. Elle conjugue à la fois une approche quantitative (l'intervention chirurgicale la plus fréquente en France pour chaque spécialité) et qualitative (niveau de complexité variable des interventions chirurgicales)	
A croiser	P12 : Taux de chirurgie ambulatoire A2, A2bis, A4, A4bis : Parts de marché en chirurgie/chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité/région P2 : IP-DMS en chirurgie A14 : Taux d'utilisation des lits en chirurgie P14 : Taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire P9 : Nombre d'ICR/salle d'intervention chirurgicale	
Commentaire	Interprétation : Il peut être pertinent d'analyser les actes complémentaires réalisés, en plus de ceux correspondants aux gestes marqueurs, qui peuvent expliquer une difficulté à prendre en charge en ambulatoire. Il peut-être pertinent de mettre en regard l'étendue géographique de la zone d'attractivité de l'établissement en chirurgie. A différencier de la liste des 17 gestes MSAP, constituée sur la base de la liste des 18 gestes marqueurs élaborée en 2001 dans le cadre de l'enquête CNAMTS sur les conditions de développement de la chirurgie ambulatoire, réalisée en partenariat avec l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ebs_25_pnir_chir_ambu_2003.pdf Un geste marqueur correspond à une ou plusieurs interventions chirurgicales d'une même spécialité, susceptibles d'être réalisées en ambulatoire et choisies à dire d'expert. Ce sont des procédures chirurgicales d'un niveau de technicité ou de complexité proche. Chaque geste correspond à un ou plusieurs actes repérés par un ou plusieurs codes du Catalogue des Actes Médicaux. Des gestes de niveaux différents ont été retenus : des actes classiques, fréquents et de faible niveau d'environnement, aux actes de « pointe ». Des actes ont été exclus parce qu'ils faisaient déjà l'objet d'une prise en charge ambulatoire dans la plupart des cas (exemple : pose de drains transtympaniques) ou en raison de la trop grande diversité des procédures chirurgicales concernées et d'un niveau de complexité potentiellement différent (exemple : ablation de matériel d'ostéosynthèse). Endoscopies et soins externes : Ces actes ne font pas partie du champ de la chirurgie ambulatoire « qualifiée et substitutive » mais ils sont une réalité de fonctionnement de certaines unités de chirurgie ambulatoire. Ils se rattachent à la chirurgie ambulatoire au sens des décrets de 1992, par la nécessité du recours au plateau technique ou du recours aux actes d'anesthésie. Leur prééminence dans une structure de chirurgie ambulatoire peut obérer le développement d'une chirurgie qualifiée et substitutive.	

Indicateur P14

P14	Taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire	1er niveau d'analyse
Cet indicateur reflète l'organisation au niveau de la chirurgie l'ambulatoire : il permet de mettre en évidence une sur ou sous capacité d'accueil des patients en chirurgie ambulatoire (hors endoscopies).		

Source	PMSI / (SAE [exercices antérieurs à 2013 : Q0102A, exercices postérieurs ou égaux à 2013 : MCO] * norme)		Rang 3	S'exprime en %
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé			
Numérateur	Nombre de séjours en chirurgie ambulatoire	Sont pris en compte les séjours de durée nulle (tels que date d'entrée = date de sortie) . Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés. ASO = C		
Dénominateur	Nombre de places en chirurgie ambulatoire * 220 jours	220 jours correspond au nombre de journées « exploitables » en chirurgie ambulatoire après déduction des samedis / dimanches / jours fériés / congés annuels		
Interprétation	Un taux supérieur à 100% révèle une forte rotation des places (plus d'un patient par place par jour) qui est habituelle dans le cas de certaines interventions chirurgicales (cataractes, carpiens, etc.) nécessitant une durée de séjour de quelques heures.			
A croiser	Nombre de Places, P12 : Taux de chirurgie ambulatoire, P13 : Taux des 18 gestes marqueurs, A2, A2bis, A4, A4bis : Parts de marché en chirurgie/chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité/région, P2 : IP-DMS en chirurgie, A14 : Taux d'utilisation des lits en chirurgie			
Commentaire				

Indicateur P15

P15	Indice de facturation	1er niveau d'analyse
L'indicateur cherche à mesurer l'efficacité de la chaîne de facturation de l'établissement, en mettant en évidence le manque à gagner lié à une facturation tardive des séjours à l'Assurance Maladie.		

Source	PMSI/ PMSI Tableau OVALIDE [1.V.5.EMM]: Evolution des montants mensuel par période de transmission par type de prestation (Public)	Rang 1	S'exprime en %
Numérateur	3- (Montant Avril M4/ Montant Avril M12 + Montant Mai M5 / Montant Mai M12 + Montant Juin M6 / Montant Juin M12)	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé	
Dénominateur	3	Ce taux mesure la performance de la chaîne de traitement de l'information dans le cadre de la fonction facturation	
Interprétation	L'objectif est de se rapprocher de 0. cet indicateur est évolutif dans le temps et comparable sur les 3 champs. Il est obtenu à partir des tableaux OVALIDE. Il indique les sorties de trésorerie lié à une facturation moins réactive. Pour information, le taux EURIBOR 3 mois est à 1,43% à fin mai 2011. Ce trimestre a été choisi car non dépendant des congés et lissé pour éviter les effets saisonniers.		
A croiser	F11_D : Créances patients et mutuelles non recouvrées		
Commentaire			

Indicateur P16

P16	Niveau d'atteinte des prérequis Hôpital Numérique		1er niveau d'analyse
Cet indicateur évalue la solidité des bases du système d'information de l'établissement de santé.			
Source	OSIS <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé	Rang 3	S'exprime en %
Numérateur	Cet indicateur se calcule de la manière suivante: 1. On calcule le taux d'atteinte par rapport à la cible pour toutes les valeurs OSIS qui concourent à la construction de l'indicateur P16 d'HospiDiag. Si au moins une valeur OSIS qui concoure à la construction de P16 n'a pas atteint la cible, alors un mécanisme vient minorer le taux des autres valeurs OSIS ayant atteint ou dépassé la cible (l'idée étant que P16 ne puisse atteindre ou dépasser 100% tant que l'établissement n'a pas atteint la cible partout dans OSIS). 2. Le résultat final de P16 est obtenu en calculant la moyenne pondérée des taux dans OSIS. Les valeurs dans OSIS dont le code a une lettre alphabétique à la fin sont pondérées à 0,5 et toutes les autres à 1 (Exemple: P1.1b dans OSIS pour "intégration de l'Identifiant National de Santé dans le référentiel d'identités des patients est pondéré à 0,5).		
Dénominateur			
Interprétation	Si P16 est inférieur à 100%, cela signifie que l'établissement n'a pas encore atteint la cible des prérequis Hôpital Numérique. Si P16 est égal à 100%, cela signifie que l'établissement a atteint la cible des prérequis Hôpital Numérique. Si P16 est supérieur à 100% et inférieur à 150%, cela signifie que l'établissement a atteint et dépassé la cible des prérequis Hôpital Numérique (Exemple: un établissement peut dépasser les 70% défini comme cible pour P1.3 concernant le « Taux d'applications au cœur du processus de soins, de la gestion administrative du patient et du PMSI connectées à un référentiel unique de séjours et de mouvements des patients »). Si P16 est égal à 150%, cela signifie que les bases du système d'information de l'établissement sont très solides.		
A croiser	CI-DF1 à CI-DF5		
Commentaire	Les valeurs de cet indicateur commencent à partir de l'année 2013.		

Indicateur RH1

RH1	Nombre d'accouchements par gynécologue-obstétricien et sage-femme		1er niveau d'analyse
Cet indicateur mesure le nombre d'accouchements réalisés par les équipes en obstétrique (obstétriciens et sages-femmes).			
Source	PMSI (v2017)/ SAE (Exercices antérieurs à 2013 : Q020A et Q23 - public, Q020B et Q23 - privé, exercices postérieurs ou égaux à 2013 : Q20 et Q23)		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Rang 3</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px;">S'exprime en Nb</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div>
Numérateur	Nombre d'accouchements	Le nombre d'accouchements correspondant au nombre de séjours des racines de GHM 14Z09, 14Z10, 14Z11, 14Z12, 14C03, 14Z13, 14Z14, 14C06, 14C07, 14C08 (Version v2017 de la classification des GHM).	
Dénominateur	ETP gynécologues - obstétriciens + ETP sages-femmes	<p>Les gynécologues-obstétriciens sont repérés par le code 2050 dans le questionnaire SAE Q20 (pour le public et le privé). Les sages-femmes sont repérées par le code 2800 dans le questionnaire SAE Q23 (pour le public et le privé). ATTENTION : Avant 2011, les établissements remontaient l'ensemble de leurs ETP dans la SAE ; à partir de la SAE 2011, les établissements remontent uniquement les ETP de leurs structures sanitaires, les personnels des structures médico-sociales et de formation ne sont donc plus comptabilisés.</p> <p>ATTENTION : Avant 2013, les ETP des libéraux étaient estimés à partir de la convention suivante : total effectif des libéraux exclusifs à temps plein*1 + total effectif des libéraux exclusifs à temps partiel * 0,5 + Total effectif des libéraux non exclusifs * 0,2 Depuis la SAE 2013, la notion d'exclusif/nonexclusif des praticiens libéraux a disparu : Les ETP sont désormais estimés à partir de la convention suivante : total effectif des libéraux à temps plein*1 + total effectif des libéraux à temps partiel * 0,5</p> <p>ATTENTION : Avant 2013, les ETP des salariés étaient estimés à partir des ETP au 31/12. Depuis la SAE 2013, tous les ETP (public et privé) sont désormais estimés à partir des ETP moyens annuels rémunérés.</p>	
Interprétation	<p>Deux modes d'organisation différents existent en obstétrique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans les établissements dans lesquels interviennent majoritairement des obstétriciens libéraux, les accouchements sont réalisés principalement par les obstétriciens - Dans les établissements dans lesquels interviennent des obstétriciens et sages-femmes salariés, les accouchements sont réalisés principalement par les sages-femmes. <p>Le décompte des ETP obstétriciens libéraux est basé sur une convention qui ne reflète pas nécessairement le temps de travail dans l'établissement. A noter : dans les établissements hospitalo-universitaires, les praticiens HU sont normalement décomptés comme 0,5 ETP.</p>		
A croiser	RH6 : Nombre de sages-femmes par obstétricien (dans le public), Nombre d'obstétriciens		
Commentaire	<p>Biais : L'indicateur ne comptabilise que les obstétriciens et les sages-femmes intervenant dans le secteur naissance. A lire en regard de l'Art. D. 712-84 du Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique et du nombre de naissances et du niveau de la maternité. Demeure un indicateur de productivité eu égard au nombre de naissances de l'établissement (biais de comparaison avec les établissements O).</p>		

Indicateur RH2

RH2	Nombre d'ICR d'anesthésie par anesthésiste et IADE	1er niveau d'analyse
Cet indicateur mesure l'activité chirurgicale par les équipes d'anesthésie (anesthésiste et IADE).		

Source	PMSI (table des ICR) / SAE (Exercices antérieurs à 2013 : Q020A et Q23 - public, Q020B et Q23 - privé, exercices postérieurs ou égaux à 2013 : Q20 et Q23)	Rang 3	S'exprime en Nb
		<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé	
Numérateur	Nombre d'ICR des actes avec code d'activité 4	Ce sont les ICR avec code d'activité 4. La valorisation des actes opératoires classant majeurs et mineurs se fait par la table des ICR publics. Cette table intègre les 3 dimensions de l'indice : environnement, personnel non médical, personnel médical (La table des ICR privés omet la dimension médicale). Les endoscopies ne sont pas prises en compte. . Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.	
Dénominateur	ETP anesthésistes-réanimateurs + ETP IADE	Les anesthésistes-réanimateurs sont repérés par le code 1030 dans le questionnaire SAE Q20 (pour le public et le privé). Les IADE sont repérées par le code 2310 dans le questionnaire SAE Q23 (pour le public et le privé). ATTENTION : Avant 2011, les établissements remontaient l'ensemble de leurs ETP dans la SAE ; à partir de la SAE 2011, les établissements remontent uniquement les ETP de leurs structures sanitaires, les personnels des structures médico-sociales et de formation ne sont donc plus comptabilisés. ATTENTION : Avant 2013, les ETP des libéraux étaient estimés à partir de la convention suivante : total effectif des libéraux exclusifs à temps plein*1 + total effectif des libéraux exclusifs à temps partiel * 0,5 + Total effectif des libéraux non exclusifs * 0,2 Depuis la SAE 2013, la notion d'exclusif/nonexclusif des praticiens libéraux a disparu : Les ETP sont désormais estimés à partir de la convention suivante : total effectif des libéraux à temps plein*1 + total effectif des libéraux à temps partiel * 0,5 ATTENTION : Avant 2013, les ETP des salariés étaient estimés à partir des ETP au 31/12. Depuis la SAE 2013, tous les ETP (public et privé) sont désormais estimés à partir des ETP moyens annuels rémunérés.	
Interprétation	La notion d'ICR a été privilégiée à la notion d'actes afin de tenir compte de la lourdeur des interventions réalisées Deux modes d'organisation différents existent : - Dans les établissements dans lesquels interviennent majoritairement des libéraux, les ETP IADE ne sont pas nécessairement recensées, dans la mesure où elles sont employées par l'anesthésiste. - Dans les établissements dans lesquels interviennent des personnels salariés, les ETP IADE sont renseignées et ont un rôle plus important . Les équipes d'anesthésie interviennent également pour des endoscopies (non prises en compte dans les ICR chirurgicaux). Dans le cas d'un ratio relativement faible, il est donc pertinent de compléter l'analyse de l'activité des anesthésistes et IADE par une étude du nombre d'endoscopies réalisées (cf. carte d'identité). Le décompte des ETP anesthésistes libéraux est basé sur une convention qui ne reflète pas nécessairement le temps de travail dans l'établissement. A noter : Dans les établissements hospitalo-universitaires, les praticiens HU sont normalement décomptés comme 0,5 ETP.		
A croiser	RH5 :Nombre d'IADE par anesthésiste (dans le public), Carte d'identité - Nombre d'anesthésistes		
Commentaire	Biais : Quand l'établissement ne compte pas directement d'ETP d'anesthésistes puisqu'il existe une fédération avec un autre établissement, les ICR sont donc rapportés aux ETP d'IADE uniquement. ATTENTION au périmètre et à la comparaison avec le privé : les ETP SAE prennent en compte tous les médecins anesthésistes de l'établissement, y compris ceux des urgences, des différentes équipes de vigilance (hémovigilance, hygiène) et les lignes de garde (qui sont très consommatrices en temps ARE). Dans le privé, les anesthésistes n'ont pas les mêmes contraintes que dans le public. Il faudrait donc ne prendre en compte que les ARE qui produisent. La SAE ne permet pas de repérer les anesthésistes qui produisent des ARE des autres Interprétation : le mode de calcul se base sur le nombre d'ETP à fin décembre, il n'est donc pas toujours le reflet des ETP ayant travaillé dans l'année. Cet aspect doit être pris en compte s'il y a du turn over dans l'année.		

Indicateur RH3

RH3	Nombre d'ICR chirurgicaux par chirurgien	1er niveau d'analyse
Cet indicateur mesure l'activité chirurgicale du personnel médical en chirurgie.		
Source	PMSI (table des ICR) / SAE (Exercices antérieurs à 2013 : Q020A - public, Q020B - privé, exercices postérieurs ou égaux à 2013 : Q20) <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px; margin-left: 10px;">Rang 3</div> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px; margin-left: 10px;">S'exprime en Nb</div> <div style="clear: both;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div>	
Numérateur	Nombre d'ICR des actes avec code d'activité 1 Ce sont les ICR avec code d'activité 1 . La valorisation des actes opératoires classant majeurs et mineurs se fait par la table des ICR publics. Cette table intègre les 3 dimensions de l'indice : environnement, personnel non médical, personnel médical. La table des ICR privés omet la dimension médicale . Les endoscopies ne sont pas prises en compte. Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.	
Dénominateur	ETP chirurgiens Les chirurgiens sont repérés par le code 2000 (hors 2050 - gynécologues-obstétriciens) dans le questionnaire SAE Q20 (pour le public et le privé). ATTENTION : Avant 2011, les établissements remontaient l'ensemble de leurs ETP dans la SAE ; à partir de la SAE 2011, les établissements remontent uniquement les ETP de leurs structures sanitaires, les personnels des structures médico-sociales et de formation ne sont donc plus comptabilisés. ATTENTION : Avant 2013, les ETP des libéraux étaient estimés à partir de la convention suivante : total effectif des libéraux exclusifs à temps plein*1 + total effectif des libéraux exclusifs à temps partiel * 0,5 + Total effectif des libéraux non exclusifs * 0,2 Depuis la SAE 2013, la notion d'exclusif/nonexclusif des praticiens libéraux a disparu : Les ETP sont désormais estimés à partir de la convention suivante : total effectif des libéraux à temps plein*1 + total effectif des libéraux à temps partiel * 0,5 ATTENTION : Avant 2013, les ETP des salariés étaient estimés à partir des ETP au 31/12. Depuis la SAE 2013, tous les ETP (public et privé) sont désormais estimés à partir des ETP moyens annuels rémunérés.	
Interprétation	La notion d'ICR a été privilégiée à la notion d'actes afin de tenir compte de la lourdeur des interventions réalisées. Les équipes chirurgicales interviennent également pour des endoscopies (non prises en compte dans les ICR chirurgicaux). Dans le cas d'un ratio relativement faible, il est donc pertinent de compléter l'analyse de l'activité des chirurgiens par une étude du nombre d'endoscopies réalisées (cf. carte d'identité). Les IBODE ne pouvant être en délégation du chirurgien, elles ne sont pas prises en compte au dénominateur de l'indicateur . Le décompte des ETP chirurgiens libéraux est basé sur une convention qui ne reflète pas nécessairement le temps de travail dans l'établissement. A noter : Dans les établissements hospitalo-universitaires, les praticiens HU sont normalement décomptés comme 0,5 ETP.	
A croiser	P9 : ICR par salle d'intervention chirurgicale, RH2 : ICR par anesthésiste et IADE	
Commentaire		

Indicateur RH4

RH4	Nombre d'IDE et d'AS par cadre infirmier	1er niveau d'analyse
Cet indicateur donne une idée de la structure des équipes de cadres. Il permet de détecter un potentiel sureffectif en cadres.		

Source	SAE / SAE (Q23)		Rang 3	S'exprime en Nb
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé			
Numérateur	ETP Infirmiers non spécialisés + ETP Aides-soignants	Les ETP infirmiers non spécialisés et les aides-soignants sont repérés par le code 2210 et 2510 dans le questionnaire SAE Q23 (pour le public et le privé).		
Dénominateur	ETP cadres infirmiers	<p>Les ETP cadres infirmiers sont repérés par le code 2120 dans le questionnaire SAE Q23 (pour le public et le privé)</p> <p>. Les ETP cadres infirmiers ne sont pas spécifiques MCO .</p> <p>Comprend également les faisant fonction de cadres. ATTENTION : Avant 2011, les établissements remontaient l'ensemble de leurs ETP dans la SAE ; à partir de la SAE 2011, les établissements remontent uniquement les ETP de leurs structures sanitaires, les personnels des structures médico-sociales et de formation ne sont donc plus comptabilisés.</p> <p>ATTENTION : Avant 2013, les ETP des salariés étaient estimés à partir des ETP au 31/12. Depuis la SAE 2013, tous les ETP (public et privé) sont désormais estimés à partir des ETP moyens annuels rémunérés.</p>		
Interprétation	<p>L'indicateur permet de définir si l'on se trouve dans une situation de sur encadrement ou de sous encadrement. Il est alors pertinent, en second niveau d'analyse, de s'intéresser aux tâches effectuées et au rôle joué par les cadres de santé des services de soins (planning, formation etc.) et d'évaluer une possible diversification : contrôle de gestion, gestion de projets...</p> <p>Un premier biais peut être introduit par le personnel de remplacement, plus difficilement remonté (CDD, intérim), ce qui peut conduire à minorer artificiellement l'indicateur</p> <p>. Un second biais peut être lié à la prise en compte dans les ETP cadres infirmiers des cadres assurant la formation à l'IFSI ou autres (ex : directrice de crèche...).</p> <p>Un autre biais peut concerner les faisant fonctions de cadres car la plupart d'entre eux continuent à effectuer leur mission soignante et sont à cheval sur les 2 missions ce qui peut conduire à majorer artificiellement le nombre de cadres.</p>			
A croiser	Carte d'identité - présence d'une IFSI			
Commentaire	<p>Egalement sur 2009 ont été intégrés les CDD.</p> <p>Biais : certaines équipes comportent des kiné et orthophonistes (SSR) ou seulement des AS (gériatrie). Il n'est pas possible de distinguer dans la SAE les cadres infirmiers spécialisés des non spécialisés. Le nombre d'IDE et d'AS non spécialisés est donc bien rapporté au total des cadres infirmiers : spécialisés et non spécialisés. De plus, nous disposons des ETP rémunérés en décembre y compris pour le personnel de remplacement. Nous ne disposons donc pas des ETP budgétés.</p>			

Indicateur RH5

RH5	Nombre d'IADE par anesthésiste	1er niveau d'analyse
Cet indicateur reflète la structure des équipes d'anesthésie dans les établissements publics et ESPIC.		

Source	SAE / SAE (Exercices antérieurs à 2013 : Q020A et Q23 - public, Q020B et Q23 - privé, exercices postérieurs ou égaux à 2013 : Q20 et Q23)	
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé	Rang 3
		S'exprime en Nb
Numérateur	ETP IADE	Les IADE sont repérées par le code 2310 dans le questionnaire SAE Q23.
Dénominateur	ETP anesthésistes-réanimateurs	<p>Les anesthésistes-réanimateurs sont repérés par le code 1030 dans le questionnaire SAE Q20 (pour le public et le privé).</p> <p>ATTENTION : avant 2011, les établissements remontaient l'ensemble de leurs ETP dans la SAE ; à partir de la SAE 2011, les établissements remontent uniquement les ETP de leurs structures sanitaires, les personnels des structures médico-sociales et de formation ne sont donc plus comptabilisés.</p> <p>ATTENTION : Avant 2013, les ETP des libéraux étaient estimés à partir de la convention suivante : total effectif des libéraux exclusifs à temps plein*1 + total effectif des libéraux exclusifs à temps partiel * 0,5 + Total effectif des libéraux non exclusifs * 0,2 Depuis la SAE 2013, la notion d'exclusif/nonexclusif des praticiens libéraux a disparu : Les ETP sont désormais estimés à partir de la convention suivante : total effectif des libéraux à temps plein*1 + total effectif des libéraux à temps partiel * 0,5</p> <p>ATTENTION : Avant 2013, les ETP des salariés étaient estimés à partir des ETP au 31/12. Depuis la SAE 2013, tous les ETP (public et privé) sont désormais estimés à partir des ETP moyens annuels rémunérés.</p>
Interprétation	<p>Deux modes d'organisation différents existent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans les établissements dans lesquels interviennent majoritairement des libéraux, les ETP IADE ne sont pas nécessairement recensées, dans la mesure où elles sont employées par l'anesthésiste. - Dans les établissements dans lesquels interviennent des personnels salariés, les ETP IADE remontent et ont un rôle plus important <p>.</p> <p>Le décompte des ETP anesthésistes libéraux est basé sur une convention qui ne reflète pas nécessairement le temps de travail dans l'établissement.</p> <p>A noter : Dans les établissements hospitalo-universitaires, les praticiens HU sont normalement décomptés comme 0,5 ETP. Au-delà de 2 IADE par anesthésiste, l'organisation peut être discutée.</p>	
A croiser	RH2 : Nombre d'ICR anesthésiques par anesthésiste et IADE	
Commentaire		

Indicateur RH6

RH6	Nombre de sages-femmes par gynécologue-obstétricien	1er niveau d'analyse
Cet indicateur reflète la structure des équipes d'obstétrique dans les établissements publics et espic		

Source	SAE / SAE (Exercices antérieurs à 2013 : Q020A et Q23 - public, Q020B et Q23 - privé, exercices postérieurs ou égaux à 2013 : Q20 et Q23)	Rang 3	S'exprime en Nb
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur	ETP sages-femmes	Les sages-femmes sont repérées par le code 2800 dans le questionnaire SAE Q23.	
Dénominateur	ETP gynécologues-obstétriciens	<p>Les gynécologues-obstétriciens sont repérés par le code 2050 dans le questionnaire Q20 (pour le public et le privé).</p> <p>ATTENTION : avant 2011, les établissements remontaient l'ensemble de leurs ETP dans la SAE ; à partir de la SAE 2011, les établissements remontent uniquement les ETP de leurs structures sanitaires, les personnels des structures médico-sociales et de formation ne sont donc plus comptabilisés.</p> <p>ATTENTION : Avant 2013, les ETP des libéraux étaient estimés à partir de la convention suivante : total effectif des libéraux exclusifs à temps plein*1 + total effectif des libéraux exclusifs à temps partiel * 0,5 + Total effectif des libéraux non exclusifs * 0,2</p> <p>Depuis la SAE 2013, la notion d'exclusif/non exclusif des praticiens libéraux a disparu : Les ETP sont désormais estimés à partir de la convention suivante : total effectif des libéraux à temps plein*1 + total effectif des libéraux à temps partiel * 0,5</p> <p>ATTENTION : Avant 2013, les ETP des salariés étaient estimés à partir des ETP au 31/12. Depuis la SAE 2013, tous les ETP (public et privé) sont désormais estimés à partir des ETP moyens annuels rémunérés.</p>	
Interprétation	<p>Deux modes d'organisation différents existent en obstétrique :</p> <p>Dans les établissements dans lesquels interviennent majoritairement des obstétriciens libéraux, les accouchements sont réalisés principalement par les obstétriciens</p> <p>Dans les établissements dans lesquels interviennent des obstétriciens et sages-femmes salariés, les accouchements sont réalisés principalement par les sages-femmes.</p> <p>Le décompte des ETP obstétriciens libéraux est basé sur une convention qui ne reflète pas nécessairement le temps de travail dans l'établissement.</p> <p>A noter : dans les établissements hospitalo-universitaires, les praticiens HU sont normalement décomptés comme 0,5 ETP. Dans les cas où les obstétriciens sont plus nombreux, il peut être intéressant de voir s'ils sont spécialisés en chirurgie gynécologique</p>		
A croiser	RH1 : Nombre d'accouchements par obstétricien et sage-femme, Nombre d'obstétriciens, Cl_E6 : Niveau de la maternité		
Commentaire	Voir remarques indicateur RH1 Biais : les décrets périnatalité prévoient que la nuit, les sages-femmes peuvent être remplacées par des IDE, ce qui peut entraîner des différences entre établissements selon l'organisation choisie.		

Indicateur RH7

RH7	Nombre moyen d'heures travaillées (personnel non médical)	1er niveau d'analyse
Cet indicateur mesure la durée moyenne du temps de travail du personnel non médical dans l'établissement		

Source	DADS ou bilan social / SAE	Rang 3	S'exprime en Nb
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur	Nombre d'heures produites dans l'année		
Dénominateur	Effectif moyen payé		
Interprétation	<p>Le temps de travail annuel des PNM est fixé à 1 607h pour le personnel de jour et à 1 470h pour le personnel de nuit (Circulaire du 04/01/2002). Toutefois, compte tenu des accords locaux, le nombre de jours travaillés varie suivant les établissements.</p> <p>A noter : en l'absence de sources d'informations fiables à l'heure actuelle, les contractuels ne sont pas pris en compte : seuls les titulaires sont concernés.</p> <p>A noter : Le temps de travail dépend de l'activité (activité continue ou non). Le temps de travail de nuit peut donc fausser l'indicateur d'un établissement à l'autre.</p>		
A croiser	P1 : Coût du personnel non médical des services cliniques rapporté aux recettes		
Commentaire	FICHE EN CONSTRUCTION - INDICATEUR NON ALIMENTE		

Indicateur RH8

RH8	Taux d'absentéisme pour motif médical du personnel non médical	1er niveau d'analyse
Cet indicateur mesure le niveau d'absentéisme dans l'établissement du personnel non médical, pour tous motifs médicaux confondus		

Source	Bilan social / Bilan social.		Rang 3	S'exprime en %
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé			
Numérateur	Nombre total de jours d'absence du personnel non médical pour tous motifs médicaux confondus	Comprend toutes les absences non prévisibles, quels qu'en soient les motifs : - maladies ordinaires (dont arrêts maladies précédents congés maternité) - longues maladies, maladies de longue durée - accidents du travail et de trajet - maladies professionnelles, maladies imputables contractée dans l'exercice des fonctions ou à caractère professionnel		
Dénominateur	365 * ETP moyen du PNM			
Interprétation	Cet indicateur est alimenté pour les publics et les ESPIC de plus de 300 salariés. L'analyse des bilans sociaux 2012 donnent un taux moyen d'absentéisme global du PNM de 7,4% sur 188 ES. Un indicateur portant sur les absences de courte durée (maladies ordinaires < 6 jours) permet d'appréhender le climat social au sein de l'établissement, en second niveau d'analyse. Cet indicateur devrait être calculé pour le PM quand il est salarié.			
A croiser	RH9 : Turn-over global du PNM			
Commentaire				

Indicateur RH9

RH9	Turn-over global du PNM	1er niveau d'analyse
<p>Cet indicateur permet de mesurer la rotation du personnel non médical dans l'établissement. Le turn-over est également un levier d'ajustement de la masse salariale, en cas de non remplacement du personnel sortant.</p>		

Source	Bilan social / Bilan social. <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">Rang 3</div> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">S'exprime en %</div> <div style="clear: both;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé </div>
Numérateur	<div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> <p>(Somme du nombre d'arrivées d'agents dans l'établissement et du nombre de départs d'agents hors de l'établissement, au cours de l'année considérée) / 2</p> </div> <div style="flex: 1; border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;"> <p>Comprend tous les départs définitifs, quels qu'en soient les motifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - démission, - licenciement ou révocation, - mutation ou détachement vers un autre établissement juridique - départs vers la fonction publique territoriale ou d'Etat, - retraite - décès - congés parental à taux plein - rupture conventionnelle - suite à fin de contrat - disponibilité, congé sans solde (>= 6 mois), congé sabbatique </div> </div>
Dénominateur	<div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> <p>Effectif physique moyen du personnel non médical de l'établissement sur l'année considérée</p> </div> <div style="flex: 1; border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;"> <p>Somme des effectifs physiques à chaque fin de mois, divisé par 12</p> </div> </div>
Interprétation	<ul style="list-style-type: none"> - Cet indicateur est alimenté pour les ES publics et ESPIC de plus de 300 salariés - Il est nécessaire de distinguer les établissements de la région parisienne du reste de la France, la région Ile de France connaissant un turn over plus important du fait d'une mobilité intra-région parisienne importante - A noter ; Il faut faire attention à ce que l'on considère comme un départ (ex : congés parentaux, mise en disponibilité...) : l'interprétation de l'indicateur diffère selon les types de départs. - Il faudra analyser également les motifs de départs dont le nombre de départs en retraite au cours de l'année N pour le PNM (dont soignant) - Cet indicateur devrait être calculé pour le PM quand il est salarié
A croiser	RH8 : taux d'absentéisme pour motif médical du PNM
Commentaire	<p>A partir des données 2015, il est précisé que la notion de départs utilisée dans le calcul de l'indicateur ne prend en compte que les agents permanents (titulaires et stagiaires, CDI, CDD sur emplois permanents, hors CDD de remplacements et emplois saisonniers) sortants de la structure. Elle ne tient pas compte des mouvements liés aux mobilités internes (mutation inter services etc.), mais seulement aux sorties externes. Les agents mis à disposition ne doivent pas être comptabilisés. Il y a donc un potentiel risque de rupture avec les données des années antérieures à 2015.</p>

Indicateur RH10

RH10	Interim médical	1er niveau d'analyse
Cet indicateur permet de mesurer la difficulté de l'établissement à pourvoir les postes de personnel médical.		

Source	ICARE <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">Rang 2</div> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">S'exprime en %</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé </div>	
Numérateur	Budget PM extérieur	621.13 Personnel intérimaire médical
Dénominateur	masse salariale PM	642 Rémunérations du personnel médical + 645.2 Charges de Sécurité Sociale et de prévoyance PM + 647.2 Autres charges sociales PM
Interprétation	A noter ; cet indicateur n'existe pas pour les établissements privés. Cet indicateur porte sur l'ensemble des soins, MCO, SSR etc.	
A croiser	CI - RH	
Commentaire		

Indicateur F1_D

F1_D	Taux de marge brute	1er niveau d'analyse
<p>Cet indicateur mesure la « marge » que l'établissement dégage sur son exploitation « courante » pour financer ses charges financières, d'amortissement et de provisions, c'est-à-dire pour financer ses investissements.</p>		

Source	Comptes financiers : C3, B1 (comptes 7087 et 7722)	Rang 2	S'exprime en %
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé </div>		
Numérateur	Crédits des comptes "produits courants de fonctionnement" - Débit des comptes "charges courantes de fonctionnement" retraités des remboursements des budgets annexes		Comptes (70 +71+72+73+74+75+7722 sauf 7087) - Comptes (60+61+62+63+64+65)
Dénominateur	Crédits des comptes "produits courants de fonctionnement"		Comptes 70 +71+72+73+74+75+7722 sauf 7087)
Interprétation	<p>Un taux insuffisant témoigne de l'incapacité de l'établissement à couvrir ses investissements actuels et futurs et leur financement. Attention : si l'établissement a un projet très important à financer (ex : une reconstruction totale), l'analyse approfondie du PPI et du PGFP sont incontournables.</p> <p>Dans de nombreux cas dans le secteur public, plusieurs facteurs peuvent biaiser cet indicateur qui doit dans ce cas être retraité. L'analyse doit veiller à corriger ces facteurs. Cf. annexe pour la description du processus de retraitement. La notion de marge brute, en pratique se rapproche de l'EBE (excédent brut d'exploitation) du privé, appelé aussi EBITDA (Earnings before interest, taxes, dépréciation and amortization)</p>		
A croiser	F2_D : Taux de CAF		
Commentaire	<p>Cet indicateur ne tient pas compte des dotations aux provisions ni des reprises. La valeur du coefficient de transition impacte ce taux. Ce calcul sera un peu différent pour les établissements privés (EBITDAR = un excédent brut d'exploitation avant loyers). La marge brute ne permet pas de mettre en évidence les amortissements et provisions de l'exercice.</p>		

Indicateur F2_D

F2_D	Taux de CAF	1er niveau d'analyse
<p>Cet indicateur permet d'apprécier la capacité de l'activité de l'établissement à investir. Il mesure la « marge » que l'établissement dégage sur son exploitation « courante », laquelle permet, au plan comptable de couvrir les charges d'amortissements et de provisions et, au plan financier, de dégager de la trésorerie utilisée pour le remboursement des dettes existantes et pour financer tout ou partie des nouveaux investissements.</p>		

Source	Comptes financiers Onglets B3 / C3		Rang 2	S'exprime en %
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé </div>			
Numérateur	CAF	CAF = Solde des comptes : 12 « Résultat de l'exercice » + 675 « Valeur comptable des éléments d'actif cédés » + 68 « Dotation aux amortissements et aux provisions » - 775 « Produits des cessions d'immobilisations » - 777 « Quote-part des subventions amortissables transférées au compte de résultat » - 78 « Reprises sur amortissements et provisions »		
Dénominateur	Total des produits	Solde des comptes : Produits d'exploitation (70 à 75 + 781 + 791 - sd709) + Produits financiers (76) + Produits exceptionnels (77 + 7874 + 7876 + 797)		
Interprétation	<p>Un taux insuffisant témoigne de l'incapacité de l'établissement à couvrir ses investissements futurs et leur financement. Attention : si l'établissement a un projet très important à financer (comme une reconstruction totale), l'analyse approfondie du PPI et du PGFP sont incontournables.</p> <p>Dans le secteur privé, ce taux peut être biaisé par le paiement de loyers à une SCI propriétaire ou par l'acquisition des locaux via un crédit bail (par des loyers de PPP dans le public)</p> <p>Dans le secteur public, plusieurs facteurs peuvent biaiser cet indicateur qui doit dans ce cas être retraité : crédits exceptionnels, reports de charges (ex : cf. charges sur exercices antérieurs - compte 67), ...</p>			
A croiser	F1_D : Taux de marge brute			
Commentaire	Cet indicateur ne tient pas compte des dotations aux provisions ni des reprises. La valeur du coefficient de transition impacte ce taux.			

Indicateur F3_D

F3_D	Taux de CAF nette	1er niveau d'analyse
<p>Cet indicateur mesure la capacité structurelle (hors effet éventuel du résultat de l'exercice ainsi que des provisions par essence aléatoires et non pérennes) de l'établissement à autofinancer le renouvellement de ses immobilisations.</p> <p>Si l'établissement est un établissement en Insuffisance d'auto-financement ie CAF <0 alors cet indicateur n'est pas calculé. Par contre, si ce ratio est négatif, il est affiché.</p>		

Source	Comptes financiers : Onglets B4 (emplois) / B4	Rang 2	S'exprime en %
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé </div>		
Numérateur	CAF - Annuité de remboursement du capital de la dette	CAF - Annuité de remboursement du capital de la dette = CAF - (Total des débits des comptes 16 « Emprunts et dettes assimilées », - sauf 1688 "intérêts courus non échus" après retraitement des débits afférents aux renégociations d'emprunts, aux remboursements anticipés des emprunts et aux opérations de l'année sur les ouvertures de crédits long terme renouvelables (OCLTR) qui sont déduits de manière à obtenir l'« image » de l'annuité réelle de la dette, 166 « Refinancement de la dette » et 16449 "opérations afférentes à l'option de tirage sur ligne des trésorerie")	
Dénominateur	CAF	CAF = Solde des comptes : 12 « Résultat de l'exercice » + 675 « Valeur comptable des éléments d'actif cédés » + 68 « Dotation aux amortissements et aux provisions » -775 « Produits des cessions d'immobilisations » - 777 « Quote-part des subventions amortissables transférées au compte de résultat » - 78 « Reprises sur amortissements et provisions »	
Interprétation	<p>Ce ratio mesure la part de l'autofinancement absorbée par le remboursement en capital de la dette. Plus le ratio est élevé, plus l'établissement dispose d'autofinancement réel à consacrer au financement de ses investissements (dont le renouvellement des immobilisations).</p> <p>Un ratio négatif peut signifier que l'établissement réalise des emprunts pour rembourser une partie de sa dette (et non pour investir) ou qu'il y a une forte discordance entre les durées d'emprunts et les durées d'amortissements des biens (exemple : des durées d'emprunts nettement inférieures aux durées d'amortissements retenues).</p> <p>Un ratio négatif n'indique pas nécessairement une gestion inquiétante : il faut le croiser avec le FR et la trésorerie dans le cadre de l'analyse du PPI.</p>		
A croiser	F4_D : Durée apparente de la dette, CI_F11_D : CAF, CI_F14_D : Fonds de roulement net global, CI_F16_D : Trésorerie		
Commentaire	Cet indicateur ne tient pas compte des dotations aux provisions ni des reprises. La valeur du coefficient de transition impacte ce taux.		

Indicateur F4_D

F4_D	Duree apparente de la dette	1er niveau d'analyse
<p>Cet indicateur permet d'apprécier la capacité d'un établissement à rembourser sa dette. C'est un indicateur central dans l'appréhension du niveau d'endettement relatif de l'établissement. Quand la CAF est négative, ce ratio n'est pas calculé.</p>		

Source	Comptes financiers : Onglets E1 (passif) / B4		Rang 2	S'exprime en Années
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé			
Numérateur	Encours de la dette au 31.12.N	Compte 163 « Emprunts Obligataires » + Compte 164 « Emprunts auprès des établissements de crédit » + Comptes 165, 167, 168 « Emprunts et dettes financières divers »		
Dénominateur	CAF	Solde des comptes : 12 « Résultat de l'exercice » + 675 « Valeur comptable des éléments d'actif cédés » + 68 « Dotation aux amortissements et aux provisions » -775 « Produits des cessions d'immobilisations » - 777 « Quote-part des subventions amortissables transférées au compte de résultat » - 78 « Reprises sur amortissements et provisions »		
Interprétation	Le ratio de durée apparente de la dette permet de mesurer, au 31.12.N, le nombre d'années d'autofinancement nécessaire pour éteindre l'encours de la dette si l'ensemble des ressources d'autofinancement étaient consacrées à cet objectif. Plus le ratio est élevé, moins l'établissement dispose de marge pour financer le remboursement de sa dette, le renouvellement de ses immobilisations et des investissements nouveaux le cas échéant.			
A croiser	Capacité de remboursement des emprunts, F3_D : Taux de CAF nette			
Commentaire	Interprétation : Cet indicateur se base sur la CAF d'une année pour analyser une dette à long terme. La variabilité de cette CAF doit être analysée.			

Indicateur F5_D

F5_D	Ratio d independance financiere	1er niveau d'analyse
Cet indicateur mesure le taux de dépendance financière de l'établissement et donc les marges de manoeuvre permettant d'envisager de nouveaux emprunts.		

Source	Comptes financiers : Onglets E1 (passif) / E1 (passif)		Rang 2	S'exprime en %
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé			
Numérateur	Encours de la dette au 31.12.N	Compte 163 « Emprunts Obligataires » + Compte 164 « Emprunts auprès des établissements de crédit » + Comptes 165, 167, 168 « Emprunts et dettes financières divers »		
Dénominateur	Capitaux permanents	Soldes des comptes : 10 « Apports, dotations, réserves » + 11 « Report à nouveau » + 12 « Résultat de l'exercice » + 13 « Subventions d'investissement » + 14 « Provisions réglementées » + 15 « Provisions pour risques et charges » + 163 « Emprunts obligataires » + 164 « Emprunts auprès des établissements de crédit » + « Emprunts et dettes financières divers »		
Interprétation	Mal nommé, le ratio d'indépendance financière mesure en fait le poids de l'endettement dans l'ensemble des ressources stables ou capitaux permanents (passif, haut de bilan). Plus il est élevé, plus l'ES est dépendant financièrement des banques et plus sa capacité d'emprunts est réduite. Il est considéré qu'il ne devrait pas excéder 50%.			
A croiser	F4_D : Durée apparente de la dette, Capacité de remboursement des emprunts			
Commentaire				

Indicateur F6_D

F6_D	Intensité d'investissement	1er niveau d'analyse
Cet indicateur permet de mesurer la dynamique d'investissement de l'établissement.		

Source	Comptes financiers : Onglets B4/C3		Rang 2	S'exprime en %
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé			
Numérateur	Flux d'investissements de l'année	Total EMPLOIS Titre 2 « Immobilisations » : 20 « Immobilisations incorporelles » + 211 « Terrains » + 212 « agencements et aménagements de terrains » + 213 « Construction sur sol propre » + 214 « Constructions au sol d'autrui » + 215 « Installations techniques, matériel et outillage industriel » + 218 « Autres immobilisations corporelles » + 23 « Immobilisations en cours »		
Dénominateur	Total des produits	Total des réalisations : Produits d'exploitation (70 à 75 +781+791-sd709) + Produits financiers (76) + Produits exceptionnels (77 + 7874 + 7876 + 797)		
Interprétation	Ce ratio traduit l'intensité des investissements de l'établissement. Éventuellement l'analyse doit être complétée par celle des taux de vétusté puis d'une étude approfondie du PPI.			
A croiser	F7_D : Taux de vétusté des équipements, F8_D : Taux de vétusté des bâtiments			
Commentaire				

Indicateur F7_D

F7_D	Taux de vétuste des équipements	1er niveau d'analyse
Cet indicateur mesure le besoin de renouvellement des équipements		

Source	Comptes financiers : Onglets E1	Rang 2	S'exprime en %
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé		
Numérateur	Amortissements cumulés des équipements	Soldes créditeurs des comptes : 2815 « Amortissements des installations techniques, matériel et outillage industriel » + 2818 « Amortissements des autres immobilisations corporelles » + 2915 « Dépréciations des installations techniques, matériel et outillage industriel » + 2918 « Dépréciations des autres immobilisations corporelles »	
Dénominateur	Valeur brute des équipements	Soldes débiteurs des comptes : 215 « Installations techniques, matériel et outillage industriel » + 218 « Autres immobilisations corporelles »	
Interprétation	Il mesure la part moyenne des équipements déjà amortis et permet d'estimer la vétusté moyenne de ceux-ci.		
A croiser	F8_D : Taux de vétusté des bâtiments, F6_D : Intensité de l'investissement		
Commentaire	<p>Interprétation : les normes d'amortissement sont variables selon les logiques d'entreprise. La comparaison entre établissements de cet indicateur doit être prudente du fait de l'hétérogénéité des pratiques en termes de durée d'amortissement et de mise au rebut. Il faudrait croiser ce taux avec la durée d'amortissement. Se référer aux taux indicatifs donnés réglementairement pour vérifier que le taux de vétusté n'est pas biaisé. Pour les immobilisations corporelles, il s'agit de développer la pratique du prorata temporis.</p>		

Indicateur F8_D

F8_D	Taux de vétuste des batiments	1er niveau d'analyse
Cet indicateur mesure le besoin de rénovation/reconstruction des bâtiments		

Source	Comptes financiers : Onglet E1		Rang 2	S'exprime en %
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé			
Numérateur	Amortissements cumulés des bâtiments	Soldes créditeurs des comptes : 2813 « Amortissements des constructions sur sol propre » +2814 « Amortissements des constructions sur sol d'autrui » +2913 « Dépréciations des constructions sur sol propre » +2914 « Dépréciations des constructions sur sol d'autrui »		
Dénominateur	Valeur brute des bâtiments	Soldes débiteurs des comptes : 213 "Constructions sur sol propre" +214 "Constructions sur sol d'autrui"		
Interprétation	Il mesure la part moyenne des bâtiments déjà amortis et permet d'estimer la vétusté moyenne de ceux-ci.			
A croiser	F7_D : Taux de vétusté des équipements, F6_D : Intensité de l'investissement			
Commentaire	Biais : quand l'immobilier est externalisé dans une sci, association. Ces ratios ne sont pas significatifs. Interprétation : la comparaison entre établissements de cet indicateur doit être prudente du fait de l'hétérogénéité des pratiques en termes de durée d'amortissement et de mise au rebut. Il faudrait croiser ce taux avec la durée d'amortissement. Se référer aux valeurs indicatives données par la comptabilité pour vérifier que le taux n'est pas biaisé.			

Indicateur F9_D

F9_D	Besoin en fonds de roulement en jours de charges courantes	1er niveau d'analyse
-------------	---	-----------------------------

Cet indicateur mesure le besoin de financement engendré par l'exploitation courante de l'établissement.

Source	Comptes financiers : Onglets : E1, C3, C7 (créances c/41222 et c/41461) et B1 (compte 7087)	Rang 2	S'exprime en jours
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé		
Numérateur	BFR	<p>Cette information mesure le besoin de financement engendré par l'exploitation courante de l'établissement. Le BFR étant généralement positif dans un établissement de santé, cette donnée met souvent en évidence l'avance de trésorerie faite par l'établissement.</p> <p>Le BFR est la différence entre l'actif circulant (principalement stocks et créances) et le passif exigible (principalement dettes fournisseurs, dettes sociales et fiscales et avances reçues). = « Stocks et en cours » + « Créances d'exploitation » + « Créances diverses » + « Charges constatées d'avance » + « Comptes de régularisation (actif) sauf dotations attendues, prime de remboursement des obligations et charges à répartir sur plusieurs exercices » - « Avances reçues » - « Dettes fournisseurs et comptes rattachés » - « Dettes fiscales et sociales » - « Produits constatés d'avance » - « Dettes sur immobilisations et comptes rattachés » - « dettes diverses autres » - « Comptes de régularisation (passif) ».</p> <p>Les créances dites de l'article 58 et de la sectorisation psychiatrique sont exclues.</p>	
Dénominateur	Débit des comptes "charges courantes de fonctionnement" retraités des remboursements des budgets annexes	Pour l'exprimer en jours de charges courantes, le résultat obtenu doit être multiplié par 365 et divisé par le budget de charges.	
Interprétation	<p>En général le BFR d'un établissement est positif. Un BFR négatif pérenne (appelé Excédent de Financement d'Exploitation) traduirait un mode de gestion financière axé sur une maîtrise longue des délais de paiement « fournisseurs » allié à une rapidité d'encaissement des créances. Ce mode de gestion observé dans les établissements privés à but lucratif est plus délicat dans le secteur public en raison de l'application du Code des Marchés Publics et notamment des règles afférentes aux délais de règlement.</p> <p>Ce ratio pour être en conformité avec celui calculé par le Trésor, soustrait les comptes 463 (fonds déposés par les malades) mais ajoute les fournisseurs de dettes sur immobilisations.</p>		
A croiser	F10_D : Fonds de Roulement en jours de charges, F11_D : Créances patients et mutuelles non recouvrées en nombre de jours d'exploitation		
Commentaire	<p>Le dénominateur « charges courantes de fonctionnement » (comptes 60 à 65 hors 7087) est calculé sur le budget consolidé et non plus uniquement sur le budget principal.</p> <p>Les dettes immobilières ne font pas partie des dettes fournisseurs, car ce sont des dettes à long terme, et le passif exigible n'est constitué que de dettes à court terme.</p> <p>Cependant ces dettes sont dans certains établissements très élevées (jusqu'à 25% des dettes) et font un BFR négatif ou positif suivant qu'on les inclut ou non (et donc change complètement la trésorerie). Dans ces dettes, on va trouver aussi bien des avances de trésorerie AM dans certains cas que des dettes pour un GCS. L'indicateur doit toujours être regardé à la lumière du montant des autres dettes diverses...</p>		

Indicateur F10_D

F10_D	Fonds de Roulement Net Global (FRNG) en jours de charges courantes	1er niveau d'analyse
Cet indicateur mesure la capacité de l'établissement à financer son cycle d'exploitation par des ressources stables.		

Source	Comptes financiers : Onglets : C7, C3 et B1 (compte 7087)		Rang 2	S'exprime en jours
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé			
Numérateur	Fonds de Roulement Net Global	Cf. définition du FRNG Total ressources FRNG (hors Dépréciation des stocks, comptes de tiers et comptes financiers c/39, c/49, c/59) - Total emplois FRNG Les créances de l'article 58 (c/41222) et de la sectorisation psychiatrie (c/41461) sont incluses.		
Dénominateur	Débit des comptes "charges courantes de fonctionnement" retraités des remboursements des budgets annexes	Pour l'exprimer en jours de charges courantes, le résultat obtenu doit être multiplié par 365 et divisé par le budget de charges courantes		
Interprétation	Ce ratio permet de comprendre si le BFR est globalement financé par des ressources stables. Le Fonds de Roulement Net Global est généralement positif. Néanmoins, il convient toujours d'apprécier ses 2 composantes (FRI et FRE) (cf. infos en carte d'identité). Dans le cas contraire, il convient d'analyser les causes de fonds de roulement négatif.			
A croiser	F5_D : Indépendance financière, F9_D : Besoin en fonds de roulement en jours de charges courantes			
Commentaire	Le dénominateur « charges courantes de fonctionnement » (comptes 60 à 65 hors 7087) est calculé sur le budget global et non plus uniquement sur le budget principal. FRNG : A partir de l'onglet C7, nous avons exclu la ligne "Dépréciation des stocks, comptes de tiers et comptes financiers c/39, c/49, c/59" du FRNG pour les réintégrer dans le BFR. Ainsi les dépréciations issues du compte 49 essentiellement seront réintégrées au cycle d'exploitation. Le sous compte 59 ne peut être isolé dans l'onglet C7 et pourrait introduire un biais pour les établissements constatant la dépréciation de valeur des valeurs mobilières de placement ou devises, ce qui reste une situation peu courante. FRNG = Total ressources FRNG (hors Dépréciation des stocks, comptes de tiers et comptes financiers c/39, c/49, c/59) - Total emplois FRNG			

Indicateur F11_D

F11_D	Créances patients et mutuelles non recouvrées en nombre de jours d'exploitation	1er niveau d'analyse
<p>Cet indicateur met en évidence le risque de non recouvrement des créances sur les patients hospitalisés et les consultants. A noter : la définition et le mode de calcul de cet indicateur varie entre les établissements publics et espics.</p>		

Source	Onglets : E1 B1 et et B2a_b-e-j		Rang 2	S'exprime en jours
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé			
Numérateur	Solde du compte créances clients au 31/12/N	Au numérateur, figurent restes à recouvrer sur les créances émises (compte 4111 + compte 4115)		
Dénominateur	Produits de Titre 2 et Titre 3 pour budget annexes	Produits de Titre 2 sauf compte 735 pour le budget principal - B1 - et Titre 3 pour budget annexes - B2a_b-e-j). Pour l'exprimer en jours d'exploitation, le résultat obtenu doit être multiplié par 365.		
Interprétation	<p>Ce ratio permet de mesurer le délai moyen de recouvrement des créances émises envers les patients hospitalisés ou consultants et ainsi d'apprécier : le risque d'impayés et donc de pertes futures Il permet aussi de mesurer la performance actuelle de l'organisation liée à la facturation et au recouvrement. C'est un indicateur de stock/flux annuel. Un ratio inférieur à 90 jours est généralement observé; une valeur inférieure est préférable. Au delà de 120 jours, la situation est préoccupante. Limite : représente environ 20% dse produits.</p>			
A croiser				
Commentaire	<p>Pour les établissements privés le délai de recouvrement qu'ils suivent est plutôt celui de l'AMO ou AMC. Pour les établissement publics, le délai de recouvrement qu'ils suivent est plutôt celui du patient. Cet indicateur ne tient pas compte des quittances ni des créances irrécouvrables.</p> <p>Interprétation : il y a encore beaucoup d'établissements qui sont à plus de 120 jours, ce que confirment les échelles pour cet indicateur (sur une typologie d'un CHU par exemple, les valeurs sont comprises entre 135 et 287 jours).</p>			

Indicateur F12_D

F12_D	Dettes fournisseurs en nombre de jours d'exploitation	1er niveau d'analyse
Mesure la rotation de règlement aux fournisseurs en fin d'année		

Source	Comptes financiers : Onglet E1 / C3	Rang 2	S'exprime en jours
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé		
Numérateur	Solde du compte dettes fournisseurs au 31/12/N	« Dettes fournisseurs et comptes rattachés » Le compte 405 n'est pas inclus.	
Dénominateur	Achats d'exploitation	« Achats de marchandises » SD 607 -SC 6097 + « Achats de matières premières et fournitures » SD 601- SC 6091 + « Achats d'autres approvisionnements » SD 602 -SC 6092 + « Achats non stockés de matières et fournitures » SD 606 - SC 6096 + « Services extérieurs et autres services extérieurs » SD 61- SC 619; SD 62- SC 629 Pour l'exprimer en jours d'exploitation, le résultat obtenu doit être multiplié par 365.	
Interprétation	Ce ratio permet de mesurer le délai moyen de paiement des dettes fournisseurs.		
A croiser			
Commentaire	Calcul : Onglet E1 'Dettes fournisseurs et comptes ratt'/onglet C3 somme ('Achats de marchandises','Achats de matières premières et fournitures','Achats d'autres approvisionnements', 'Achats non stockés de matières et fournitures','Services extérieurs et autres') De la même manière que pour le calcul du BFR, les dettes immobilières ne sont pas des dettes fournisseurs.		

Indicateur F1_O

F1_O	Taux d'EBITDA	1er niveau d'analyse
Cet indicateur mesure la "marge" que l'établissement dégage sur son exploitation "courante" pour financer ses charges financières, d'amortissement et de provisions, c'est-à-dire pour financer ses investissements.		

Source	Liasses fiscales - INPI, codes CERFA : Compte de résultat de l'exercice et Bilan - Actif	Rang 2	S'exprime en %
	<input type="checkbox"/> Publics <input type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur	Crédits des comptes "produits courants d'exploitation" - Débit des comptes "charges courantes d'exploitation"	"Total des produits d'exploitation" (FR) - Reprises sur amortissements et provisions, transferts de charges" (FP) - "Amortissements - Fonds commercial" (AI) - ["Total des charges d'exploitation" (GF) - ["Sur immobilisations : Dotations aux amortissements" (GA) + "Sur immobilisations: Dotations aux provisions" (GB) + "Sur actif circulant : Dotations aux provisions" (GC) + "Pour risques et charges : Dotations aux provisions" (GD)]]	
Dénominateur	Crédits des comptes "produits courants d'exploitation"	"Total des produits d'exploitation" (FR) - Reprises sur amortissements et provisions, transferts de charges" (FP) - "Amortissements - Fonds commercial" (AI)	
Interprétation	Un taux insuffisant témoigne de l'incapacité de l'établissement à couvrir ses investissements futurs et leur financement ainsi que les provisions devant être constituées. Attention : si l'établissement a un projet très important à financer (ex : une reconstruction totale), l'analyse approfondie du PPI et du PGFP sont incontournables. La notion de marge brute dans le « public », en pratique se rapproche de l'EBE (excédent brut d'exploitation) du privé, appelé aussi EBITDA (Earnings before interest, taxes, depreciation and amortization)		
A croiser	F2_O : Taux de CAF		
Commentaire	Les codes mis entre parenthèse font référence au liasses fiscales du C.G.I.		

Indicateur F2_O

F2_O	Taux de CAF	1er niveau d'analyse
<p>Cet indicateur permet d'apprécier la capacité de l'établissement à investir. Il mesure la « marge » que l'établissement dégage sur son exploitation « courante », laquelle permet, au plan comptable de couvrir les charges d'amortissements et de provisions et, au plan financier, de dégager de la trésorerie utilisée pour le remboursement des dettes existantes et pour financer tout ou partie des nouveaux investissements.</p>		

Source	Liasses fiscales - INPI, codes CERFA : Compte de résultat de l'exercice	Rang 2	S'exprime en %
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> <input type="checkbox"/> Publics <input type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div>		
Numérateur	CAF	"Bénéfice ou perte" (HN) + "Dotations aux amortissements" (GA) + "Dotations aux provisions" (GB) + "Charges exceptionnelles sur opérations en capital" (HF) - "Produits exceptionnels sur opérations en capital" (HB) - "Reprises sur provisions et transferts de charges" (HC)	
Dénominateur	Total des produits	"Total des produits" (HL)	
Interprétation	<p>Un taux insuffisant témoigne de l'incapacité de l'établissement à couvrir ses investissements futurs et leur financement ainsi que les provisions devant être constituées. Dans le secteur privé, ce taux peut être biaisé par le paiement de loyers à une SCI propriétaire ou par l'acquisition des locaux via un crédit bail (par des loyers de PPP dans le public) Il faut être vigilant dans le calcul du Chiffre d'affaires des produits facturés car parfois sont facturés en sus les prothèses et la pharmacie, parfois ces « produits » sont mis en compte de tiers.</p>		
A croiser	F1_O : Taux d'EBITDA		
Commentaire	Les codes mis entre parenthèse font référence au liasses fiscales du C.G.I.		

Indicateur F3_O

F3_O	Taux de CAF nette	1er niveau d'analyse
<p>Cet indicateur mesure la capacité structurelle (hors effet éventuel du résultat de l'exercice ainsi que des provisions par essence aléatoires et non pérennes) de l'établissement à autofinancer le renouvellement de ses immobilisations.</p> <p>Si l'établissement est un établissement en Insuffisance d'auto-financement ie CAF <0 alors cet indicateur n'est pas calculé. Par contre, si ce ratio est négatif, il est affiché.</p>		

Source	Liasses fiscales - INPI, codes CERFA : Compte de résultat de l'exercice et Etat des échéances des créances et des dettes à la clôture de l'exercice	Rang 2	S'exprime en %
		<input type="checkbox"/> Publics <input type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé	
Numérateur	CAF - Annuité de remboursement du capital de la dette	CAF (voir numérateur indicateur F2-privé) - "Emprunts remboursés en cours d'exercice" (VK - annexe 8)	
Dénominateur	CAF	CAF (voir numérateur indicateur F2-privé)	
Interprétation	<p>Ce ratio mesure la part de l'autofinancement absorbée par le remboursement en capital de la dette. Plus le ratio est élevé, plus l'établissement dispose d'autofinancement réel à consacrer au financement de ses investissements (dont le renouvellement des immobilisations).</p> <p>Un ratio négatif signifie que l'établissement emprunte pour rembourser une partie de sa dette (et non pour investir), ce qui constitue à l'évidence un signe inquiétant, ou qu'il y a une forte discordance entre les durées d'emprunts et les durées d'amortissements des biens (exemple : des durées d'emprunt nettement inférieures aux durées d'amortissement retenues). Il est nécessaire de connaître la variation des emprunts (annexe 8) ; or cette donnée est remplie de manière hétérogène.</p>		
A croiser	F4_O : Durée apparente de la dette, CI_F11_O : CAF		
Commentaire	Les codes mis entre parenthèse font référence au liasses fiscales du C.G.I.		

Indicateur F4_O

F4_O	Duree apparente de la dette	1er niveau d'analyse
<p>Cet indicateur permet d'apprécier la capacité d'un établissement à rembourser sa dette. C'est un indicateur central dans l'appréhension du niveau d'endettement relatif de l'établissement. Quand la CAF est négative, ce ratio n'est pas calculé.</p>		

Source	Liasses fiscales - INPI, codes CERFA : Compte de résultat de l'exercice et Bilan-Passif		Rang 2	S'exprime en Années
<input type="checkbox"/> Publics <input type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé				
Numérateur	Encours de la dette au 31.12.N	"Emprunts obligataires convertibles" (DS) + "Autres emprunts obligataires" (DT) + "Emprunts et dettes auprès des établissements de crédit" (DU) + "Emprunts et dettes financières divers (dont emprunts participatifs)" (DV) - "Dont concours bancaires courants, et soldes créditeurs de banques et CCP" (EH)		
Dénominateur	CAF	CAF (voir numérateur indicateur F2-privé)		
Interprétation	Le ratio de durée apparente de la dette permet de mesurer, au 31.12.N, le nombre d'années d'autofinancement nécessaire pour éteindre l'encours de la dette si l'ensemble des ressources d'autofinancement étaient consacrées à cet objectif. Plus le ratio est élevé, moins l'établissement dispose de marge pour financer le remboursement de sa dette, le renouvellement de ses immobilisations et des investissements nouveaux le cas échéant.			
A croiser	Capacité de remboursement des emprunts, F3_O : Taux de CAF nette			
Commentaire	Les codes mis entre parenthèse font référence au liasses fiscales du C.G.I.			

Indicateur F5_O

F5_O	Ratio d independance financiere	1er niveau d'analyse
Cet indicateur mesure le taux de dépendance financière de l'établissement et donc les marges de manoeuvre permettant d'envisager de nouveaux emprunts.		

Source	Liasses fiscales - INPI, codes CERFA : Bilan-Passif et Bilan-Actif		Rang 2	S'exprime en %
	<input type="checkbox"/> Publics <input type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé			
Numérateur	Encours de la dettes au 31.12.N	"Emprunts obligataires convertibles" (DS) + "Autres emprunts obligataires" (DT) + "Emprunts et dettes auprès des établissements de crédit" (DU) + "Emprunts et dettes financières divers (dont emprunts participatifs)" (DV) - "Dont concours bancaires courants, et soldes créditeurs de banques et CCP" (EH)		
Dénominateur	Capitaux permanents	"résultat de l'exercice + subventions d'investissement + provisions réglementées" (DL) + "produits des émissions de titres participatifs + avances conditionnées" (DO) + "provisions pour risques et charges" (DR) + "emprunts obligataires convertibles" (DS) + "autres emprunts obligataires" (DT) + "emprunts et dettes auprès des établissements de crédit" (DU) + "emprunts et dettes financières divers (dont emprunts participatifs)" (DV) - "capital souscrit non appelé" (AA) - "concours bancaires courants et soldes créditeurs de banques et CCP" (EH)		
Interprétation	Mal nommé, le ratio d'indépendance financière mesure en fait le poids de l'endettement dans l'ensemble des ressources stables ou capitaux permanents (passif, haut de bilan). Plus il est élevé, plus l'ES est dépendant financièrement des banques. Il est considéré qu'il ne devrait pas excéder 50%.			
A croiser	F4_O : Durée apparente de la dette, Capacité de remboursement des emprunts			
Commentaire	Les codes mis entre parenthèse font référence au liasses fiscales du C.G.I.			

Indicateur F6_O

F6_O	Intensité d'investissement	1er niveau d'analyse
Cet indicateur permet de mesurer la dynamique d'investissement de l'établissement.		

Source	Liasses fiscales - INPI, codes CERFA : Compte de résultat de l'exercice et Immobilisations		Rang 2	S'exprime en %
Numérateur	Flux d'investissements de l'année	"augmentation totales des immobilisations acquisitions, créations, apports et virements de poste à poste" (OJ) - "total des virements de postes à postes" (I4)		
Dénominateur	Total des produits	"Total des produits" (HL)		
Interprétation	Ce ratio traduit l'intensité des investissements de l'établissement. Éventuellement l'analyse doit être complétée par celle des taux de vétusté puis d'une étude approfondie du PPI. Pour être plus juste il faudrait déduire les produits facturés en sus. Il faut que les données soient saisies en annexe 5.			
A croiser	F7_O : Taux de vétusté des équipements, F8_O : Taux de vétusté des bâtiments			
Commentaire	Les codes mis entre parenthèse font référence au liasses fiscales du C.G.I.			

<input type="checkbox"/>	Publics
<input type="checkbox"/>	ESPIC
<input checked="" type="checkbox"/>	Privé

Indicateur F7_O

F7_O	Taux de vétuste des équipements	1er niveau d'analyse
Cet indicateur mesure le besoin de renouvellement des équipements		

Source	Liasses fiscales - INPI, codes CERFA : Bilan-Actif		Rang 2	S'exprime en %
	<input type="checkbox"/> Publics <input type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé			
Numérateur	Amortissements cumulés des équipements	"amortissements et provisions : installations techniques ; matériel et outillage industriels" (AS) + "amortissements et provisions : autres immobilisations corporelles" (AU)		
Dénominateur	Valeur brute des équipements	"installations techniques ; matériel et outillage industriels bruts" (AR) + "autres immobilisations corporelles brutes" (AT)		
Interprétation	Il mesure la part moyenne des équipements déjà amortis et permet d'estimer la vétusté moyenne de ceux-ci.			
A croiser	F8_O : Taux de vétusté des bâtiments, F6_O : Intensité de l'investissement			
Commentaire	Les codes mis entre parenthèse font référence au liasses fiscales du C.G.I.			

Indicateur F8_O

F8_O	Taux de vetuste des batiments	1er niveau d'analyse
Cet indicateur mesure le besoin de rénovation/reconstruction des bâtiments		

Source	Liasses fiscales - INPI, codes CERFA : Bilan-Actif		Rang 2	S'exprime en %
	<input type="checkbox"/> Publics <input type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé			
Numérateur	Amortissements cumulés des bâtiments	"amortissements et provisions : constructions" (AQ)		
Dénominateur	Valeur brute des bâtiments	"constructions brutes" (AP)		
Interprétation	Il mesure la part moyenne des bâtiments déjà amortis et permet d'estimer la vétusté moyenne de ceux-ci.			
A croiser	F7_O : Taux de vétusté des équipements, F6_O : Intensité de l'investissement			
Commentaire	Les codes mis entre parenthèse font référence au liasses fiscales du C.G.I.			

Indicateur F9_O

F9_O	Besoin en fonds de roulement en jours de charges dites courantes	1er niveau d'analyse
Cet indicateur mesure le besoin de financement engendré par l'exploitation courante de l'établissement.		

Source	Liasses fiscales - INPI, codes CERFA : Bilan-Passif, Bilan-Actif et Compte de résultat de l'exercice	Rang 2	S'exprime en jours
	<input type="checkbox"/> Publics <input type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur	BFR	"matières premières, approvisionnements" (BL Net) + "en cours de production de biens" (BN Net) + "en cours de production de services" (BP Net) + "produits intermédiaires et finis" (BR Net) + "marchandises" (BT Net) + "avances et acomptes versés sur commandes" (BV Net) + "clients et comptes rattachés" (BX Net) + "autres créances" (BZ Net) + "charges constatées d'avance" (CH) - "avances et acomptes reçus sur commandes en cours" (DW) - "dettes fournisseurs et comptes rattachés" (DX) - "dettes fiscales et sociales" (DY) - "dettes sur immobilisations et comptes rattachés" (DZ) - "autres dettes" (EA) - "produits constatés d'avance" (EB)	
Dénominateur	Débit des comptes "charges courantes de d'exploitation"	"Total des charges d'exploitation" (GF) - "Sur immobilisations : Dotations aux amortissements" (GA) - "Sur immobilisations: Dotations aux provisions" (GB) - "Sur actif circulant : Dotations aux provisions" (GC) - "Pour risques et charges : Dotations aux provisions" (GD)	
Interprétation	En général le BFR d'un établissement est positif. Un BFR négatif pérenne (appelé Excédent de Financement d'Exploitation) traduirait un mode de gestion financière axé sur une maîtrise longue des délais de paiement « fournisseurs » allié à une rapidité d'encaissement des créances.		
A croiser	F10_O : Fonds de Roulement en jours de charges courantes, F11_O : Créances patients et mutuelles non recouvrées en nombre de jours d'exploitation.		
Commentaire	Les codes mis entre parenthèse font référence au liasses fiscales du C.G.I.		

Indicateur F10_O

F10_O	Fonds de Roulement Net Global (FRNG) en jours de charges dites courantes	1er niveau d'analyse
Cet indicateur mesure la capacité de l'établissement à financer son cycle d'exploitation par des ressources stables.		

Source	Liasses fiscales - INPI, codes CERFA : Bilan-Passif, Bilan-Actif et Compte de résultat de l'exercice	Rang 2	S'exprime en jours
	<input type="checkbox"/> Publics <input type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur	Fonds de Roulement Net Global	"résultat de l'exercice + subventions d'investissement + provisions réglementées" (DL) + "provisions pour risques et charges" (DR) + "produits des émissions de titres participatifs + avances conditionnées" (DO) + "emprunts obligataires convertibles" (DS) + "autres emprunts obligataires" (DT) + "emprunts et dettes auprès des établissements de crédit" (DU) + "emprunts et dettes financiers divers (dont emprunts participatifs)" (DV) - "capital souscrit non appelé" (AA) - "concours bancaires courants et soldes créditeurs de banques et CCP" (EH) - "total actif immobilisé" (BJ Net) - "primes de remboursement des obligations" (CM)	
Dénominateur	Débit des comptes "charges courantes de exploitation"	"Total des charges d'exploitation" (GF) - "Sur immobilisations : Dotations aux amortissements" (GA) - "Sur immobilisations: Dotations aux provisions" (GB) - "Sur actif circulant : Dotations aux provisions" (GC) - "Pour risques et charges : Dotations aux provisions" (GD)	
Interprétation	Ce ratio permet de comprendre si le BFR est globalement financé par des ressources stables. Le Fonds de Roulement Net Global est généralement positif. Il convient d'analyser les causes de fonds de roulement négatif.		
A croiser	F5_O : Indépendance financière, F9_O : Besoin en fonds de roulement en jours de charges courantes		
Commentaire	Les codes mis entre parenthèse font référence au liasses fiscales du C.G.I.		

Indicateur F11_O

F11_O	Creances patients et mutuelles non recouvrees en nombre de jours d'exploitation	1er niveau d'analyse
Cet indicateur met en évidence le risque de non recouvrement des créances sur les patients.		

Source	Liasses fiscales - INPI, codes CERFA : Bilan-Passif, Bilan-Actif et Compte de résultat de l'exercice	Rang 2	S'exprime en jours
	<input type="checkbox"/> Publics <input type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur	Solde du compte créances clients au 31/12/N	"clients et comptes rattachés" (BX) - "avances et acomptes reçus sur commande" (DW)	
Dénominateur	Produits totaux	"Chiffres d'affaires net" (FL)	
Interprétation	Ce ratio permet de mesurer le délai moyen de recouvrement des créances émises envers les patients hospitalisés ou consultants et ainsi d'apprécier le risque d'impayés et donc de pertes futures. Il permet aussi de mesurer la performance actuelle de l'organisation liée à la facturation et au recouvrement. Comprend tous les « clients » donc non comparable avec celui des ES publics.		
A croiser	CI_F17_O : BFR, P15 : Indice de Facturation		
Commentaire	Les codes mis entre parenthèse font référence au liasses fiscales du C.G.I.		

Indicateur F12_O

F12_O	Dettes fournisseurs en nombre de jours d'exploitation	1er niveau d'analyse
Mesure de la rotation de règlement aux fournisseurs en fin d'année.		

Source	Liasses fiscales - INPI, codes CERFA : Bilan-Passif, Bilan-Actif et Compte de résultat de l'exercice		Rang 2	S'exprime en jours
	<input type="checkbox"/> Publics <input type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé			
Numérateur	Solde du compte dettes fournisseurs au 31/12/N	"dettes Fournisseurs" (DX) - "avances et acomptes" (BV)		
Dénominateur	Achats d'exploitation	"achats de marchandises (y compris droits de douane)" (FS) + "achats de matière première et autres approvisionnements (y compris droits de douane)" (FU) + "autres achats et charges externes" (FW)		
Interprétation	Cet indicateur permet d'apprécier le montant des dettes fournisseurs en décembre de l'année considérée. Il ne mesure pas un délai.			
A croiser	CI_F17_O : BFR			
Commentaire	Les codes mis entre parenthèse font référence au liasses fiscales du C.G.I.			

Indicateur CI-A1

CI-A1	Nombre de RSA de médecine (HC)	1er niveau d'analyse
<p>Ces informations permettent d'évaluer le volume d'activité pris en charge par l'établissement en hospitalisation complète en médecine (ASO=M) Nombre de RSA de durée est égale ou supérieure à 1 jour (date de sortie différente de la date d'entrée).</p>		

Source	PMSI v2017,- base Nationale + Etablissements des APs. Les RSA classés en erreur (CM 90), les séances (CM 28) ainsi que les prestations inter-établissement ne sont pas pris en compte.			
Numérateur				
Dénominateur				
Interprétation				
A croiser	A1, A1bis : Part de marché en médecine P1 : IP-DMS en médecine A13 : Taux d'utilisation/occupation des lits en médecine CI_A1 : Nombre de lits installés en médecine CI_RH1 à 11 : ETP PM et PNM			
Commentaire	Tous les dénombrements du pavé « Activité globale » sont effectués sur la base nationale PMSI « augmentée » des fichiers de RSA par établissement des Assistances publiques de Paris et de Marseille. Les RSA classés en erreur (CM 90) et les RSA des GHM non rémunérés par un GHS ou non pris en charge par l'Assurance maladie ne sont pas pris en compte. Liste des GHM exclus : . 09Z02A - Chirurgie esthétique, sans complication significative . 09Z02B - Chirurgie esthétique, avec complication significative . 14Z08Z - Interruption volontaire de grossesse : séjours de moins de 3 jours . 23Z03Z - Interventions de confort et autres interventions non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire (ce dernier GHM devrait être exclu mais ne l'a pas été sur la période 2006-2009). Activité de soins (ASO) Médecine ; Chirurgie ; Obstétrique			

Indicateur CI-A2

CI-A2	Nombre de RSA de chirurgie (HC)	1er niveau d'analyse
<p>Ces informations permettent d'évaluer le volume d'activité pris en charge par l'établissement en hospitalisation complète en chirurgie (ASO=C) Nombre de RSA de durée est égale ou supérieure à 1 jour (date de sortie différente de la date d'entrée)</p>		

Source	PMSI v2017- base Nationale + Etablissements des APs. Les RSA classés en erreur (CM 90) ainsi que les prestations inter-établissement ne sont pas pris en compte.			<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div>
Numérateur				
Dénominateur				
Interprétation				
A croiser	A2, A2bis : Part de marché en chirurgie P2 : IP-DMS en chirurgie A14 : Taux d'utilisation/occupation des lits en chirurgie CI_A6 : Nombre de lits installés en chirurgie Ci_RH1 à 11 :ETP PM et PNM			
Commentaire	<p>Tous les dénombrements du pavé « Activité globale » sont effectués sur la base nationale PMSI « augmentée » des fichiers de RSA par établissement des Assurances publiques de Paris et de Marseille. Les séjours sont groupés dans la version 11a de la classification des GHM. Les RSA classés en erreur (CM 90) et les RSA des GHM non rémunérés par un GHS ou non pris en charge par l'Assurance maladie ne sont pas pris en compte. Liste des GHM exclus :</p> <ul style="list-style-type: none"> . 09Z02A - Chirurgie esthétique, sans complication significative . 09Z02B - Chirurgie esthétique, avec complication significative . 14Z08Z - Interruption volontaire de grossesse : séjours de moins de 3 jours . 23Z03Z - Interventions de confort et autres interventions non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire (ce dernier GHM devrait être exclu mais ne l'a pas été sur la période 2006-2009). <p>A noter : les séances de dialyse et de radiothérapie (secteur libéral) ne sont pas dénombrées exhaustivement par le fichier des RSA. Nombre de RSA de durée est égale ou supérieure à 1 jour (date de sortie différente de la date d'entrée) Activité de soins (ASO) Médecine ; Chirurgie ; Obstétrique</p>			

Indicateur CI-A3

CI-A3	Nombre de RSA d'obstétrique (HC)	1er niveau d'analyse
<p>Ces informations permettent d'évaluer le volume d'activité pris en charge par l'établissement en hospitalisation complète en obstétrique (ASO=0) Nombre de RSA de durée est égale ou supérieure à 1 jour (date de sortie différente de la date d'entrée)</p>		

Source	PMSI v2017- base Nationale + Etablissements des APs. Les RSA classés en erreur (CM 90) ainsi que les prestations inter-établissement ne sont pas pris en compte.			
Numérateur				
Dénominateur				
Interprétation				
A croiser	A3, A3bis : Part de marché en obstétrique P3 : IP-DMS en obstétrique A15 : Taux d'utilisation/occupation des lits en obstétrique CI_A8 : Nombre de lits installés en obstétrique CI_RH1 à 11 : ETP PM et PNM			
Commentaire	<p>Tous les dénombrements du pavé « Activité globale » sont effectués sur la base nationale PMSI « augmentée » des fichiers de RSA par établissement des Assistances publiques de Paris et de Marseille. Les séjours sont groupés dans la version 11a de la classification des GHM. Les RSA classés en erreur (CM 90) et les RSA des GHM non rémunérés par un GHS ou non pris en charge par l'Assurance maladie ne sont pas pris en compte. Liste des GHM exclus :</p> <ul style="list-style-type: none"> . 09Z02A - Chirurgie esthétique, sans complication significative . 09Z02B - Chirurgie esthétique, avec complication significative . 14Z08Z - Interruption volontaire de grossesse : séjours de moins de 3 jours . 23Z03Z - Interventions de confort et autres interventions non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire (ce dernier GHM devrait être exclu mais ne l'a pas été sur la période 2006-2009). <p>A noter : les séances de dialyse et de radiothérapie (secteur libéral) ne sont pas dénombrées exhaustivement par le fichier des RSA. Nombre de RSA de durée est égale ou supérieure à 1 jour (date de sortie différente de la date d'entrée) Activité de soins (ASO) Médecine ; Chirurgie ; Obstétrique</p>			

Indicateur CI-A4

CI-A4	Nombre de RSA de médecine (ambulatoire)	1er niveau d'analyse
<p>Ces informations permettent d'évaluer le volume d'activité pris en charge par l'établissement en ambulatoire en médecine (ASO=M) Nombre de RSA de durée <1 jour (date de sortie = date d'entrée)</p>		

Source	PMSI v2017- base Nationale + Etablissements des APs. Les RSA classés en erreur (CM 90), les séances (CM 28) ainsi que les prestations inter-établissement ne sont pas pris en compte.	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div>
Numérateur		
Dénominateur		
Interprétation		
A croiser	A1, A1bis : Part de marché en médecine P1 : IP-DMS en médecine A13 : Taux d'utilisation/occupation des lits en médecine CI_A1 : Nombre de lits installés en médecine CI_A5 : Nombre de places installées en médecine CI_RH1 à 11 : ETP PM et PNM	
Commentaire	<p>Tous les dénombrements du pavé « Activité globale » sont effectués sur la base nationale PMSI « augmentée » des fichiers de RSA par établissement des Assurances publiques de Paris et de Marseille. Les séjours sont groupés dans la version 11a de la classification des GHM. Les RSA classés en erreur (CM 90) et les RSA des GHM non rémunérés par un GHS ou non pris en charge par l'Assurance maladie ne sont pas pris en compte. Liste des GHM exclus :</p> <ul style="list-style-type: none"> . 09Z02A - Chirurgie esthétique, sans complication significative . 09Z02B - Chirurgie esthétique, avec complication significative . 14Z08Z - Interruption volontaire de grossesse : séjours de moins de 3 jours . 23Z03Z - Interventions de confort et autres interventions non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire (ce dernier GHM devrait être exclu mais ne l'a pas été sur la période 2006-2009). <p>A noter : les séances de dialyse et de radiothérapie (secteur libéral) ne sont pas dénombrées exhaustivement par le fichier des RSA. Nombre de RSA de durée est égale ou supérieure à 1 jour (date de sortie différente de la date d'entrée) Activité de soins (ASO) Médecine ; Chirurgie ; Obstétrique</p>	

Indicateur CI-A5

CI-A5	Nombre de RSA de chirurgie (ambulatoire)	1er niveau d'analyse
<p>Ces informations permettent d'évaluer le volume d'activité pris en charge par l'établissement en ambulatoire en chirurgie (ASO=C) Nombre de RSA de durée <1 jour (date de sortie = date d'entrée) Hors endoscopies</p>		

Source	PMSI v2017- base Nationale + Etablissements des APs. Les RSA classés en erreur (CM 90) ainsi que les prestations inter-établissement ne sont pas pris en compte.			<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé
Numérateur				
Dénominateur				
Interprétation				
A croiser	A2, A2bis : Part de marché en chirurgie P2 : IP-DMS en chirurgie A14 : Taux d'utilisation/occupation des lits en chirurgie P14 : Taux d'utilisation des places ambulatoires P12 : Taux de chirurgie ambulatoire CI_A6 : Nombre de lits installés en chirurgie CI_A7 : Nombre de places installées en chirurgie CI_RH1 à 11 : ETP PM et PNM			
Commentaire	<p>Tous les dénombrements du pavé « Activité globale » sont effectués sur la base nationale PMSI « augmentée » des fichiers de RSA par établissement des Assurances publiques de Paris et de Marseille. Les séjours sont groupés dans la version 11a de la classification des GHM. Les RSA classés en erreur (CM 90) et les RSA des GHM non rémunérés par un GHS ou non pris en charge par l'Assurance maladie ne sont pas pris en compte. Liste des GHM exclus :</p> <ul style="list-style-type: none"> . 09Z02A - Chirurgie esthétique, sans complication significative . 09Z02B - Chirurgie esthétique, avec complication significative . 14Z08Z - Interruption volontaire de grossesse : séjours de moins de 3 jours . 23Z03Z - Interventions de confort et autres interventions non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire (ce dernier GHM devrait être exclu mais ne l'a pas été sur la période 2006-2009). <p>A noter : les séances de dialyse et de radiothérapie (secteur libéral) ne sont pas dénombrées exhaustivement par le fichier des RSA. Nombre de RSA de durée est égale ou supérieure à 1 jour (date de sortie différente de la date d'entrée) Activité de soins (ASO) Médecine ; Chirurgie ; Obstétrique</p>			

Indicateur CI-A6

CI-A6	Nombre de RSA d'obstétrique (ambulatoire)	1er niveau d'analyse
<p>Ces informations permettent d'évaluer le volume d'activité pris en charge par l'établissement en ambulatoire en obstétrique (ASO=O) Nombre de RSA de durée <1 jour (date de sortie = date d'entrée)</p>		

Source	PMSI v2017- base Nationale + Etablissements des APs. Les RSA classés en erreur (CM 90) ainsi que les prestations inter-établissement ne sont pas pris en compte.	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div>
Numérateur		
Dénominateur		
Interprétation		
A croiser	A3, A3bis : Part de marché en obstétrique P3 : IP-DMS en obstétrique A15 : Taux d'utilisation/occupation des lits en obstétrique CI_A8 : Nombre de lits installés en obstétrique CI_A9 : Nombre de places installées en obstétrique CI_RH1 à 11 :ETP PM et PNM	
Commentaire	Tous les dénombrements du pavé « Activité globale » sont effectués sur la base nationale PMSI « augmentée » des fichiers de RSA par établissement des Assistances publiques de Paris et de Marseille. Les séjours sont groupés dans la version 11b de la classification des GHM. Les RSA classés en erreur (CM 90) ne sont pas pris en compte. A noter : les séances de dialyse et de radiothérapie (secteur libéral) ne sont pas dénombrées exhaustivement par le fichier des RSA. Nombre de RSA de durée est égale ou supérieure à 1 jour (date de sortie différente de la date d'entrée) Activité de soins (ASO) Médecine ; Chirurgie ; Obstétrique Interprétation : Les IVG sont en ASO= O	

Indicateur CI-A7

CI-A7	Nombre de séances de chimiothérapie	1er niveau d'analyse
Ces informations permettent d'évaluer le volume d'activité représenté par les séances de chimiothérapie Les informations suivantes sont analysées : Nombre de séances des RSA des GHM : 28Z07Z - Chimiothérapie pour tumeur, en séances		

Source	PMSI v2017 - base Nationale + Etablissements des APs. Les prestations inter-établissement ne sont pas pris en compte.		<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé			
Numérateur				
Dénominateur				
Interprétation				
A croiser	A7 : Pourcentage de l'activité représentée par l'hospitalisation en cancérologie A5, A5bis : Part de marché en hospitalisation de cancérologie sur la zone d'attractivité et sur la région A6 : Part de marché en séances de chimiothérapie sur la zone d'attractivité			
Commentaire				

Indicateur CI-A8

CI-A8	Nombre de séances de radiothérapie	1er niveau d'analyse
<p>Ces informations permettent d'évaluer le volume d'activité représenté par les séances de radiothérapie. A noter : l'activité de radiothérapie, faite par les centres spécialisés non MCO, ne remonte pas dans les bases Les informations suivantes sont analysées :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Nombre de séances des RSA des GHM : 28Z10Z - Curiothérapie, en séances 28Z11Z - Techniques spéciales d'irradiation externe, en séances 28Z18Z - séances de radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité 28Z19Z - Préparations à une irradiation externe par RCMI ou techniques spéciales 28Z20Z - Préparations à une irradiation externe avec dosimétrie tridimensionnelle avec HDV 28Z21Z - Préparations à une irradiation externe avec dosimétrie tridimensionnelle sans HDV 28Z22Z - Autres préparations à une irradiation externe 28Z23Z - Techniques complexes d'irradiation externe avec repositionnement, en séances 28Z24Z - Techniques complexes d'irradiation externe sans repositionnement, en séances 28Z25Z - Autres techniques d'irradiation externe, en séances 		

Source	PMSI v2017 - base Nationale + Etablissements des APs. Les prestations inter-établissement ne sont pas pris en compte.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé			
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	Autres indicateurs portant sur le nombre de séances		
Commentaire	A noter : les séances de dialyse et de radiothérapie (secteur libéral) ne sont pas dénombrées exhaustivement par le fichier des RSA.		

Indicateur CI-A9

CI-A9	Nombre de séances d'hémodialyse	1er niveau d'analyse
<p>Ces informations permettent d'évaluer le volume d'activité représenté par les séances de dialyse d'autre part. Les informations suivantes sont analysées : Nombre de séances des RSA des GHM 28Z04Z - Hémodialyse, en séances</p>		

Source	PMSI v2017- base Nationale + Etablissements des APs. Les prestations inter-établissement ne sont pas pris en compte.		
<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé			
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	Autres indicateurs portant sur le nombre de séances		
Commentaire			

Indicateur CI-A10

CI-A10	Nombre de séances autres	1er niveau d'analyse
<p>Ces informations permettent d'évaluer le volume d'activité représenté par les séances par exclusion des indicateurs précédents Les informations suivantes sont analysées : Nombre de séances des RSA des GHM 28Z01Z - Entraînements à la dialyse péritonéale automatisée, en séances 28Z02Z - Entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire, en séances 28Z03Z - Entraînements à l'hémodialyse, en séances 28Z14Z - Transfusions, en séances 28Z15Z - Oxygénothérapie hyperbare, en séances 28Z16Z - Aphérèses sanguines, en séances 28Z17Z - Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances</p>		

Source	PMSI v 2017 - base Nationale + Etablissements des APs. Les prestations inter-établissement ne sont pas pris en compte.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	Autres indicateurs portant sur le nombre de séances		
Commentaire			

Indicateur CI-A11

CI-A11	Nombre d'accouchements	1er niveau d'analyse
<p>Cette information permet d'évaluer le volume d'activité représenté par la maternité.</p>		

Source	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div> <div style="display: inline-block; margin-left: 20px;"> <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> </div>
Numérateur	Nombre d'accouchements : 14C03, 14C06, 14C07, 14C08, 14Z09, 14Z10, 14Z11, 14Z12, 14Z13 et 14Z14
Dénominateur	
Interprétation	
A croiser	CI_E6 : Niveau de la maternité A3, A3bis : Part de marché en obstétrique sur la zone d'attractivité et sur la région A15 : Taux d'utilisation/occupation des lits en obstétrique P3 : IP- DMS en obstétrique CI_RH5 : ETP gynécologues-obstétriciens RH1 : Accouchements par obstétricien et sage-femme
Commentaire	

Indicateur CI-A12

CI-A12	Nombre d'actes chirurgicaux	1er niveau d'analyse
<p>Cette information permet d'évaluer le dynamisme de l'activité chirurgicale au bloc opératoire (hors interventionnel) A noter que cette donnée se distingue des RSS chirurgicaux. Le « nombre de séjours chirurgicaux avec acte classant », est l'unité de mesure qui est celle des futurs décrets chirurgie.</p>		

Source	PMSI v2017 - base Nationale + Etablissements des APs. Nombre de séjours avec au moins un acte opératoire classant. Les RSA classés en erreur (CM 90) ainsi que les prestations inter-établissement ne sont pas pris en compte.	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <input type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div>
Numérateur		
Dénominateur		
Interprétation		
A croiser	RSS chirurgicaux HC et en ambulatoire CI_A14 : Nombre d'actes d'endoscopies P9 : ICR par salle d'intervention chirurgicale CI_E5 : Nombre de salle d'intervention chirurgicale CI_RH3 : ETP PM (chirurgiens) RH3 : ICR par chirurgien RH2 : ICR par anesthésiste et IADE Activité ambulatoire et chirurgicale dans son ensemble	
Commentaire		

Indicateur CI-A13

CI-A13	Nb d'ATU	1er niveau d'analyse
<p>Cette information permet d'évaluer le nombre total de passages aux urgences ne donnant pas lieu à une hospitalisation, facturés ou non à l'assurance maladie. Pour cerner l'intégralité de l'activité d'urgences, il faut compléter cette donnée par le nombre de passages aux urgences donnant lieu à une hospitalisation (en UHCD ou en hospitalisation complète).</p>		

Source	* pour le public: - 2006 - 2007 la source est FICHSUP-ATU;- 2008 année du passage de FICHSUP aux RSFA-STC, la source la plus complète a été retenue jusqu'à juillet, puis RSFA-STC; - 2009, la source est les RSFA-STC;* pour le privé, données disponibles dep <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div>	
Numérateur		
Dénominateur		
Interprétation		
A croiser	A12 : Pourcentage des entrées en HC en provenance des urgences	
Commentaire	Interprétation 2008/2009 liée au changement de codage Cet indicateur ne peut être calculé que quand il existe une autorisation d'urgence dans l'ES	

Indicateur CI-A14

CI-A14	Nombre d'actes d'endoscopies	1er niveau d'analyse
Cette information permet d'évaluer le dynamisme de l'activité interventionnelle.		

Source	PMSI (v2017) - base Nationale + Etablissements des APs. Les RSA classés en erreur (CM 90) ainsi que les prestations inter-établissement ne sont pas pris en compte Nombre de séjours avec au moins un acte d'endoscopie	<input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé
Numérateur		
Dénominateur		
Interprétation		
A croiser	Nombre d'actes chirurgicaux RSS chirurgicaux en ambulatoire Activité ambulatoire P9 : ICR/salle d'intervention chirurgicale	
Commentaire	Cette donnée permet l'analyse de l'organisation et l'utilisation de la structure d'Anesthésie et Chirurgie Ambulatoire dans son ensemble, à croiser avec P9.	

Indicateur CI-A15

CI-A15	Nb minimum de racines de GHM pour 80% des séjours	1er niveau d'analyse
<p>Cette information permet d'apporter une indication sur le profil de l'établissement : établissement généraliste (couvrant un large spectre de racines de GHM) ou spécialiste (couvrant un nombre réduit de racines de GHM). Le nombre minimum de racines de GHM est obtenu après tri du casemix par effectifs décroissants.</p>		

Source	PMSI v2017 - base Nationale + Etablissements des APs. Les RSA classés en erreur (CM 90) ainsi que les prestations inter-établissement ne sont pas pris en compte. Les GHM de séances sont exclus		
Numérateur		<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé	
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	A8 : Pourcentage des GHM recours / référence A9 : Pourcentage des séjours de niveau de sévérité 3 et 4 CI_G : Volumes représentés par les interventions les plus fréquentes au niveau national par spécialité		
Commentaire			

Indicateur CI-A16

CI-A16	Volume représenté par les interventions les plus fréquentes au niveau national par spécialité (gestes marqueurs)	1er niveau d'analyse
<p>Cette information permet d'apporter une indication sur le profil de l'établissement : elle illustre le dynamisme des spécialités majeures, à travers le volume d'activité représenté dans l'établissement par les interventions les plus fréquentes, au niveau national. Ces interventions sont au nombre de six. Cinq font partie de la liste des « 18 gestes marqueurs de chirurgie ambulatoire ». L'énumération des codes CCAM conduisant à chacun de ces groupes est donnée en annexe 2. Pour la RTU prostate le code CCAM est « JGFA015 - résection d'une hypertrophie de la prostate par urétrocystoscopie ».</p>		

Source	PMSI v2017 - base Nationale + Etablissements des APs. Les RSA classés en erreur (CM 90) ainsi que les prestations inter-établissement ne sont pas pris en compte. Les GHM de séances sont exclus	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div>
Numérateur	Nombre de réalisations des actes (code activité = 1) de la liste : GM 8 Chirurgie du sein GM 3 Chirurgie de la cataracte GM 1 Arthroscopie du genou GM 18 Hernies de l'enfant âge < 16ans Nombre de réalisations de l'acte « JGFA015 - résection d'une hyp	
Dénominateur		
Interprétation		
A croiser	CI_GA_M/C : Cinq premiers GHM annuels en chirurgie CI_A12 : Nombre d'actes chirurgicaux CI_A15 : Nombre minimum de racines de GHM pour réaliser 80% de l'activité A8 : Pourcentage des GHM recours / référence dans l'activité	
Commentaire		

Indicateur CI-A17

CI-A17	5 premiers Groupes d'activité (GA) annuels en Médecine	1er niveau d'analyse
<p>Cette information permet d'apporter une indication sur le profil de l'établissement et met en évidence les spécialités dans lesquels l'établissement a un volume d'activité important.</p> <p>Cette information permet de repérer une médecine « traditionnelle » d'une médecine plus technique/spécialisée.</p> <p>Le classement est établi à partir de la dernière année disponible</p> <p>Les données sont repérées à partir de la classification v2017 des GHM</p>		

Source	<p>Les groupes d'activité sont issus des « Regroupements de GHM » élaborés par l'ATIH pour remplacer les différentes typologies utilisées jusqu'à la version 10 de la classification des GHM. Les RSA classés en erreur (CM 90), en séances (CM 28) ainsi que les</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1013 392 1161 456"></td> <td data-bbox="1161 392 1433 456"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1013 456 1185 553"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </td> <td data-bbox="1185 456 1433 553"></td> </tr> </table>			<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé	
<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé						
Numérateur						
Dénominateur						
Interprétation						
A croiser	<p>CI_A15 : Nombre minimum de racines de GHM pour réaliser 80% de l'activité Nombre de RSS en médecine (HC et ambulatoire) CI_A1 à 5 : Nombre de lits et places en médecine Activité médicale</p>					
Commentaire						

Indicateur CI-A18

CI-A18	5 premiers Groupes d'activité (GA) annuels en Chirurgie	1er niveau d'analyse
<p>Cette information permet d'apporter une indication sur le profil de l'établissement et met en évidence les spécialités dans lesquels l'établissement a un volume d'activité important.</p> <p>Cette information permet de repérer une « traditionnelle » d'une chirurgie plus technique/spécialisée.</p> <p>Le classement est établi à partir de la dernière année disponible</p> <p>Les données sont repérées à partir de la classification v2017 des GHM</p>		

Source	<p>Les groupes d'activité sont issus des « Regroupements de GHM » élaborés par l'ATIH pour remplacer les différentes typologies utilisées jusqu'à la version 10 de la classification des GHM. Les RSA classés en erreur (CM 90), en séances (CM 28) ainsi que les</p>		
Numérateur		<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé	
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	<p>CI_A15 : Nombre minimum de racines de GHM pour réaliser 80% de l'activité</p> <p>Nombre de RSS HC et ambulatoire en chirurgie</p> <p>Activité chirurgicale</p> <p>CI_A6, 7 :Nombre de lits et places en chirurgie</p>		
Commentaire			

Indicateur CI-E1

CI-E1	Nombre de scanners	1er niveau d'analyse
Cette information permet d'apporter une indication sur les équipements dont dispose l'établissement Les informations analysées sont les suivantes : Scanner		

Source	Exercices antérieurs à 2013 : questionnaire Q03A : Scanners (code : 01SCA) [Nombre d'équipements présents dans l'établissement au 31/12] Exercices postérieurs ou égaux à 2013 : questionnaire IMAGES (code : SCAN)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé
Numérateur		
Dénominateur		
Interprétation		
A croiser	RSS en médecine / chirurgie / obstétrique, CI_A7 à 10 : Nombre de séances, CI_A12 : Nombre d'actes chirurgicaux, CI_A14 : Nombre d'actes d'endoscopies	
Commentaire	Les données concernant les capacités d'accueil et l'équipement sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr A noter : les équipements n'apparaissent pas nécessairement pour les établissements privés : ces derniers pouvant louer leur équipements.	

Indicateur CI-E2

CI-E2	Nombre d'IRM	1er niveau d'analyse
Cette information permet d'apporter une indication sur les équipements dont dispose l'établissement Les informations analysées sont les suivantes : IRM :		

Source	Exercices antérieurs à 2013 : questionnaire Q03A : IRM (code : 02IRM) [Nombre d'équipements présents dans l'établissement au 31/12] Exercices postérieurs ou égaux à 2013 : questionnaire IMAGES (code : IRM)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé
Numérateur		
Dénominateur		
Interprétation		
A croiser	RSS en médecine / chirurgie / obstétrique, CI_A7 à 10 : Nombre de séances, CI_A12 : Nombre d'actes chirurgicaux, CI_A14 : Nombre d'actes d'endoscopies	
Commentaire	Les données concernant les capacités d'accueil et l'équipement sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr A noter : les équipements n'apparaissent pas nécessairement pour les établissements privés : ces derniers pouvant louer leur équipements.	

Indicateur CI-E3

CI-E3	Nombre de TEP-SCAN	1er niveau d'analyse
<p>Cette information permet d'apporter une indication sur les équipements dont dispose l'établissement Les informations analysées sont les suivantes : TEP-SCAN</p>		

Source	Exercices antérieurs à 2013 : questionnaire Q03A : Tomographe (code : 04TOM) [Nombre d'équipements présents dans l'établissement au 31/12] Exercices postérieurs ou égaux à 2013 : questionnaire IMAGES (code : TOMO)		
Numérateur		<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé	
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	RSS en médecine / chirurgie / obstétrique, CI_A7 à 10 : Nombre de séances, CI_A12 : Nombre d'actes chirurgicaux, CI_A14 : Nombre d'actes d'endoscopies		
Commentaire	Les données concernant les capacités d'accueil et l'équipement sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr A noter : les équipements n'apparaissent pas nécessairement pour les établissements privés : ces derniers pouvant louer leur équipements.		

Indicateur CI-E4

CI-E4	Nombre de salles de radiologie vasculaire	1er niveau d'analyse
Cette information permet d'apporter une indication sur les équipements dont dispose l'établissement		

Source	Questionnaire IMAGES (code : VASC, cellule A8) <input type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	RSS en médecine / chirurgie / obstétrique, CI_A7 à 10 : Nombre de séances, CI_A12 : Nombre d'actes chirurgicaux, CI_A14 : Nombre d'actes d'endoscopies		
Commentaire	Les données concernant les capacités d'accueil et l'équipement sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr A noter : Les équipements n'apparaissent pas nécessairement pour les établissements privés : ces derniers pouvant louer leur équipements.		

Indicateur CI-E5

CI-E5	Nombre de salles d'intervention chirurgicale	1er niveau d'analyse
<p>Cette information permet d'apporter une indication sur les équipements dont dispose l'établissement . Les informations analysées sont les suivantes : Salles d'interventions chirurgicales avec anesthésie</p>		

<p>Source</p>	<p>Exercices antérieurs à 2013 : Questionnaire Q03A : Sites anesthésiques et blocs opératoires dont salles d'intervention chirurgicale (SALIC)* Nombre de salle au 31/12 (variable SAL) Exercices postérieurs ou égaux à 2013 : questionnaire BLOCS (code : SALCH</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1013 342 1161 405"></td> <td data-bbox="1161 342 1433 405"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1013 405 1185 504"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </td> <td data-bbox="1185 405 1433 504"></td> </tr> </table>			<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé	
<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé						
<p>Numérateur</p>						
<p>Dénominateur</p>						
<p>Interprétation</p>						
<p>A croiser</p>	<p>RSS en médecine / chirurgie / obstétrique, CI_A7 à 10 : Nombre de séances, CI_A12 : Nombre d'actes chirurgicaux, CI_A14 : Nombre d'actes d'endoscopies, P9 : ICR/salle d'intervention chirurgicale</p>					
<p>Commentaire</p>	<p>Les données concernant les capacités d'accueil et l'équipement sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</p> <p>A noter : les équipements n'apparaissent pas nécessairement pour les établissements privés : ces derniers pouvant louer leur équipements.</p> <p>ATTENTION : Depuis 2013, le nombre de salles destinées aux actes sous anesthésie (sous-ensemble "salles d'intervention chirurgicale") n'est plus collecté. Désormais sont pris en compte le nombre de salles de l'établissement destinés à la chirurgie classique, hors obstétrique, ainsi que le nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire. Il faut donc faire attention pour toute comparaison entre les données à partir de 2013 avec celles antérieures à 2013.</p>					

Indicateur CI-E6

CI-E6	Niveau de la maternité	1er niveau d'analyse
Cette information permet d'apporter une indication sur le profil de la maternité de l'établissement : maternité « traditionnelle » ou de recours.		

Source	Exercices antérieurs à 2013 : questionnaire Q16. Exercices postérieurs ou égaux à 2013 : questionnaire PERINAT		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	P11 : Taux de péridurale, P10 : Taux de césarienne, CI_A11 : Nombre d'accouchement, Activité obstétricale, Nombre de RSS d'obstétrique		
Commentaire	Les données concernant les capacités d'accueil et l'équipement sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr		

Indicateur CI-E7

CI-E7	Nombre d'examens	1er niveau d'analyse
<p>Cette information permet d'apporter une indication sur la production du laboratoire Sont pris en compte les nombres d'examens de biologie (pour les malades hospitalisés, pour les patients des consultations externes, pour l'extérieur) pour les laboratoires de biochimie, de microbiologie, d'immuno-hématologie, et pour les autres spécialités et laboratoires indifférenciés.</p>		

Source	Questionnaire BIO (cellules B2 et B3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	P8 : Nombre d'examens de biologie par technicien		
Commentaire	Les données concernant les capacités d'accueil et l'équipement sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr		

Indicateur CI-F1_D

CI-F1_D	Total des produits courants de fonctionnement	1er niveau d'analyse
<p>Cette information met en évidence la taille de l'établissement et apporte un éclairage sur la décomposition des recettes d'exploitation. On attend par recettes d'exploitation la somme des recettes T2A (part Assurance Maladie et patients), MIGAC et DAF.</p> <p>Les informations suivantes sont analysées :</p> <p>Total des recettes d'exploitation (Compte 70 à 75 + 7722 hors 7087) dont:</p> <p>Recettes T2A Recettes MIGAC dont MERRI (les missions « PHRC » [MIG_06] et « laboratoires d'oncogénétique, de génétique moléculaire, de cytogénétique et de neurogénétique » [MIG_28] ne sont pas prises en compte) dont AC Recettes DAF</p>		

Source	Comptes financiers B1-C3		
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	CI_F7_D : Total des charges courantes de fonctionnement, C_F9_D : Résultat consolidé, F1_D : Marge brute, RSS de médecine / chirurgie / obstétrique		
Commentaire			

Indicateur CI-F2_D

CI-F2_D	Recettes TAA	1er niveau d'analyse
Total des recettes d'exploitation (Compte 70 à 75 hors 7087) dont recettes T2A		

Source	Comptes financiers B1, e-PMSI		
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	CI_F7_D : Total des charges courantes de fonctionnement, C_F9_D : Résultat consolidé, F1_D : Marge brute, RSS de médecine / chirurgie / obstétrique		
Commentaire			

Indicateur CI-F3_D

CI-F3_D	- dont recettes MIGAC	1er niveau d'analyse
Total des recettes d'exploitation (Compte 70 à 75 hors 7087) dont recettes MIGAC		

Source	Comptes financiers B1		
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	CI_F7_D : Total des charges courantes de fonctionnement, C_F9_D : Résultat consolidé, F1_D : Marge brute, RSS de médecine / chirurgie / obstétrique		
Commentaire			

Indicateur CI-F4_D

CI-F4_D	- dont MERRI	1er niveau d'analyse
Total des recettes d'exploitation (Compte 70 à 75 hors 7087) dont MERRI (les missions « PHRC » [MIG_06] et « laboratoires d'oncogénétique, de génétique moléculaire, de cytogénétique et de neurogénétique » [MIG_28] ne sont pas prises en compte)		

Source	ARBUST	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	CI_F7_D : Total des charges courantes de fonctionnement, CI_F9_D : Résultat consolidé, F1_D : Marge brute, RSS de médecine / chirurgie / obstétrique		
Commentaire			

Indicateur CI-F5_D

CI-F5_D	- dont AC	1er niveau d'analyse
Total des recettes d'exploitation (Compte 70 à 75 hors 7087) dont AC (Aide à la Contractualisation)		

Source	ARBUST	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	CI_F7_D : Total des charges courantes de fonctionnement, CI_F9_D : Résultat consolidé, F1_D : Marge brute, RSS de médecine / chirurgie / obstétrique		
Commentaire			

Indicateur CI-F6_D

CI-F6_D	Recettes DAF	1er niveau d'analyse
Total des recettes d'exploitation (Compte 70 à 75 hors 7087) dont Recettes DAF		

Source	Comptes financiers B1		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	CI_F7_D : Total des charges courantes de fonctionnement, CI_F9_D : Résultat consolidé, F1_D : Marge brute, RSS de médecine / chirurgie / obstétrique		
Commentaire			

Indicateur CI-F7_D

CI-F7_D	Total des charges courantes de fonctionnement	1er niveau d'analyse
<p>Cette information met en évidence la taille de l'établissement (avec un focus sur les charges liées à l'activité MCO). Les informations suivantes sont analysées : Total des charges de fonctionnement (comptes 60 à 65 hors 7087) , - Dont dépenses MCO</p>		

Source	Comptes financiers B1-C3 et ICARE		
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	CI_F1_D : Total des produits courants de fonctionnement, CI_F9_D : Résultat consolidé, F1_D : Marge brute		
Commentaire			

Indicateur CI-F8_D

CI-F8_D	- dont dépenses MCO	1er niveau d'analyse
<p>Total des charges de fonctionnement (comptes 60 à 65 hors 7087) dont dépenses MCO Correspond au total des charges nettes majorées pour les activités Court séjour MCO (MCO_Hospitalisation, MCO_ConsultationsEtActesExternes), MCO_Urgences et ActivitésSpécifiquesMCO</p>		

Source	ICARE [] [] <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé	
Numérateur	Exercice postérieurs ou égaux à 2013 : Si le total des charges nettes majorées avec l'option déversement des charges de LM via des clés de répartition est disponible, ce montant est retenu sinon c'est celui avec l'option déversement des charges de LM au p	
Dénominateur		
Interprétation		
A croiser	CI_F1_D : Total des produits courants de fonctionnement, CI_F9_D : Résultat consolidé, F1_D : Marge brute	
Commentaire		

Indicateur CI-F9_D

CI-F9_D	Résultat consolidé	1er niveau d'analyse
<p>Cette information est le reflet de la performance financière globale de l'établissement et de son équilibre budgétaire. Le résultat est analysé à la fois en consolidé (prise en compte des budgets annexes) et sur le budget principal (hôpital)</p> <p>Les informations suivantes sont analysées : Résultat consolidé, - Dont résultat du budget principal</p>		

Source	Comptes financiers B1-B3 et A3 (privé)		
<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé			
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	CI_F1_D : Total des produits courants de fonctionnement, CI_F7_D : Total des charges courantes de fonctionnement, F1_D : Marge brute, F2_D : Taux de CAF		
Commentaire			

Indicateur CI-F10_D

CI-F10_D	- dont résultat du budget principal	1er niveau d'analyse
Résultat consolidé dont résultat du budget principal		

Source	Comptes financiers B1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	CI_F1_D : Total des produits courants de fonctionnement, CI_F7_D : Total des charges courantes de fonctionnement, F1_D : Marge brute, F2_D : Taux de CAF		
Commentaire			

Indicateur CI-F11_D

CI-F11_D	CAF	1er niveau d'analyse
<p>La capacité d'autofinancement (CAF) est le potentiel de l'entreprise à dégager, de par son activité de la période, une ressource (un enrichissement de flux de fonds). Cette ressource interne pourra être utilisée notamment pour financer la croissance de l'activité, financer de nouveaux investissements, rembourser des emprunts ou des dettes, de verser des dividendes aux propriétaires de l'entreprise et augmenter le fonds de roulement.</p>		

Source	Comptes financiers B3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	CI_F1_D : Total des produits courants de fonctionnement, CI_F7_D Total des charges courantes de fonctionnement, CI_F9_D : Résultat consolidé, F2_D : Taux de CAF		
Commentaire			

Indicateur CI-F12_D

CI-F12_D	Total bilan	1er niveau d'analyse
Cette information renseigne sur le volume des actifs de l'établissement.		

Source	Comptes financiers onglet E1		
<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé			
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser			
Commentaire	Le montant qui mentionné est le total net du bilan. La question a trancher est de savoir si le volume des actifs de l'établissement est mieux renseigné par la valeur nette ou la valeur brute notamment pour les établissements disposant d'un parc immobilier important qui peut être amorti et représenter une valeur marchande non négligeable. Cette information est pertinente dans le cas où régulièrement des opérations de revalorisation des actifs sont réalisées.		

Indicateur CI-F13_D

CI-F13_D	Encours de la dette	1er niveau d'analyse
Compte 163 « Emprunts Obligataires » + Compte 164 « Emprunts auprès des établissements de crédit » + Comptes 165, 167, 168 « Emprunts et dettes financières divers »		

Source	Comptes financier Onglet E1		
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	CI_F12_D : Total bilan, F3_D : Taux de CAF nette, F5_D : Ratio d'indépendance financière, F4_D : Durée apparente de la dette		
Commentaire			

Indicateur CI-F14_D

CI-F14_D	Fonds de Roulement Net Global	1er niveau d'analyse
<p>Cette information met en évidence la capacité de financement du cycle d'exploitation par des ressources stables.</p> <p>Total ressources FRNG (hors Dépréciation des stocks, comptes de tiers et comptes financiers c/39, c/49, c/59) - Total emplois FRNG</p>		

Source	Compte financier onglet C7		
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	CI_F15_D : Besoin en Fonds de Roulement, CI_F16_D : Trésorerie		
Commentaire	<p>A partir de l'onglet C7, nous avons exclu la ligne "Dépréciation des stocks, comptes de tiers et comptes financiers c/39, c/49, c/59" du FRNG pour les réintégrer dans le BFR. Ainsi les dépréciations issues du compte 49 essentiellement seront réintégrées au cycle d'exploitation.</p> <p>Le sous compte 59 ne peut être isolé dans l'onglet C7 et pourrait introduire un biais pour les établissements constatant la dépréciation de valeur des valeurs mobilières de placement ou devises, ce qui reste une situation peu courante.</p>		

Indicateur CI-F15_D

CI-F15_D	Besoin en Fonds de Roulement	1er niveau d'analyse
<p>Cette information mesure le besoin de financement engendré par l'exploitation courante de l'établissement. Le BFR étant généralement positif dans un établissement de santé, cette donnée met souvent en évidence l'avance de trésorerie faite par l'établissement.</p> <p>Le BFR est la différence entre l'actif circulant (principalement stocks et créances) et le passif exigible (principalement dettes fournisseurs, dettes sociales et fiscales et avances reçues). = « Stocks et en cours » + « Créances d'exploitation » + « Créances diverses » + « Charges constatées d'avance » + « Comptes de régularisation (actif) sauf dotations attendues, prime de remboursement des obligations et charges à répartir sur plusieurs exercices » - « Avances reçues » - « Dettes fournisseurs et comptes rattachés » - « Dettes fiscales et sociales » - « Produits constatés d'avance » - « Dettes sur immobilisations et comptes rattachés » - « dettes diverses autres » - « Comptes de régularisation (passif) ». Les créances dites de l'article 58 et de la sectorisation psychiatrique sont exclues.</p>		

Source	Compte financier Onglets E1 et C7			
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé			
Numérateur				
Dénominateur				
Interprétation				
A croiser	CI_F14_D : Fonds de Roulement Net Global, CI_F16_D : Trésorerie, P15 : Indice de facturation, F11_D : Délai moyen de recouvrement des créances émises vers les particuliers, F12_D : Délai moyen de paiement des fournisseurs			
Commentaire				

Indicateur CI-F16_D

CI-F16_D	Trésorerie	1er niveau d'analyse
FRNG-BFR= Trésorerie		

Source	Compte financier Onglets C7 et E1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	CI_F14_D : Fonds de Roulement Net Global, CI_F15_D : Besoin en Fonds de Roulement, P15 : Indice de facturation, F11_D : Délai moyen de recouvrement des créances émises vers les particuliers, F12_D : Délai moyen de paiement des fournisseurs		
Commentaire			

Indicateur CI-F17_D

CI-F17_D	Coefficient de transition	1er niveau d'analyse
<p>Le passage à 100% devant comporter un « amortisseur », un coefficient de transition est appliqué de manière modulée à chaque établissement depuis 2008.</p> <p>Concrètement, l'établissement devait disposer au 1er janvier 2008 du même montant de recettes que celui dont il aurait disposé dans le dispositif auparavant. Pour répondre à cette exigence, un mécanisme de coefficient de transition a été mis en place, permettant de prendre en compte l'impact du passage à 100% T2A et assurant à l'établissement le maintien de son niveau de recettes.</p> <p>L'application de la T2A à 100% emportera son plein effet en 2012, les coefficients de convergence devant tendre vers la valeur 1.</p>		

Source	Coefficient de transition à partir du 1 ^{er} mars de l'année n		
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser			
Commentaire			

Indicateur CI-F1_O

CI-F1_O	Total des produits courants d'exploitation	1er niveau d'analyse
Cette information met en évidence la taille de l'établissement et apporte un éclairage sur la décomposition des recettes d'exploitation. On attend par recettes d'exploitation la somme des recettes T2A (part Assurance Maladie et patients), MIGAC et recettes autres que MCO (PSY, SSR).		

Source	Liasses fiscales - INPI, codes CERFA : Compte de résultat de l'exercice (FR - FP)		
	<input type="checkbox"/> Publics <input type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	CI_F7_O : Total des charges courantes d'exploitation, Résultat net, F1_O : Taux d'EBITDA, RSS de médecine / chirurgie / obstétrique		
Commentaire	Les codes mis entre parenthèse font référence au liasses fiscales du C.G.I.		

Indicateur CI-F2_O

CI-F2_O	Recettes TAA	1er niveau d'analyse
---------	--------------	----------------------

Source	e-PMSI, SNIIRAM, ARBUST	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Publics <input type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser			
Commentaire	Données susceptibles d'inclure des recettes imputées sur compte de tiers, donc non prises en compte dans l'indicateur CI-F1_O		

Indicateur CI-F3_O

CI-F3_O	- dont recettes MIGAC	1er niveau d'analyse
---------	-----------------------	----------------------

Source	ARBUST	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Publics		
	<input type="checkbox"/> ESPIC		
	<input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser			
Commentaire			

Indicateur CI-F4_O

CI-F4_O	- dont MERRI	1er niveau d'analyse

Source	ARBUST	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Publics		
	<input type="checkbox"/> ESPIC		
	<input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser			
Commentaire			

Indicateur CI-F5_O

CI-F5_O	- dont AC	1er niveau d'analyse

Source	ARBUST	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Publics <input type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser			
Commentaire			

Indicateur CI-F6_O

CI-F6_O	Recettes autres que MCO (PSY, SSR)	1er niveau d'analyse
---------	------------------------------------	----------------------

Source	SNIRAM	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Publics		
	<input type="checkbox"/> ESPIC		
	<input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser			
Commentaire			

Indicateur CI-F7_O

CI-F7_O	Total des charges courantes de fonctionnement	1er niveau d'analyse
<p>Cette information met en évidence la taille de l'établissement (avec un focus sur les charges liées à l'activité MCO). Les informations suivantes sont analysées : Total des charges de fonctionnement ("Total des charges d'exploitation (II) "(FS,FT, FU, FV, FW, FX, FY, FZ, GE) sauf "Dotations d'exploitations")</p>		

Source	Liasses fiscales - INPI, codes CERFA : Compte de résultat de l'exercice <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Publics <input type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé
Numérateur	
Dénominateur	
Interprétation	
A croiser	CI_F1_O : Total des produits d'exploitation, Résultat net, F1_O : Taux d'EBITDA
Commentaire	Les codes mis entre parenthèse font référence au liasses fiscales du C.G.I.

Indicateur CI-F8_O

CI-F8_O	- dont dépenses MCO	1er niveau d'analyse
Donnée non calculable		

Source	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numérateur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dénominateur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Interprétation	<input type="text"/>		
A croiser	<input type="text"/>		
Commentaire	<input type="text"/>		

Indicateur CI-F9_O

CI-F9_O	Resultat net	1er niveau d'analyse
Cette information est le reflet de la performance financière globale de l'établissement et de son équilibre budgétaire. Les informations suivantes sont analysées : Résultat consolidé ("Bénéfice ou Perte" (HN))		

Source	Liasses fiscales - INPI, codes CERFA : Compte de résultat de l'exercice		
<input type="checkbox"/> Publics <input type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé			
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	CI_F1_O : Total des produits d'exploitation, CI_F7_O : Total des charges courantes de fonctionnement, F1_O : Taux d'EBITDA, F2_O : Taux de CAF		
Commentaire	Les codes mis entre parenthèse font référence au liasses fiscales du C.G.I.		

Indicateur CI-F10_O

CI-F10_O	- dont résultat du budget principal	1er niveau d'analyse
Donnée non calculable		

Source	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numérateur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dénominateur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Interprétation	<input type="text"/>		
A croiser	<input type="text"/>		
Commentaire	<input type="text"/>		

Indicateur CI-F11_O

CI-F11_O	CAF	1er niveau d'analyse
<p>La capacité d'autofinancement (CAF) est le potentiel de l'entreprise à dégager, de par son activité de la période, une ressource (un enrichissement de flux de fonds). Cette ressource interne pourra être utilisée notamment pour financer la croissance de l'activité, financer de nouveaux investissements, rembourser des emprunts ou des dettes, de verser des dividendes aux propriétaires de l'entreprise et augmenter le fonds de roulement. "Bénéfice ou perte" (HN) + "dotations aux amortissements" (GA) + "dotations aux provisions" (GB) + "charges exceptionnelles sur opérations en capital" (HF) - "produits exceptionnels sur opérations en capital" (HB) - "reprises sur provisions et transferts de charges" (HC)</p>		

Source	Liasses fiscales - INPI, codes CERFA : Compte de résultat de l'exercice		
	<input type="checkbox"/> Publics <input type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	CI_F1_O : Total des produits d'exploitation, CI_F7_O : Total des charges courantes de fonctionnement, Résultat net, F2_O : Taux de CAF		
Commentaire	Les codes mis entre parenthèse font référence au liasses fiscales du C.G.I.		

Indicateur CI-F12_O

CI-F12_O	Total bilan	1er niveau d'analyse
Cette information renseigne sur le volume des actifs de l'établissement. "Total Général" (EE)		

Source	Liasses fiscales - INPI, codes CERFA : Bilan-Passif		
	<input type="checkbox"/> Publics <input type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser			
Commentaire	Les codes mis entre parenthèse font référence au liasses fiscales du C.G.I.		

Indicateur CI-F13_O

CI-F13_O	Encours de la dette	1er niveau d'analyse
"Emprunts obligataires convertibles" (DS) + "Autres emprunts obligataires" (DT) + "Emprunts et dettes auprès des établissements de crédit" (DU) + "Emprunts et dettes financières divers (dont emprunts participatifs)" (DV) - "Dont concours bancaires courants, et soldes créditeurs de banques et CCP" (EH)		

Source	Liasses fiscales - INPI, codes CERFA : Bilan-Passif		
<input type="checkbox"/> Publics <input type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé			
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	CI_F12_O Total bilan, F3_O : Taux de CAF nette, F5_O : Ratio d'indépendance financière, F4_O : Durée apparente de la dette		
Commentaire	Les codes mis entre parenthèse font référence au liasses fiscales du C.G.I.		

Indicateur CI-F14_O

CI-F14_O	Fonds de Roulement Net Global	1er niveau d'analyse
"résultat de l'exercice +/- subventions d'investissement +/- provisions réglementées" (DL) + "provisions pour risques et charges" (DR) + "produits des émissions de titres participatifs +/- avances conditionnées" (DO) + "emprunts obligataires convertibles" (DS) + "autres emprunts obligataires" (DT) + "emprunts et dettes auprès des établissements de crédit" (DU) + "emprunts et dettes financiers divers (dont emprunts participatifs)" (DV) - "capital souscrit non appelé" (AA) - "concours bancaires courants et soldes créditeurs de banques et CCP" (EH) - "total actif immobilisé" (BJ Net) - "primes de remboursement des obligations" (CM)		

Source	Liasses fiscales - INPI, codes CERFA : Bilan-Passif et Bilan-Actif		
	<input type="checkbox"/> Publics <input type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	CI_F15_O : Besoin en Fonds de Roulement, CI_F16_O : Trésorerie		
Commentaire	Les codes mis entre parenthèse font référence au liasses fiscales du C.G.I.		

Indicateur CI-F15_O

CI-F15_O	Besoin en Fonds de Roulement	1er niveau d'analyse
<p>Cette information mesure le besoin de financement engendré par l'exploitation courante de l'établissement. Le BFR étant généralement positif dans un établissement de santé, cette donnée met souvent en évidence l'avance de trésorerie faite par l'établissement.</p> <p>"matières premières, approvisionnements" (BL Net) + "en cours de production de biens" (BN Net) + "en cours de production de services" (BP Net) + "produits intermédiaires et finis" (BR Net) + "marchandises" (BT Net) + "avances et acomptes versés sur commandes" (BV Net) + "clients et comptes rattachés" (BX Net) + "autres créances" (BZ Net) + "charges constatées d'avance" (CH) - "avances et acomptes reçus sur commandes en cours" (DW) - "dettes fournisseurs et comptes rattachés" (DX) - "dettes fiscales et sociales" (DY) - "dettes sur immobilisations et comptes rattachés" (DZ) - "autres dettes" (EA) - "produits constatés d'avance" (EB)</p>		

Source	Liasses fiscales - INPI, codes CERFA : Bilan-Passif et Bilan-Actif <div style="float: right; margin-top: 5px;"> <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> </div>
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> <input type="checkbox"/> Publics <input type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div>
Numérateur	
Dénominateur	
Interprétation	
A croiser	CI_F14_O : Fonds de Roulement Net Global, CI_F16_O : Trésorerie, P15 : Indice de facturation, Taux de créances émises, F12_O : Délai moyen de paiement des fournisseurs
Commentaire	Les codes mis entre parenthèse font référence au liasses fiscales du C.G.I.

Indicateur CI-F16_O

CI-F16_O	Tresorerie	1er niveau d'analyse
"Disponibilités" (CF) + "Valeurs Immobilières de placement" (CD) - "Dont concours bancaires courants et soldes créditeurs de banques et CCP" (EH)		

Source	Liasses fiscales - INPI, codes CERFA : Bilan-Actif et Bilan-Passif	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Publics <input type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	CI_F14_O : Fonds de Roulement Net Global, CI_F15_O : Besoin de Fonds de Roulement, Indice de facturation, F11_O : Taux de créances émises, F12_O : Délai moyen de paiement des fournisseurs		
Commentaire	Les codes mis entre parenthèse font référence au liasses fiscales du C.G.I.		

Indicateur CI-F17_O

CI-F17_O	Coefficient de Transition	1er niveau d'analyse
<p>Le passage à 100% devant comporter un « amortisseur », un coefficient de transition est appliqué de manière modulée à chaque établissement depuis 2008.</p> <p>Concrètement, l'établissement devait disposer au 1er janvier 2008 du même montant de recettes que celui dont il aurait disposé dans le dispositif auparavant. Pour répondre à cette exigence, un mécanisme de coefficient de transition a été mis en place, permettant de prendre en compte l'impact du passage à 100% T2A et assurant à l'établissement le maintien de son niveau de recettes.</p> <p>L'application de la T2A à 100% emportera son plein effet en 2012, les coefficients de convergence devant tendre vers la valeur 1.</p>		

Source	Coefficient de transition à partir du 1 ^{er} mars de l'année n <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Publics <input type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé
Numérateur	
Dénominateur	
Interprétation	
A croiser	
Commentaire	Les codes mis entre parenthèse font référence au liasses fiscales du C.G.I.

Indicateur CI-RH1

CI-RH1	ETP médicaux	1er niveau d'analyse
<p>Ces informations permettent d'avoir une vision globale des ressources humaines médicales de l'établissement, déclinées par discipline .</p> <p>Les informations suivantes sont analysées : ETP médicaux, dont Médecins (hors anesthésistes), dont Chirurgiens (hors gynécologues-obstétriciens), dont Anesthésistes, dont Gynécologues-obstétriciens.</p>		

Source	SAE : exercices antérieurs à 2013 : questionnaires Q20A et Q20B, exercices postérieurs ou égaux à 2013 questionnaire Q20	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	RH1 : Nombre accouchements/obstétriciens et SF, RH3 : Nombre ICR/chirurgiens, RH2 : Nombre ICR/anesthésistes et IADE, P5 : Coût du personnel médical des services cliniques rapporté aux recettes		
Commentaire	<p>Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</p> <p>Tous les ETP médicaux ne sont pas étudiés dans le détail (ex : pharmaciens, biologistes...)</p> <p>. ATTENTION : Avant 2011, les établissements remontaient l'ensemble de leurs ETP dans la SAE ; à partir de la SAE 2011, les établissements remontent uniquement les ETP de leurs structures sanitaires, les personnels des structures médico-sociales et de formation ne sont donc plus comptabilisés.</p> <p>ATTENTION : Avant 2013, les ETP des libéraux étaient estimés à partir de la convention suivante : total effectif des libéraux exclusifs à temps plein*1 + total effectif des libéraux exclusifs à temps partiel * 0,5 + Total effectif des libéraux non exclusifs * 0,2 Depuis la SAE 2013, la notion d'exclusif/nonexclusif des praticiens libéraux a disparu : Les ETP sont désormais estimés à partir de la convention suivante : total effectif des libéraux à temps plein*1 + total effectif des libéraux à temps partiel * 0,5</p> <p>ATTENTION : Avant 2013, les ETP des salariés étaient estimés à partir des ETP au 31/12. Depuis la SAE 2013, tous les ETP (public et privé) sont désormais estimés à partir des ETP moyens annuels rémunérés.</p>		

Indicateur CI-RH2

CI-RH2	ETP médicaux - dont Médecins (hors anesthésistes)	1er niveau d'analyse
L'information suivante est analysée : ETP médicaux dont Médecins (hors anesthésistes).		

Source	SAE : exercices antérieurs à 2013 : questionnaires Q20A et Q20B, exercices postérieurs ou égaux à 2013 questionnaire Q20 <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé	
Numérateur		
Dénominateur		
Interprétation		
A croiser	RH1 : Nombre accouchements/obstétriciens et SF, RH3 : Nombre ICR/chirurgiens, RH2 : Nombre ICR/anesthésistes et IADE, P5 : Coût du personnel médical des services cliniques rapporté aux recettes	
Commentaire	<p>Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</p> <p>Tous les ETP médicaux ne sont pas étudiés dans le détail (ex : pharmaciens, biologistes...).</p> <p>ATTENTION : Avant 2011, les établissements remontaient l'ensemble de leurs ETP dans la SAE ; à partir de la SAE 2011, les établissements remontent uniquement les ETP de leurs structures sanitaires, les personnels des structures médico-sociales et de formation ne sont donc plus comptabilisés.</p> <p>ATTENTION : Avant 2013, les ETP des libéraux étaient estimés à partir de la convention suivante : total effectif des libéraux exclusifs à temps plein*1 + total effectif des libéraux exclusifs à temps partiel * 0,5 + Total effectif des libéraux non exclusifs * 0,2</p> <p>Depuis la SAE 2013, la notion d'exclusif/nonexclusif des praticiens libéraux a disparu : Les ETP sont désormais estimés à partir de la convention suivante : total effectif des libéraux à temps plein*1 + total effectif des libéraux à temps partiel * 0,5</p> <p>ATTENTION : Avant 2013, les ETP des salariés étaient estimés à partir des ETP au 31/12.</p> <p>Depuis la SAE 2013, tous les ETP (public et privé) sont désormais estimés à partir des ETP moyens annuels rémunérés.</p>	

Indicateur CI-RH3

CI-RH3	ETP médicaux - dont Chirurgiens (hors gynécologues-obstétriciens)	1er niveau d'analyse
L'information suivante est analysée : ETP médicaux dont Chirurgiens (hors gynécologues-obstétriciens).		

Source	SAE : exercices antérieurs à 2013 : questionnaires Q20A et Q20B, exercices postérieurs ou égaux à 2013 questionnaire Q20 <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé	
Numérateur		
Dénominateur		
Interprétation		
A croiser	RH1 : Nombre accouchements/obstétriciens et SF, RH3 : Nombre ICR/chirurgiens, RH2 : Nombre ICR/anesthésistes et IADE, P5 : Coût du personnel médical des services cliniques rapporté aux recettes	
Commentaire	<p>Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</p> <p>Tous les ETP médicaux ne sont pas étudiés dans le détail (ex : pharmaciens, biologistes...).</p> <p>ATTENTION : Avant 2011, les établissements remontaient l'ensemble de leurs ETP dans la SAE ; à partir de la SAE 2011, les établissements remontent uniquement les ETP de leurs structures sanitaires, les personnels des structures médico-sociales et de formation ne sont donc plus comptabilisés.</p> <p>ATTENTION : Avant 2013, les ETP des libéraux étaient estimés à partir de la convention suivante : total effectif des libéraux exclusifs à temps plein*1 + total effectif des libéraux exclusifs à temps partiel * 0,5 + Total effectif des libéraux non exclusifs * 0,2</p> <p>Depuis la SAE 2013, la notion d'exclusif/nonexclusif des praticiens libéraux a disparu : Les ETP sont désormais estimés à partir de la convention suivante : total effectif des libéraux à temps plein*1 + total effectif des libéraux à temps partiel * 0,5</p> <p>ATTENTION : Avant 2013, les ETP des salariés étaient estimés à partir des ETP au 31/12.</p> <p>Depuis la SAE 2013, tous les ETP (public et privé) sont désormais estimés à partir des ETP moyens annuels rémunérés.</p>	

Indicateur CI-RH4

CI-RH4	ETP médicaux - dont Anesthésistes	1er niveau d'analyse
L'information suivante est analysée : ETP médicaux dont Anesthésistes.		

Source	SAE : exercices antérieurs à 2013 : questionnaires Q20A et Q20B, exercices postérieurs ou égaux à 2013 questionnaire Q20		<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé			
Numérateur				
Dénominateur				
Interprétation				
A croiser	RH1 : Nombre accouchements/obstétriciens et SF, RH3 : Nombre ICR/chirurgiens, RH2 : Nombre ICR/anesthésistes et IADE, P5 : Coût du personnel médical des services cliniques rapporté aux recettes			
Commentaire	<p>Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</p> <p>Tous les ETP médicaux ne sont pas étudiés dans le détail (ex : pharmaciens, biologistes...).</p> <p>ATTENTION : Avant 2011, les établissements remontaient l'ensemble de leurs ETP dans la SAE ; à partir de la SAE 2011, les établissements remontent uniquement les ETP de leurs structures sanitaires, les personnels des structures médico-sociales et de formation ne sont donc plus comptabilisés.</p> <p>ATTENTION : Avant 2013, les ETP des libéraux étaient estimés à partir de la convention suivante : total effectif des libéraux exclusifs à temps plein*1 + total effectif des libéraux exclusifs à temps partiel * 0,5 + Total effectif des libéraux non exclusifs * 0,2</p> <p>Depuis la SAE 2013, la notion d'exclusif/nonexclusif des praticiens libéraux a disparu : Les ETP sont désormais estimés à partir de la convention suivante : total effectif des libéraux à temps plein*1 + total effectif des libéraux à temps partiel * 0,5</p> <p>ATTENTION : Avant 2013, les ETP des salariés étaient estimés à partir des ETP au 31/12.</p> <p>Depuis la SAE 2013, tous les ETP (public et privé) sont désormais estimés à partir des ETP moyens annuels rémunérés.</p>			

Indicateur CI-RH5

CI-RH5	ETP médicaux - dont Gynécologues-obstétriciens	1er niveau d'analyse
L'information suivante est analysée : ETP médicaux dont Gynécologues-obstétriciens.		

Source	SAE : exercices antérieurs à 2013 : questionnaires Q20A et Q20B, exercices postérieurs ou égaux à 2013 questionnaire Q20 <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé	
Numérateur		
Dénominateur		
Interprétation		
A croiser	RH1 : Nombre accouchements/obstétriciens et SF, RH3 : Nombre ICR/chirurgiens, RH2 : Nombre ICR/anesthésistes et IADE, P5 : Coût du personnel médical des services cliniques rapporté aux recettes	
Commentaire	<p>Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</p> <p>Tous les ETP médicaux ne sont pas étudiés dans le détail (ex : pharmaciens, biologistes...). Le nombre indiqué correspond au nombre total d'obstétriciens et de gynécologues diplômés pour l'obstétrique.</p> <p>ATTENTION : avant 2011, les établissements remontaient l'ensemble de leurs ETP dans la SAE ; à partir de la SAE 2011, les établissements remontent uniquement les ETP de leurs structures sanitaires, les personnels des structures médico-sociales et de formation ne sont donc plus comptabilisés.</p> <p>ATTENTION : Avant 2013, les ETP des libéraux étaient estimés à partir de la convention suivante : total effectif des libéraux exclusifs à temps plein*1 + total effectif des libéraux exclusifs à temps partiel * 0,5 + Total effectif des libéraux non exclusifs * 0,2</p> <p>Depuis la SAE 2013, la notion d'exclusif/nonexclusif des praticiens libéraux a disparu : Les ETP sont désormais estimés à partir de la convention suivante : total effectif des libéraux à temps plein*1 + total effectif des libéraux à temps partiel * 0,5</p> <p>ATTENTION : Avant 2013, les ETP des salariés étaient estimés à partir des ETP au 31/12.</p> <p>Depuis la SAE 2013, tous les ETP (public et privé) sont désormais estimés à partir des ETP moyens annuels rémunérés.</p>	

Indicateur CI-RH6

CI-RH6	ETP non médicaux	1er niveau d'analyse
Ces informations permettent d'avoir une vision globale des ressources humaines non médicales de l'établissement, déclinées par métiers . Les informations suivantes sont analysées : ETP non médicaux, dont Personnels de Direction et Administratifs, dont Personnels des services de Soins, dont Personnels Educatifs et Sociaux, dont Personnels Médico-Techniques, dont Personnels Techniques et Ouvriers.		

Source	SAE : Questionnaire Q23	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	P4 : Coût du personnel non médical des services cliniques rapporté aux recettes		
Commentaire	Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr ATTENTION : avant 2011, les établissements remontaient l'ensemble de leurs ETP dans la SAE ; à partir de la SAE 2011, les établissements remontent uniquement les ETP de leurs structures sanitaires, les personnels des structures médico-sociales et de formation ne sont donc plus comptabilisés. ATTENTION : Avant 2013, les ETP étaient estimés à partir des ETP au 31/12. Depuis la SAE 2013, tous les ETP (public et privé) sont désormais estimés à partir des ETP moyens annuels rémunérés.		

Indicateur CI-RH7

CI-RH7	ETP non médicaux - dont Personnels de Direction et Administratifs	1er niveau d'analyse
L'information suivante est analysée : ETP non médicaux dont Personnels des services de Soins		

Source	SAE : Questionnaire Q23	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	P4 :Coût du personnel non médical des services cliniques rapporté aux recettes		
Commentaire	Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr ATTENTION : avant 2011, les établissements remontaient l'ensemble de leurs ETP dans la SAE ; à partir de la SAE 2011, les établissements remontent uniquement les ETP de leurs structures sanitaires, les personnels des structures médico-sociales et de formation ne sont donc plus comptabilisés. ATTENTION : Avant 2013, les ETP étaient estimés à partir des ETP au 31/12. Depuis la SAE 2013, tous les ETP (public et privé) sont désormais estimés à partir des ETP moyens annuels rémunérés.		

Indicateur CI-RH8

CI-RH8	ETP non médicaux - dont Personnels des Services de Soins	1er niveau d'analyse
L'information suivante est analysée : ETP non médicaux dont Personnels des services de Soins		

Source	SAE : Questionnaire Q23	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	P4 : Coût du personnel non médical des services cliniques rapporté aux recettes		
Commentaire	<p>Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</p> <p>ATTENTION : avant 2011, les établissements remontaient l'ensemble de leurs ETP dans la SAE ; à partir de la SAE 2011, les établissements remontent uniquement les ETP de leurs structures sanitaires, les personnels des structures médico-sociales et de formation ne sont donc plus comptabilisés.</p> <p>ATTENTION : Avant 2013, les ETP étaient estimés à partir des ETP au 31/12.</p> <p>Depuis la SAE 2013, tous les ETP (public et privé) sont désormais estimés à partir des ETP moyens annuels rémunérés.</p>		

Indicateur CI-RH9

CI-RH9	ETP non médicaux - dont Personnels Educatifs et Sociaux	1er niveau d'analyse
L'information suivante est analysée : ETP non médicaux dont Personnels Educatifs et Sociaux		

Source	SAE : Questionnaire Q23	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	P4 : Coût du personnel non médical des services cliniques rapporté aux recettes		
Commentaire	<p>Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</p> <p>ATTENTION : avant 2011, les établissements remontaient l'ensemble de leurs ETP dans la SAE ; à partir de la SAE 2011, les établissements remontent uniquement les ETP de leurs structures sanitaires, les personnels des structures médico-sociales et de formation ne sont donc plus comptabilisés.</p> <p>ATTENTION : Avant 2013, les ETP étaient estimés à partir des ETP au 31/12.</p> <p>Depuis la SAE 2013, tous les ETP (public et privé) sont désormais estimés à partir des ETP moyens annuels rémunérés.</p>		

Indicateur CI-RH10

CI-RH10	ETP non médicaux - dont Personnels Médico-Techniques	1er niveau d'analyse
L'information suivante est analysée : ETP non médicaux dont Personnels Médico-Techniques		

Source	SAE : Questionnaire Q23	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	P4 : Coût du personnel non médical des services cliniques rapporté aux recettes		
Commentaire	Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr ATTENTION : avant 2011, les établissements remontaient l'ensemble de leurs ETP dans la SAE ; à partir de la SAE 2011, les établissements remontent uniquement les ETP de leurs structures sanitaires, les personnels des structures médico-sociales et de formation ne sont donc plus comptabilisés. ATTENTION : Avant 2013, les ETP étaient estimés à partir des ETP au 31/12. Depuis la SAE 2013, tous les ETP (public et privé) sont désormais estimés à partir des ETP moyens annuels rémunérés.		

Indicateur CI-RH11

CI-RH11	ETP non médicaux - dont Personnels Techniques et Ouvriers	1er niveau d'analyse
L'information suivante est analysée : ETP non médicaux dont Personnels Techniques et Ouvriers		

Source	SAE : Questionnaire Q23	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	P4 : Coût du personnel non médical des services cliniques rapporté aux recettes		
Commentaire	<p>Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</p> <p>ATTENTION : avant 2011, les établissements remontaient l'ensemble de leurs ETP dans la SAE ; à partir de la SAE 2011, les établissements remontent uniquement les ETP de leurs structures sanitaires, les personnels des structures médico-sociales et de formation ne sont donc plus comptabilisés.</p> <p>ATTENTION : Avant 2013, les ETP étaient estimés à partir des ETP au 31/12.</p> <p>Depuis la SAE 2013, tous les ETP (public et privé) sont désormais estimés à partir des ETP moyens annuels rémunérés.</p>		

Indicateur CI-AC1

CI-AC1	Nombres de lits installés en Médecine	1er niveau d'analyse
<p>Ces informations donnent un aperçu des capacités d'accueil de l'établissement en médecine. Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr Les informations suivantes sont analysées : Nb de lits installés en Médecine : dont lits installés de soins intensifs, dont lits installés de réanimation, dont lits installés de surveillance continue</p>		

Source	SAE : Exercices antérieurs à 2013 questionnaire Q0102A, exercices postérieurs ou égaux à 2013 : questionnaire MCO		
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	A13 : Taux d'utilisation/occupation des lits en médecine, CI_RH8 : ETP non médicaux des services de soins, ETP médicaux des services de soins		
Commentaire			

Indicateur CI-AC2

CI-AC2	Nombres de lits installés en Médecine - dont lits de soins intensifs	1er niveau d'analyse
Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr L'information suivante est analysée : Nb de lits installés de Médecine dont lits de soins intensifs		

Source	SAE : Exercices antérieurs à 2013 : questionnaires Q12, Q14A et Q14B, exercices postérieurs ou égaux à 2013 : questionnaires REA et PERINAT	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics	
	<input checked="" type="checkbox"/> ESPIC	
	<input checked="" type="checkbox"/> Privé	
Numérateur		
Dénominateur		
Interprétation		
A croiser	A13 : Taux d'utilisation/occupation des lits en médecine, CI_RH8 : ETP non médicaux des services de soins, ETP médicaux des services de soins	
Commentaire		

Indicateur CI-AC3

CI-AC3	Nombres de lits installés en Médecine - dont lits de surveillance continue	1er niveau d'analyse
Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr L'information suivante est analysée : Nb de lits installés de Médecine dont lits de surveillance continue		

Source	SAE : Exercices antérieurs à 2013 : questionnaires Q11, Q12, Q14A et Q14B, exercices postérieurs ou égaux à 2013 : questionnaire REA		<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics			
	<input checked="" type="checkbox"/> ESPIC			
	<input checked="" type="checkbox"/> Privé			
Numérateur				
Dénominateur				
Interprétation				
A croiser	A13 : Taux d'utilisation/occupation des lits en médecine, CI_RH8 : ETP non médicaux des services de soins, ETP médicaux des services de soins			
Commentaire				

Indicateur CI-AC4

CI-AC4	Nombres de lits installés en Médecine - dont lits de réanimation	1er niveau d'analyse
Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr L'information suivante est analysée : Nb de lits installés en Médecine dont lits de réanimation		

Source	SAE : Exercices antérieurs à 2013 : questionnaires Q10, Q11, Q12, Q14A, Q14B et Q16, exercices postérieurs ou égaux à 2013 : questionnaires REA, BRULES et PERINAT	<input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé
Numérateur		
Dénominateur		
Interprétation		
A croiser	A13 : Taux d'utilisation/occupation des lits en médecine, CI_RH8 : ETP non médicaux des services de soins, ETP médicaux des services de soins	
Commentaire		

Indicateur CI-AC5

CI-AC5	Places installés de Médecine	1er niveau d'analyse
<p>Ces informations donnent un aperçu des capacités d'accueil de l'établissement en médecine. Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr L'information suivante est analysée : Places installés de Médecine</p>		

Source	SAE : Exercices antérieurs à 2013 : questionnaire Q0102A, exercices postérieurs ou égaux à 2013 : questionnaire MCO		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	CI_RH8 : ETP non médicaux des services de soins, ETP médicaux des services de soins		
Commentaire			

Indicateur CI-AC6

CI-AC6	Lits installés de Chirurgie	1er niveau d'analyse
<p>Ces informations donnent un aperçu des capacités d'accueil de l'établissement en chirurgie Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr L'information suivante est analysée : Lits installés de Chirurgie</p>		

Source	SAE : Exercices antérieurs à 2013 : questionnaire Q0102A, exercices postérieurs ou égaux à 2013 : questionnaire MCO		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	A14 : Taux d'utilisation/occupation des lits en chirurgie, CI_RH8 : ETP non médicaux des services de soins, ETP médicaux des services de soins		
Commentaire			

Indicateur CI-AC7

CI-AC7	Places installées de Chirurgie	1er niveau d'analyse
<p>Ces informations donnent un aperçu des capacités d'accueil de l'établissement en chirurgie Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr L'information suivante est analysée : Places installées de Chirurgie</p>		

Source	SAE : Exercices antérieurs à 2013 : questionnaire Q0102A, exercices postérieurs ou égaux à 2013 : questionnaire MCO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	P14 : Taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire, CI_RH8 : ETP non médicaux des services de soins, ETP médicaux des services de soins		
Commentaire			

Indicateur CI-AC8

CI-AC8	Lits installés d'Obstétrique	1er niveau d'analyse
<p>Ces informations donnent un aperçu des capacités d'accueil de l'établissement en obstétrique Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr L'information suivante est analysée : Lits installés d'Obstétrique</p>		

Source	SAE : Exercices antérieurs à 2013 : questionnaire Q0102A, exercices postérieurs ou égaux à 2013 : questionnaire MCO		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	A15 : Taux d'utilisation/occupation des lits en obstétrique, CI_RH8 : ETP non médicaux des services de soins, CI_RH5 : Nombre de gynécologues-obstétriciens, RH1 : Nombre d'accouchements/ gynécologues-obstétriciens		
Commentaire			

Indicateur CI-AC9

CI-AC9	Places installées d'Obstétrique	1er niveau d'analyse
<p>Ces informations donnent un aperçu des capacités d'accueil de l'établissement en obstétrique Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr L'information suivante est analysée : Places installées d'Obstétrique</p>		

Source	SAE : Exercices antérieurs à 2013 : questionnaire Q0102A, exercices postérieurs ou égaux à 2013 : questionnaire MCO		
Numérateur			
Dénominateur			
Interprétation			
A croiser	CI_RH8 : ETP non médicaux des services de soins, ETP médicaux des services de soins		
Commentaire			

Indicateur CI-DF1

CI-DF1	Taux d'informatisation des résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomo-pathologie	1er niveau d'analyse
Cette donnée mesure le niveau d'informatisation de l'établissement de santé sur le domaine fonctionnel «Résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomo-pathologie».		
Source	OSIS <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div>	
Numérateur	Cette donnée se calcule de la manière suivante : 1. On calcule le taux d'atteinte par rapport à la cible pour toutes les valeurs OSIS qui concourent à la construction de cette donnée CI-DF1. Si au moins une valeur OSIS qui concoure à la construction de la donnée CI-DF1 n'a pas atteint la cible, alors un mécanisme vient minorer le taux des autres valeurs OSIS ayant atteint ou dépassé la cible (l'idée étant que la donnée CI-DF1 ne puisse atteindre ou dépasser 100 % tant que l'établissement n'a pas atteint la cible partout dans OSIS). 2. Le résultat final de la donnée CI-DF1 est obtenu en calculant la moyenne pondérée des taux dans OSIS sachant que toutes les valeurs dans OSIS sont pondéré à 1.	
Dénominateur		
Interprétation	Si CI-DF1 est inférieure à 100%, cela signifie que l'établissement n'a pas encore atteint la cible de ce domaine fonctionnel : soit les outils informatiques pour ce domaine ne sont pas complètement mis en place, soit ils ne sont pas suffisamment utilisés par les professionnels. Si CI-DF1 est égale à 100%, cela signifie que l'établissement a atteint la cible de ce domaine fonctionnel. Si CI-DF1 est supérieure à 100% et inférieure à 150%, cela signifie que l'établissement a atteint et dépassé la cible de ce domaine fonctionnel (Exemple: un établissement peut dépasser les 80% défini comme cible pour D1.5 concernant le « Taux de services de soins et médico-techniques accédant aux compte-rendus et images sous forme électronique »). Si CI-DF1 est égale à 150%, cela signifie que l'établissement a mis en place les outils informatiques nécessaires pour ce domaine fonctionnel et ils sont bien utilisés par les professionnels.	
A croiser	P16	
Commentaire	Les valeurs de cet indicateur commencent à partir de l'année 2013.	

Indicateur CI-DF2

CI-DF2	Taux d'informatisation du DPII (Dossier patient informatisé et interopérable) et communication extérieure	1er niveau d'analyse
Cette donnée mesure le niveau d'informatisation de l'établissement de santé sur le domaine fonctionnel « DPII (Dossier patient informatisé et interopérable) et communication extérieure ».		

Source	OSIS <div style="float: right; margin-top: 10px;"> <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div>
Numérateur	Cette donnée se calcule de la manière suivante : 1. On calcule le taux d'atteinte par rapport à la cible pour toutes les valeurs OSIS qui concourent à la construction de cette donnée CI-DF2. Si au moins une valeur OSIS qui concoure à la construction de la donnée CI-DF2 n'a pas atteint la cible, alors un mécanisme vient minorer le taux des autres valeurs OSIS ayant atteint ou dépassé la cible (l'idée étant que la donnée CI-DF2 ne puisse atteindre ou dépasser 100 % tant que l'on n'a pas atteint la cible partout dans OSIS). 2. Le résultat final la donnée CI-DF2 est obtenu en calculant la moyenne pondérée des taux dans OSIS sachant que toutes les valeurs dans OSIS sont pondéré à 1.
Dénominateur	
Interprétation	Si CI-DF2 est inférieure à 100%, cela signifie que l'établissement n'a pas encore atteint la cible de ce domaine fonctionnel : soit les outils informatiques pour ce domaine ne sont pas complètement mis en place, soit ils ne sont pas suffisamment utilisés par les professionnels. Si CI-DF2 est égale à 100%, cela signifie que l'établissement a atteint la cible de ce domaine fonctionnel. Si CI-DF2 est supérieure à 100% et inférieure à 150%, cela signifie que l'établissement a atteint et dépassé la cible de ce domaine fonctionnel (Exemple : un établissement peut dépasser les 60% défini comme cible pour D2.3 concernant le « Taux de services pour lesquels le dossier patient informatisé intègre les comptes-rendus (de consultation, d'hospitalisation, opératoires, d'examens d'imagerie »). Si CI-DF2 est égale à 150%, cela signifie que l'établissement a mis en place les outils informatiques nécessaires pour ce domaine fonctionnel et ils sont bien utilisés par les professionnels.
A croiser	P16
Commentaire	Les valeurs de cet indicateur commencent à partir de l'année 2013.

Indicateur CI-DF3

CI-DF3	Taux d'informatisation de la prescription électronique alimentant le plan de soins	1er niveau d'analyse
Cette donnée mesure le niveau d'informatisation de l'établissement de santé sur le domaine fonctionnel « Prescription électronique alimentant le plan de soins ».		

Source	OSIS <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div>
Numérateur	Cette donnée se calcule de la manière suivante : 1. On calcule le taux d'atteinte par rapport à la cible pour toutes les valeurs OSIS qui concourent à la construction de cette donnée CI-DF3. Si au moins une valeur OSIS qui concoure à la construction de la donnée CI-DF3 n'a pas atteint la cible, alors un mécanisme vient minorer le taux des autres valeurs OSIS ayant atteint ou dépassé la cible (l'idée étant que la donnée CI-DF3 ne puisse atteindre ou dépasser 100 % tant que l'on n'a pas atteint la cible partout dans OSIS). 2. Le résultat final la donnée CI-DF3 est obtenu en calculant la moyenne pondérée des taux dans OSIS sachant que toutes les valeurs dans OSIS sont pondéré à 1.
Dénominateur	
Interprétation	Si CI-DF3 est inférieure à 100%, cela signifie que l'établissement n'a pas encore atteint la cible de ce domaine fonctionnel : soit les outils informatiques pour ce domaine ne sont pas complètement mis en place, soit ils ne sont pas suffisamment utilisés par les professionnels. Si CI-DF3 est égale à 100%, cela signifie que l'établissement a atteint la cible de ce domaine fonctionnel. Si CI-DF3 est supérieure à 100% et inférieure à 150%, cela signifie que l'établissement a atteint et dépassé la cible de ce domaine fonctionnel (Exemple : un établissement peut dépasser les 40% défini comme cible pour D3.2 concernant le « Taux de séjours disposant de prescriptions d'examens de biologie informatisées »). Si CI-DF3 est égale à 150%, cela signifie que l'établissement a mis en place les outils informatiques nécessaires pour ce domaine fonctionnel et ils sont bien utilisés par les professionnels.
A croiser	P16
Commentaire	Les valeurs de cet indicateur commencent à partir de l'année 2013.

Indicateur CI-DF4

CI-DF4	Taux d'informatisation de la programmation des ressources et agenda du patient	1er niveau d'analyse
Cette donnée mesure le niveau d'informatisation de l'établissement de santé sur le domaine fonctionnel « Programmation des ressources et agenda du patient ».		
Source	OSIS <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div>	
Numérateur	Cette donnée se calcule de la manière suivante : 1. On calcule le taux d'atteinte par rapport à la cible pour toutes les valeurs OSIS qui concourent à la construction de cette donnée CI-DF4. Si au moins une valeur OSIS qui concoure à la construction de la donnée CI-DF4 n'a pas atteint la cible, alors un mécanisme vient minorer le taux des autres valeurs OSIS ayant atteint ou dépassé la cible (l'idée étant que la donnée CI-DF4 ne puisse atteindre ou dépasser 100 % tant que l'on n'a pas atteint la cible partout dans OSIS). 2. Le résultat final la donnée CI-DF4 est obtenu en calculant la moyenne pondérée des taux dans OSIS sachant que toutes les valeurs dans OSIS sont pondéré à 1.	
Dénominateur		
Interprétation	Si CI-DF4 est inférieure à 100%, cela signifie que l'établissement n'a pas encore atteint la cible de ce domaine fonctionnel : soit les outils informatiques pour ce domaine ne sont pas complètement mis en place, soit ils ne sont pas suffisamment utilisés par les professionnels. Si CI-DF4 est égale à 100%, cela signifie que l'établissement a atteint la cible de ce domaine fonctionnel. Si CI-DF4 est supérieure à 100% et inférieure à 150%, cela signifie que l'établissement a atteint et dépassé la cible de ce domaine fonctionnel (Exemple: un établissement peut dépasser les 90% défini comme cible pour l'indicateur D4.3 concernant le « Taux d'actes et consultations externes planifiés à l'aide d'un outil de planification partagé »). Si CI-DF4 est égale à 150%, cela signifie que l'établissement a mis en place les outils informatiques nécessaires pour ce domaine fonctionnel et ils sont bien utilisés par les professionnels.	
A croiser	P16	
Commentaire	Les valeurs de cet indicateur commencent à partir de l'année 2013.	

Indicateur CI-DF5

CI-DF5	Taux d'informatisation du pilotage médico-économique	1er niveau d'analyse
Cette donnée mesure le niveau d'informatisation de l'établissement de santé sur le domaine fonctionnel « Pilotage médico-économique ».		

Source	<p>OSIS</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Publics <input checked="" type="checkbox"/> ESPIC <input checked="" type="checkbox"/> Privé </div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px;"></div> </div>
Numérateur	<p>Cette donnée se calcule de la manière suivante :</p> <ol style="list-style-type: none"> On calcule le taux d'atteinte par rapport à la cible pour toutes les valeurs OSIS qui concourent à la construction de cette donnée CI-DF5. Si au moins une valeur OSIS qui concoure à la construction de la donnée CI-DF5 n'a pas atteint la cible, alors un mécanisme vient minorer le taux des autres valeurs OSIS ayant atteint ou dépassé la cible (l'idée étant que la donnée CI-DF5 ne puisse atteindre ou dépasser 100 % tant que l'on n'a pas atteint la cible partout dans OSIS). Le résultat final la donnée CI-DF5 est obtenu en calculant la moyenne pondérée des taux dans OSIS sachant que toutes les valeurs dans OSIS sont pondéré à 1.
Dénominateur	
Interprétation	<p>Si CI-DF5 est inférieure à 100%, cela signifie que l'établissement n'a pas encore atteint la cible de ce domaine fonctionnel : soit les outils informatiques pour ce domaine ne sont pas complètement mis en place, soit ils ne sont pas suffisamment utilisés par les professionnels.</p> <p>Si CI-DF5 est égale à 100%, cela signifie que l'établissement a atteint la cible de ce domaine fonctionnel : l'établissement a mis en place les outils informatiques nécessaires pour ce domaine fonctionnel et ils sont bien utilisés par les professionnels.</p>
A croiser	P16
Commentaire	Les valeurs de cet indicateur commencent à partir de l'année 2013.

