

<b>A1</b>	<b>Part de marché globale en médecine sur la zone d'attractivité</b>	1 niveau d'analyse
-----------	--	--------------------

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.

Source	PMSI / PMSI 1 (v2017, classification ASO M) Rang 1 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

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	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 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 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. 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. 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 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. 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.
----------------	---

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	Calcul de la zone d'attractivité : 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). Ces calculs se font sur toutes les hospitalisations à l'exclusion des séances. 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. Il est possible pour en avoir une représentation (même si elle n'est pas identique dans son calcul) d'aller sur <a href="http://cartographie.atih.sante.fr">http://cartographie.atih.sante.fr</a>
-----------------------	---

<b>A1bis</b>	<b>Part de marché globale en médecine sur la région</b>	1 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 % Champs: Publics ESPIC 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	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...) 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. Il est pertinent, en second niveau d'analyse, d'étudier les parts de marché de chaque spécialité sur la région	
à croiser		
Commentaire technique		

<b>A2</b>	<b>Part de marché en chirurgie (HC) sur la zone d'attractivité</b>	1 niveau d'analyse
-----------	--	--------------------

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.

Source	PMSI / PMSI (v2017) Rang 1 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC 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	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 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. 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.
à croiser	
Commentaire technique	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, ...)

<b>A2bis</b>	<b>Part de marché en chirurgie (HC) sur la région</b>	1 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 % Champs: Publics ESPIC 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	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...) 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. Il est pertinent, en second niveau d'analyse, d'étudier les parts de marché de chaque spécialité sur la région	
à croiser		
Commentaire technique		

<b>A3</b>	<b>Part de marché en obstétrique sur la zone d'attractivité</b>	1 niveau d'analyse
-----------	---	--------------------

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.

Source	PMSI / PMSI (v2017, classification ASO O) Rang 1 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur	Nombre de séjours de obstétrique 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 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 zone d'attractivité	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	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 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. 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.
----------------	---

à croiser	
Commentaire technique	

<b>A3bis</b>	<b>Part de marché en obstétrique sur la région</b>	1 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) Rang 1 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC Privé	
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	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...). 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	
à croiser		
Commentaire technique		

<b>A4</b>	<b>Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité</b>	1 niveau d'analyse
-----------	---	--------------------

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.

Source	PMSI / PMSI (v2017) Rang 1 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

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	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 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. Il est pertinent, en second niveau d'analyse, d'étudier les parts de marché de chaque spécialité ou valorisées.	
à croiser		
Commentaire technique	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. 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.	

<b>A4bis</b>	<b>Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la région</b>	1 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) Rang 1 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC Privé	
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	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, « 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.	
à croiser		
Commentaire technique	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.	



<b>A5</b>	<b>Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la zone d'attractivité (hors séances)</b>	1 niveau d'analyse
-----------	--	--------------------

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.

Source	PMSI / PMSI (v2017) Rang 1 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur	Nombre de séjours de cancérologie hors séances réalisés par l'établissement, pour des patients résidant dans la zone d'attractivité	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 dans la zone d'attractivité de l'établissement étudié	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	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.
----------------	--

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	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. (*) Si le DR est codé cancer, le séjour est considéré comme de cancérologie, sinon non. Cf. algorithme cancer en annexe
-----------------------	---

<b>A5bis</b>	<b>Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la région (hors séances)</b>	1 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) Rang 1 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

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	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...) 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. 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.
à croiser	
Commentaire technique	

<b>A6</b>	<b>Part de marché en séances de chimiothérapie sur la zone d'attractivité</b>	1 niveau d'analyse
-----------	---	--------------------

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.

Source	PMSI / PMSI (v2017) Rang 1 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

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	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.
----------------	---

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	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) L'activité de radiothérapie n'est pas réalisée par les établissements privés mais par des structures dédiées (non identifiées comme des établissements). 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. 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. Seule la zone d'attractivité est observée, cette activité n'étant en général pas à vocation régionale
-----------------------	---

<b>A7</b>	<b>Pourcentage de l'activité représentée par l'hospitalisation en cancérologie (hors séances)</b>	1 niveau d'analyse
-----------	---	--------------------

Cet indicateur permet de mettre en évidence le poids représenté par les hospitalisations en cancérologie (séjours, hors séances) dans les hospitalisations de l'établissement.

Source	PMSI / PMSI (v2017) Rang 1 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC 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.
----------------	---

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	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 cancérologie, 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.
-----------------------	---

<b>A8</b>	<b>Pourcentage des GHM « recours / référence » dans l'activité</b>	1 niveau d'analyse
-----------	--	--------------------

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

Source	PMSI / PMSI (v2017) Rang 1 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC 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	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. Un premier biais est introduit par le fait qu'un certain nombre de ces activités sont soumises à des autorisations (greffes, chirurgie cardiaque, neurochirurgie...). 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.
----------------	---

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	Cette analyse est à mettre en regard des activités financées par la MIG Recours référencées dans l'établissement.
-----------------------	---

<b>A9</b>	<b>Pourcentage des séjours de niveau de sévérité 3 et 4</b>	1 niveau d'analyse
-----------	---	--------------------

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.

Source	PMSI / PMSI (v2017) Rang 1 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

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	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 ... 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... A noter : les niveaux de sévérité ont été introduits dans la V11.
----------------	--

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	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... 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.
-----------------------	--

<b>A10</b>	<b>Enseignement</b>	1 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 Champs: Publics ESPIC	
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	- 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.	
à croiser		
Commentaire technique	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. 2020 : Attention, les données des bordereaux Q20 à Q24 de la SAE 2020 n'ont pas été validées par la DREES. Vous trouverez plus d'informations sur la page d'accueil du site de diffusion ( <a href="https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a> )	

<b>A11</b>	<b>Recherche et publications</b>		1 niveau d'analyse
<p>Cet indicateur permet d'estimer la performance de l'activité de recherche et de publications de l'établissement, au travers : - 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. C'est un indicateur composite.</p>			
Source	<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 Rang 2 Champs: Publics ESPIC</p>		
Numérateur	<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 inclusions investigateurs ES / Nb points SIGREC inclusions investigateurs France</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 : 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) Le rang de l'auteur parmi les signataires. - 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>	
Dénominateur	<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 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.</p>	
Interprétation	<p>- Il manque les brevets qui ne sont pas comptabilisés. - Les recherches cliniques organisées avec les laboratoires pharmaceutiques sont moins bien prises en compte. - 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). - 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.</p>		
à croiser			
Commentaire technique	<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. 2020 : Attention, les données des bordereaux Q20 à Q24 de la SAE 2020 n'ont pas été validées par la DREES. Vous trouverez plus d'informations sur la page d'accueil du site de diffusion (<a href="https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a>) Biais : indicateur composite. Les PU sont payés par moitié par l'établissement, par moitié par la faculté.</p>		



<b>A12</b>	<b>Pourcentage d'entrées en HC en provenance des urgences</b>	1 niveau d'analyse
------------	---	--------------------

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.

Source	PMSI / PMSI (v2017) Rang 1 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

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	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. 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. Enfin, certaines situations d'urgence ne passent pas par le service des urgences (ex urgences gynécologiques, AVC...) 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.	
à croiser		
Commentaire technique		

<b>A13</b>	<b>Taux d'utilisation/occupation des lits en médecine (hors ambulatoire)</b>	1 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 % Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

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.
----------------	--

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	les nouveaux nés (ASO = M) ont été exclus du calcul du numérateur. Selon la nomenclature des disciplines d'Equipement, 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)
-----------------------	--

<b>A14</b>	<b>Taux d'occupation/utilisation des lits en chirurgie (hors ambulatoire)</b>	1 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) Rang 3 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC Privé
--------	---

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	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. 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). Il est intéressant, en second niveau d'analyse, de tenir compte de la politique d'ouverture / fermeture des lits
à croiser	
Commentaire technique	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. 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)

<b>A15</b>	<b>Taux d'occupation/utilisation des lits en obstétrique (hors ambulatoire)</b>	1 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 % Champs: Publics ESPIC Privé
--------	---

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=O. 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
à croiser	
Commentaire technique	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 »

<b>Q1</b>	<b>Score ajusté d'expérience et de satisfaction globale des patients (e-Satis + 48h MCO)</b>	1 niveau d'analyse
-----------	--	--------------------

Cet indicateur mesure l'expérience et la satisfaction globale des patients hospitalisés plus de 48h en Médecine, Chirurgie ou Obstétrique et ayant participé à l'enquête nationale e-Satis.

Source	e-SATIS +48h MCO Rang 2 S'exprime en Score sur 100 Champs: Publics ESPIC Privé
--------	---

Numérateur		Le calcul s'appuie sur le résultat d'un questionnaire en ligne sur une plateforme dédiée e-Satis. En effet, dans un délai de 2 à 10 semaines après la sortie d'un patient, celui-ci est invité par mail à se connecter au questionnaire e-Satis qui évalue l'ensemble de son séjour dans l'établissement (accueil/prise en charge/chambre et repas/sortie). À partir des réponses recueillies sur une année, un score ajusté d'expérience et de satisfaction globale est calculé pour chaque établissement participant qui a obtenu le minimum de réponses requis. Bien qu'exprimé sur 100, ce score n'est surtout pas un pourcentage de patients satisfaits.
Dénominateur		

Interprétation	La cotation de l'établissement (A/B/C/D) correspond à son classement par rapport à la distribution nationale : Les établissements en classe A ont obtenu un score d'expérience et de satisfaction globale ajusté supérieur ou égal à 77.3/100. Les établissements en classe B ont obtenu un score d'expérience et de satisfaction globale ajusté inférieur à 77.3/100 et supérieur ou égal à 74/100. Les établissements en classe C ont obtenu un score d'expérience et de satisfaction globale ajusté inférieur à 74/100 et supérieur ou égal à 70.7/100. Les établissements en classe D ont obtenu un score d'expérience et de satisfaction globale ajusté inférieur à 70.7/100. Les mentions : « Année sans recueil » signifie que l'indicateur n'est pas recueilli pour l'année concernée. Ceci ne concerne que les années avant 2016. « Non calculable » signifie que l'établissement a participé au recueil mais n'a pas obtenu le minimum de 30 questionnaires exploitables ou qu'il n'est pas concerné par le recueil obligatoire de la satisfaction des patients. « Non répondant » signifie que l'établissement n'a pas répondu à l'obligation de participation à l'enquête nationale e-Satis.
à croiser	
Commentaire technique	Pour être intégré au classement national et pour calculer un score de satisfaction ajusté, il faut avoir un minimum de 30 questionnaires exploitables pouvant être inclus. Pour qu'un questionnaire soit exploitable, il est nécessaire que plus de 50% des questions aient une réponse valide (c'est-à-dire sans la modalité « sans avis ») mais également que les questions permettant l'ajustement du score soient renseignés. Pour plus de détail, nous vous invitons à consulter le site de la HAS <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a> et <a href="https://www.scopesante.fr">https://www.scopesante.fr</a>

<b>Q2</b>	<b>Score ajusté d'expérience et de satisfaction des patients admis en chirurgie ambulatoire (e-Satis MCOCA)</b>	1 niveau d'analyse
-----------	---	--------------------

Cet indicateur mesure l'expérience et la satisfaction des patients hospitalisés pour une opération/intervention en ambulatoire, c'est-à-dire pour laquelle l'entrée se fait le jour même de l'opération et la sortie quelques heures après celle-ci.

Source	e-Satis MCOCA Rang 2 S'exprime en Score sur 100 Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur		Le calcul s'appuie sur le résultat d'un questionnaire en ligne sur une plateforme dédiée e-Satis. En effet, dans un délai de 2 à 10 semaines après la sortie d'un patient, celui-ci est invité par mail à se connecter au questionnaire e-Satis qui évalue l'ensemble de son séjour dans l'établissement. À partir des réponses recueillies sur une année, un score ajusté d'expérience et de satisfaction globale est calculé pour chaque établissement participant qui a obtenu le minimum de réponses requis. Bien qu'exprimé sur 100, ce score n'est surtout pas un pourcentage de patients satisfaits.
Dénominateur		

Interprétation	La cotation de l'établissement (A/B/C/D) correspond à son classement par rapport à la distribution nationale : Les établissements en classe A ont obtenu un score d'expérience et de satisfaction globale ajusté supérieur ou égal à 79.7/100. Les établissements en classe B ont obtenu un score d'expérience et de satisfaction globale ajusté inférieur à 79.7/100 et supérieur ou égal à 76.5/100. Les établissements en classe C ont obtenu un score d'expérience et de satisfaction globale ajusté inférieur à 76.5/100 et supérieur ou égal à 73.1/100. Les établissements en classe D ont obtenu un score d'expérience et de satisfaction globale ajusté inférieur à 73.1/100. Les mentions : « Année sans recueil » signifie que l'indicateur n'est pas recueilli pour l'année concernée. Ceci ne concerne que les années avant 2016. « Non calculable » signifie que l'établissement a participé au recueil mais n'a pas obtenu le minimum de 30 questionnaires exploitables ou qu'il n'est pas concerné par le recueil obligatoire de la satisfaction des patients. « Non répondant » signifie que l'établissement n'a pas répondu à l'obligation de participation à l'enquête nationale e-Satis.
à croiser	
Commentaire technique	Pour être intégré au classement national et pour calculer un score de satisfaction ajusté, il faut avoir un minimum de 30 questionnaires exploitables pouvant être inclus. Pour qu'un questionnaire soit exploitable, il est nécessaire que plus de 50% des questions aient une réponse valide (c'est-à-dire sans la modalité « sans avis ») mais également que les questions permettant l'ajustement du score soient renseignés. Pour plus de détail, nous vous invitons à consulter le site de la HAS <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a> et <a href="https://www.scopesante.fr">https://www.scopesante.fr</a>

<b>Q3</b>	<b>Qualité de la lettre de liaison à la sortie (QLS)</b>	1 niveau d'analyse
-----------	--	--------------------

Cet indicateur évalue la capacité de l'établissement à produire une lettre de liaison datée du jour de la sortie d'hospitalisation.

Source	QUALHAS Rang 2 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur	Somme des scores individuels (par dossier)	Le score individuel par dossier est calculé en faisant le rapport entre le nombre de critères conformes et le nombre de critères applicables. 14 critères sont évalués, si l'un des 2 premiers n'est pas conforme, le rapport total est forcé à 0 : - Lettre de liaison à la sortie retrouvée - Lettre de liaison datée du jour de la sortie - Remise au patient de la lettre de liaison - Nom et coordonnées du médecin destinataire - Identification du patient - Date d'entrée et date de sortie - Nom et coordonnées du signataire de la lettre de liaison - Destination du patient à la sortie - Motif de l'hospitalisation - Synthèse médicale du séjour - Risques liés à l'hospitalisation - Actes techniques et examens complémentaires - Traitements médicamenteux - Planification des soins - Sont exclus des séjours analysés : - Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances - Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; - Séjours des nouveau-nés dits « non hospitalisés » ; - Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, que ce soit en établissement « demandeur » ou en établissement « prestataire » ; - Séjours avec un GHM 23K02Z (explorations nocturnes et apparentées) ; - Séjours en UHCD non suivis d'un séjour en MCO ; - Séjours de patients décédés.
Dénominateur	Nombre de dossiers analysés	Le score individuel par dossier est calculé en faisant le rapport entre le nombre de critères conformes et le nombre de critères applicables. 14 critères sont évalués, si l'un des 2 premiers n'est pas conforme, le rapport total est forcé à 0 : - Lettre de liaison à la sortie retrouvée - Lettre de liaison datée du jour de la sortie - Remise au patient de la lettre de liaison - Nom et coordonnées du médecin destinataire - Identification du patient - Date d'entrée et date de sortie - Nom et coordonnées du signataire de la lettre de liaison - Destination du patient à la sortie - Motif de l'hospitalisation - Synthèse médicale du séjour - Risques liés à l'hospitalisation - Actes techniques et examens complémentaires - Traitements médicamenteux - Planification des soins - Sont exclus des séjours analysés : - Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances - Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; - Séjours des nouveau-nés dits « non hospitalisés » ; - Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, que ce soit en établissement « demandeur » ou en établissement « prestataire » ; - Séjours avec un GHM 23K02Z (explorations nocturnes et apparentées) ; - Séjours en UHCD non suivis d'un séjour en MCO ; - Séjours de patients décédés.

Interprétation	<p>Le score chiffré de l'indicateur est exprimé sur 100 et est calculé à partir d'un échantillon aléatoire de 80 séjours, hors séances, d'au moins un jour, et à partir de 14 critères. Chaque établissement est classé selon une cotation A/B/C : Les établissements en classe A sont ceux dont plus de 80% des dossiers contiennent une lettre de liaison datée du jour de la sortie d'hospitalisation du patient. Les établissements en classe B sont ceux dont 80% des dossiers contiennent une lettre de liaison datée du jour de la sortie d'hospitalisation du patient. Les établissements en classe C sont ceux dont moins de 80% des dossiers contiennent une lettre de liaison datée du jour de la sortie d'hospitalisation du patient. Les mentions : « Année sans recueil » signifie que l'indicateur n'est pas recueilli pour l'année concernée. « Non concerné » concerne les établissements dont le nombre de dossiers évalués après les exclusions est insuffisant pour entrer dans la comparaison nationale ou dont l'activité demandée n'est pas réalisée ou trop faible. « Non répondant » signifie que l'établissement n'a pas répondu à son obligation de recueil. « Non calculable » signifie que l'ARS n'a pas validé le recueil de l'établissement.</p>
à croiser	
Commentaire technique	<p>L'indicateur QLS porte sur les processus de l'établissement et non sur les résultats La lettre de liaison à la sortie contribue à la qualité de la prise en charge du patient et permet la continuité des soins. Cependant, ce n'est pas le seul élément déterminant pour une prise en charge de qualité. La lettre de liaison doit être signée par un médecin de l'établissement et adressée au médecin de ville ou à la structure de transfert, et remise au patient le jour de sa sortie. Elle résume les conclusions de l'hospitalisation et établit des préconisations de prise en charge après la sortie afin d'assurer une bonne coordination « hôpital/ville » ou « hôpital/structure de transfert ». Pour plus de détail, nous vous invitons à consulter le site de la HAS <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a> et <a href="https://www.scopesante.fr">https://www.scopesante.fr</a></p>



<b>Q4</b>	<b>Dépistage des troubles nutritionnels (DTN)</b>	1 niveau d'analyse
-----------	---	--------------------

Cet indicateur évalue le suivi du poids du patient adulte au cours des 48 premières heures du séjour.

Source	QUALHAS Rang 2 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur	Nombre de patients adultes pour lesquels une mesure du poids a été effectuée et notée dans le dossier au cours des deux premiers jours du séjour ET un calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) ou une évolution du poids avant l'admission ont été effectuées et notées dans le dossier	Sont exclus des séjours analysés : - Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, que ce soit en établissement « demandeur » ou en établissement « prestataire » ; - Les séjours avec un GHM 23K02Z (explorations nocturnes et apparentées) ; - Les séjours en UHCD non suivis d'un séjour en MCO ; - Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans ; - Les séjours de 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, Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), ou en soins palliatifs.
Dénominateur	Nombre de dossiers analysés	Sont exclus des séjours analysés : - Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, que ce soit en établissement « demandeur » ou en établissement « prestataire » ; - Les séjours avec un GHM 23K02Z (explorations nocturnes et apparentées) ; - Les séjours en UHCD non suivis d'un séjour en MCO ; - Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans ; - Les séjours de 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, Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), ou en soins palliatifs.

Interprétation	Le score chiffré de l'indicateur est exprimé sur 100 et est calculé à partir d'un échantillon aléatoire de 80 séjours. Il correspond à la proportion de patients adultes pour lesquels une mesure du poids a été effectuée et notée dans le dossier au cours des deux premiers jours du séjour ET un calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) ou une évolution du poids avant l'admission a été effectué et noté dans le dossier. Chaque établissement est classé selon une cotation A/B/C : Les établissements en classe A sont ceux dont plus de 80% des dossiers contiennent un suivi du poids. Les établissements en classe B sont ceux dont 80% des dossiers contiennent un suivi du poids. Les établissements en classe C sont ceux dont moins de 80% des dossiers contiennent un suivi du poids. Les mentions : « Année sans recueil » signifie que l'indicateur n'est pas recueilli pour l'année concernée. « Non concerné » concerne les établissements dont le nombre de dossiers évalués après les exclusions est insuffisant pour entrer dans la comparaison nationale ou dont l'activité demandée n'est pas réalisée ou trop faible. « Non répondant » signifie que l'établissement n'a pas répondu à son obligation de recueil. « Non calculable » signifie que l'ARS n'a pas validé le recueil de l'établissement.
----------------	---

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	L'indicateur DTN porte sur les processus de l'établissement et non sur les résultats. Le suivi du poids contribue au dépistage des troubles nutritionnels. Cependant, ce n'est pas le seul élément déterminant pour une prise en charge de qualité. L'évaluation du statut nutritionnel du patient commence par la mesure de son poids qui doit être systématique à l'admission et permettre d'améliorer ainsi l'efficacité des soins. Pour plus de détail, nous vous invitons à consulter le site de la HAS <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a> et <a href="https://www.scopesante.fr">https://www.scopesante.fr</a>
-----------------------	--

<b>Q5</b>	<b>Traçabilité de l'évaluation de la douleur post-opératoire (DAN-TRD)</b>	1 niveau d'analyse
-----------	--	--------------------

Cet indicateur mesure la traçabilité, dans le dossier anesthésique, de l'évaluation de la douleur post-opératoire, avec une échelle sur la feuille de surveillance du patient en SSPI (à l'entrée et à la sortie).

Source	QUALHAS Rang 2 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels il existe deux résultats de mesure de la douleur avec une échelle sur la feuille de surveillance du patient (une mesure initiale à l'entrée ET une mesure à la sortie ou juste avant la sortie de la SSPI)	Sont exclus des séjours analysés : - Les patients hospitalisés pour une intervention réalisée sous anesthésie locale ; - Les séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la CMD 28, spécifique aux séances ; - Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, que ce soit en établissement demandeur ou en établissement prestataire ; - Les patients non pris en charge en SSPI au décours de l'anesthésie.
Dénominateur	Nombre de séjours analysés	Sont exclus des séjours analysés : - Les patients hospitalisés pour une intervention réalisée sous anesthésie locale ; - Les séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la CMD 28, spécifique aux séances ; - Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, que ce soit en établissement demandeur ou en établissement prestataire ; - Les patients non pris en charge en SSPI au décours de l'anesthésie.

Interprétation	Cet indicateur est présenté sous la forme d'un taux et est calculé à partir d'un échantillon aléatoire de 60 dossiers. Il correspond à la part des séjours pour lesquels il existe deux résultats de mesure de la douleur avec une échelle sur la feuille de surveillance du patient (une mesure initiale à l'entrée ET une mesure à la sortie ou juste avant la sortie de la SSPI) par rapport au nombre de séjours évalués (séjours hors séances pour lesquels l'acte d'anesthésie générale ou locorégionale est identifié par le code Activité 4 de la CCAM) pour les patients pris en charge en SSPI. Chaque établissement est classé selon une cotation A/B/C : Les établissements en classe A sont ceux dont plus de 80% des dossiers contiennent une évaluation de la douleur. Les établissements en classe B sont ceux dont 80% des dossiers contiennent une évaluation de la douleur. Les établissements en classe C sont ceux dont moins de 80% des dossiers contiennent une évaluation de la douleur. Les mentions : « Année sans recueil » signifie que l'indicateur n'est pas recueilli pour l'année concernée. « Non concerné » concerne les établissements dont le nombre de dossiers évalués après les exclusions est insuffisant pour entrer dans la comparaison nationale ou dont l'activité demandée n'est pas réalisée ou trop faible. « Non répondant » signifie que l'établissement n'a pas répondu à son obligation de recueil. « Non calculable » signifie que l'ARS n'a pas validé le recueil de l'établissement.
----------------	--

à croiser	
Commentaire technique	L'indicateur DAN-TRD porte sur les processus de l'établissement et non sur les résultats. Il ne mesure pas si la douleur a diminué à la fin de la SSPI. La prise en charge de la douleur post-opératoire est considérée comme un élément primordial s'inscrivant dans une démarche de santé publique. La douleur doit être systématiquement évaluée et « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur ». Pour plus de détail, nous vous invitons à consulter le site de la HAS <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a> et <a href="https://www.scopesante.fr">https://www.scopesante.fr</a>

<b>Q6</b>	<b>Tenue du dossier d'anesthésie (DAN-TDA)</b>	1 niveau d'analyse
-----------	--	--------------------

C'est un score composite qui permet d'évaluer la qualité de la tenue du dossier d'anesthésie. La bonne tenue du dossier d'anesthésie contribue à la continuité, la sécurité et l'efficacité des soins à toutes les phases anesthésiques.

Source	QUALHAS Rang 2 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur	Somme des scores individuels (par dossier)	<p>Le score individuel par dossier est calculé en faisant le rapport entre le nombre de critères conformes et le nombre de critères applicables. 13 critères sont évalués :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification du patient sur toutes les pièces du dossier</li> <li>- Identification du médecin anesthésiste réanimateur sur le document traçant la phase pré-anesthésique</li> <li>- Trace écrite de la visite pré-anesthésique (VPA)</li> <li>- Mention du traitement habituel du patient ou de l'absence de traitement dans le document traçant la CPA (si applicable)</li> <li>- Mention de l'évaluation du risque anesthésique dans le document traçant la CPA</li> <li>- Mention du type d'anesthésie proposé au patient dans le document traçant la CPA</li> <li>- Mention de l'évaluation des conditions d'abord des voies aériennes supérieures en phase pré-anesthésique dans le document traçant la CPA</li> <li>- Identification du médecin anesthésiste réanimateur sur le document traçant la phase per-anesthésique</li> <li>- Mention de la technique d'abord des voies aériennes supérieures en phase per-anesthésique (si applicable)</li> <li>- Identification du médecin anesthésiste réanimateur sur le document traçant la phase post-interventionnelle (si applicable)</li> <li>- Autorisation de sortie du patient de la SSPI validée par un médecin anesthésiste réanimateur (si applicable)</li> <li>- Trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase post-anesthésique (si applicable)</li> <li>- Rubrique renseignée (ou barrée) permettant de relever les incidents ou accidents péri-anesthésiques</li> </ul> <p>Sont exclus des séjours analysés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les patients hospitalisés pour une intervention réalisée sous anesthésie locale ;</li> <li>- Les séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la CMD 28, spécifique aux séances ;</li> <li>- Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, que ce soit en établissement demandeur ou en établissement prestataire.</li> </ul>
Dénominateur	Nombre de dossiers analysés	<p>Le score individuel par dossier est calculé en faisant le rapport entre le nombre de critères conformes et le nombre de critères applicables. 13 critères sont évalués :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification du patient sur toutes les pièces du dossier</li> <li>- Identification du médecin anesthésiste réanimateur sur le document traçant la phase pré-anesthésique</li> <li>- Trace écrite de la visite pré-anesthésique (VPA)</li> <li>- Mention du traitement habituel du patient ou de l'absence de traitement dans le document traçant la CPA (si applicable)</li> <li>- Mention de l'évaluation du risque anesthésique dans le document traçant la CPA</li> <li>- Mention du type d'anesthésie proposé au patient dans le document traçant la CPA</li> <li>- Mention de l'évaluation des conditions d'abord des voies aériennes supérieures en phase pré-anesthésique dans le document traçant la CPA</li> <li>- Identification du médecin anesthésiste réanimateur sur le document traçant la phase per-anesthésique</li> <li>- Mention de la technique d'abord des voies aériennes supérieures en phase per-anesthésique (si applicable)</li> <li>- Identification du médecin anesthésiste réanimateur sur le document traçant la phase post-interventionnelle (si applicable)</li> <li>- Autorisation de sortie du patient de la SSPI validée par un médecin anesthésiste réanimateur (si applicable)</li> <li>- Trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase post-anesthésique (si applicable)</li> <li>- Rubrique renseignée (ou barrée) permettant de relever les incidents ou accidents péri-anesthésiques</li> </ul> <p>Sont exclus des séjours analysés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les patients hospitalisés pour une intervention réalisée sous anesthésie locale ;</li> <li>- Les séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la CMD 28, spécifique aux séances ;</li> <li>- Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, que ce soit en établissement demandeur ou en établissement prestataire.</li> </ul>

Interprétation	<p>Le score chiffré de l'indicateur est exprimé sur 100 et est calculé à partir de 13 critères et sur un échantillon aléatoire de 60 dossiers. Il correspond à la proportion de séjours (hors séances pour lesquels l'acte d'anesthésie générale ou locorégionale est identifié par le code Activité 4 de la CCAM). Chaque établissement est classé selon une cotation A/B/C : Les établissements en classe A sont ceux dont plus de 80% des dossiers d'anesthésie sont bien tenus. Les établissements en classe B sont ceux dont 80% des dossiers d'anesthésie sont bien tenus. Les établissements en classe C sont ceux dont moins de 80% des dossiers d'anesthésie sont bien tenus. Les mentions : « Année sans recueil » signifie que l'indicateur n'est pas recueilli pour l'année concernée. « Non concerné » concerne les établissements dont le nombre de dossiers évalués après les exclusions est insuffisant pour entrer dans la comparaison nationale ou dont l'activité demandée n'est pas réalisée ou trop faible. « Non répondant » signifie que l'établissement n'a pas répondu à son obligation de recueil. « Non calculable » signifie que l'ARS n'a pas validé le recueil de l'établissement.</p>
à croiser	
Commentaire technique	<p>L'indicateur DAN-TDA est un indicateur de processus et non de résultat La bonne tenue du dossier d'anesthésie contribue à la qualité de la prise en charge du patient. Cependant, ce n'est pas le seul élément déterminant. Le dossier d'anesthésie constitue un élément essentiel de la continuité des soins en période péri-anesthésique et péri-interventionnelle. Il contient l'ensemble des informations concernant les phases pré, per et post-anesthésiques. Il contribue au partage de l'information entre les différents médecins intervenant à chaque étape de la prise en charge anesthésique. Ce support d'information constitue ainsi un élément nécessaire à la coordination des soins et participe de la sorte à la maîtrise du risque anesthésique. Pour plus de détail, nous vous invitons à consulter le site de la HAS <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a> et <a href="https://www.scopesante.fr">https://www.scopesante.fr</a></p>

<b>Q7</b>	<b>Réunion de concertation pluridisciplinaire en oncologie (RCP2)</b>	1 niveau d'analyse
-----------	---	--------------------

Cet indicateur évalue la capacité de l'établissement à s'appuyer sur des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) au cours desquelles au moins trois médecins de spécialités différentes se sont concertés pour proposer des traitements au patient atteint de cancer, lors de sa prise en charge initiale.

Source	QUALHAS Rang 2 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels le compte rendu d'une réunion de concertation pluridisciplinaire daté et comportant la proposition de prise en charge formulée avec au moins trois professionnels de spécialités différentes est retrouvé lors de la prise en charge initiale d'un primo-diagnostic de cancer	Sont exclus des séjours analysés : - Tumeurs malignes de la peau autres que le mélanome C44 (dont les basocellulaires) - Tumeurs in situ D00 à D09 - Tumeurs bénignes D10 à D36 - Tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue D37 à D48 - Tumeurs malignes de sièges mal définis, secondaires et non précisés C76 à C80 (dont les métastases C77, C78 et C79) - Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifiques aux séances - Patients atteints de cancer et décédés en réanimation après un acte de chirurgie et sans chimiothérapie réalisée au cours du séjour - Patients atteints de cancer et hospitalisés UNIQUEMENT pour la pose d'un dispositif vasculaire implantable et sans chimiothérapie réalisée au cours du séjour
Dénominateur	Nombre de séjours analysés	Sont exclus des séjours analysés : - Tumeurs malignes de la peau autres que le mélanome C44 (dont les basocellulaires) - Tumeurs in situ D00 à D09 - Tumeurs bénignes D10 à D36 - Tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue D37 à D48 - Tumeurs malignes de sièges mal définis, secondaires et non précisés C76 à C80 (dont les métastases C77, C78 et C79) - Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifiques aux séances - Patients atteints de cancer et décédés en réanimation après un acte de chirurgie et sans chimiothérapie réalisée au cours du séjour - Patients atteints de cancer et hospitalisés UNIQUEMENT pour la pose d'un dispositif vasculaire implantable et sans chimiothérapie réalisée au cours du séjour

Interprétation	Cet indicateur est présenté sous la forme d'un taux. Il est calculé à partir d'un échantillon aléatoire de 60 séjours réalisés entre le 1er juin et le 30 novembre de l'année n-1. Chaque établissement est classé selon une cotation A/B/C : Les établissements en classe A sont ceux dont plus de 80% des dossiers contiennent un avis émis lors d'une RCP. Les établissements en classe B sont ceux dont 80% des dossiers contiennent un avis émis lors d'une RCP. Les établissements en classe C sont ceux dont moins de 80% des dossiers contiennent un avis émis lors d'une RCP. Les mentions : « Année sans recueil » signifie que l'indicateur n'est pas recueilli pour l'année concernée. « Non concerné » concerne les établissements dont le nombre de dossiers évalués après les exclusions est insuffisant pour entrer dans la comparaison nationale ou dont l'activité demandée n'est pas réalisée ou trop faible. « Non répondant » signifie que l'établissement n'a pas répondu à son obligation de recueil. « Non calculable » signifie que l'ARS n'a pas validé le recueil de l'établissement.
à croiser	
Commentaire technique	L'indicateur RCP2 porte sur les processus mis en place par l'établissement pour prendre en charge le patient. La présentation du dossier du patient atteint de cancer en réunion de concertation pluridisciplinaire est un élément clé de la qualité des soins en cancérologie. Cependant, cela ne mesure pas la prise en charge effective du patient. La concertation pluridisciplinaire en cancérologie garantit à la personne malade que le traitement qu'on lui propose est le fruit d'une réflexion entre plusieurs professionnels de santé impliqués dans le diagnostic et le traitement de son cancer. Les réunions de concertation pluridisciplinaire sont largement reconnues comme des mesures améliorant la qualité des soins en cancérologie. Pour plus de détail, nous vous invitons à consulter le site de la HAS <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a> et <a href="https://www.scopesante.fr">https://www.scopesante.fr</a>

<b>Q8</b>	<b>Consommation des produits hydro-alcooliques version 3 (ICSHA.3)</b>	1 niveau d'analyse
-----------	--	--------------------

Cet indicateur permet de comprendre le niveau de consommation des produits hydro-alcooliques (PHA) par rapport à un niveau théorique déterminé en fonction d'un référentiel national prenant en compte les types d'activités de l'établissement. C'est un marqueur indirect de la mise en oeuvre effective de l'hygiène des mains par la technique de friction hydro-alcoolique.

Source	QUALHAS Rang 2 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur	volume de produit hydro-alcoolique (PHA) délivré au sein de l'établissement dans les différents services de soins	
Dénominateur	Volume minimal théorique de PHA à délivrer que l'établissement doit dépasser	Le volume minimal théorique de PHA à délivrer est déterminé à partir d'un référentiel national prenant en compte les types et volumes d'activité de l'établissement

Interprétation	Cet indicateur est exprimé en pourcentage . Il est le rapport entre le volume de produit hydro-alcoolique (PHA) délivré au sein de l'établissement dans les différents services de soins et le volume minimal théorique de PHA à délivrer que l'établissement doit dépasser. Chaque établissement est classé selon une cotation A/B/C : A = % du volume minimal théorique de PHA à délivrer = 100%. Cette classe comprend les établissements obtenant les meilleurs scores chiffrés, c'est-à-dire ayant le niveau d'engagement le plus élevé dans l'utilisation des produits hydro-alcooliques. B = % du volume minimal théorique de PHA à délivrer allant de 80% à 99% C = % du volume minimal théorique de PHA à délivrer <80%. Cette classe comprend les établissements obtenant les moins bons scores chiffrés, c'est-à-dire les plus en retard dans l'utilisation des produits hydro-alcooliques . Les mentions : « Année sans recueil » signifie que l'indicateur n'est pas recueilli pour l'année concernée. « Ancienne version » signifie que l'indicateur était dans une ancienne version pour les années concernées, avec des données non comparables avec celles de la nouvelle version de l'indicateur. « Non calculable » signifie que les données sur le nombre de journées d'hospitalisation par discipline ne sont pas disponibles dans la SAE. « Non concerné » signifie que l'établissement n'est pas concerné par cet indicateur. « Non répondant » signifie que l'établissement n'a pas envoyé son bilan.	
à croiser		
Commentaire technique	L'utilisation large des PHA, technique à la fois rapide et efficace, améliore la maîtrise du risque de transmission croisée de microorganismes manportés et contribue ainsi à la diminution du taux d'infections associées aux soins et de la dissémination des bactéries multirésistantes et hautement résistantes émergentes. Pour plus de détail, nous vous invitons à consulter le site de la HAS <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a> et <a href="https://www.scopesante.fr">https://www.scopesante.fr</a>	



<b>P1</b>	<b>IP - DMS Médecine (hors ambulatoire)</b>	1 niveau d'analyse
-----------	---	--------------------

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).

Source	PMSI / PMSI (v2017) Rang 1 S'exprime en <=1 Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

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
à croiser	
Commentaire technique	Interprétation : Un fort taux de chirurgie ambulatoire pourrait expliquer une DMS plus longue par une prise en charge en HC plus complexe.

<b>P2</b>	<b>IP - DMS Chirurgie (hors ambulatoire)</b>	1 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 Rang 1 S'exprime en <=1 Champs: Publics ESPIC Privé	
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	<p>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 &gt; 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</p>	
à croiser		
Commentaire technique		

<b>P3</b>	<b>IP - DMS Obstétrique (hors ambulatoire)</b>	1 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 Champs: Publics ESPIC Privé	
Numérateur	Nombre de journées d'obstétrique réalisées	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)
Dénominateur	Nombre de journées d'obstétrique théoriques	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.
Interprétation	<p>La DMS se calcule pour les séjours d'obstétrique et non pour les séjours réalisés dans les services d'obstétrique. Les durées de séjours longues (IP DMS &gt; 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</p>	
à croiser		
Commentaire technique		

<b>P4</b>	<b>Coût du personnel non médical des services cliniques rapporté aux recettes</b>	1 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 % Champs: Publics ESPIC
--------	--

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	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.	
à croiser		
Commentaire technique	Cet indicateur n'existe pas pour le moment pour le secteur privé ; source = ICARE	

<b>P5</b>	<b>Coût du personnel médical des services cliniques rapporté aux recettes</b>	1 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 % Champs: Publics ESPIC
--------	--

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	Il est intéressant, en second niveau d'analyse, d'étudier : 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. Les coûts de personnel par spécialité ou par pôle. Les coûts d'intérim qui peuvent être importants, dans le public. La part des recettes financées hors T2A, qui ne couvrent pas toujours les coûts de personnel mobilisé pour ces activités.
----------------	---

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	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
-----------------------	--

<b>P6</b>	<b>Coût du personnel relatif aux services médico-techniques rapporté aux recettes</b>	1 niveau d'analyse
-----------	---	--------------------

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. 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.

Source	ICARE (onglet synthèse / tableau 1b / sections services médico-techniques), e-PMSI, ARBUST Rang 3 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC
--------	---

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	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. 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
----------------	--

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	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, ...).
-----------------------	---

<b>P7</b>	<b>Poids des dépenses administratives, logistiques et techniques (y compris activité externalisée)</b>	1 niveau d'analyse
-----------	--	--------------------

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.

Source	ICARE / ICARE (onglet synthèse : tableau 1b, onglet activités subsidiaires Remb CRA) Rang 3 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur	Charges nettes de la section « logistique et gestion générale » - charges liées aux activités subsidiaires et remboursements des budgets annexes pour la LGG	Sont pris en compte dans la section « logistique et gestion générale »
Dénominateur	Total des charges nettes	Est pris en compte dans les charges nettes.

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	
à croiser		
Commentaire technique	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.	

<b>P8</b>	<b>Nombre d'examens de biologie par technicien</b>	1 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 Champs: Publics ESPIC 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.	
à croiser		
Commentaire technique		



<b>P9</b>	<b>ICR par salle d'intervention chirurgicale</b>	1 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 Champs: Publics ESPIC 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	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. 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.
----------------	---

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	Cet indicateur ne tient pas compte des actes non classants 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) . Cet indicateur est à mettre en regard du taux d'ouverture des blocs . Les ICR pris en compte sont ceux de la base publique (pour intégration d'un temps médical) . 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) . 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.
-----------------------	--

<b>P10</b>	<b>Taux de césarienne</b>	1 niveau d'analyse
------------	---------------------------	--------------------

Cet indicateur met en évidence les pratiques médicales en obstétrique.

Source	PMSI / PMSI (v2017) Rang 1 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC 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%
----------------	---

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	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.
-----------------------	--

<b>P11</b>	<b>Taux de péridurale (accouchements par voie basse)</b>	1 niveau d'analyse
Cet indicateur met en évidence les pratiques médicales en obstétrique.		
Source	PMSI / PMSI (v2017) Rang 1 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC Privé	
Numérateur	Nombre d'accouchements par voie basse avec péridurale	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	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. 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. A noter qu'en 2008, la moyenne nationale s'élève à 72 %	
à croiser		
Commentaire technique		

<b>P12</b>	<b>Taux de chirurgie ambulatoire</b>	1 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 % Champs: Publics ESPIC 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	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'efficacité. Les endoscopies sont hors champ, parce qu'elles constituent une « variable d'ajustement » d'une activité chirurgicale qualifiée	
à croiser		
Commentaire technique	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).	

<b>P12_bis</b>	<b>Taux de chirurgie ambulatoire (GHM en C + 7 racines)</b>	1 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 % Champs: Publics ESPIC 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	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. 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 »). 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).	
à croiser		
Commentaire technique	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.	

<b>P13</b>	<b>Taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire</b>	1 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<sup>er</sup> niveau de substitution).

Source	PMSI / PMSI (v2017) Rang 1 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

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'efficacité. 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)
----------------	--

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	<p>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. <a href="http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ebs_25_pnir_chir_ambu_2003.pdf">http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ebs_25_pnir_chir_ambu_2003.pdf</a> 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.</p>
-----------------------	---

<b>P14</b>	<b>Taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire</b>	1 niveau d'analyse
------------	---	--------------------

Cet indicateur reflète l'organisation au niveau de la chirurgie 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 % Champs: Publics ESPIC 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.	
à croiser		
Commentaire technique		

<b>P15</b>	<b>Indice de facturation</b>	1 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 % Champs: Publics ESPIC	
--------	---	--

Numérateur	3- (Montant Avril M4/ Montant Avril M12 + Montant Mai M5 / Montant Mai M12 + Montant Juin M6 / Montant Juin M12)	Ce taux mesure la performance de la chaîne de traitement de l'information dans le cadre de la fonction facturation
Dénominateur	3	

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.	
à croiser		
Commentaire technique		



<b>P16</b>	<b>Niveau d'atteinte des prérequis Hôpital Numérique</b>	1 niveau d'analyse
------------	--	--------------------

Cet indicateur évalue la solidité des bases du système d'information de l'établissement de santé.

Source	OSIS Rang 3 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC Privé
--------	---

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.
à croiser	
Commentaire technique	Les valeurs de cet indicateur commencent à partir de l'année 2013.

<b>RH1</b>	<b>Nombre d'accouchements par gynécologue-obstétricien et sage-femme</b>	1 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) Rang 3 S'exprime en Nb Champs: Publics ESPIC Privé
--------	---

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	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. 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	Deux modes d'organisation différents existent en obstétrique : - 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. 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.
à croiser	
Commentaire technique	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). 2020 : Attention, les données des bordereaux Q20 à Q24 de la SAE 2020 n'ont pas été validées par la DREES. Vous trouverez plus d'informations sur la page d'accueil du site de diffusion ( <a href="https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a> )

<b>RH2</b>	<b>Nombre d'ICR d'anesthésie par anesthésiste et IADE</b>	1 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 Champs: Publics ESPIC 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	<p>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.</p> <p>- 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.</p>
à croiser	
Commentaire technique	<p>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. 2020 : Attention, les données des bordereaux Q20 à Q24 de la SAE 2020 n'ont pas été validées par la DREES. Vous trouverez plus d'informations sur la page d'accueil du site de diffusion (<a href="https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a>)</p>

<b>RH3</b>	<b>Nombre d'ICR chirurgicaux par chirurgien</b>	1 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) Rang 3 S'exprime en Nb Champs: Publics ESPIC Privé
--------	---

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.
à croiser	
Commentaire technique	2020 : Attention, les données des bordereaux Q20 à Q24 de la SAE 2020 n'ont pas été validées par la DREES. Vous trouverez plus d'informations sur la page d'accueil du site de diffusion ( <a href="https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a> )

<b>RH4</b>	<b>Nombre d'IDE et d'AS par cadre infirmier</b>	1 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 Champs: Publics ESPIC 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	Les ETP cadres infirmiers sont repérés par le code 2120 dans le questionnaire SAE Q23 (pour le public et le privé) . Les ETP cadres infirmiers ne sont pas spécifiques MCO . 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. 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	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... 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 . 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...). 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.
----------------	---

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	Egalement sur 2009 ont été intégrés les CDD. 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. 2020 : Attention, les données des bordereaux Q20 à Q24 de la SAE 2020 n'ont pas été validées par la DREES. Vous trouverez plus d'informations sur la page d'accueil du site de diffusion ( <a href="https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a> )
-----------------------	--

<b>RH5</b>	<b>Nombre d'IADE par anesthésiste</b>	1 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) Rang 3 S'exprime en Nb Champs: Publics ESPIC Privé
--------	---

Numérateur	ETP IADE	Les IADE sont repérées par le code 2310 dans le questionnaire SAE Q23.
Dénominateur	ETP anesthésistes-réanimateurs	Les anesthésistes-réanimateurs sont repérés par le code 1030 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	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 remontent et ont un rôle plus important. 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. Au-delà de 2 IADE par anesthésiste, l'organisation peut être discutée.
à croiser	
Commentaire technique	2020 : Attention, les données des bordereaux Q20 à Q24 de la SAE 2020 n'ont pas été validées par la DREES. Vous trouverez plus d'informations sur la page d'accueil du site de diffusion ( <a href="https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a> )

<b>RH6</b>	<b>Nombre de sages-femmes par gynécologue-obstétricien</b>	1 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 Champs: Publics ESPIC Privé
--------	---

Numérateur	ETP sages-femmes	Les sages-femmes sont repérées par le code 2800 dans le questionnaire SAE Q23.
Dénominateur	ETP gynécologues-obstétriciens	Les gynécologues-obstétriciens sont repérés par le code 2050 dans le questionnaire 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	Deux modes d'organisation différents existent en obstétrique : 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. 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. Dans les cas où les obstétriciens sont plus nombreux, il peut être intéressant de voir s'ils sont spécialisés en chirurgie gynécologique
----------------	--

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	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. 2020 : Attention, les données des bordereaux Q20 à Q24 de la SAE 2020 n'ont pas été validées par la DREES. Vous trouverez plus d'informations sur la page d'accueil du site de diffusion ( <a href="https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a> )
-----------------------	---



<b>RH7</b>	<b>Nombre moyen d'heures travaillées (personnel non médical)</b>	1 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 Champs: Publics ESPIC Privé	
Numérateur	Nombre d'heures produites dans l'année	
Dénominateur	Effectif moyen payé	
Interprétation	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. 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. 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.	
à croiser		
Commentaire technique	FICHE EN CONSTRUCTION - INDICATEUR NON ALIMENTE	

<b>RH8</b>	<b>Taux d'absentéisme pour motif médical du personnel non médical</b>	1 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 % Champs: Publics ESPIC
--------	---

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.	
à croiser		
Commentaire technique		

<b>RH9</b>	<b>Turn-over global du PNM</b>	1 niveau d'analyse
------------	--------------------------------	--------------------

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.

Source	Bilan social / Bilan social. Rang 3 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur	(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	Comprend tous les départs définitifs, quels qu'en soient les motifs : - 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
Dénominateur	Effectif physique moyen du personnel non médical de l'établissement sur l'année considérée	Somme des effectifs physiques à chaque fin de mois, divisé par 12

Interprétation	- 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
----------------	--

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	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.
-----------------------	---

<b>RH10</b>	<b>Interim médical</b>	1 niveau d'analyse
-------------	------------------------	--------------------

Cet indicateur permet de mesurer la difficulté de l'établissement à pourvoir les postes de personnel médical.

Source	ICARE Rang 2 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC
--------	--

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.
à croiser	
Commentaire technique	

<b>F1_D</b>	<b>Taux de marge brute</b>	1 niveau d'analyse
<p>Cet indicateur met en évidence l'efficacité de l'activité courante de l'établissement ainsi que la soutenabilité par son cycle d'exploitation de sa politique d'investissements. Il mesure la « marge » que l'établissement dégage sur son exploitation « courante » pour financer ses charges financières et les conséquences financières de ses investissements.</p>		
Source	Comptes financiers (ANCRE) Rang 1 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC	
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 sauf 7087)
Dénominateur	Crédits des comptes "produits courants de fonctionnement"	Comptes (70 +71+72+73+74+75+7722 sauf 7087)
Interprétation	Un taux insuffisant témoigne de l'incapacité de l'établissement à couvrir ses investissements futurs et leur financement par le cycle d'exploitation. Attention : si l'établissement a un projet très important à financer (ex : une reconstruction totale), l'analyse approfondie du PPI (Plan Pluriannuel d'Investissement) et du PGFP (Plan Global de Financement Pluriannuel) sont incontournables. Dans de nombreux cas, dans le secteur public, plusieurs facteurs peuvent biaiser cet indicateur qui doit, dans ce cas, être retraité (notamment les charges relatives aux baux emphytéotiques, locations d'équipements lourds, etc...). L'analyse doit veiller à corriger ces facteurs (retraitement d'une part du compte 613).	
à croiser		
Commentaire technique	La notion de Marge Brute est proche, dans sa finalité, de l'Excédent Brut d'Exploitation, mais leurs périmètres de calcul diffèrent légèrement.	

<b>F1_D_bis</b>	<b>Taux de marge brute hors aides non pérennes en AC</b>	1 niveau d'analyse
-----------------	--	--------------------

Cet indicateur met en évidence l'efficacité de l'activité courante de l'établissement ainsi que la soutenabilité par son cycle d'exploitation de sa politique d'investissements. Il mesure la « marge » que l'établissement dégage sur son exploitation « courante », sans les aides qui lui ont été accordées, pour financer ses charges financières et les conséquences financières de ses investissements. Les aides attribuées à titre exceptionnel ou pour des objets ciblés doivent être exclues du calcul lorsqu'on mesure le niveau structurel du taux de marge brute.

Source	Comptes financiers (ANCRE) HAPI Rang 1 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC
--------	--

Numérateur	Total des produits courants de fonctionnement - Aides notifiées en AC - Charges courantes de fonctionnement retraités des remboursements des budgets annexes	Comptes (70 +71+72+73+74+75 sauf 7087 + 7722) - Comptes (60+61+62+63+64+65 sauf 7087) - Aides notifiées en AC
Dénominateur	Total des produits courants de fonctionnement -Aides non pérennes en AC	Comptes (70 +71+72+73+74+75 sauf 7087 + 7722) - Aides notifiées en AC

Interprétation	Un taux insuffisant témoigne de l'incapacité de l'établissement à couvrir ses investissements futurs et leur financement par le cycle d'exploitation. Attention : si l'établissement a un projet très important à financer (ex : une reconstruction totale), l'analyse approfondie du PPI (Plan Pluriannuel d'Investissement) et du PGFP (Plan Global de Financement Pluriannuel) sont incontournables. Dans de nombreux cas, dans le secteur public, plusieurs facteurs peuvent biaiser cet indicateur qui doit dans ce cas être retraité (notamment les charges relatives aux baux emphytéotiques, locations d'équipements lourds, etc...). L'analyse doit veiller à corriger ces facteurs (retraitement d'une part du compte 613).
----------------	---

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	Attention : seules les aides non pérennes notifiées en AC sont exclues des produits. Les autres aides, dont le recueil n'est pas consolidé, ne peuvent pas faire l'objet d'un retraitement exhaustif à ce jour. Néanmoins, il est utile de les identifier et de les retraiter dans la mesure du possible pour apprécier l'efficacité structurelle de l'établissement.
-----------------------	---

<b>F2_D</b>	<b>Taux de CAF</b>	1 niveau d'analyse
-------------	--------------------	--------------------

Cet indicateur permet d'apprécier la capacité de l'établissement à rembourser ses dettes et à investir. Il mesure la trésorerie potentielle (hors effet de variation du BFR) que dégage le cycle d'exploitation, y compris au titre des produits et charges exceptionnels et financiers (hors cessions d'immobilisations).

Source	Comptes financiers (ANCRE) Rang 1 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur	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 encaissables hors cessions (775)	Solde des comptes : Produits d'exploitation (70 à 75 +781+791-sd709) + Produits financiers (76) + Produits exceptionnels (77 + 7874 + 7876 + 797) - 775 « Produits des cessions d'immobilisations » - 777 « Quote-part des subventions amortissables transférées au compte de résultat » - 78 « Reprises sur amortissements et provisions

Interprétation	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 (ex : une reconstruction totale), l'analyse approfondie du PPI (Plan Pluriannuel d'Investissement) et du PGFP (Plan Global de Financement Pluriannuel) sont incontournables. Dans de nombreux cas, dans le secteur public, plusieurs facteurs peuvent biaiser cet indicateur, qui doit dans ce cas être retraité : - les engagements hors bilan, s'ils sont importants, - les crédits exceptionnels accordés et les reports de charges, - l'évaluation du montant de pertes non comptabilisées : provisions Compte Epargne Temps, actifs non ou insuffisamment amortis,
----------------	--

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	
-----------------------	--

<b>F3_D</b>	<b>Taux de CAF nette</b>	1 niveau d'analyse
-------------	--------------------------	--------------------

C'est la véritable capacité de l'établissement à autofinancer ses investissements. Il mesure la part de CAF qui reste disponible après remboursement de l'annuité en capital de la dette. Si l'établissement est un établissement en insuffisance d'autofinancement (CAF <0), alors le taux de CAF nette n'est pas calculé et donc pas affiché.

Source	Comptes financiers (ANCRE) Rang 1 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur	CAF - Annuité de remboursement du capital de la dette	CAF - Annuité de remboursement du capital de la dette = 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 de trésorerie »
Dénominateur	Total des produits encaissables hors cessions (775)	Solde des comptes : Produits d'exploitation (70 à 75 +781+791-sd709) + Produits financiers (76) + Produits exceptionnels (77 + 7874 + 7876 + 797) - 775 « Produits des cessions d'immobilisations » - 777 « Quote-part des subventions amortissables transférées au compte de résultat » - 78 « Reprises sur amortissements et provisions »

Interprétation	Plus le ratio est élevé, plus l'établissement dispose d'un autofinancement réel à consacrer au financement de ses investissements (dont le renouvellement des immobilisations). Un ratio négatif signifie que l'établissement emprunte 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'emprunt nettement inférieures aux durées d'amortissement retenues).
à croiser	
Commentaire technique	



<b>F4_D</b>	<b>Durée apparente de la dette</b>	1 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 de la capacité de l'établissement à se désendetter. Si l'établissement est un établissement en insuffisance d'autofinancement (CAF &lt;0), alors la durée apparente de la dette n'est pas calculée et donc pas affichée</p>		
Source	Comptes financiers (ANCRE) Rang 1 S'exprime en Années Champs: Publics ESPIC	
Numérateur	Encours de la dette au 31.12.N	Compte 163 « Emprunts obligataires » + Compte 164 « Emprunts auprès des établissements de crédit » + Comptes 165 à 168 « Emprunts et dettes financières divers » Les comptes 166 et 168 sont déduits.
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	Cet indicateur permet de mesurer, au 31.12.N, le nombre d'années de CAF nécessaires pour éteindre l'encours de la dette si la CAF était intégralement consacrée 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.	
à croiser		
Commentaire technique	Une durée apparente de la dette supérieure à 10 ans est l'un des critères qui conditionne l'encadrement de la faculté d'emprunter par l'ARS (décret n°2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé).	

<b>F5_D</b>	<b>Ratio d'indépendance financière</b>	1 niveau d'analyse
Cet indicateur mesure le poids que représente l'endettement de l'établissement dans les capitaux permanents (ressources du fonds de roulement hors amortissements et dépréciations).		
Source	Comptes financiers (ANCRE) Rang 1 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC	
Numérateur	Encours de la dette au 31.12.N	Compte 163 « Emprunts obligataires » + Compte 164 « Emprunts auprès des établissements de crédit » + Comptes 165 à 168 « Emprunts et dettes financières divers » Les comptes 166 et 168 sont déduits.
Dénominateur	Capitaux permanents	Soldes créditeurs 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 » + 165 à 168 « Emprunts et dettes financières divers »
Interprétation	Cet indicateur est mal nommé. Il est, en réalité, un taux de dépendance financière et sert à identifier les marges de manœuvre permettant d'envisager de nouveaux emprunts. En effet, plus le ratio d'indépendance financière est élevé, plus l'établissement est dépendant financièrement des banques.	
à croiser		
Commentaire technique	Un ratio d'indépendance financière excédant 50% est l'un des critères qui conditionne l'encadrement de la faculté d'emprunter par l'ARS (décret n°2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé).	

<b>F6_D</b>	<b>Taux d'encours de la dette</b>	1 niveau d'analyse
-------------	-----------------------------------	--------------------

Cet indicateur mesure le poids de la dette au regard du total des produits de l'établissement, toutes activités confondues

Source	Comptes financiers (ANCRE) Rang 1 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur	Encours de la dette au 31.12.N	Compte 163 « Emprunts obligataires » + Compte 164 « Emprunts auprès des établissements de crédit » + Comptes 165 à 168 « Emprunts et dettes financières divers » Les comptes 166 et 168 sont déduits
Dénominateur	Total Produits	Solde des comptes : Produits d'exploitation (70 à 75 sauf 7087 +781+791-sd709) + Produits financiers (76) + Produits exceptionnels (77 + 7874 + 7876 + 797)

Interprétation	A la différence du ratio d'indépendance financière (F5_D), cet indicateur rapporte l'endettement de l'établissement à un flux annuel de recettes et non pas à l'ensemble des capitaux propres.	
à croiser		
Commentaire technique	Un ratio supérieur à 30%. est l'un des critères qui conditionne l'encadrement de la faculté d'emprunter par l'ARS (décret n°2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé).	

<b>F7_D</b>	<b>Intensité de l'investissement</b>	1 niveau d'analyse
-------------	--------------------------------------	--------------------

Cet indicateur permet de mesurer la dynamique d'investissement de l'établissement

Source	Comptes financiers (ANCRE) Rang 1 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC
--------	---

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 Produits	Solde des comptes : Produits d'exploitation (70 à 75 sauf 7087 +781+791-sd709) + Produits financiers (76) + Produits exceptionnels (77 + 7874 + 7876 + 797)

Interprétation	Le poids de l'investissement dans le total des produits de l'établissement doit être apprécié au regard de la vétusté et du montant de ses immobilisations.
à croiser	
Commentaire technique	L'analyse doit être complétée par celle des taux de vétusté et de renouvellement

<b>F8_D</b>	<b>Taux de vétusté des équipements</b>	1 niveau d'analyse
-------------	--	--------------------

Cet indicateur mesure le besoin de renouvellement des équipements

Source	Comptes financiers (ANCRE) Rang 1 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur	Amortissements cumulés des équipements	Soldes créditeurs des comptes : 2815 / 2915 « Amortissements et dépréciations des installations techniques, matériel et outillage industriel » + 2818 / 2918 « Amortissements et 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	Cet indicateur mesure la part moyenne des équipements déjà amortis et permet d'estimer la vétusté moyenne de ceux-ci. Depuis la mise en place de la fiabilisation/certification des comptes hospitaliers, ce ratio redevient représentatif de la nécessité ou pas de renouveler les immobilisations
à croiser	
Commentaire technique	La durée des amortissements influant sur ce taux, il convient de se référer aux taux indicatifs donnés réglementairement pour vérifier que le taux de vétusté n'est pas biaisé. Plus le taux est proche de 100, plus l'établissement va devoir anticiper le financement du renouvellement de ses immobilisations

<b>F9_D</b>	<b>Taux de vétusté des bâtiments</b>	1 niveau d'analyse
Cet indicateur mesure le besoin de rénovation/reconstruction des bâtiments		
Source	Comptes financiers (ANCRE) Rang 1 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC	
Numérateur	Amortissements cumulés des bâtiments	Soldes créditeurs des comptes : 2813 / 2913 « Amortissements des constructions sur sol propre » + 2814 / 2014 « Amortissements 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	Cet indicateur mesure la part moyenne des bâtiments déjà amortis et permet d'estimer la vétusté moyenne de ceux-ci	
à croiser		
Commentaire technique	La durée des amortissements influant sur ce taux, il convient de se référer aux taux indicatifs donnés réglementairement pour vérifier que le taux de vétusté n'est pas biaisé.	

<b>F10_D</b>	<b>Taux de renouvellement des équipements</b>	1 niveau d'analyse
--------------	---	--------------------

Cet indicateur permet de mesurer la dynamique d'investissement de l'établissement en équipements

Source	Comptes financiers (ANCRE) Rang 1 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur	Investissements de l'exercice en équipements	Réalizations du tableau de financement (emplois Titre 2) comptes 215 et 218
Dénominateur	Valeur brute des équipements en début d'exercice	Soldes débiteurs des comptes : 215 « Installations techniques, matériel et outillage industriel » + 218 « Autres immobilisations corporelles »

Interprétation	Cet indicateur mesure le niveau de renouvellement des immobilisations. Il s'apprécie en fonction du besoin de renouvellement exprimé par le taux de vétusté des équipements, ainsi que de la capacité de l'établissement à investir (CAF nette).	
à croiser		
Commentaire technique	La définition de ce ratio correspond à celle du Tableau de Bord Financier des EPS. L'analyse peut être éventuellement complétée par une étude approfondie du PPI (Plan Pluriannuel d'Investissement) et du PGFP (Plan Global de Financement Pluriannuel).	

<b>F11_D</b>	<b>Taux de renouvellement des bâtiments</b>	1 niveau d'analyse
--------------	---	--------------------

Cet indicateur permet de mesurer la dynamique d'investissement de l'établissement en bâtiments

Source	Comptes financiers (ANCRE) Rang 1 S'exprime en % Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur	Investissements de l'exercice en bâtiments	Réalizations du tableau de financement (emplois Titre 2) comptes 213 et 214
Dénominateur	Valeur brute des bâtiments en début d'exercice	Soldes débiteurs des comptes : 213 « Constructions sur sol propre » + 214 « Constructions sur sol d'autrui »

Interprétation	Cet indicateur mesure l'intensité de l'investissement que l'établissement consacre au renouvellement de ses bâtiments. Il est à mettre en regard du besoin de renouvellement exprimé par le taux de vétusté des bâtiments, ainsi que de la capacité de l'établissement à investir (CAF nette).
à croiser	
Commentaire technique	La définition de ce ratio correspond à celle du Tableau de Bord Financier des EPS. L'analyse peut être éventuellement complétée par une étude approfondie du PPI (Plan Pluriannuel d'Investissement) et du PGFP (Plan Global de Financement Pluriannuel).



<b>F12_D</b>	<b>Créances patients et mutuelles non recouvrées en nombre de jours d'exploitation</b>	1 niveau d'analyse
--------------	--	--------------------

Cet indicateur met en évidence le risque de non recouvrement des créances sur les patients hospitalisés et externes en fin d'année ainsi que la pression qui s'exerce sur la trésorerie du fait du délai d'encaissement.

Source	Comptes financiers (ANCRE) Rang 1 S'exprime en jours Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur	Solde du compte créances clients au 31.12.N	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

Interprétation	Cet indicateur permet de mesurer le délai moyen de recouvrement des créances émises envers les patients hospitalisés ou externes et les mutuelles, 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. Une valeur inférieure à 90 jours est préférable. Au delà de 120 jours, la situation mérite une analyse approfondie.
à croiser	
Commentaire technique	L'analyse de la balance âgée (document comptable) permet d'avoir une appréciation plus fine de l'origine ou de la structuration des créances.

<b>F13_D</b>	<b>Dettes fournisseurs en nombre de jours d'exploitation</b>	1 niveau d'analyse
--------------	--	--------------------

Cet indicateur donne une estimation du délai de paiement des fournisseurs « d'exploitation » sur la base des dettes enregistrées au bilan en fin d'année

Source	Comptes financiers (ANCRE) Rang 1 S'exprime en jours Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur	Solde du compte dettes fournisseurs au 31.12.N	« Dettes fournisseurs et comptes rattachés » Les comptes 404 et 405 ne sont 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

Interprétation	Le délai réglementaire de paiement des fournisseurs est de 50 jours
à croiser	
Commentaire technique	Si l'allongement des délais de paiement des fournisseurs peut parfois servir à équilibrer la trésorerie, cette stratégie ne peut avoir lieu que dans la limite du cadre réglementaire des 50 jours. Les établissements qui souhaitent préserver leur trésorerie doivent s'approcher le plus possible de ce délai sans le dépasser.

<b>F1_O</b>	<b>Taux EBITDA</b>	1 niveau d'analyse
-------------	--------------------	--------------------

Cet indicateur met en évidence le caractère bénéficiaire de l'activité de l'établissement et sa capacité à investir. Il mesure la "marge" que l'établissement dégagne 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) Rang 1 S'exprime en % Champs: Privé
--------	--

Numérateur	Crédits des comptes "produits courants d'exploitation" - Débit des comptes "charges courantes d'exploitation"	Total des produits d'exploitation
Dénominateur	Crédits des comptes "produits courants d'exploitation"	Total des produits d'exploitation

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 (Plan Pluriannuel d'Investissement) et du PGFP (Plan Global de Financement Pluriannuel) sont incontournables.
à croiser	
Commentaire technique	La notion d'EBITDA est proche de celle d'Excédent Brut d'Exploitation (EBE) mais leur périmètre de calcul est différent.

<b>F1_O_bis</b>	<b>Taux EBITDA hors AC non pérennes</b>	1 niveau d'analyse
-----------------	---	--------------------

Cet indicateur met en évidence le caractère bénéficiaire de l'activité de l'établissement et sa capacité à investir. Il mesure la « marge » que l'établissement dégage sur son exploitation « courante » pour financer ses charges financières, d'amortissements et de provisions, c'est-à-dire pour financer ses investissements. Les subventions d'exploitation non pérennes reçues par l'établissement sont exclues du calcul de ce taux.

Source	Liasses fiscales (INPI) HAPI Rang 1 S'exprime en % Champs: Privé
--------	---

Numérateur	Total des produits d'exploitation - AC non pérennes + Total des charges d'exploitation	$FR + FP + AI - (GF - (GA + GB + GC + GD)) - \text{aides notifiées en AC}$
Dénominateur	Total des produits d'exploitation - AC non pérennes	Total des produits d'exploitation

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 (Plan Pluriannuel d'Investissement) et du PGFP (Plan Global de Financement Pluriannuel) sont incontournables. Pour calculer le montant de l'EBITDA en euros, il suffit de multiplier la valeur de l'indicateur F1_O_bis avec le total des produits d'exploitation (CI-F1_O).
à croiser	
Commentaire technique	La notion d'EBITDA est proche de celle d'Excédent Brut d'Exploitation (EBE) mais leur périmètre de calcul est différent.

<b>F2_O</b>	<b>Taux de CAF</b>	1 niveau d'analyse
-------------	--------------------	--------------------

Cet indicateur permet d'apprécier la capacité de l'établissement à rembourser ses dettes et 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.

Source	Liasses fiscales (INPI) Rang 1 S'exprime en % Champs: Privé
--------	--

Numérateur	CAF	HN : bénéfice ou perte + GA : dotations aux amortissements + GB : dotations aux provisions + HF : charges exceptionnelles sur opérations en capital - HB : produits exceptionnels sur opérations en capital - HC : reprises sur provisions et transferts de charges
Dénominateur	Total des produits	HL : total des produits

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 (Plan Pluriannuel d'Investissement) et du PGFP (Plan Global de Financement Pluriannuel) sont incontournables. 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. Il faut être vigilant dans le calcul du chiffre d'affaires des produits facturés car parfois sont facturées en sus les prothèses et la pharmacie, parfois ces « produits » sont mis en compte de tiers.
à croiser	
Commentaire technique	

<b>F3_O</b>	<b>Taux de CAF nette</b>	1 niveau d'analyse
-------------	--------------------------	--------------------

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. Si l'établissement est en insuffisance d'autofinancement (CAF < 0), alors le taux de CAF nette n'est pas calculé et donc pas affiché.

Source	Liasses fiscales (INPI) Rang : 1 S'exprime en % Champs: Privé
--------	--

Numérateur	CAF - Annuité de remboursement du capital de la dette	HN : bénéfice ou perte + GA : dotations aux amortissements + GB : dotations aux provisions + HF : charges exceptionnelles sur opérations en capital - HB : produits exceptionnels sur opérations en capital - HC : reprises sur provisions et transferts de charges - VK : variation des emprunts (annexe 8)
Dénominateur	Total des produits	HL : total des produits

Interprétation	Cet indicateur mesure la part de la CAF qui n'est pas absorbée par le remboursement en capital de la dette. Plus le ratio est élevé, plus l'établissement dispose d'un autofinancement réel à consacrer au financement de ses investissements (dont le renouvellement des immobilisations). Un ratio négatif signifie que l'établissement emprunte 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'emprunt nettement inférieures aux durées d'amortissement retenues).
à croiser	
Commentaire technique	

<b>F4_O</b>	<b>Durée apparente de la dette</b>	1 niveau d'analyse
-------------	------------------------------------	--------------------

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. Si l'établissement est un établissement en insuffisance d'autofinancement (CAF <0) alors la durée apparente de la dette n'est pas calculée et donc pas affichée.

Source	Liasses fiscales (INPI) Rang 1 S'exprime en Années Champs: Privé
--------	---

Numérateur	Encours de la dette au 31.12.N	DT : autres emprunts obligataires + DS : emprunts obligataires convertibles + DU : emprunts et dettes auprès des établissements de crédit + DV : emprunts et dettes financières divers (dont emprunts participatifs) - EH : concours bancaires courants et soldes créditeurs de banques et CCP (Contrepartie Centrale de la Chambre de Compensation)
Dénominateur	CAF	HN : bénéfice ou perte + GA : dotations aux amortissements + GB : dotations aux provisions + HF : charges exceptionnelles sur opérations en capital - HB : produits exceptionnels sur opérations en capital - HC : reprises sur provisions et transferts de charges

Interprétation	Cet indicateur 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.
à croiser	
Commentaire technique	Le seuil prudentiel pour cet indicateur est de 10 ans.

<b>F5_O</b>	<b>Ratio d'indépendance financière</b>	1 niveau d'analyse
Cet indicateur mesure le poids que représente l'endettement de l'établissement dans l'ensemble des ressources stables ou capitaux permanents (passif, haut de bilan).		
Source	Liasses fiscales (INPI) Rang 1 S'exprime en % Champs: Privé	
Numérateur	Encours de la dette au 31.12.N	DT : autres emprunts obligataires + DS : emprunts obligataires convertibles + DU : emprunts et dettes auprès des établissements de crédit + DV : emprunts et dettes financières divers (dont emprunts participatifs) - EH : concours bancaires courants et soldes créditeurs de banques et CCP (Contrepartie Centrale de la Chambre de Compensation)
Dénominateur	Capitaux permanents	DL : résultat de l'exercice +/- subventions d'investissement +/- provisions réglementées + DO : résultat de l'exercice +/- subventions d'investissement +/- provisions réglementées +/- produits des émissions de titres participatifs +/- avances conditionnées + DR : provisions pour risques et charges + DS : emprunts obligataires convertibles + DT : autres emprunts obligataires + DU : emprunts et dettes auprès des établissements de crédit + DV : emprunts et dettes financières divers (dont emprunts participatifs) - AA : capital souscrit non appelé - EH : concours bancaires courants et soldes créditeurs de banques et CCP
Interprétation	Cet indicateur est mal nommé. Il est, en réalité, un taux de dépendance financière et sert à identifier les marges de manœuvre permettant d'envisager de nouveaux emprunts. En effet, plus le ratio d'indépendance financière est élevé, plus l'établissement est dépendant financièrement des banques.	
à croiser		
Commentaire technique	Le seuil prudentiel pour cet indicateur est de 50%.	



<b>F6_O</b>	<b>Taux d'encours de la dette</b>	1 niveau d'analyse
-------------	-----------------------------------	--------------------

Cet indicateur mesure le poids de la dette au regard du total des produits de l'établissement, toutes activités confondues.

Source	Liasses fiscales (INPI) Rang 1 S'exprime en % Champs: Privé
--------	--

Numérateur	Encours de la dette au 31.12.N	DT : autres emprunts obligataires + DS : emprunts obligataires convertibles + DU : emprunts et dettes auprès des établissements de crédit + DV : emprunts et dettes financières divers (dont emprunts participatifs) - EH : concours bancaires courants et soldes créditeurs de banques et CCP (Contrepartie Centrale de la Chambre de Compensation)
Dénominateur	Total des produits	HL : total des produits

Interprétation	Cet indicateur rapporte l'endettement de l'établissement à son budget annuel. Il permet de mettre en perspective la valeur absolue de la dette de l'établissement, en la rapportant à l'ensemble de ces revenus.
à croiser	
Commentaire technique	Le seuil prudentiel pour cet indicateur est de 30%.

<b>F7_O</b>	<b>Intensité de l'investissement</b>	1 niveau d'analyse
-------------	--------------------------------------	--------------------

Cet indicateur permet de mesurer la dynamique d'investissement de l'établissement.

Source	Liasses fiscales (INPI) Rang 1 S'exprime en % Champs: Privé
--------	--

Numérateur	Flux d'investissements de l'année	ØJ : augmentation totale des immobilisations par acquisitions, créations, apports et virements de poste à poste - I4 : total des virements de poste à poste - ØK : diminution du total des immobilisations par cessions à des tiers ou mises hors service résultant d'une mise en équivalence
Dénominateur	Total des produits	HL : total des produits

Interprétation	L'analyse doit être éventuellement complétée par une étude approfondie du PPI (Plan pluriannuel d'Investissement).	
à croiser		
Commentaire technique	L'analyse doit être complétée par celle des taux de vétusté et de renouvellement.	

<b>F8_O</b>	<b>Taux de vétusté des équipements</b>	1 niveau d'analyse
-------------	--	--------------------

Cet indicateur mesure le besoin de renouvellement des équipements.

Source	Liasses fiscales (INPI) Rang 1 S'exprime en % Champs: Privé
--------	--

Numérateur	Amortissements cumulés des équipements	AS : amortissements et provisions : installations techniques, matériel et outillage industriels + AU : amortissements et provisions : autres immobilisations corporelles
Dénominateur	Valeur brute des équipements	AR : installations techniques, matériel et outillage industriels bruts + AT : autres immobilisations corporelles brutes

Interprétation	Cet indicateur mesure la part moyenne des équipements déjà amortis et permet d'estimer la vétusté moyenne de ceux-ci.
----------------	---

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	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.
-----------------------	--

<b>F9_O</b>	<b>Taux de vétusté des bâtiments</b>	1 niveau d'analyse
-------------	--------------------------------------	--------------------

Cet indicateur mesure le besoin de rénovation/reconstruction des bâtiments.

Source	Liasses fiscales (INPI) Rang 1 S'exprime en % Champs: Privé
--------	--

Numérateur	Amortissements cumulés des bâtiments	AQ : amortissements et provisions : constructions
Dénominateur	Valeur brute des bâtiments	AP : constructions brutes

Interprétation	Cet indicateur mesure la part moyenne des bâtiments déjà amortis et permet d'estimer la vétusté moyenne de ceux-ci.
à croiser	
Commentaire technique	Lorsque l'immobilier est externalisé dans une SCI ou association, le ratio n'est pas significatif et donc un biais peut exister. 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.

## Fiche technique : HOSPIDIAG

<b>F10_O</b>	<b>Taux de renouvellement des équipements</b>	1 niveau d'analyse
--------------	---	--------------------

Cet indicateur n'est pas calculable pour un établissement de santé privé.

Source	Rang 1 Champs: Privé
--------	-------------------------

Numérateur		
------------	--	--

Dénominateur		
--------------	--	--

Interprétation	
----------------	--

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	
-----------------------	--

<b>F11_O</b>	<b>Taux de renouvellement des bâtiments</b>	1 niveau d'analyse
--------------	---	--------------------

Cet indicateur n'est pas calculable pour un établissement de santé privé.

Source	Liasses fiscales (INPI) Rang 1 Champs: Privé
--------	--

Numérateur		
------------	--	--

Dénominateur		
--------------	--	--

Interprétation	
----------------	--

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	
-----------------------	--

<b>F12_O</b>	<b>Créances patients et mutuelles non recouvrées en nombre de jours d'exploitation</b>	1 niveau d'analyse
--------------	--	--------------------

Cet indicateur met en évidence le risque de non recouvrement des créances sur les patients hospitalisés et les consultants.

Source	Liasses fiscales (INPI) Rang 1 S'exprime en jours Champs: Privé
--------	--

Numérateur	Solde du compte créances clients au 31.12.N	BX : clients et comptes rattachés DW : avances et acomptes reçus sur commande
Dénominateur	Produits totaux	FL : chiffre d'affaires net

Interprétation	Cet indicateur permet de mesurer le délai moyen de recouvrement des créances émises envers les patients hospitalisés ou externes 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. Une valeur inférieure à 90 jours est préférable. Au delà de 120 jours, la situation mérite une analyse approfondie.
à croiser	
Commentaire technique	Les créances patients mutuelles représentent en moyenne 20% des produits.

<b>F13_O</b>	<b>Dettes fournisseurs en nombre de jours d'exploitation</b>	1 niveau d'analyse
Cet indicateur donne une estimation du délai de paiement des fournisseurs « d'exploitation » sur la base des dettes enregistrées au bilan en fin d'année.		
Source	Liasses fiscales (INPI) Rang 1 S'exprime en jours Champs: Privé	
Numérateur	Solde du compte dettes fournisseurs au 31.12.N	DX : dettes fournisseurs - BV : avances et acomptes
Dénominateur	Achats d'exploitation	FS : achats de marchandises (y compris droits de douane) + FU : achats de matière première et autres approvisionnements (y compris droits de douane) + FW : autres achats et charges externes
Interprétation	Un délai de paiement des fournisseurs inférieur à 60 jours est en général considéré comme une bonne pratique. Afin d'équilibrer la trésorerie, le délai de paiement des fournisseurs est à adapter en fonction du recouvrement des créances clients.	
à croiser		
Commentaire technique	Si l'allongement des délais de paiement des fournisseurs peut parfois servir à équilibrer la trésorerie, cette stratégie n'est pas soutenable à long terme car elle fait courir un risque de cessation de paiement des fournisseurs.	



<b>CI-A1</b>	<b>Nombre de RSA de médecine (HC)</b>	1 niveau d'analyse
--------------	---------------------------------------	--------------------

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).

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. Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	

Commentaire technique	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
-----------------------	--

<b>CI-A2</b>	<b>Nombre de RSA de chirurgie (HC)</b>	1 niveau d'analyse
--------------	--	--------------------

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)

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. Champs: Publics ESPIC Privé
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
----------------	--

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	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 : . 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). 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
-----------------------	--

<b>CI-A3</b>	<b>Nombre de RSA d'obstétrique (HC)</b>	1 niveau d'analyse
--------------	---	--------------------

Ces informations permettent d'évaluer le volume d'activité pris en charge par l'établissement en hospitalisation complète en obstétrique (ASO=O) Nombre de RSA de durée est égale ou supérieure à 1 jour (date de sortie différente de la date d'entrée)

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. Champs: Publics ESPIC Privé
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	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 : . 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). 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

<b>CI-A4</b>	<b>Nombre de RSA de médecine (ambulatoire)</b>	1 niveau d'analyse
--------------	--	--------------------

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)

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. Champs: Publics ESPIC Privé
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	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 : . 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). 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

<b>CI-A5</b>	<b>Nombre de RSA de chirurgie (ambulatoire)</b>	1 niveau d'analyse
--------------	---	--------------------

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

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. Champs: Publics ESPIC Privé
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
----------------	--

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	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 : . 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). 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
-----------------------	--

## Fiche technique : HOSPIDIAG

<b>CI-A6</b>	<b>Nombre de RSA d'obstétrique (ambulatoire)</b>	1 niveau d'analyse
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)		
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. Champs: Publics ESPIC Privé	
Numérateur		
Dénominateur		
Interprétation		
à croiser		
Commentaire technique	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	

## Fiche technique : HOSPIDIAG

<b>CI-A7</b>	<b>Nombre de séances de chimiothérapie</b>	1 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. Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	

<b>CI-A8</b>	<b>Nombre de séances de radiothérapie</b>	1 niveau d'analyse
--------------	---	--------------------

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 : . 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. Champs: Publics ESPIC
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	A noter : les séances de dialyse et de radiothérapie (secteur libéral) ne sont pas dénombrées exhaustivement par le fichier des RSA.



## Fiche technique : HOSPIDIAG

<b>CI-A9</b>	<b>Nombre de séances d'hémodialyse</b>	1 niveau d'analyse
--------------	--	--------------------

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

Source	PMSI v2017- base Nationale + Etablissements des APs. Les prestations inter-établissement ne sont pas pris en compte. Champs: Publics ESPIC Privé
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	

<b>CI-A10</b>	<b>Nombre de séances autres</b>	1 niveau d'analyse
---------------	---------------------------------	--------------------

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

Source	PMSI v2017 - base Nationale + Etablissements des APs. Les prestations inter-établissement ne sont pas pris en compte. Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	

<b>CI-A11</b>	<b>Nombre d'accouchements</b>	1 niveau d'analyse
---------------	-------------------------------	--------------------

Cette information permet d'évaluer le volume d'activité représenté par la maternité.

Source	Champs: Publics ESPIC Privé
--------	-----------------------------

Numérateur	Nombre d'accouchements : 14C03, 14C06, 14C07, 14C08, 14Z09, 14Z10, 14Z11, 14Z12, 14Z13 et 14Z14	
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	

<b>CI-A12</b>	<b>Nombre d'actes chirurgicaux</b>	1 niveau d'analyse
---------------	------------------------------------	--------------------

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.

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. Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	

<b>CI-A13</b>	<b>Nb d'ATU</b>	1 niveau d'analyse
---------------	-----------------	--------------------

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)..

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 depuis 2009 seulement dans RSFA Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	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

## Fiche technique : HOSPIDIAG

<b>CI-A14</b>	<b>Nombre d'actes d'endoscopies</b>	1 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 Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	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.

<b>CI-A15</b>	<b>Nb minimum de racines de GHM pour 80% des séjours</b>	1 niveau d'analyse
---------------	--	--------------------

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.

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 Champs: Publics ESPIC Privé
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	

<b>CI-A16</b>	<b>Volume représenté par les interventions les plus fréquentes au niveau national par spécialité (gestes marqueurs)</b>	1 niveau d'analyse
---------------	---	--------------------

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 ».

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 Champs: Publics ESPIC Privé
--------	---

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	
à croiser	
Commentaire technique	



<b>CI-A17</b>	<b>5 premiers Groupes d'activité (GA) annuels en Médecine</b>	1 niveau d'analyse
---------------	---	--------------------

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. Cette information permet de repérer une médecine « traditionnelle » d'une médecine plus technique/spécialisée. Le classement est établi à partir de la dernière année disponible. Les données sont repérées à partir de la classification v2017 des GHM

Source	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 prestations inter-établissement ne sont pas pris en compte Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	

<b>CI-A18</b>	<b>5 premiers Groupes d'activité (GA) annuels en Chirurgie</b>	1 niveau d'analyse
---------------	--	--------------------

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. Cette information permet de repérer une « traditionnelle » d'une chirurgie plus technique/spécialisée. Le classement est établi à partir de la dernière année disponible. Les données sont repérées à partir de la classification v2017 des GHM

Source	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 prestations inter-établissement ne sont pas pris en compte Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	

## Fiche technique : HOSPIDIAG

<b>CI-E1</b>	<b>Nombre de scanners</b>	1 niveau d'analyse
<p>Cette information permet d'apporter une indication sur les équipements dont dispose l'établissement. Les informations analysées sont les suivantes : Scanner</p>		
Source	<p>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) Champs: Publics ESPIC Privé</p>	
Numérateur		
Dénominateur		
Interprétation		
à croiser		
Commentaire technique	<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 : <a href="http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a> A noter : les équipements n'apparaissent pas nécessairement pour les établissements privés : ces derniers pouvant louer leur équipements.</p>	

## Fiche technique : HOSPIDIAG

<b>CI-E2</b>	<b>Nombre d'IRM</b>	1 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) Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	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 : <a href="http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a> A noter : les équipements n'apparaissent pas nécessairement pour les établissements privés : ces derniers pouvant louer leur équipements.

## Fiche technique : HOSPIDIAG

<b>CI-E3</b>	<b>Nombre de TEP-SCAN</b>	1 niveau d'analyse
--------------	---------------------------	--------------------

Cette information permet d'apporter une indication sur les équipements dont dispose l'établissement. Les informations analysées sont les suivantes : TEP-SCAN

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) Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	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 : <a href="http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a> A noter : les équipements n'apparaissent pas nécessairement pour les établissements privés : ces derniers pouvant louer leur équipements.

## Fiche technique : HOSPIDIAG

<b>CI-E4</b>	<b>Nombre de salles de radiologie vasculaire</b>	1 niveau d'analyse
--------------	--	--------------------

Cette information permet d'apporter une indication sur les équipements dont dispose l'établissement .

Source	Questionnaire IMAGES (code : VASC, cellule A8) Champs: Publics ESPIC Privé
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	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 : <a href="http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a> A noter : Les équipements n'apparaissent pas nécessairement pour les établissements privés : ces derniers pouvant louer leur équipements.

<b>CI-E5</b>	<b>Nombre de salles d'intervention chirurgicale</b>	1 niveau d'analyse
--------------	---	--------------------

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

Source	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 : SALCHIR, SALAMBU) Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	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 : <a href="http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a> A noter : les équipements n'apparaissent pas nécessairement pour les établissements privés : ces derniers pouvant louer leur équipements. 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.

## Fiche technique : HOSPIDIAG

<b>CI-E6</b>	<b>Niveau de la maternité</b>	1 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 Champs: Publics ESPIC Privé
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	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 : <a href="http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a>



<b>CI-E7</b>	<b>Nombre d'examens</b>	1 niveau d'analyse
--------------	-------------------------	--------------------

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.

Source	Questionnaire BIO (cellules B2 et B3) Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	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 : <a href="http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a>

<b>CI-F1_D</b>	<b>Total des produits d'exploitation</b>	1 niveau d'analyse
----------------	--	--------------------

On entend par produits d'exploitation la somme des recettes T2A (part Assurance Maladie et patients) et des éventuelles subventions d'exploitation reçues par l'établissement (Compte 70 à 75 hors 7087). Sauf mention contraire, le périmètre est le compte de résultat consolidé. Ces produits d'exploitation sont composés des :  
- recettes GHS (et suppléments) [budget principal] définies comme le c/73111 (voir donnée CI-F2\_D) - recettes MO / DMI facturables en sus [budget principal] définies comme les c/73112 et c/73113 (voir donnée CI-F3\_D) - Dotation annuelle de financement (DAF) [budget principal] définie comme le c/73117 (voir donnée CI-F4\_D). - Mission d'intérêt général (MIG) et Fond d'intervention régional (FIR) [budget principal] définies comme les c/73118 (retraité des AC et MERRI) et c/7471 (voir donnée CI-F5\_D)  
- Aide à la contractualisation (AC) pérennes et non pérennes [budget principal] (voir donnée CI-F6\_D) - Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) [budget principal] (voir donnée CI-F7\_D) - recettes patients externes et urgences (y compris forfaits) [budget principal] définies comme les c/73114 et c/7312 (voir donnée CI-F8\_D) - recettes patients mutuelles définies comme le titre 2 (budget H) + titres 1, 2 et 3 (budgets B, E, J) + titre 1 (budgets L, M, N, P) (voir donnée CI-F9\_D) - Autres recettes définies comme le titre 3 (budget H) + titres 1 et 2 (budget C) + titre 1 (budget A) + titre 4 (budgets B, E, J) + titres 2 et 3 (budgets L, M, N, P) (voir donnée CI-F10\_D)

Source	Comptes financiers (ANCRE) Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	Cette information met en évidence la taille de l'établissement et apporte un éclairage sur la décomposition des recettes que l'établissement dégage de son activité.

<b>CI-F2_D</b>	<b>- dont recettes GHS</b>	1 niveau d'analyse
----------------	----------------------------	--------------------

C est une part du total des recettes d'exploitation (voir donnée CI-F1\_D) correspondant à la tarification à l'activité. Pour rappel, les produits d'exploitation sont composés des :  
 - Recettes MO / DMI facturables en sus [budget principal] définies comme les c/73111 (voir donnée CI-F2\_D)  
 - Recettes MO / DMI facturables en sus [budget principal] définies comme les c/73112 et c/73113 (voir donnée CI-F3\_D)  
 - Dotation annuelle de financement (DAF) [budget principal] définie comme le c/73117 (voir donnée CI-F4\_D)  
 - Mission d'intérêt général (MIG) et Fond d'intervention régional (FIR) [budget principal] définies comme les c/73118 (retraité des AC et MERRI) et c/7471 (voir donnée CI-F5\_D)  
 - Aide à la contractualisation (AC) pérennes et non pérennes [budget principal] (voir donnée CI-F6\_D)  
 - Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) [budget principal] (voir donnée CI-F7\_D)  
 - Recettes patients externes et urgences (y compris forfaits) [budget principal] définies comme les c/73114 et c/7312 (voir donnée CI-F8\_D)  
 - Recettes patients mutuelles définies comme le titre 2 (budget H) + titres 1, 2 et 3 (budgets B, E, J) + titre 1 (budgets L, M, N, P) (voir donnée CI-F9\_D)  
 - Autres recettes définies comme le titre 3 (budget H) + titres 1 et 2 (budget C) + titre 1 (budget A) + titre 4 (budgets B, E, J) + titres 2 et 3 (budgets L, M, N, P) (voir donnée CI-F10\_D)

Source	Comptes financiers (ANCRE) Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	En fonction du taux de prise en charge, des effets de bord peuvent exister entre les recettes de GHS et les produits de titre 2 (CI_F9_D).

<b>CI-F3_D</b>	<b>- dont recettes MO / DMI facturables en sus</b>	1 niveau d'analyse
----------------	--	--------------------

C'est une part du total des recettes d'exploitation (voir donnée CI-F1\_D) correspondant à la facturation des molécules onéreuses (MO) et des dispositifs médicaux implantables (DMI). Pour rappel, les produits d'exploitation sont composés des :  
 - Recettes GHS (et suppléments) [budget principal] définies comme le c/73111 (voir donnée CI-F2\_D) - Recettes MO / DMI facturables en sus [budget principal] définies comme les c/73112 et c/73113 (voir donnée CI-F3\_D) - Dotation annuelle de financement (DAF) [budget principal] définie comme le c/73117 (voir donnée CI-F4\_D) - Mission d'intérêt général (MIG) et Fond d'intervention régional (FIR) [budget principal] définies comme les c/73118 (retraité des AC et MERRI) et c/7471 (voir donnée CI-F5\_D) - Aide à la contractualisation (AC) pérennes et non pérennes [budget principal] (voir donnée CI-F6\_D) - Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) [budget principal] (voir donnée CI-F7\_D) - Recettes patients externes et urgences (y compris forfaits) [budget principal] définies comme les c/73114 et c/7312 (voir donnée CI-F8\_D) - Recettes patients mutuelles définies comme le titre 2 (budget H) + titres 1, 2 et 3 (budgets B, E, J) + titre 1 (budgets L, M, N, P) (voir donnée CI-F9\_D) - Autres recettes définies comme le titre 3 (budget H) + titres 1 et 2 (budget C) + titre 1 (budget A) + titre 4 (budgets B, E, J) + titres 2 et 3 (budgets L, M, N, P) (voir donnée CI-F10\_D)

Source	Comptes financiers (ANCRE) Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	L'évolution de la nomenclature des MO (médicaments onéreux) et des DMI (dispositifs médicaux implantables) peut conduire à leur inclusion ou exclusion de la liste facturable en sus. Des effets de bord peuvent donc être observables avec les recettes des GHS (CI_F2_D).

<b>CI-F4_D</b>	<b>- dont Dotation annuelle de financement (DAF)</b>	1 niveau d'analyse
----------------	--	--------------------

C'est une part du total des recettes d'exploitation (voir donnée CI-F1\_D) rémunérant les dépenses prises en charge par l'assurance maladie au titre de l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) et/ou de psychiatrie des établissements de santé publics ou des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale, dispensés au profit des patients assurés sociaux. Pour rappel, les produits d'exploitation sont composés des :

- Recettes GHS (et suppléments) [budget principal] définies comme le c/73111 (voir donnée CI-F2\_D)
- Recettes MO / DMI facturables en sus [budget principal] définies comme les c/73112 et c/73113 (voir donnée CI-F3\_D)
- Dotation annuelle de financement (DAF) [budget principal] définie comme le c/73117 (voir donnée CI-F4\_D)
- Mission d'intérêt général (MIG) et Fond d'intervention régional (FIR) [budget principal] définies comme les c/73118 (retraité des AC et MERRI) et c/7471 (voir donnée CI-F5\_D)
- Aide à la contractualisation (AC) pérennes et non pérennes [budget principal] (voir donnée CI-F6\_D)
- Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) [budget principal] (voir donnée CI-F7\_D)
- Recettes patients externes et urgences (y compris forfaits) [budget principal] définies comme les c/73114 et c/7312 (voir donnée CI-F8\_D)
- Recettes patients mutuelles définies comme le titre 2 (budget H) + titres 1, 2 et 3 (budgets B, E, J) + titre 1 (budgets L, M, N, P) (voir donnée CI-F9\_D)
- Autres recettes définies comme le titre 3 (budget H) + titres 1 et 2 (budget C) + titre 1 (budget A) + titre 4 (budgets B, E, J) + titres 2 et 3 (budgets L, M, N, P) (voir donnée CI-F10\_D)

Source	Comptes financiers (ANCRE) Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	Ces recettes financent des activités hors MCO : champ psychiatrie et/ou SSR

<b>CI-F5_D</b>	<b>- dont Mission d'intérêt général (MIG) et Fond d'intervention régional (FIR)</b>	1 niveau d'analyse
----------------	---	--------------------

C est une part du total des recettes d exploitation (voir donnée CI-F1\_D) destinée à financer les missions d intérêt général (MIG) et les activités incluses dans le périmètre du fond d intervention régional (FIR). Pour rappel, les produits d exploitation sont composés des : - Recettes GHS (et suppléments) [budget principal] définies comme le c/73111 (voir donnée CI-F2\_D) - Recettes MO / DMI facturables en sus [budget principal] définies comme les c/73112 et c/73113 (voir donnée CI-F3\_D) - Dotation annuelle de financement (DAF) [budget principal] définie comme le c/73117 (voir donnée CI-F4\_D) - Mission d intérêt général (MIG) et Fond d intervention régional (FIR) [budget principal] définies comme les c/73118 (retraité des AC et MERRI) et c/7471 (voir donnée CI-F5\_D) - Aide à la contractualisation (AC) pérennes et non pérennes [budget principal] (voir donnée CI-F6\_D) - Missions d enseignement, de recherche, de référence et d innovation (MERRI) [budget principal] (voir donnée CI-F7\_D) - Recettes patients externes et urgences (y compris forfaits) [budget principal] définies comme les c/73114 et c/7312 (voir donnée CI-F8\_D) - Recettes patients mutuelles définies comme le titre 2 (budget H) + titres 1, 2 et 3 (budgets B, E, J) + titre 1 (budgets L, M, N, P) (voir donnée CI-F9\_D) - Autres recettes définies comme le titre 3 (budget H) + titres 1 et 2 (budget C) + titre 1 (budget A) + titre 4 (budgets B, E, J) + titres 2 et 3 (budgets L, M, N, P) (voir donnée CI-F10\_D)

Source	Comptes financiers (ANCRE) HAPI Champs: Publics ESPIC
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	Les AC ont été isolées dans une donnée à part (CI_F6_D).

<b>CI-F6_D</b>	<b>- dont Aides à la contractualisation (AC) pérennes et non pérennes</b>	1 niveau d'analyse
----------------	---	--------------------

C est une part du total des recettes d exploitation (voir donnée CI-F1\_D) correspondant à la dotation d aide à la contractualisation (AC). Pour rappel, les produits d exploitation sont composés des :  
 - Recettes GHS (et suppléments) [budget principal] définies comme le c/73111 (voir donnée CI-F2\_D)  
 - Recettes MO / DMI facturables en sus [budget principal] définies comme les c/73112 et c/73113 (voir donnée CI-F3\_D)  
 - Dotation annuelle de financement (DAF) [budget principal] définie comme le c/73117 (voir donnée CI-F4\_D)  
 - Mission d intérêt général (MIG) et Fond d intervention régional (FIR) [budget principal] définies comme les c/73118 (retraité des AC et MERRI) et c/7471 (voir donnée CI-F5\_D)  
 - Aide à la contractualisation (AC) pérennes et non pérennes [budget principal] (voir donnée CI-F6\_D)  
 - Missions d enseignement, de recherche, de référence et d innovation (MERRI) [budget principal] (voir donnée CI-F7\_D)  
 - Recettes patients externes et urgences (y compris forfaits) [budget principal] définies comme les c/73114 et c/7312 (voir donnée CI-F8\_D)  
 - Recettes patients mutuelles définies comme le titre 2 (budget H) + titres 1, 2 et 3 (budgets B, E, J) + titre 1 (budgets L, M, N, P) (voir donnée CI-F9\_D)  
 - Autres recettes définies comme le titre 3 (budget H) + titres 1 et 2 (budget C) + titre 1 (budget A) + titre 4 (budgets B, E, J) + titres 2 et 3 (budgets L, M, N, P) (voir donnée CI-F10\_D)

Source	HAPI Champs: Publics ESPIC
--------	-------------------------------

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	

<b>CI-F7_D</b>	<b>- dont Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI)</b>	1 niveau d'analyse
----------------	---	--------------------

C'est une part du total des recettes d'exploitation (voir donnée CI-F1\_D) destinée à financer la participation de l'établissements de santé aux missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation. Pour rappel, les produits d'exploitation sont composés des :

- Recettes GHS (et suppléments) [budget principal] définies comme le c/73111 (voir donnée CI-F2\_D)
- Recettes MO / DMI facturables en sus [budget principal] définies comme les c/73112 et c/73113 (voir donnée CI-F3\_D)
- Dotation annuelle de financement (DAF) [budget principal] définie comme le c/73117 (voir donnée CI-F4\_D)
- Mission d'intérêt général (MIG) et Fond d'intervention régional (FIR) [budget principal] définies comme les c/73118 (retraité des AC et MERRI) et c/7471 (voir donnée CI-F5\_D)
- Aide à la contractualisation (AC) pérennes et non pérennes [budget principal] (voir donnée CI-F6\_D)
- Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) [budget principal] (voir donnée CI-F7\_D)
- Recettes patients externes et urgences (y compris forfaits) [budget principal] définies comme les c/73114 et c/7312 (voir donnée CI-F8\_D)
- Recettes patients mutuelles définies comme le titre 2 (budget H) + titres 1, 2 et 3 (budgets B, E, J) + titre 1 (budgets L, M, N, P) (voir donnée CI-F9\_D)
- Autres recettes définies comme le titre 3 (budget H) + titres 1 et 2 (budget C) + titre 1 (budget A) + titre 4 (budgets B, E, J) + titres 2 et 3 (budgets L, M, N, P) (voir donnée CI-F10\_D)

Source	HAPI Champs: Publics ESPIC
--------	-------------------------------

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	Les MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation) financent l'activité de recherche, d'innovation, de recours et d'enseignement de l'établissement. Elles se composent d'une part fixe et d'une part variable, qui ont des critères d'attribution définis réglementairement.



<b>CI-F8_D</b>	<b>- dont recettes patients externes et urgences</b>	1 niveau d'analyse
----------------	--	--------------------

C'est une part du total des recettes d'exploitation (voir donnée CI-F1\_D) provenant de la facturation des actes externes et des prestations réalisées urgences (y compris les forfaits). Pour rappel, les produits d'exploitation sont composés des :

- Recettes GHS (et suppléments) [budget principal] définies comme le c/73111 (voir donnée CI-F2\_D)
- Recettes MO / DMI facturables en sus [budget principal] définies comme les c/73112 et c/73113 (voir donnée CI-F3\_D)
- Dotation annuelle de financement (DAF) [budget principal] définie comme le c/73117 (voir donnée CI-F4\_D)
- Mission d'intérêt général (MIG) et Fond d'intervention régional (FIR) [budget principal] définies comme les c/73118 (retraité des AC et MERRI) et c/7471 (voir donnée CI-F5\_D)
- Aide à la contractualisation (AC) pérennes et non pérennes [budget principal] (voir donnée CI-F6\_D)
- Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) [budget principal] (voir donnée CI-F7\_D)
- Recettes patients externes et urgences (y compris forfaits) [budget principal] définies comme les c/73114 et c/7312 (voir donnée CI-F8\_D)
- Recettes patientes mutuelles définies comme le titre 2 (budget H) + titres 1, 2 et 3 (budgets B, E, J) + titre 1 (budgets L, M, N, P) (voir donnée CI-F9\_D)
- Autres recettes définies comme le titre 3 (budget H) + titres 1 et 2 (budget C) + titre 1 (budget A) + titre 4 (budgets B, E, J) + titres 2 et 3 (budgets L, M, N, P) (voir donnée CI-F10\_D)

Source	Comptes financiers (ANCRE) Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	Les recettes des urgences comprises dans cette donnée sont les recettes de passages non suivi d'hospitalisation (ATU).

<b>CI-F9_D</b>	<b>- dont recettes patients mutuelles</b>	
----------------	---	--

C est une part du total des recettes d exploitation (voir donnée CI-F1\_D) correspondant à la facturation aux patients et/ou aux mutuelles. Pour rappel, les produits d exploitation sont composés des : - Recettes GHS (et suppléments) [budget principal] définies comme le c/73111 (voir donnée CI-F2\_D) - Recettes MO / DMI facturables en sus [budget principal] définies comme les c/73112 et c/73113 (voir donnée CI-F3\_D) - Dotation annuelle de financement (DAF) [budget principal] définie comme le c/73117 (voir donnée CI-F4\_D) - Mission d intérêt général (MIG) et Fond d intervention régional (FIR) [budget principal] définies comme les c/73118 (retraité des AC et MERRI) et c/7471 (voir donnée CI-F5\_D) - Aide à la contractualisation (AC) pérennes et non pérennes [budget principal] (voir donnée CI-F6\_D) - Missions d enseignement, de recherche, de référence et d innovation (MERRI) [budget principal] (voir donnée CI-F7\_D) - Recettes patients externes et urgences (y compris forfaits) [budget principal] définies comme les c/73114 et c/7312 (voir donnée CI-F8\_D) - Recettes patients mutuelles définies comme le titre 2 (budget H) + titres 1, 2 et 3 (budgets B, E, J) + titre 1 (budgets L, M, N, P) (voir donnée CI-F9\_D) - Autres recettes définies comme le titre 3 (budget H) + titres 1 et 2 (budget C) + titre 1 (budget A) + titre 4 (budgets B, E, J) + titres 2 et 3 (budgets L, M, N, P) (voir donnée CI-F10\_D)

Source	Comptes financiers (ANCRE) Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	L'évolution du titre 2 est à mettre en regard des recettes GHS et des recettes externes du titre 1. Une évolution différenciée peut être le signe d'une évolution du taux de prise en charge par l'Assurance Maladie ou d'une variation des tarifs journaliers de prestations.

<b>CI-F10_D</b>	<b>- dont Autres recettes d'exploitation</b>	1 niveau d'analyse
-----------------	--	--------------------

C'est une part du total des recettes d'exploitation (voir donnée CI-F1\_D) autres que les :

- Recettes GHS (et suppléments) [budget principal] définies comme le c/73111 (voir donnée CI-F2\_D)
- Recettes MO / DMI facturables en sus [budget principal] définies comme les c/73112 et c/73113 (voir donnée CI-F3\_D)
- Dotation annuelle de financement (DAF) [budget principal] définie comme le c/73117 (voir donnée CI-F4\_D)
- Mission d'intérêt général (MIG) et Fond d'intervention régional (FIR) [budget principal] définies comme les c/73118 (retraité des AC et MERRI) et c/7471 (voir donnée CI-F5\_D)
- Aide à la contractualisation (AC) pérennes et non pérennes [budget principal] (voir donnée CI-F6\_D)
- Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) [budget principal] (voir donnée CI-F7\_D)
- Recettes patients externes et urgences (y compris forfaits) [budget principal] définies comme les c/73114 et c/7312 (voir donnée CI-F8\_D)
- Recettes patients mutuelles définies comme le titre 2 (budget H) + titres 1, 2 et 3 (budgets B, E, J) + titre 1 (budgets L, M, N, P) (voir donnée CI-F9\_D)

Source	Comptes financiers (ANCRE) Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	Cette donnée ne prend pas en compte les produits financiers, ni les produits exceptionnels, ni les reprises (périmètre marge brute). Donnée non alimentée la carte d'identité sera revue prochainement

<b>CI-F11_D</b>	<b>Total des charges courantes d'exploitation</b>	1 niveau d'analyse
-----------------	---	--------------------

On entend par charges courantes d'exploitation la somme des charges induites par le cycle d'exploitation de l'établissement (Compte 60 à 65). Cette information met en évidence la taille de l'établissement. Sauf mention contraire, le périmètre est le compte de résultat consolidé. Ces charges courantes d'exploitation comprennent les : - Dépenses de personnel définies comme le titre 1 (budgets H, A, B, C, E, J) + le titre 2 (budgets L, M, N, P) (voir donnée CI-F12\_D) - Charges à caractère médical définies comme le titre 2 (budgets H, B, E, J) (voir donnée CI-F13\_D) - Charges à caractère hôtelier et général définies comme le titre 3 (budgets H, B, E, J) + le titre 1 (budgets L, M, N, P) (voir donnée CI-F14\_D)

Source	Comptes financiers (ANCRE) Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	Ne sont prises en compte dans cette donnée que les charges décaissables, rentrant dans le calcul de la marge brute. En revanche, dans le calcul du résultat d'exploitation (au sens Plan Comptable Général) sont bien intégrées les dotations aux amortissements et provisions (CI-F15_D). Par ailleurs, les charges à caractère financier sont dans le résultat financier (CI-F16_D) et les charges exceptionnelles dans le résultat exceptionnel (CI_F17_D).

<b>CI-F12_D</b>	<b>- dont dépenses de personnel</b>	1 niveau d'analyse
-----------------	-------------------------------------	--------------------

C est une part du total des charges courantes d exploitation (voir donnée CI-F11\_D) destinée aux dépenses de personnel. Pour rappel, les charges courantes d exploitation comprennent les : Dépenses de personnel définies comme le titre 1 (budgets H, A, B, C, E, J) + le titre 2 (budgets L, M, N, P) (voir donnée CI-F12\_D) Charges à caractère médical définies comme le titre 2 (budgets H, B, E, J) (voir donnée CI-F13\_D) Charges à caractère hôtelier et général définies comme le titre 3 (budgets H, B, E, J) + le titre 1 (budgets L, M, N, P) (voir donnée CI-F14\_D)

Source	Comptes financiers (ANCRE) Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	Cette donnée correspond à la notion de masse salariale : elle inclut les personnels titulaires, les CDI, les CDD, l'intérim et les charges sociales liées à tous ces types d'emploi. Elle comprend la masse salariale de toutes les catégories de personnels, y compris le personnel médical

<b>CI-F13_D</b>	<b>- dont charges à caractère médical</b>	1 niveau d'analyse
-----------------	---	--------------------

C est une part du total des charges courantes d exploitation (voir donnée CI-F11\_D) destinée aux dépenses à caractère médical. Pour rappel, les charges courantes d exploitation comprennent les : Dépenses de personnel définies comme le titre 1 (budgets H, A, B, C, E, J) + le titre 2 (budgets L, M, N, P) (voir donnée CI-F12\_D) Charges à caractère médical définies comme le titre 2 (budgets H, B, E, J) (voir donnée CI-F13\_D) Charges à caractère hôtelier et général définies comme le titre 3 (budgets H, B, E, J) + le titre 1 (budgets L, M, N, P) (voir donnée CI-F14\_D)

Source	Comptes financiers (ANCRE) Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	Cette donnée comprend l'ensemble des dépenses à caractère médical, dont les MO et DMI, qui peuvent être facturables en sus (CI_F3), mais également la sous-traitance médicale, les loyers d'équipements médicaux et les charges de crédit-bail médical ou encore les charges relatives à l'entretien et à la maintenance du matériel médical.

<b>CI-F14_D</b>	<b>- dont autres charges d'exploitation</b>	1 niveau d'analyse
-----------------	---	--------------------

C est une part du total des charges courantes d'exploitation (voir donnée CI-F11\_D) destinée aux dépenses à caractère hôtelier et général. Pour rappel, les charges courantes d'exploitation comprennent les : Dépenses de personnel définies comme le titre 1 (budgets H, A, B, C, E, J) + le titre 2 (budgets L, M, N, P) (voir donnée CI-F12\_D) Charges à caractère médical définies comme le titre 2 (budgets H, B, E, J) (voir donnée CI-F13\_D) Charges à caractère hôtelier et général définies comme le titre 3 (budgets H, B, E, J) + le titre 1 (budgets L, M, N, P) (voir donnée CI-F14\_D)

Source	Comptes financiers (ANCRE) Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	L'externalisation de prestations logistiques peut induire des charges de titre 3 supplémentaires, mais réduire les charges de titre 1. Donnée non alimentée la carte d'identité sera revue prochainement

<b>CI-F15_D</b>	<b>Résultat d'exploitation</b>	1 niveau d'analyse
-----------------	--------------------------------	--------------------

Cette donnée mesure l'excédent ou le déficit généré par l'établissement avec son activité principale, c'est-à-dire sans tenir compte des éléments financiers et exceptionnels : (Comptes 70 à 75 + 78) - (Comptes 60 à 65 + 68).

Source	Comptes financiers (ANCRE) Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur		
------------	--	--

Dénominateur		
--------------	--	--

Interprétation	
----------------	--

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	A la différence de la marge brute, ce résultat intègre les produits et les charges non encaissables (les dépréciations, les dotations aux amortissements et provisions, ainsi que leurs reprises). Il donne donc une vision comptable de la performance financière de l'établissement, comprenant également des charges non décaissables et des produits non encaissables.
-----------------------	--



<b>CI-F16_D</b>	<b>Résultat financier</b>	1 niveau d'analyse
-----------------	---------------------------	--------------------

Cette donnée correspond au solde des opérations financières de l'établissement : somme des produits financiers (comptes 76) - somme des charges financières (comptes 66).

Source	Comptes financiers (ANCRE) Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur		
------------	--	--

Dénominateur		
--------------	--	--

Interprétation	
----------------	--

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	Ajouté au résultat d'exploitation (CI-F15_D), il indique le résultat courant de l'établissement, c'est-à-dire le bénéfice ou la perte induit(e) par les activités courantes de l'établissement
-----------------------	--

<b>CI-F17_D</b>	<b>Résultat exceptionnel</b>	1 niveau d'analyse
-----------------	------------------------------	--------------------

Le résultat exceptionnel mesure le résultat généré sur l'exercice par les activités qui ne sont pas liées au fonctionnement courant de l'établissement. Il ne prend en compte que les produits exceptionnels (comptes 77) et les charges exceptionnelles (comptes 67). Il peut s'agir, pour les produits par exemple, de cession d'immobilisations ou d'un remboursement exceptionnel

Source	Comptes financiers (ANCRE) Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	Ajouté au résultat courant (= résultat d'exploitation (CI-F15_D) + résultat financier (CI-F16_D)), il détermine le résultat net comptable de l'établissement.

## Fiche technique : HOSPIDIAG

CI-F18_D	Résultat net comptable consolidé	1 niveau d'analyse
----------	----------------------------------	--------------------

Le résultat net comptable consolidé correspond à la somme des résultats d'exploitation, financier et exceptionnel. Il est le reflet de l'équilibre budgétaire global de l'établissement.

Source	Comptes financiers (ANCRE) Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur		
------------	--	--

Dénominateur		
--------------	--	--

Interprétation	
----------------	--

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	Le périmètre est ici celui de l'ensemble des budgets consolidés (compte de résultat principal et comptes de résultats annexes).
-----------------------	---

<b>CI-F19_D</b>	<b>Résultat du budget principal</b>	1 niveau d'analyse
-----------------	-------------------------------------	--------------------

C est une part du résultat net comptable consolidé (CI-F18\_D) liée à l'activité principale de l'établissement de santé.

Source	Comptes financiers (ANCRE) Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	Le périmètre est ici celui du compte de résultat principal.

<b>CI-F20_D</b>	<b>Résultat net comptable consolidé hors aides non pérennes notifiées en AC</b>	1 niveau d'analyse
-----------------	---	--------------------

Cette donnée correspond au résultat net comptable consolidé (CI-F18\_D) de l'établissement retraité des aides non pérennes reçues en AC durant l'exercice.

Source	Comptes financiers (ANCRE) HAPI Champs: Publics ESPIC
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	Le périmètre est ici celui de l'ensemble des budgets consolidés.

CI-F21_D	Total bilan	1 niveau d'analyse
----------	-------------	--------------------

Le total du bilan comptable correspond à la somme des actifs nets de l'établissement, qui est, par construction, égale à la somme de son passif . Cette information est issue de l'onglet BI des comptes financiers.

Source	Comptes financiers (ANCRE) Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur		
------------	--	--

Dénominateur		
--------------	--	--

Interprétation	
----------------	--

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	Cette information est une manière d'appréhender le volume du patrimoine net d'un établissement.
-----------------------	---

CI-F22_D	Capitaux propres	1 niveau d'analyse
----------	------------------	--------------------

Les capitaux propres représentent les ressources stables de classe 1 de l'établissement qui ne sont pas liées à des emprunts auprès des banques. Ils se composent des apports, des réserves, des reports à nouveau, du résultat de l'exercice, des subventions d'investissement, des provisions réglementées et des droits de l'affectant. Ces informations sont issues des onglets BI et BI3 des comptes financiers.

Source	Comptes financiers (ANCRE) Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	Pour les ESPIC, les comptes de liaison investissement et fonds dédiés s'ajoutent aux capitaux propres.

<b>CI-F23_D</b>	<b>Immobilisations</b>	1 niveau d'analyse
-----------------	------------------------	--------------------

Les immobilisations représentent l'actif stable de l'établissement, par opposition à son actif circulant, tels que les stocks ou les créances. Elles peuvent être corporelles, telles que les équipements ou les bâtiments, incorporelles, comme le fonds commercial ou les brevets, ou financières. Ces informations sont issues des onglets B1, B11 et B12 des comptes financiers.

Source	Comptes financiers (ANCRE) Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	Pour les ESPIC, les comptes de liaison investissement s'ajoutent aux immobilisations.



<b>CI-F24_D</b>	<b>Encours de la dette financière</b>	1 niveau d'analyse
-----------------	---------------------------------------	--------------------

Cette donnée correspond au stock de dettes restant dues : Comptes 163 à 167 sauf les comptes 166. Cette information est issue de l'onglet BI8 des comptes financiers.

Source	Comptes financiers (ANCRE) Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur		
------------	--	--

Dénominateur		
--------------	--	--

Interprétation	
----------------	--

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	Cette donnée sert de numérateur à l'ensemble des ratios d'endettement (F4_D à F6_D).
-----------------------	--

<b>CI-F25_D</b>	<b>Fonds de Roulement Net Global</b>	1 niveau d'analyse
-----------------	--------------------------------------	--------------------

Cette information met en évidence le socle de la trésorerie correspondant à l'excédent des ressources stables par rapport aux emplois stables. Le FRNG a pour vocation d'absorber les effets du jeu des délais (encaissements, décaissements, rotation des stocks) identifié par le besoin en fonds de roulement. Il est issu des onglets C7 et onglet bilan fonctionnel des comptes financiers. Il est calculé si le total des emplois et le total des ressources sont non nuls et non vides.

Source	Comptes financiers (ANCRE) Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	En divisant cette donnée par le total des charges courantes d'exploitation (CI-F11_D) puis en le multipliant par 365, on obtient le Fonds de Roulement Net Global en nombre de jours d'exploitation.

<b>CI-F26_D</b>	<b>Besoin en Fonds de Roulement</b>	1 niveau d'analyse
-----------------	-------------------------------------	--------------------

Cette information mesure le besoin de financement engendré par l'exploitation courante de l'établissement. Le Besoin en Fonds de Roulement (BFR) étant généralement positif dans un établissement de santé, cette donnée met souvent en évidence la pression qu'exerce dans la plupart des cas le décalage des rythmes de décaissements et d'encaissements. 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). Il est issu de l'onglet bilan fonctionnel des comptes financiers.

Source	Comptes financiers (ANCRE) Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	En divisant cette donnée par le total des charges courantes d'exploitations (CI-F11_D) puis en le multipliant par 365, on obtient le BFR en nombre de jours d'exploitation.

CI-F27_D	Trésorerie	1 niveau d'analyse
----------	------------	--------------------

Cet agrégat représente l'image la plus synthétique de la structure financière de l'établissement. Il s'agit de la différence entre le FRNG (CI-F25\_D) et le BFR (CI-26\_D) si ces derniers sont non vides. Cette notion ne doit pas être confondue avec la trésorerie disponible (disponibilités). Le trésorerie nette, mentionnée ici, représente la part des disponibilités engendrées par la structure financière. Peuvent s'y ajouter les fonds déposés par les usagers, les intérêts courus non échus et éventuellement une ligne de trésorerie. Les disponibilités ont au moins un niveau égal à celui de la trésorerie nette.

Source	Comptes financiers (ANCRE) Champs: Publics ESPIC
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	Une trésorerie structurellement négative peut faire courir un risque de cessation de paiement et marque le déséquilibre de la structure financière.

<b>CI-F1_O</b>	<b>Total des recettes d'exploitation</b>	1 niveau d'analyse
----------------	--	--------------------

On entend par recettes d'exploitation la somme des recettes T2A (part Assurance Maladie et patients) et des éventuelles subventions d'exploitation reçues par l'établissement. Sauf mention contraire, le périmètre est le compte de résultat consolidé. Les produits d'exploitation se décomposent de la manière suivante : Total des recettes d'exploitation CI-F1\_O dont recettes GHS CI-F2\_O dont recettes MO / DMI facturables en sus CI-F3\_O dont DAF CI-F4\_O dont MIGAC (hors AC non pérennes et MERRI) et FIR CI-F5\_O dont AC - CI-F6\_O dont MERRI CI-F7\_O dont recettes patients externes et urgences (y compris forfaits) CI-F8\_O Total recettes patients mutuelles CI-F9\_O Autres recettes CI-F10\_O

Source	Liasses fiscales (INPI) Rang 1 Champs: Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	Cette information met en évidence la taille de l'établissement et apporte un éclairage sur la décomposition des recettes que l'établissement dégage de son activité. Le détail des produits d'exploitation n'est pas disponible via les liasses fiscales. Dès lors, les données CI-F2 à CI-F10 ne peuvent être calculées pour les établissements privés à but lucratif.

# Fiche technique : HOSPIDIAG

CI-F2_O	Total des recettes d'exploitation ; dont recettes GHS	1 niveau d'analyse
---------	---	--------------------

Cette donnée n'est pas calculable pour un établissement de santé privé.

Source	Rang 1 Champs: Privé
--------	-------------------------

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	

## Fiche technique : HOSPIDIAG

<b>CI-F3_0</b>	<b>Total des recettes d'exploitation ; dont recettes MO / DMI facturables en sus</b>	1 niveau d'analyse
----------------	--	--------------------

Cette donnée n'est pas calculable pour un établissement de santé privé.

Source	Rang : 1 Champs: Privé
--------	---------------------------

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	

## Fiche technique : HOSPIDIAG

CI-F4_O	Total des recettes d'exploitation ; dont DAF	1 niveau d'analyse
---------	--	--------------------

Cette donnée n'est pas calculable pour un établissement de santé privé.

Source	Rang 1 Champs: Privé
--------	-------------------------

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	



## Fiche technique : HOSPIDIAG

<b>CI-F5_O</b>	<b>Total des recettes d'exploitation ; dont MIGAC et FIR</b>	1 niveau d'analyse
----------------	--	--------------------

Cette donnée n'est pas calculable pour un établissement de santé privé.

Source	Rang 1 Champs: Privé
--------	-------------------------

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	

## Fiche technique : HOSPIDIAG

<b>CI-F6_O</b>	<b>Total des recettes d'exploitation ; dont AC</b>	1 niveau d'analyse
Total des recettes d'exploitation - CI-F1_O ; dont AC - CI-F6_O		
Source	HAPI Rang 1 Champs: Privé	
Numérateur		
Dénominateur		
Interprétation		
à croiser		
Commentaire technique	Ces aides ne constituant pas des ressources stables, elles ont été exclues du calcul du taux d'EBITDA non aidée (F1_O_bis).	

## Fiche technique : HOSPIDIAG

<b>CI-F7_O</b>	<b>Total des recettes d'exploitation ; dont MERRI</b>	1 niveau d'analyse
----------------	---	--------------------

Total des recettes d'exploitation □ CI-F1\_O ; dont MERRI □ CI-F7\_O

Source	HAPI Rang 1 Champs: Privé
--------	---------------------------------

Numérateur		
------------	--	--

Dénominateur		
--------------	--	--

Interprétation	
----------------	--

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	Les MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation) financent l'activité de recherche, d'innovation, de recours et d'enseignement de l'établissement. Elles se composent d'une part fixe et d'une part variable, qui ont des critères d'attribution définis réglementairement.
-----------------------	--

## Fiche technique : HOSPIDIAG

<b>CI-F8_O</b>	<b>Total des recettes d'exploitation ; dont recettes patients externes et urgences</b>	1 niveau d'analyse
----------------	--	--------------------

Cette donnée n'est pas calculable pour un établissement de santé privé.

Source	Rang : 1 Champs: Privé
--------	---------------------------

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	

## Fiche technique : HOSPIDIAG

CI-F9_0	Total des recettes patients mutuelles	1 niveau d'analyse
---------	---------------------------------------	--------------------

Cette donnée n'est pas calculable pour un établissement de santé privé.

Source	Rang 1 Champs: Privé
--------	-------------------------

Numérateur		
------------	--	--

Dénominateur		
--------------	--	--

Interprétation	
----------------	--

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	
-----------------------	--

## Fiche technique : HOSPIDIAG

CI-F10_O	Autres recettes	1 niveau d'analyse
----------	-----------------	--------------------

Cette donnée n'est pas calculable pour un établissement de santé privé.

Source	Rang 1 Champs: Privé
--------	-------------------------

Numérateur		
------------	--	--

Dénominateur		
--------------	--	--

Interprétation	
----------------	--

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	
-----------------------	--

<b>CI-F11_O</b>	<b>Total des charges d'exploitation</b>	1 niveau d'analyse
-----------------	---	--------------------

Cette information met en évidence la taille de l'établissement et met en évidence les charges induites par le cycle d'exploitation de l'établissement. Sauf mention contraire, le périmètre est le compte de résultat consolidé. Les charges d'exploitation se décomposent de la manière suivante : Total des charges d'exploitation (FS+FT+FU+FV+FW+FX+FY+FZ+GE) □ CI-F11\_O dont dépenses de personnel □ CI-F12\_O dont charges à caractère médical □ CI-F13\_O dont charges à caractère hôtelier et général □ CI-F14\_O

Source	Liasses fiscales (INPI) Rang 1 Champs: Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	Le détail des charges d'exploitation n'est pas disponible via les liasses fiscales. Dès lors, les données CI-F12 à CI-F14 ne peuvent être calculées pour les établissements privés à but lucratif,.

# Fiche technique : HOSPIDIAG

<b>CI-F12_O</b>	<b>Total des charges d'exploitation ; dont dépenses de personnel</b>	1 niveau d'analyse
-----------------	--	--------------------

Cette donnée n'est pas calculable pour un établissement de santé privé.

Source	Rang : 1 Champs: Privé
--------	---------------------------

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	



# Fiche technique : HOSPIDIAG

<b>CI-F13_O</b>	<b>Total des charges d'exploitation ; dont charges à caractère médical</b>	1 niveau d'analyse
-----------------	--	--------------------

Cette donnée n'est pas calculable pour un établissement de santé privé.

Source	Rang : 1 Champs: Privé
--------	---------------------------

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	

<b>CI-F14_O</b>	<b>Total des charges d'exploitation ; dont charges à caractère hôtelier et général</b>	1 niveau d'analyse
-----------------	--	--------------------

Cette donnée n'est pas calculable pour un établissement de santé privé.

Source	Rang : 1 Champs: Privé
--------	---------------------------

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	

<b>CI-F15_O</b>	<b>Résultat d'exploitation</b>	1 niveau d'analyse
-----------------	--------------------------------	--------------------

Cette donnée mesure l'excédent ou le déficit généré par l'établissement avec son activité principale, c'est-à-dire sans tenir compte des éléments financiers et exceptionnels.

Source	Liasses fiscales (INPI) Rang 1 Champs: Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	A la différence de l'EBITDA, ce résultat intègre les produits et les charges non encaissables (les dépréciations, les dotations aux amortissements et provisions, ainsi que leurs reprises). Il donne donc une vision économique de la performance financière de l'établissement, comprenant des charges non décaissables et des produits non encaissables.

## Fiche technique : HOSPIDIAG

<b>CI-F16_O</b>	<b>Résultat financier</b>	1 niveau d'analyse
-----------------	---------------------------	--------------------

Cette donnée correspond au solde des opérations financières de l'établissement.

Source	Liasses fiscales (INPI) Rang 1 Champs: Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	Ajouté au résultat d'exploitation (CI-F15_O), il indique le résultat courant de l'établissement, c'est-à-dire le bénéfice ou la perte induit(e) par les activités courantes de l'établissement, avant paiement de l'impôt sur les sociétés et hors opérations exceptionnelles.

<b>CI-F17_O</b>	<b>Résultat exceptionnel</b>	1 niveau d'analyse
-----------------	------------------------------	--------------------

Le résultat exceptionnel mesure le résultat généré sur l'exercice par les activités qui ne sont pas liées au fonctionnement courant de l'établissement. Il ne prend en compte que les produits et charges exceptionnels. Il peut s'agir, par exemple, de cession d'immobilisations ou d'un remboursement exceptionnel.

Source	Liasses fiscales (INPI) Rang 1 Champs: Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	Ajouté au résultat courant (= résultat d'exploitation (CI-F15_O) + résultat financier (CI-F16_O)), il détermine le résultat net avant impôts sur les sociétés de l'établissement.

<b>CI-F18_O</b>	<b>Résultat net</b>	1 niveau d'analyse
-----------------	---------------------	--------------------

Cette donnée est le reflet de la performance financière globale de l'établissement et de son équilibre budgétaire. Le résultat correspond à la somme des résultats d'exploitation, financier et exceptionnel (défini comme CI-F15\_O + CI-F16\_O + CI-F17\_O). Il peut indiquer un bénéfice, sur lequel l'établissement devra s'acquitter de l'impôt sur les sociétés, ou une perte.

Source	Liasses fiscales (INPI) Rang 1 Champs: Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	

<b>CI-F19_O</b>	<b>Résultat net comptable consolidé ; dont résultat du budget principal</b>	1 niveau d'analyse
-----------------	---	--------------------

Cette donnée n'est pas calculable pour un établissement de santé privé.

Source	Rang : 1 Champs: Privé
--------	---------------------------

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	Pour les établissements privés, la notion de budget annexe n'existe pas. Dès lors, la donnée CI-F19_O ne peut être calculée pour les établissements privés à but lucratif.

<b>CI-F20_O</b>	<b>Résultat global hors AC non pérennes</b>	1 niveau d'analyse
-----------------	---	--------------------

Cette donnée correspond au résultat net (CI-F18\_O) de l'établissement retraité des aides non pérennes reçues durant l'exercice.

Source	Liasses fiscales (INPI) HAPI Rang 1 Champs: Privé
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	Ce résultat peut être considéré comme le résultat « structurel » de l'établissement, hors aides ponctuelles. Si le <i>finess</i> est absent de la base INPI, l'indicateur n'est pas calculé.



CI-F21_O	Total bilan	1 niveau d'analyse
----------	-------------	--------------------

Cette information renseigne sur le volume des actifs de l'établissement.

Source	Liasses fiscales (INPI) Rang 1 Champs: Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	Cette information est une manière d'appréhender la taille d'un établissement.

CI-F22_O	Capitaux propres	1 niveau d'analyse
----------	------------------	--------------------

Les capitaux propres représentent les ressources stables de l'établissement qui ne sont pas liés à des emprunts auprès des banques. Ils se composent des apports, des réserves, des reports à nouveau, du résultat de l'exercice, des subventions d'investissement, des provisions réglementées et des droits de l'affectant.

Source	Liasses fiscales (INPI) Rang 1 Champs: Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	

<b>CI-F23_O</b>	<b>Immobilisations</b>	1 niveau d'analyse
-----------------	------------------------	--------------------

Les immobilisations représentent l'actif stable de l'établissement, par opposition à son actif circulant, tels que les stocks ou créances. Elles peuvent être corporelles, telles que les équipements ou les bâtiments, incorporelles, comme le fonds commercial ou les brevets, ou financières.

Source	Liasses fiscales (INPI) Rang 1 Champs: Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	

<b>CI-F24_O</b>	<b>Encours de la dette</b>	1 niveau d'analyse
-----------------	----------------------------	--------------------

Cette donnée correspond au calcul suivant : DS « emprunts obligataires convertibles » + DT « autres emprunts obligataires » + DU « emprunts et dettes auprès des établissements de crédit » + DV « emprunts et dettes financières divers (dont emprunts participatifs) » + EH « concours bancaires courants et soldes créditeurs de banques et CCP (Contrepartie Centrale de la Chambre de Compensation) » Elle correspond au stock des dettes restants dues.

Source	Liasses fiscales (INPI) Rang 1 Champs: Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	Cette donnée sert de numérateur à l'ensemble des ratios d'endettement (F4_O à F6_O).

<b>CI-F25_O</b>	<b>Fonds de roulement net global</b>	1 niveau d'analyse
-----------------	--------------------------------------	--------------------

Cette information met en évidence la capacité de financement du cycle d'exploitation par des ressources stables. Cette donnée correspond au calcul suivant : DL « résultat de l'exercice +/- subventions d'investissement +/- provisions réglementées » + DR « provisions pour risques et charges » + DO « produits des émissions de titres participatifs +/- avances conditionnées » + DS « emprunts obligataires convertibles » + DT « autres emprunts obligataires » + DU « emprunts et dettes auprès des établissements de crédit » + DV « emprunts et dettes financiers divers (dont emprunts participatifs) » - AA « capital souscrit non appelé » - EH « concours bancaires courants et soldes créditeurs de banques et CCP (Contrepartie Centrale de la Chambre de Compensation) » - BJ Net « total actif immobilisé » - CM « primes de remboursement des obligations »

Source	Liasses fiscales (INPI) Rang 1 Champs: Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	En divisant cette donnée par le total des charges d'exploitations (CI_F11_O), on obtient le Fonds de Roulement Net Global en nombre de jours d'exploitation.

<b>CI-F26_O</b>	<b>Besoin en Fonds de Roulement</b>	1 niveau d'analyse
-----------------	-------------------------------------	--------------------

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

Source	Liasses fiscales (INPI) Rang 1 Champs: Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	En divisant cette donnée par le total des charges d'exploitations (CI_F11_O), on obtient le BFR en nombre de jours d'exploitation.

## Fiche technique : HOSPIDIAG

CI-F27_0	Trésorerie	1 niveau d'analyse
Il s'agit de la différence entre le FRNG (CI-F25_0) et le BFR (CI-F26_0).		
Source	Liasses fiscales (INPI) Rang 1 Champs: Privé	
Numérateur		
Dénominateur		
Interprétation		
à croiser		
Commentaire technique	Une trésorerie structurellement négative peut faire courir un risque de cessation de paiement.	

<b>CI-RH1</b>	<b>ETP médicaux</b>	1 niveau d'analyse
---------------	---------------------	--------------------

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

Source	SAE : exercices antérieurs à 2013 : questionnaires Q20A et Q20B, exercices postérieurs ou égaux à 2013 questionnaire Q20 Champs: Publics ESPIC Privé
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
----------------	--

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	<p>Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : <a href="http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a> 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. 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. 2020 : Attention, les données des bordereaux Q20 à Q24 de la SAE 2020 n'ont pas été validées par la DREES. Vous trouverez plus d'informations sur la page d'accueil du site de diffusion (<a href="https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a>)</p>
-----------------------	---



<b>CI-RH2</b>	<b>ETP médicaux - dont Médecins (hors anesthésistes)</b>	1 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 Champs: Publics ESPIC Privé
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	

Commentaire technique	<p>Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : <a href="http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a> 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. 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. 2020 : Attention, les données des bordereaux Q20 à Q24 de la SAE 2020 n'ont pas été validées par la DREES. Vous trouverez plus d'informations sur la page d'accueil du site de diffusion (<a href="https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a>)</p>
-----------------------	--

<b>CI-RH3</b>	<b>ETP médicaux - dont Chirugiens (hors gynécologues-obstétriciens)</b>	1 niveau d'analyse
---------------	---	--------------------

L'information suivante est analysée : ETP médicaux dont Chirugiens (hors gynécologues-obstétriciens).

Source	SAE : exercices antérieurs à 2013 : questionnaires Q20A et Q20B, exercices postérieurs ou égaux à 2013 questionnaire Q20 Champs: Publics ESPIC Privé
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	<p>Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : <a href="http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a> 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. 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. 2020 : Attention, les données des bordereaux Q20 à Q24 de la SAE 2020 n'ont pas été validées par la DREES. Vous trouverez plus d'informations sur la page d'accueil du site de diffusion (<a href="https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a>)</p>

<b>CI-RH4</b>	<b>ETP médicaux - dont Anesthésistes</b>	1 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 Champs: Publics ESPIC Privé
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	

Commentaire technique	<p>Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : <a href="http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a> 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. 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. 2020 : Attention, les données des bordereaux Q20 à Q24 de la SAE 2020 n'ont pas été validées par la DREES. Vous trouverez plus d'informations sur la page d'accueil du site de diffusion (<a href="https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a>)</p>
-----------------------	--

<b>CI-RH5</b>	<b>ETP médicaux - dont Gynécologues-obstétriciens</b>	1 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 Champs: Publics ESPIC Privé
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	

Commentaire technique	<p>Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : <a href="http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a> 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. 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. 2020 : Attention, les données des bordereaux Q20 à Q24 de la SAE 2020 n'ont pas été validées par la DREES. Vous trouverez plus d'informations sur la page d'accueil du site de diffusion (<a href="https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a>)</p>
-----------------------	--

<b>CI-RH6</b>	<b>ETP non médicaux</b>	1 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 Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
----------------	--

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	<p>Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : <a href="http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a></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. 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. 2020 : Attention, les données des bordereaux Q20 à Q24 de la SAE 2020 n'ont pas été validées par la DREES. Vous trouverez plus d'informations sur la page d'accueil du site de diffusion (<a href="https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a>)</p>
-----------------------	---

<b>CI-RH7</b>	<b>ETP non médicaux - dont Personnels de Direction et Administratifs</b>	1 niveau d'analyse
---------------	--	--------------------

L'information suivante est analysée : ETP non médicaux dont Personnels des services de Soins

Source	SAE : Questionnaire Q23 Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	

Commentaire technique	<p>Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : <a href="http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a></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. 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. 2020 : Attention, les données des bordereaux Q20 à Q24 de la SAE 2020 n'ont pas été validées par la DREES. Vous trouverez plus d'informations sur la page d'accueil du site de diffusion (<a href="https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a>)</p>
-----------------------	---

<b>CI-RH8</b>	<b>ETP non médicaux - dont Personnels des Services de Soins</b>	1 niveau d'analyse
---------------	---	--------------------

L'information suivante est analysée : ETP non médicaux dont Personnels des services de Soins

Source	SAE : Questionnaire Q23 Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	

Commentaire technique	<p>Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : <a href="http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a></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. 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. 2020 : Attention, les données des bordereaux Q20 à Q24 de la SAE 2020 n'ont pas été validées par la DREES. Vous trouverez plus d'informations sur la page d'accueil du site de diffusion (<a href="https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a>)</p>
-----------------------	---

<b>CI-RH9</b>	<b>ETP non médicaux - dont Personnels Educatifs et Sociaux</b>	1 niveau d'analyse
---------------	--	--------------------

L'information suivante est analysée : ETP non médicaux dont Personnels Educatifs et Sociaux

Source	SAE : Questionnaire Q23 Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	

Commentaire technique	<p>Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : <a href="http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a></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. 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. 2020 : Attention, les données des bordereaux Q20 à Q24 de la SAE 2020 n'ont pas été validées par la DREES. Vous trouverez plus d'informations sur la page d'accueil du site de diffusion (<a href="https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a>)</p>
-----------------------	---



<b>CI-RH10</b>	<b>ETP non médicaux - dont Personnels Médico-Techniques</b>	1 niveau d'analyse
----------------	---	--------------------

L'information suivante est analysée : ETP non médicaux dont Personnels Médico-Techniques

Source	SAE : Questionnaire Q23 Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	<p>Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : <a href="http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a></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. 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. 2020 : Attention, les données des bordereaux Q20 à Q24 de la SAE 2020 n'ont pas été validées par la DREES. Vous trouverez plus d'informations sur la page d'accueil du site de diffusion (<a href="https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a>)</p>

<b>CI-RH11</b>	<b>ETP non médicaux - dont Personnels Techniques et Ouvriers</b>	1 niveau d'analyse
----------------	--	--------------------

L'information suivante est analysée : ETP non médicaux dont Personnels Techniques et Ouvriers

Source	SAE : Questionnaire Q23 Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	

Commentaire technique	<p>Les données concernant ces tableaux sont issues de l'enquête SAE. Les données sont consultables sur le site SAE diffusion : <a href="http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a></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. 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. 2020 : Attention, les données des bordereaux Q20 à Q24 de la SAE 2020 n'ont pas été validées par la DREES. Vous trouverez plus d'informations sur la page d'accueil du site de diffusion (<a href="https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr">https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr</a>)</p>
-----------------------	---

<b>CI-AC1</b>	<b>Nombres de lits installés en Médecine</b>	1 niveau d'analyse
---------------	--	--------------------

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

Source	SAE : Exercices antérieurs à 2013 questionnaire Q0102A, exercices postérieurs ou égaux à 2013 : questionnaire MCO Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	

<b>CI-AC2</b>	<b>Nombres de lits installés en Médecine - dont lits de soins intensifs</b>	1 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 Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	

<b>CI-AC3</b>	<b>Nombres de lits installés en Médecine - dont lits de surveillance continue</b>	1 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 Champs: Publics ESPIC Privé
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	

<b>CI-AC4</b>	<b>Nombres de lits installés en Médecine - dont lits de réanimation</b>	1 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 Champs: Publics ESPIC Privé
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	

<b>CI-AC5</b>	<b>Places installés de Médecine</b>	1 niveau d'analyse
---------------	-------------------------------------	--------------------

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

Source	SAE : Exercices antérieurs à 2013 : questionnaire Q0102A, exercices postérieurs ou égaux à 2013 : questionnaire MCO Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	

<b>CI-AC6</b>	<b>Lits installés de Chirurgie</b>	1 niveau d'analyse
---------------	------------------------------------	--------------------

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

Source	SAE : Exercices antérieurs à 2013 : questionnaire Q0102A, exercices postérieurs ou égaux à 2013 : questionnaire MCO Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	



<b>CI-AC7</b>	<b>Places installées de Chirurgie</b>	1 niveau d'analyse
---------------	---------------------------------------	--------------------

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

Source	SAE : Exercices antérieurs à 2013 : questionnaire Q0102A, exercices postérieurs ou égaux à 2013 : questionnaire MCO Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	

<b>CI-AC8</b>	<b>Lits installés d'Obstétrique</b>	1 niveau d'analyse
---------------	-------------------------------------	--------------------

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

Source	SAE : Exercices antérieurs à 2013 : questionnaire Q0102A, exercices postérieurs ou égaux à 2013 : questionnaire MCO Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	

<b>CI-AC9</b>	<b>Places installées d'Obstétrique</b>	1 niveau d'analyse
---------------	--	--------------------

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

Source	SAE : Exercices antérieurs à 2013 : questionnaire Q0102A, exercices postérieurs ou égaux à 2013 : questionnaire MCO Champs: Publics ESPIC Privé
--------	--

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	
à croiser	
Commentaire technique	

<b>CI-Q1</b>	<b>Niveau de certification global</b>	1 niveau d'analyse
<p>Cette donnée 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.</p>		
Source	Rapport de certification HAS Rang 2 Champs: Publics ESPIC Privé	
Numérateur		
Dénominateur		
Interprétation	<p>Le résultat de certification est ici présenté de manière synthétique. Il s'agit du résultat disponible au moment de la dernière mise à jour des données dans Hospi Diag (y compris les changements apportés à l'issue du dispositif de suivi des décisions de certification). Ce résultat est décliné selon 5 niveaux de cotation : A : certification. L'établissement a été certifié, son niveau de qualité ayant été jugé très satisfaisant sur les thématiques portées par la certification. B : certification avec recommandation(s) d'amélioration. L'établissement a été certifié avec recommandation(s) d'amélioration, son niveau de qualité ayant été jugé satisfaisant sur les thématiques portées par la certification. Cependant, la HAS recommande à l'établissement de s'améliorer sur certains sujets, pour atteindre le niveau d'exigence demandé. C : certification avec obligation(s) d'amélioration. L'établissement a été certifié avec obligation d'amélioration, son niveau de qualité n'ayant pas été jugé satisfaisant sur les thématiques portées par la certification. Dans un délai défini par elle, la HAS impose à l'établissement la mise en oeuvre d'actions d'amélioration sur certains sujets ciblés sinon la HAS prononcera une « non certification » (niveau « E »). D : sursis à statuer. Le niveau de qualité de l'établissement ayant été jugé critique sur certaines thématiques, la HAS a différé sa décision. Après un délai fixé par la HAS, l'établissement devra démontrer qu'il s'est amélioré sinon la HAS prononcera une « non certification » (niveau « E »). E : non-certification. L'établissement n'est pas certifié. La gravité des dysfonctionnements sur certaines thématiques constatés par la HAS rend impossible la certification de l'établissement.</p>	
à croiser		
Commentaire technique	Le détail des décisions et l'intégralité du rapport sont disponibles sur le site internet de la HAS <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a> et <a href="https://www.scopesante.fr">https://www.scopesante.fr</a>	

<b>CI-Q2</b>	<b>Thème « Management de la qualité et des risques »</b>	1 niveau d'analyse
--------------	--	--------------------

Il s'agit d'une thématique de la certification. Elle permet d'évaluer si l'établissement a bien défini une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Cette politique doit être intégrée dans les orientations stratégiques, déclinée pour chaque secteur d'activité en objectifs et indicateurs et diffusée dans l'établissement.

Source	Rapport de certification HAS Rang 2 Champs: Publics ESPIC Privé
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	Le résultat de cette thématique est ici présenté de manière synthétique. Il s'agit du résultat disponible au moment de la dernière mise à jour des données dans Hospi Diag (y compris les changements apportés à l'issue du dispositif de suivi des décisions de certification). Ce résultat est décliné selon 4 niveaux de cotation : A : Exigence atteinte (plans avec exercices et formations, veille, contrôle, amélioration continue) B : Recommandation d'amélioration (plans d'actions en place avec indicateurs) C : Obligation d'amélioration (organisation en place sans évaluation) D : Réserve (quelques actions mais insuffisantes, veille mais sans action)
à croiser	
Commentaire technique	Le détail des décisions et l'intégralité du rapport sont disponibles sur le site internet de la HAS <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a> et <a href="https://www.scopesante.fr">https://www.scopesante.fr</a>

<b>CI-Q3</b>	<b>Thème « Risque infectieux »</b>	1 niveau d'analyse
<p>Il s'agit d'une thématique de la certification. Elle permet d'évaluer principalement les mesures prises par l'établissement afin d'éviter les infections contractées durant l'hospitalisation. Les infections nosocomiales constituent un risque majeur à l'hôpital, c'est pourquoi la prévention et la surveillance des risques infectieux sont une priorité. Parmi les mesures à mettre en oeuvre, l'établissement doit former son personnel à l'hygiène des locaux. Le bon usage des antibiotiques contribue aussi à la maîtrise du risque infectieux, notamment la dispensation adaptée des médicaments, la réévaluation contrôlée de l'antibiothérapie et la surveillance continue de la résistance aux antibiotiques.</p>		
Source	Rapport de certification HAS Rang 2 Champs: Publics ESPIC Privé	
Numérateur		
Dénominateur		
Interprétation	Le résultat de cette thématique est ici présenté de manière synthétique. Il s'agit du résultat disponible au moment de la dernière mise à jour des données dans Hospi Diag (y compris les changements apportés à l'issue du dispositif de suivi des décisions de certification). Ce résultat est décliné selon 4 niveaux de cotation : A : Exigence atteinte (plans avec exercices et formations, veille, contrôle, amélioration continue) B : Recommandation d'amélioration (plans d'actions en place avec indicateurs) C : Obligation d'amélioration (organisation en place sans évaluation) D : Réserve (quelques actions mais insuffisantes, veille mais sans action)	
à croiser		
Commentaire technique	Le détail des décisions et l'intégralité du rapport sont disponibles sur le site internet de la HAS <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a> et <a href="https://www.scopesante.fr">https://www.scopesante.fr</a>	

<b>CI-Q4</b>	<b>Thème « Droits des patients »</b>	1 niveau d'analyse
<p>Il s'agit d'une thématique de la certification. Elle permet d'évaluer la stratégie de l'établissement mise en place pour respecter les droits des patients. Il est attendu que l'établissement identifie les risques et les facteurs de maltraitance du patient, qu'il veille au respect de son intimité, de sa dignité et de la confidentialité des informations qui le concernent.</p>		
Source	Rapport de certification HAS Rang 2 Champs: Publics ESPIC Privé	
Numérateur		
Dénominateur		
Interprétation	<p>Le résultat de cette thématique est ici présenté de manière synthétique. Il s'agit du résultat disponible au moment de la dernière mise à jour des données dans Hospi Diag (y compris les changements apportés à l'issue du dispositif de suivi des décisions de certification). Ce résultat est décliné selon 4 niveaux de cotation : A : Exigence atteinte (plans avec exercices et formations, veille, contrôle, amélioration continue) B : Recommandation d'amélioration (plans d'actions en place avec indicateurs) C : Obligation d'amélioration (organisation en place sans évaluation) D : Réserve (quelques actions mais insuffisantes, veille mais sans action)</p>	
à croiser		
Commentaire technique	Le détail des décisions et l'intégralité du rapport sont disponibles sur le site internet de la HAS <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a> et <a href="https://www.scopesante.fr">https://www.scopesante.fr</a>	

<b>CI-Q5</b>	<b>Thème « Parcours des patients »</b>	1 niveau d'analyse
<p>Il s'agit d'une thématique de la certification. Elle permet d'évaluer la capacité de l'établissement à organiser de façon adaptée l'ensemble du parcours du patient depuis son accueil, l'évaluation dès son arrivée de son état de santé, jusqu'à sa sortie. Elle s'intéresse particulièrement à la continuité et à la coordination des soins, à savoir une permanence 24h/24, le relais entre les équipes et l'accessibilité permanente de l'information par tous les intervenants.</p>		
Source	Rapport de certification HAS Rang 2 Champs: Publics ESPIC Privé	
Numérateur		
Dénominateur		
Interprétation	<p>Le résultat de cette thématique est ici présenté de manière synthétique. Il s'agit du résultat disponible au moment de la dernière mise à jour des données dans Hospi Diag (y compris les changements apportés à l'issue du dispositif de suivi des décisions de certification). Ce résultat est décliné selon 4 niveaux de cotation : A : Exigence atteinte (plans avec exercices et formations, veille, contrôle, amélioration continue) B : Recommandation d'amélioration (plans d'actions en place avec indicateurs) C : Obligation d'amélioration (organisation en place sans évaluation) D : Réserve (quelques actions mais insuffisantes, veille mais sans action)</p>	
à croiser		
Commentaire technique	<p>Le détail des décisions et l'intégralité du rapport sont disponibles sur le site internet de la HAS <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a> et <a href="https://www.scopesante.fr">https://www.scopesante.fr</a></p>	



<b>CI-Q6</b>	<b>Thème « Dossier patient »</b>	1 niveau d'analyse
<p>Il s'agit d'une thématique de la certification. Elle permet d'évaluer la traçabilité dans le dossier du patient des éléments relatifs à son admission, son séjour et sa sortie. Le dossier du patient est un élément clé de la qualité et de la continuité des soins car il sert à coordonner les actions de l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge du patient. Cette thématique mesure également si l'établissement de santé informe le patient de ses droits et des modalités pratiques d'accès à son dossier.</p>		
Source	Rapport de certification HAS Rang 2 Champs: Publics ESPIC Privé	
Numérateur		
Dénominateur		
Interprétation	<p>Le résultat de cette thématique est ici présenté de manière synthétique. Il s'agit du résultat disponible au moment de la dernière mise à jour des données dans Hospi Diag (y compris les changements apportés à l'issue du dispositif de suivi des décisions de certification). Ce résultat est décliné selon 4 niveaux de cotation : A : Exigence atteinte (plans avec exercices et formations, veille, contrôle, amélioration continue) B : Recommandation d'amélioration (plans d'actions en place avec indicateurs) C : Obligation d'amélioration (organisation en place sans évaluation) D : Réserve (quelques actions mais insuffisantes, veille mais sans action)</p>	
à croiser		
Commentaire technique	Le détail des décisions et l'intégralité du rapport sont disponibles sur le site internet de la HAS <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a> et <a href="https://www.scopesante.fr">https://www.scopesante.fr</a>	

<b>CI-Q7</b>	<b>Thème « Médicaments »</b>	1 niveau d'analyse
<p>Il s'agit d'une thématique de la certification. Elle permet d'évaluer si l'établissement s'organise pour que la prise en charge médicamenteuse du patient soit adaptée et sécurisée à toutes ses étapes : prescription des médicaments, dispensation, administration, information du patient</p>		
Source	Rapport de certification HAS Rang 2 Champs: Publics ESPIC Privé	
Numérateur		
Dénominateur		
Interprétation	<p>Le résultat de cette thématique est ici présenté de manière synthétique. Il s'agit du résultat disponible au moment de la dernière mise à jour des données dans Hospi Diag (y compris les changements apportés à l'issue du dispositif de suivi des décisions de certification). Ce résultat est décliné selon 4 niveaux de cotation : A : Exigence atteinte (plans avec exercices et formations, veille, contrôle, amélioration continue) B : Recommandation d'amélioration (plans d'actions en place avec indicateurs) C : Obligation d'amélioration (organisation en place sans évaluation) D : Réserve (quelques actions mais insuffisantes, veille mais sans action)</p>	
à croiser		
Commentaire technique	<p>Le détail des décisions et l'intégralité du rapport sont disponibles sur le site internet de la HAS <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a> et <a href="https://www.scopesante.fr">https://www.scopesante.fr</a></p>	

<b>CI-Q8</b>	<b>Thème « Urgences »</b>	1 niveau d'analyse
<p>Il s'agit d'une thématique de la certification. Elle permet d'évaluer si l'établissement est organisé pour accueillir les patients au service des urgences 24h/24 et 7jr/7. La prise en charge du patient se présentant pour une urgence implique un accueil par des professionnels formés, une prise en charge adaptée en fonction du degré d'urgence (urgences vitales, pédiatrie, gériatrie, psychiatrie, accident vasculaire cérébral etc), une réorientation ou un transfert, un recours à un avis spécialisé si besoin et une connaissance de la disponibilité de lits d'hospitalisation.</p>		
Source	Rapport de certification HAS Rang 2 Champs: Publics ESPIC Privé	
Numérateur		
Dénominateur		
Interprétation	<p>Le résultat de cette thématique est ici présenté de manière synthétique. Il s'agit du résultat disponible au moment de la dernière mise à jour des données dans Hospi Diag (y compris les changements apportés à l'issue du dispositif de suivi des décisions de certification). Ce résultat est décliné selon 4 niveaux de cotation : A : Exigence atteinte (plans avec exercices et formations, veille, contrôle, amélioration continue) B : Recommandation d'amélioration (plans d'actions en place avec indicateurs) C : Obligation d'amélioration (organisation en place sans évaluation) D : Réserve (quelques actions mais insuffisantes, veille mais sans action)</p>	
à croiser		
Commentaire technique	Le détail des décisions et l'intégralité du rapport sont disponibles sur le site internet de la HAS <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a> et <a href="https://www.scopesante.fr">https://www.scopesante.fr</a>	

<b>CI-Q9</b>	<b>Thème « Blocs opératoires »</b>	1 niveau d'analyse
--------------	------------------------------------	--------------------

Il s'agit d'une thématique de la certification. Elle évalue si l'établissement a mis en place une organisation au bloc opératoire permettant d'assurer la sécurité du patient. L'organisation est complexe, car elle doit permettre de réunir tous les éléments nécessaires à l'intervention : accueil du patient préparé et informé, professionnels présents formés, équipement adapté et fonctionnel, matériel stérilisé dans le respect des normes...Le respect de la programmation des interventions, la vérification et la traçabilité, l'échange d'informations entre le bloc opératoire et les autres secteurs d'activité sont des étapes importantes. L'utilisation de la check-list "Sécurité du patient au bloc opératoire" pour toute intervention par l'équipe opératoire permet de prévenir les risques et est aussi évaluée .

Source	Rapport de certification HAS Rang 2 Champs: Publics ESPIC Privé
--------	---

Numérateur		
Dénominateur		

Interprétation	Le résultat de cette thématique est ici présenté de manière synthétique. Il s'agit du résultat disponible au moment de la dernière mise à jour des données dans Hospi Diag (y compris les changements apportés à l'issue du dispositif de suivi des décisions de certification). Ce résultat est décliné selon 4 niveaux de cotation : A : Exigence atteinte (plans avec exercices et formations, veille, contrôle, amélioration continue) B : Recommandation d'amélioration (plans d'actions en place avec indicateurs) C : Obligation d'amélioration (organisation en place sans évaluation) D : Réserve (quelques actions mais insuffisantes, veille mais sans action)
à croiser	
Commentaire technique	Le détail des décisions et l'intégralité du rapport sont disponibles sur le site internet de la HAS <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a> et <a href="https://www.scopesante.fr">https://www.scopesante.fr</a>

<b>CI-Q10</b>	<b>Thème « Imagerie interventionnelle »</b>	1 niveau d'analyse
<p>Il s'agit d'une thématique de la certification. Elle permet d'évaluer si l'établissement a notamment identifié les risques majeurs pouvant survenir à chaque étape de la prise en charge d'un patient dans les secteurs d'imagerie interventionnelle. Les responsabilités des différents intervenants doivent être identifiées, l'adéquation des effectifs et des compétences des professionnels effective, le contrôle et la maintenance des équipements réalisés.</p>		
Source	Rapport de certification HAS Rang 2 Champs: Publics ESPIC Privé	
Numérateur		
Dénominateur		
Interprétation	<p>Le résultat de cette thématique est ici présenté de manière synthétique. Il s'agit du résultat disponible au moment de la dernière mise à jour des données dans Hospi Diag (y compris les changements apportés à l'issue du dispositif de suivi des décisions de certification). Ce résultat est décliné selon 4 niveaux de cotation : A : Exigence atteinte (plans avec exercices et formations, veille, contrôle, amélioration continue) B : Recommandation d'amélioration (plans d'actions en place avec indicateurs) C : Obligation d'amélioration (organisation en place sans évaluation) D : Réserve (quelques actions mais insuffisantes, veille mais sans action)</p>	
à croiser		
Commentaire technique	<p>Le détail des décisions et l'intégralité du rapport sont disponibles sur le site internet de la HAS <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a> et <a href="https://www.scopesante.fr">https://www.scopesante.fr</a></p>	

<b>CI-Q11</b>	<b>Thème « Salle de naissance »</b>	1 niveau d'analyse
<p>Il s'agit d'une thématique de la certification. Elle permet d'évaluer si l'établissement a notamment identifié les risques majeurs pouvant survenir à chaque étape de la prise en charge d'une patiente en salle de naissance, condition déterminante de la qualité et de la sécurité des soins dispensés au patient.</p>		
Source	Rapport de certification HAS Rang 2 Champs: Publics ESPIC Privé	
Numérateur		
Dénominateur		
Interprétation	<p>Le résultat de cette thématique est ici présenté de manière synthétique. Il s'agit du résultat disponible au moment de la dernière mise à jour des données dans Hospi Diag (y compris les changements apportés à l'issue du dispositif de suivi des décisions de certification). Ce résultat est décliné selon 4 niveaux de cotation : A : Exigence atteinte (plans avec exercices et formations, veille, contrôle, amélioration continue) B : Recommandation d'amélioration (plans d'actions en place avec indicateurs) C : Obligation d'amélioration (organisation en place sans évaluation) D : Réserve (quelques actions mais insuffisantes, veille mais sans action)</p>	
à croiser		
Commentaire technique	<p>La salle de naissance est la salle de travail dans laquelle se déroule l'accouchement. Le détail des décisions et l'intégralité du rapport sont disponibles sur le site internet de la HAS <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a> et <a href="https://www.scopesante.fr">https://www.scopesante.fr</a></p>	

<b>CI-DF1</b>	<b>Taux d'informatisation des résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomo-pathologie</b>	1 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 Champs: Publics ESPIC Privé
--------	-------------------------------------

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.
----------------	--

à croiser	
-----------	--

Commentaire technique	Les valeurs de cet indicateur commencent à partir de l'année 2013.
-----------------------	--

<b>CI-DF2</b>	<b>Taux d'informatisation du DPII (Dossier patient informatisé et interopérable) et communication extérieure</b>	1 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 Champs: Publics ESPIC Privé
--------	-------------------------------------

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.	
à croiser		
Commentaire technique	Les valeurs de cet indicateur commencent à partir de l'année 2013.	



<b>CI-DF3</b>	<b>Taux d'informatisation de la prescription électronique alimentant le plan de soins</b>	1 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 Champs: Publics ESPIC Privé
--------	-------------------------------------

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.	
à croiser		
Commentaire technique	Les valeurs de cet indicateur commencent à partir de l'année 2013.	

<b>CI-DF4</b>	<b>Taux d'informatisation de la programmation des ressources et agenda du patient</b>	1 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 Champs: Publics ESPIC Privé
--------	-------------------------------------

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.
à croiser	
Commentaire technique	Les valeurs de cet indicateur commencent à partir de l'année 2013.

<b>CI-DF5</b>	<b>Taux d'informatisation du pilotage médico-économique</b>	1 niveau d'analyse
<p>Cette donnée mesure le niveau d'informatisation de l'établissement de santé sur le domaine fonctionnel « Pilotage médico-économique ».</p>		
Source	OSIS Champs: Publics ESPIC Privé	
Numérateur		<p>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-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). 2. 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.</p>
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. 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>	
à croiser		
Commentaire technique	Les valeurs de cet indicateur commencent à partir de l'année 2013.	