

## Diagnostic Flash hospitalier Bases de comparaison

Version 2007



# Sommaire

---

- **Préface** **Page 2**
- **Présentation du Diagnostic Flash** **Page 4**
- **Carte d'identité de l'établissement** **Page 10**
- **Indicateurs ATIH** **Page 12**
- **Indicateurs Établissement** **Page 72**
- **Annexe 1 : Le retraitement de la marge brute** **Page 107**
- **Annexe 2 : Calcul de l'indicateur IPMCO** **Page 110**
- **Annexe 3 : Liste des établissements** **Page 111**
- **Annexe 4 : Glossaire des abréviations** **Page 112**

---

***Améliorer le parcours de soins et développer la performance des établissements de santé constituent un objectif partagé par les acteurs de la santé.***

***Un certain nombre d'établissements de santé rencontrent aujourd'hui des difficultés financières conjoncturelles ou structurelles. Afin de permettre aux responsables en Agences régionales d'apporter des réponses appropriées à ces situations la DHOS a confié à des Conseillers Généraux des Établissements de Santé, en liaison avec trois ARH et l'ATIH, la conception d'une méthode de diagnostic de gestion et d'efficience des établissements dénommée Diagnostic Flash.***

***A partir d'un nombre réduit d'indicateurs aisément accessibles, cette méthode a pour objectif de mettre en évidence au-delà des données strictement comptables et financières, des éléments de compréhension de la situation financière de l'établissement en analysant son positionnement stratégique, la performance de ses processus majeurs et la structure de ses ressources humaines.***

***Cet outil a pour ambition ,par l'analyse croisée d'indicateurs, de contribuer à une amélioration du dialogue entre les établissements et l'ARH. fondée sur une vision partagée des situations et faciliter ainsi l'élaboration des plans d'action au sein des établissements .***

***Cette méthode de diagnostic flash fera l'objet d'une actualisation annuelle grâce à l'amélioration des outils de pilotage des établissements et des bases de données. Il associe pour chaque indicateur, les références des établissements de même catégorie ,assises en large partie aujourd'hui sur la base des distributions statistiques de résultats constatés, mais également et de plus en plus à partir de véritables référentiels d'efficience issus de la généralisation de cet outil et des travaux en cours avec les professionnels***

***Annie Podeur***

***Directrice de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins***



# Le « Diagnostic Flash » hospitalier est une analyse de la performance d'un établissement de santé suivant quatre axes

## Ce qu'est le Diagnostic Flash\* :

- Une analyse macroscopique de la performance d'un établissement, selon **quatre axes** : Financier, Patient, Processus, Ressources Humaines.
- Un outil d'analyse qui examine **la dynamique de l'établissement** en observant l'ensemble des indicateurs sur 3 années au minimum. C'est la prise en compte des indicateurs dans leur ensemble qui garantit la pertinence de l'analyse.
- Un outil de dialogue qui permet aux établissements de poser avec leur ARH un **diagnostic partagé et objectif** par les chiffres et références sur les causes et tendances d'évolution de la situation de l'établissement.
- Un diagnostic fondé sur **des indicateurs suivis par tous les établissements** et pour lesquels existent des bases de données fiables permettant d'effectuer des comparaisons entre établissements présentant des caractéristiques proches en termes de taille et de statut.
- Un diagnostic réalisé en **quatre jours de charge de travail** : un jour de recueil d'indicateurs, un jour d'interviews de quatre acteurs de l'établissement (le Directeur, le DAF, le DIM, le Président de CME), un jour de synthèse, un jour de restitution. La journée sur place est essentielle à l'analyse : **le Diagnostic Flash n'est pas un « diagnostic en chambre »**.

\* N.B. Le diagnostic Flash est une des bases du plan de formation national des services déconcentrés , ARH et Assurance maladie

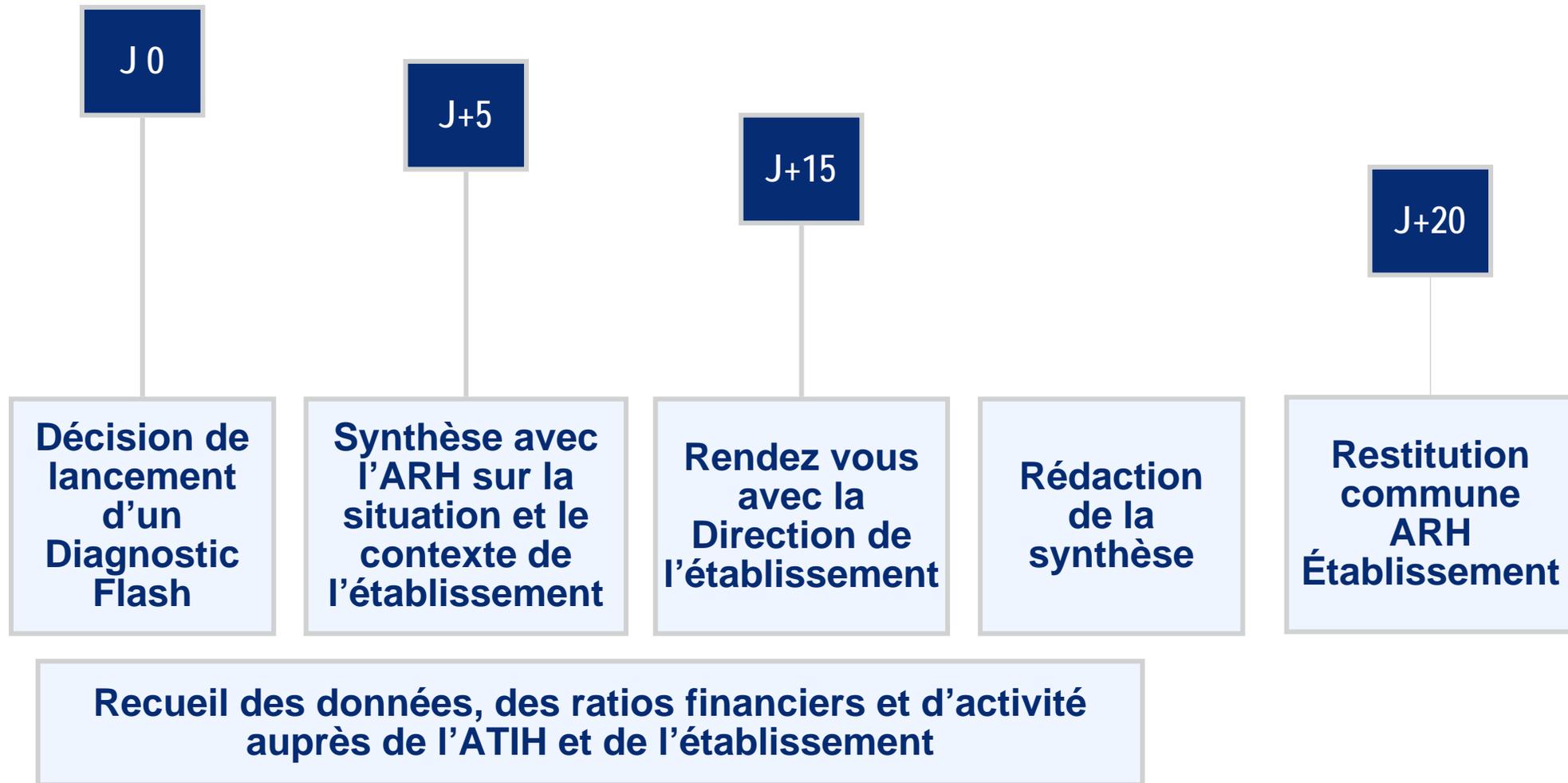
## Ce que n'est pas le Diagnostic Flash :

- Un audit financier de l'établissement, qui nécessite une approche méthodologique différente, et un travail beaucoup plus lourd.
- Un audit approfondi des processus qui conduit à la définition des actions du plan de retour à l'équilibre financier.
- L'outil miracle de résolution des difficultés rencontrées actuellement par les établissements.

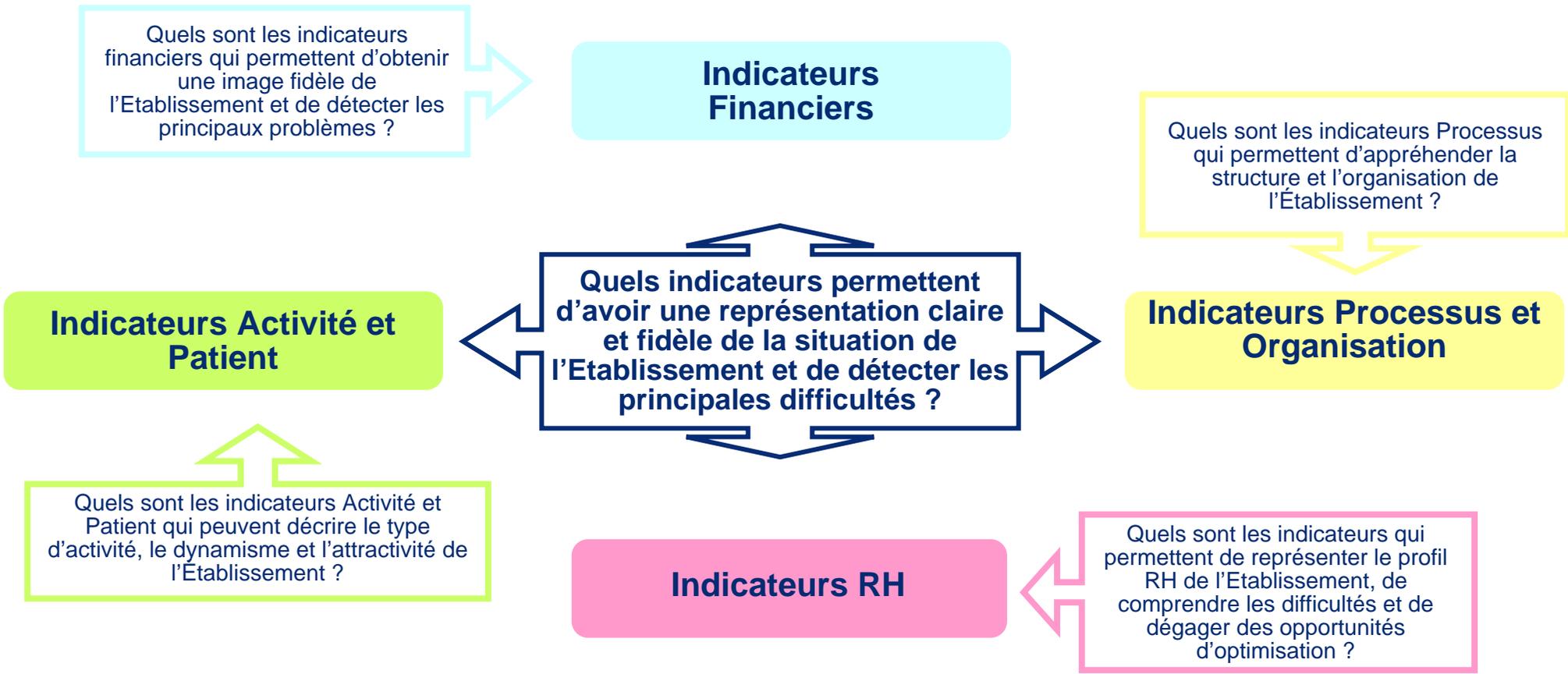
# Méthodologie suivie

- **Le Diagnostic Flash a pour ambition d'être un outil commun à tous les établissements de santé.**
- **Il a été élaboré au cours du quatrième trimestre 2006 à l'initiative de la DHOS qui a missionné deux Conseillers Généraux des Établissements de Santé avec le concours d'un comité de pilotage incluant la sous direction F, quatre ARH, l'ATIH, la Meah et la mission T2A.**
- **Cet outil a été testé sur deux vagues d'établissements, soit au total quinze établissements, appartenant aux différentes catégories d'établissements (Statut Public, privé lucratif, PSPH) et de taille (CHU, CH, Etablissement de moins de 20 M€ de recettes...)**
- **La présente version du Diagnostic Flash est la version stabilisée pour l'année 2007 : elle a vocation à être révisée d'ici la fin 2007 pour prendre en compte la disparition des concepts antérieurs à l'EPRD (ex : Report de charges), les avancées des bases gérées par l'ATIH et le retour d'expérience tant sur les indicateurs que sur les valeurs cibles.**
- **Le Diagnostic Flash privilégie les indicateurs produits en routine par les établissements et donc pour lesquels existent des bases nationales permettant une analyse statistique, et chaque fois que possible la détermination de valeurs cibles à atteindre. Les valeurs aberrantes sont notées « ns ».**
- **Il est nécessaire toutefois de tenir compte des spécificités des établissements, étroitement liées à leur statut. Ces différences sont particulièrement sensibles à trois niveaux :**
  - Les règles comptables : les ratios financiers diffèrent pour partie en raison des normes et des règles applicables aux secteurs public, associatif et privé,
  - Les différences d'organisation : les ratios qui concernent les activités médico-techniques doivent être regardés différemment entre les établissements publics et PSPH d'un côté et les cliniques à but lucratif de l'autre,
  - Les différences dans les missions : la spécificité des malades soignés, le mode de rémunération des médecins, les missions de service public sont à l'origine de nombreux écarts constatés entre établissements de même taille mais de statuts différents.
- **La dispersion des échelles de valeurs des PSPH est liée en partie à l'hétérogénéité de cette catégorie qui regroupe des établissements de taille et de volume d'activité très différents.**

Le Diagnostic Flash d'un établissement est un processus qui peut être conduit sur un bref calendrier de quatre semaines pour une charge totale de quatre jours en moyenne par établissement



# Le Diagnostic Flash est structuré autour de quatre axes d'analyse



# 43 indicateurs sont utilisés

Indicateurs Activité et Patient		
A1	Taux d'occupation net en Médecine	ATIH
A2	Taux d'occupation net Chirurgie	ATIH
A3	Taux d'occupation net Obstétrique	ATIH
A4	PMCT relatif de l'établissement	ATIH
A5	PMCT relatif de l'établissement en Chirurgie	ATIH
A6	Part de marché en Chirurgie	ATIH
A7	Taux d'hospitalisation des passages aux urgences	ATIH
A8	Productivité horaire IRM	Etab.
A9	Productivité horaire Scanner	Etab.
A10	Nombre de prothèses de hanche	Etab.

Indicateurs Financiers		
F1	Taux de marge brute (R35)	ATIH
F2	Reports de charges d'exercices antérieurs (R45)	ATIH
F3	Indicateur de durée apparente de la dette (R20)	ATIH
F4	Taux de renouvellement des immobilisations (R32)	ATIH
F5	Capacité de remboursement des emprunts (R22)	ATIH
F6	Fonds de roulement d'exploitation en jours (R11)	ATIH
F7	Besoin en fonds de roulement en jours de charges d'exploitation (R14)	ATIH
F8	Ratio de créances vers les particuliers émises dans l'année et non recouvrées	ATIH
F9	Respect/ Amélioration du taux d'évolution des recettes et des dépenses par rapport à l'EPRD	Etab.



Indicateurs RH		
H1	Budget Intérim	ATIH
H2	Budget CDD Personnel Non Médical	ATIH
H3	Budget CDD Personnel Médical	ATIH
H4	Structure d'âge du corps médical	Etab.
H5	Structure d'âge des personnels non médicaux	Etab.
H6	Densité encadrement des personnels non médicaux	Etab.
H7	Poids des gardes et astreintes	Etab.
H8	Taux de départ des IDE	Etab.
H9	Taux d'absentéisme du personnel non médical	Etab.

Indicateurs Processus et Organisation		
P1	Indicateur de performance MCO	ATIH
P2	Indicateur de performance DMS globale	ATIH
P3	Indicateur de performance DMS Médecine	ATIH
P4	Indicateur de performance DMS Chirurgie	ATIH
P5	Indicateur de performance DMS Obstétrique	ATIH
A6	Ratio agents des services cliniques	ATIH
P7	Ratio agents des services médico-techniques	ATIH
P8	Poids des dépenses administratives et logistiques	ATIH
P9	Recettes rapportées aux effectifs médicaux	ATIH
P10	Prix de revient du B	ATIH
P11	% de transferts depuis les urgences	Etab.
P12	Temps annuel moyen de mise à disposition d'une salle d'opération hors garde et urgences	Etab.
P13	Taux d'utilisation moyen des salles d'opérations	Etab.
P14	Temps annuel de mise à disposition de l'IRM	Etab.
P15	Temps annuel de mise à disposition du Scanner	Etab.



# Le Diagnostic Flash est précédé d'une carte d'identité de l'établissement qui reprend les principaux paramètres d'activité et de moyens

(Source ATIH pour les données 2005 et antérieures)

Données	2003	2004	2005	2006
Total des Charges d'exploitation				
dont Dépenses MCO				
Résultat consolidé				
dont Résultat MCO (Retraitement)				
Entrées MCO établissement				
Venues établissement en Chirurgie				
Venues établissement en Médecine				
Naissances				
Nombre d'interventions chirurgicales				
Passage aux Urgences				
Effectif Médical MCO ETP				
Effectif Total hors Personnel Médical				
Nombre de B produits				

Données Equipement	
Scanner	
IRM	
Accélérateur de particules	
Table de coronarographie	

Lits et places déclarés	Lits	Places
Médecine		
Chirurgie		
Obstétrique		
Psychiatrie		
SSR		

# Avertissement technique

- Ce dossier de bases de comparaisons est un outil au service des personnes qui sont amenées à conduire un Diagnostic Flash.
- Il donne pour chaque indicateur sa définition et sa pertinence dans le cadre d'un Diagnostic Flash.
- L'échelle de comparaison pour chaque indicateur est issue, soit de l'échelle des valeurs observées en 2004 et 2005 sur les centres hospitaliers et les cliniques dans les bases gérées par l'ATIH, soit de l'expérience des professionnels qui ont participé à sa conception, ou enfin d'études comme celles conduites par la MeaH.
- Chaque fois que cela était possible, la base de comparaison est fournie par catégorie homogène (soit par le statut soit par le montant des recettes) d'établissements.
- Il couvre 43 indicateurs classés en deux catégories : ceux qui peuvent être trouvés dans les bases nationales en général gérées par l'ATIH et ceux qui peuvent pour l'instant n'être recueillis qu'au niveau des établissements. Les établissements peuvent désormais consulter directement sur l'intranet SIHNAT\* leurs propres valeurs pour tous les indicateurs produits par l'ATIH ainsi que le benchmark de la catégorie correspondante.
- **A noter :**
  - Pour les CHU, la démarche du Diagnostic Flash nécessitera une approche spécifique fondée sur une base nationale nominative qui reste à constituer. Les valeurs du benchmark ne sont donc données qu'à titre indicatif.
  - Les valeurs CHU sont hors AP-HP
  - Les indices suivis de l'indice (hc) sont non applicables aux cliniques privées (ex : F2 (hc), F6(hc), etc.)

\*: <http://stats.atih.sante.fr/sihnat> ; Onglet: Diagnostic Flash

---

# **ANNUAIRE DES INDICATEURS**

## **Tableau 1**

**Indicateurs disponibles dans les bases de données ATIH  
sauf année N qui est fournie par l'établissement**



# 28 indicateurs sont disponibles dans les bases ARH et ATIH

## Indicateurs Financiers

- F1 Taux de marge brute (R35\*) \*\*
- F2 Reports de charges d'exercices antérieurs (R45\*)
- F3 Indicateur de durée apparente de la dette (R20\*)
- F4 Taux de renouvellement des immobilisations (R32\*)
- F5 Capacité de remboursement des emprunts (R22\*)
- F6 Fonds de roulement d'exploitation en jours (R11\*)
- F7 Besoin en fonds de roulement en jours de charges d'exploitation (R14\*)
- F8 Ratio de créances vers les particuliers émises dans l'année et non recouvrées

## Indicateurs Activité et Patient

- A1 Taux d'occupation net en Médecine
- A2 Taux d'occupation net Chirurgie
- A3 Taux d'occupation net Obstétrique
- A4 PMCT relatif de l'Etablissement
- A5 PMCT relatif de l'Etablissement en Chirurgie
- A6 Part de marché Chirurgie
- A7 Taux d'hospitalisation des passages aux urgences

## Indicateurs Processus

- P1 Indicateur de performance MCO
- P2 Indicateur de performance DMS globale
- P3 Indicateur de performance DMS Médecine
- P4 Indicateur de performance DMS Chirurgie
- P5 Indicateur de performance DMS Obstétrique
- P6 Ratio agents des services cliniques
- P7 Ratio agents des services médico-techniques
- P8 Poids des dépenses administratives et logistiques
- P9 Recettes rapportées aux effectifs médicaux
- P10 Prix de revient du B

## Indicateurs Ressources Humaines

- H1 Budget Intérim
- H2 Budget CDD Personnel Non Médical
- H3 Budget CDD Personnel Médical

\*« RXX »: fait référence à la numérotation du ratio correspondant dans la circulaire TBFEPS

\*\* L'Annexe Finance (page 107-110) précise les modalités de retraitement de la marge brute qui permettent d'obtenir la Marge Brute Retraitée

## Echelle de comparaison de l'indicateur

## Proportion de la population étudiée

	3%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	97%
• <b>CHR</b>											
2004	3,03	4,43	5,5	5,79	6,43	6,83	7,72	8,39	9,56	10,24	11,53
2005	0,78	3,62	4,57	5,27	5,44	6,17	6,63	7,11	8,26	9,5	11,03
• <b>CH de plus de 70 M€ de produits*</b>											
2004	4,33	5,39	6,24	7,08	7,97	8,39	9,05	9,78	10,32	11,8	13,8
2005	3,24	4,49	5,72	6,35	7,01	7,52	7,9	8,82	9,99	11,48	13,04
• <b>CH de plus de 20 M€ et de moins de 70 M€ de produits*</b>											
2004	3,24	5,67	6,54	7,3	7,99	8,7	9,19	10,05	11,62	13,05	15,56
2005	2,5	4,37	5,66	6,22	6,91	7,82	8,33	9,18	10,23	11,85	14,28
• <b>CH de moins de 20 M€ de produits*</b>											
2004	3,28	4,46	5,98	7,09	7,74	8,65	9,24	10,37	11,23	13,71	16,71
2005	1,83	3,38	4,73	5,67	6,62	7,5	8,31	9,11	10,87	12,75	15,25

\*: Produits CAF au budget général, comme défini en 2003

• La lecture de ce tableau se fait par décile; ce qui permet de séparer la population étudiée des établissements entre ceux qui détiennent une valeur inférieure et ceux qui ont une valeur supérieure à la valeur du décile.

• **Par exemple (entouré)**, parmi les CH de plus de 70M€ de produits en 2004, les 10% les moins performants ont un taux de marge brute inférieur ou égal à 5,39%; *a contrario* 90% des établissements de cette catégorie ont une marge brute supérieure.

## Signification

**Caractère bénéficiaire de l'activité, capacité à investir**

Mesure la « marge » que l'établissement dégage sur son exploitation « courante » pour financer ses charges financières, d'amortissement et de provisions, c'est-à-dire pour financer ses investissements

## Source information

TBFEPS - Tableau 3 Investissements

## S'exprime en

%

## Mode de calcul

**Numérateur :**

Crédits des comptes « produits courants de fonctionnement » (70 +71+72+73+74+75 sauf 7584)  
MOINS

Débit des comptes « charges courantes de fonctionnement » (60+61+62+63+64+65), retraités des remboursements des budgets annexes

**Dénominateur :**

Crédits des comptes « produits courants de fonctionnement » (70 +71+72+73+74+75 sauf 7584)  
Le ratio obtenu est multiplié par 100

Interprétation  
et échelle de valeurs

Un taux insuffisant témoigne de l'incapacité de l'établissement à couvrir ses investissements futurs et leur financement ainsi que les provisions devant être constituées.

Attention : si l'établissement a un projet très important à financer (ex : une reconstruction totale), l'analyse approfondie du PPI et du PGFP sont incontournables.

Dans de nombreux cas dans le secteur public, **plusieurs facteurs peuvent biaiser cet indicateur qui doit dans ce cas être retraité**. L'analyse doit veiller à corriger ces facteurs.  
**Cf. annexe 1 (p.106-108) pour la description du processus de retraitement.**

Echelle de comparaison de l'indicateur

## Proportion de la population étudiée

	3%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	97%
<b>• CHR</b>											
2004	0,09	0,17	0,23	0,39	0,43	0,60	0,93	1,13	1,94	3,12	5,08
2005	0,11	0,13	0,20	0,23	0,29	0,44	0,55	1,12	1,98	3,15	3,77
<b>• CH de plus de 70 M€ de produits*</b>											
2004	0,03	0,07	0,15	0,26	0,48	1,10	1,83	2,36	3,23	4,31	5,61
2005	0,04	0,08	0,14	0,25	0,35	0,58	1,18	1,96	2,36	3,28	5,37
<b>• CH de plus de 20 M€ et de moins de 70 M€ de produits*</b>											
2004	0,01	0,06	0,16	0,34	0,49	0,85	1,54	2,27	3,37	5,27	7,87
2005	0,02	0,05	0,14	0,24	0,46	0,75	1,49	1,99	2,59	4,14	6,22
<b>• CH de moins de 20 M€ de produits*</b>											
2004	0,00	0,06	0,13	0,20	0,30	0,48	0,79	1,35	2,40	4,07	7,04
2005	0,00	0,05	0,14	0,24	0,45	0,57	0,91	1,59	2,58	4,17	6,19

\*:Produits CAF au budget général en 2003

- La lecture de ce tableau se fait par décile; ce qui permet de séparer la population étudiée des établissements entre ceux qui détiennent une valeur inférieure et ceux qui ont une valeur supérieure à la valeur du décile.
- **Par exemple (entouré)**, parmi les CH de plus de 70M€ de produits en 2004, les 10% les moins performants ont un taux report de charge supérieur à 4,31%; *a contrario* 90% des établissements de cette catégorie avaient une valeur de report de charge plus faible.

## Signification

**Capacité à financer son exploitation**

Si l'établissement a reporté des charges d'exercices antérieurs c'est en général parce qu'il n'arrivait pas à financer tous ses coûts d'exploitation.

## Source information

TBFEPS Tableau 4 Exploitation

## S'exprime en

%

## Mode de calcul

**Numérateur :**

Débets du Compte 6728 « Autres charges sur exercices antérieurs »

**Dénominateur :**

Débets des comptes de Charges d'exploitation de l'année (60+61+62+63+64+65+661+6728), retraités des remboursements des budgets annexes.

Le ratio obtenu est multiplié par 100

Interprétation  
et échelle de valeurs

**Cet indicateur ne concerne que les établissements publics et seulement pour les années antérieures à 2006.**

Le taux de report de charges d'exploitation doit être réduit. C'est un indicateur de la capacité de l'établissement à équilibrer son budget.

En cas de report de charges, il faut retraiter pour avoir la véritable marge brute (cf. indicateur F1) et le vrai indice de performance MCO (cf. indicateur A1)

Echelle de comparaison de l'indicateur

Proportion de la population étudiée

	3%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	97%
• <b>CHR</b>											
2004	n.s.	0,86	1,42	2,08	2,27	2,45	2,70	3,11	3,71	4,80	11,88
2005	0,38	0,85	1,62	2,49	3,01	3,36	3,64	4,04	4,92	8,32	17,12
• <b>CH de plus de 70 M€ de produits*</b>											
2004	0,73	1,58	2,21	2,56	3,06	3,28	3,98	4,59	5,16	6,76	9,06
2005	0,59	1,27	2,30	2,89	3,37	4,01	4,77	5,20	5,90	7,49	10,17
• <b>CH de plus de 20 M€ et de moins de 70 M€ de produits*</b>											
2004	0,54	1,42	2,02	2,86	3,43	3,75	4,45	5,30	6,26	6,93	8,75
2005	0,29	1,58	2,34	3,03	3,63	4,22	4,72	5,40	7,34	8,57	10,42
• <b>CH de moins de 20 M€ de produits*</b>											
2004	0,57	1,25	1,87	2,75	3,51	4,04	4,79	5,65	6,74	8,88	13,74
2005	0,56	1,55	2,09	2,89	3,56	4,22	5,18	6,09	7,92	11,25	20,02

\*: Produits CAF au budget général en 2003

- La lecture de ce tableau se fait par décile; ce qui permet de séparer la population étudiée des établissements entre ceux qui détiennent une valeur inférieure et ceux qui ont une valeur supérieure à la valeur du décile.
- Par **exemple (entouré)**, parmi les CH de plus de 70M€ de produits en 2004, les 10% les moins performants ont une durée apparente de la dette qui dépasse les 6,7 années; *a contrario* 90% des établissements ont une valeur inférieure.

F3

## Indicateur de durée apparente de la dette (R20)

### Signification

#### Degré d'indépendance financière

C'est un indicateur central dans l'appréhension du niveau d'endettement relatif de l'établissement

### Source information

TBFEPS Tableau 2 Ratios liés à la dette

### S'exprime en

Années

### Mode de calcul

#### Numérateur :

Encours de la dette au 31/12/N (soldes créditeurs des comptes 16 – hors 1688)

#### Dénominateur :

Montant net des provisions et amortissements de l'année (crédits moins débits des comptes 15+28+29+39+49+59)

### Interprétation et échelle de valeurs

Le ratio permet de mesurer le nombre d'années (d'autofinancement, hors résultat) nécessaire pour éteindre l'encours de la dette si l'ensemble de ces ressources étaient consacrées à cet objectif.

Plus le ratio est élevé, moins l'établissement dispose de marge pour financer le remboursement de ses emprunts, le renouvellement de ses immobilisations et des projets nouveaux.

**Pour mener l'analyse complète calculer aussi le ratio sans les provisions.**

Echelle de comparaison de l'indicateur

Proportion de la population étudiée

	3%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	97%
• <b>CHR</b>											
2004	3,0	5,0	6,0	6,7	7,5	8,0	9,2	10,4	10,9	12,8	16,1
2005	3,6	5,3	5,7	6,5	7,4	8,0	8,7	10,9	11,9	12,7	14,8
• <b>CH de plus de 70 M€ de produits*</b>											
2004	2,9	3,5	4,6	5,5	5,9	7,0	7,9	9,4	10,7	12,9	20,9
2005	2,6	3,8	4,9	5,4	6,3	6,9	7,8	9,9	11,8	14,7	18,5
• <b>CH de plus de 20 M€ et de moins de 70 M€ de produits*</b>											
2004	2,4	3,3	3,9	4,4	5,3	6,1	6,8	8,4	10,3	13,5	21,9
2005	2,1	2,9	3,6	4,3	5,3	6,3	7,1	8,7	10,0	13,3	19,9
• <b>CH de moins de 20 M€ de produits*</b>											
2004	1,5	2,2	2,8	3,5	4,0	5,1	6,9	8,1	10,4	16,0	23,6
2005	1,0	1,8	2,3	2,7	3,5	4,3	4,9	6,6	9,4	15,0	30,9

\*: Produits CAF au budget général en 2003

- La lecture de ce tableau se fait par décile; ce qui permet de séparer la population étudiée des établissements entre ceux qui détiennent une valeur inférieure et ceux qui ont une valeur supérieure à la valeur du décile.
- **Par exemple (entouré)**, parmi les CH de plus de 70M€ de produits en 2004, les 10% les moins performants ont un taux de renouvellement des immobilisations en dessous ou égal à 3,5% seulement; *a contrario* 90% des établissements de cette catégorie obtiennent une valeur supérieure.

## Signification

**Dynamique d'investissement**

Comparaison du montant des investissements de l'exercice avec le total de l'actif immobilisé

## Source information

TBFEPS Tableau 3 Investissements

## S'exprime en

%

## Mode de calcul

**Numérateur :**

Montant des investissements réalisés au cours de l'exercice (Débits des comptes 20 à 24)

**Dénominateur :**

Total de l'actif **brut** immobilisé (total des soldes débiteurs des comptes 20 à 24)

Le ratio obtenu est multiplié par 100

Interprétation  
et échelle de valeurs

Ce ratio traduit le rythme des investissements de l'établissement.

L'interprétation de ce ratio est délicate en ce sens qu'il doit être adapté à l'obsolescence des immobilisations (actuellement, avec le Plan Hôpital 2007, les ratios sont souvent favorables).

Éventuellement l'analyse doit être complétée par celle des taux de vétusté puis d'une étude approfondie du PPI.

Echelle de comparaison de l'indicateur

Proportion de la population étudiée

	3%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	97%
<b>• CHR</b>											
2004	10	16	24	32	37	42	47	56	70	101	144
2005	9	17	24	33	40	42	49	53	60	87	154
<b>• CH de plus de 70 M€ de produits*</b>											
2004	17	25	34	40	44	54	59	66	72	82	107
2005	16	24	33	41	46	53	60	67	77	89	105
<b>• CH de plus de 20 M€ et de moins de 70 M€ de produits*</b>											
2004	13	26	37	44	51	57	62	66	75	86	145
2005	12	27	37	43	53	58	63	67	72	90	165
<b>• CH de moins de 20 M€ de produits*</b>											
2004	14	23	35	41	47	51	59	64	72	86	127
2005	16	24	36	42	49	54	59	66	71	82	138

\*: Produits CAF au budget général en 2003

- La lecture de ce tableau se fait par décile; ce qui permet de séparer la population étudiée des établissements entre ceux qui détiennent une valeur inférieure et ceux qui ont une valeur supérieure à la valeur du décile.
- **Par exemple (entouré)**, parmi les CH de plus de 70M€ de produits en 2004, les 10% les moins performants consacrent au moins 82% des amortissements à rembourser le capital de leur dette; *a contrario* 90% des établissements de cette catégorie y consacrent une valeur moindre.

**F5**

## Capacité de remboursement des emprunts (R22)

**Signification****Capacité de l'établissement à autofinancer le renouvellement de ses immobilisations****Source information**

TBFEPS Tableau 2 Ratios liés à la dette

**S'exprime en**

%

**Mode de calcul****Numérateur :**

Annuité de remboursement du capital de la dette (total des débits comptes 16 – hors 1688 ICNE, après retraitement des débits afférents aux renégociations d'emprunts, aux remboursements anticipés d'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.

**Dénominateur :**

Amortissements (total des crédits comptes 28)

Le ratio obtenu est multiplié par 100

**Interprétation  
et échelle de valeurs**

Le ratio mesure la part des amortissements (partie la plus importante de l'autofinancement) absorbée par le remboursement en capital de la dette. Plus cette part est élevée, moins l'établissement dispose d'autofinancement réel à consacrer au financement de ses investissements.

Un ratio supérieur à 100% signifie que l'établissement emprunte pour rembourser une partie de sa dette ou qu'il y a une forte discordance entre la durée d'amortissement des biens et celle de la dette. C'est très inquiétant.

L'indicateur doit être mis en corrélation avec F3.

Echelle de comparaison de l'indicateur

	Proportion de la population étudiée										
	3%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	97%
<b>• CHR</b>											
2004	-2	3	9	12	15	18	21	25	44	57	123
2005	-12	1	4	10	13	14	22	36	47	56	120
<b>• CH de plus de 70 M€ de produits*</b>											
2004	-5	1	6	10	14	19	24	28	33	47	70
2005	-12	0	7	11	16	21	27	34	41	55	81
<b>• CH de plus de 20 M€ et de moins de 70 M€ de produits*</b>											
2004	-10	2	6	11	14	19	24	29	39	48	79
2005	-12	-1	5	10	16	21	27	37	47	54	82
<b>• CH de moins de 20 M€ de produits*</b>											
2004	-10	1	7	12	18	25	32	40	58	87	122
2005	-21	-2	6	11	15	25	30	41	57	84	123

\*: Produits CAF au budget général en 2003

- La lecture de ce tableau se fait par décile; ce qui permet de séparer la population étudiée des établissements entre ceux qui détiennent une valeur inférieure et ceux qui ont une valeur supérieure à la valeur du décile.
- **Par exemple (entouré)**, parmi les CH de plus de 70M€ de produits en 2004, les 10% les moins performants ont un fonds de roulement d'exploitation qui équivaut à une journée d'exploitation ou moins; *a contrario* 90% des établissements de cette catégorie ont une valeur supérieure.

## Signification

**Capacité de financement du cycle d'exploitation par des ressources stables**

Permet d'analyser notamment le poids des créances Art. 58 sur la trésorerie de l'établissement

## Source information

TBFEPS

## S'exprime en

jours

## Mode de calcul

**Numérateur :**

Soldes des comptes 10685,10686,110,111,119 (enlever le solde débiteur), (+/-) 12,141,15,39,49 et 59.

**Dénominateur :**

Soldes "Créances article 58 (partie du 4112)" et 41461 (infos à disponibles à l'ARH ou à l'établissement)

Pour l'exprimer en jours d'exploitation, le % obtenu doit être diminué de 100% puis être multiplié par le budget de charges d'exploitation

Interprétation  
et échelle de valeurs

Ce ratio permet de comprendre si les créances Art.58 sont globalement financées par des ressources stables issues de l'exploitation. Néanmoins, au delà de ce premier constat, il conviendra d'apprécier sur site si les éléments structurels des ressources (réserves de trésorerie) permettent à eux seuls de couvrir les emplois stables (cf ratio F8).

Echelle de comparaison de l'indicateur

	Proportion de la population étudiée										
	3%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	97%
<b>• CHR</b>											
2004	-11	-7	-4	-2	0	1	3	10	19	35	97
2005	-15	-11	-9	-8	-6	-3	5	8	11	22	91
<b>• CH de plus de 70 M€ de produits*</b>											
2004	-8	-4	0	4	8	12	16	20	27	42	63
2005	-12	-5	0	3	6	10	13	17	24	36	63
<b>• CH de plus de 20 M€ et de moins de 70 M€ de produits*</b>											
2004	-9	-2	3	6	10	14	17	20	24	33	55
2005	-14	-3	2	6	9	13	16	20	26	32	45
<b>• CH de moins de 20 M€ de produits*</b>											
2004	-11	-2	5	10	13	17	22	26	33	43	67
2005	-14	-5	1	8	12	16	20	26	32	42	65

\*: Produits CAF au budget général en 2003

- La lecture de ce tableau se fait par décile; ce qui permet de séparer la population étudiée des établissements entre ceux qui détiennent une valeur inférieure et ceux qui ont une valeur supérieure à la valeur du décile.
- **Par exemple (entouré)**, parmi les CH de plus de 70M€ de produits en 2004, les 10% les moins performants ont un Besoin de Fonds de Roulement supérieur ou égal à 42 jours de charges d'exploitation; *a contrario* 90% des établissements de cette catégorie ont une valeur inférieure.

F7

## Besoin en fonds de roulement en jours de charges d'exploitation (R14)

### Signification

#### Avance de trésorerie faite par l'hôpital

Mesure le besoin de financement engendré par l'exploitation courante de l'établissement

### Source information

TBFEPS

### S'exprime en

jours

### Mode de calcul

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).

Pour l'exprimer en jours d'exploitation, le résultat obtenu doit être multiplié par 365 et divisé par le budget de charges d'exploitation.

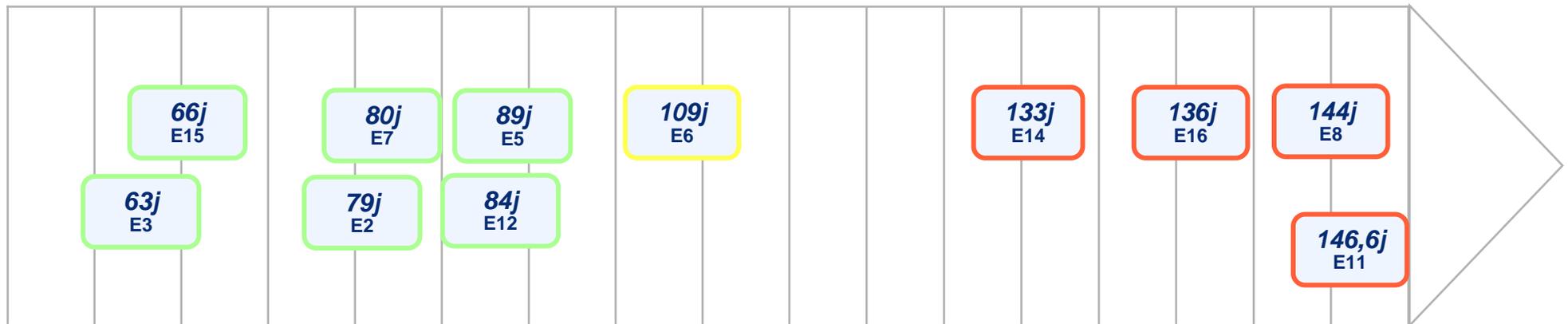
### Interprétation et échelle de valeurs

En général le BFR d'un établissement est positif.

Idéalement le fonds de roulement d'exploitation (FRE) devrait couvrir le besoin en fonds de roulement (BFR). En pratique, les financements à court terme (trésorerie passive) permettent de le faire. Dans de nombreuses situations, le fonds de roulement d'investissement (FRI) contribue à couvrir le BFR, empêchant ainsi la mobilisation de toutes les ressources financières pour l'investissement.

## Echelle de comparaison de l'indicateur

- Ces valeurs 2005 constatées lors des premiers Diagnostics Flash constituent une échelle permettant de situer l'établissement par rapport à d'autres.



F8

## Ratio de créances vers les particuliers émises dans l'année et non recouvrées

### Signification

#### Risques sur les créances

Risques de créances irrécouvrables sur les hospitalisés et consultants

### Source information

Comptes de gestion et bilan des établissements

### S'exprime en

jours

### Mode de calcul

#### Numérateur

Solde du compte 411.1

#### Dénominateur

Débit du compte 411.1

Puis multiplication par 365 pour convertir en nombre de jours

**A partir de 2006 la valeur se trouve dans la Balance du compte financier**

### Interprétation et échelle de valeurs

Ce ratio permet de mesurer l'ampleur des créances non encore recouvrées sur les hospitalisés et les consultants et ainsi :

- le niveau de trésorerie employé à cet effet
- 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.

**Un ratio inférieur à 90 jours est généralement observé; une valeur inférieure est préférable. Au delà de 120 jours, la situation est préoccupante.**

Les valeurs observées varient selon la nature de l'établissement : ainsi, les ratios obtenus par les cliniques privées sont beaucoup plus faibles.

## Echelle de comparaison de l'indicateur

## Proportion de la population étudiée

	3%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	97%
<b>• CHR</b>											
2004	0,82	0,88	0,92	0,93	0,95	0,97	0,97	0,99	1,01	1,04	1,16
2005	0,88	0,94	0,96	0,97	1,00	1,00	1,04	1,04	1,05	1,08	1,20
<b>• CH</b>											
2004	0,77	0,90	0,97	1,01	1,04	1,06	1,08	1,11	1,14	1,19	1,36
2005	0,74	0,87	0,94	0,97	1,00	1,02	1,04	1,06	1,09	1,15	1,27
<b>• CLCC</b>											
2004	0,84	0,99	1,00	1,03	1,05	1,09	1,12	1,14	1,26	1,30	1,46
2005	0,78	0,98	1,00	1,01	1,03	1,06	1,09	1,13	1,19	1,32	1,42
<b>• Etablissements PSPH (ex DG)</b>											
2004	0,61	0,80	0,92	0,96	0,98	1,03	1,07	1,13	1,19	1,38	1,74
2005	0,57	0,76	0,88	0,90	0,95	0,97	1,01	1,06	1,13	1,37	1,62



**Les données 2004 et 2005 n'ont pas été calculées de la même façon et ne sont donc pas comparables.**

- La lecture de ce tableau se fait par décile; ce qui permet de séparer la population étudiée des établissements entre ceux qui détiennent une valeur inférieure et ceux qui ont une valeur supérieure à la valeur du décile.
- **Par exemple (entouré)**, parmi les CH en 2005, les 10% les moins performants ont un Indicateur de performance MCO en dessous 0,87, *a contrario* 90% des établissements de cette catégorie atteignent une valeur supérieure.

## Signification

L'objet de cet indicateur est de comparer les coûts de production de l'établissement aux recettes de l'établissement relatives à son activité MCO. C'est une mesure de l'effort que doit fournir l'établissement sur son activité MCO pour parvenir à l'équilibre financier au terme de la période d'entrée progressive dans le nouveau mode de tarification.

## Source information

ipme.sas tab-1 Tableau3 Indicateurs financiers

## S'exprime en

Valeur par rapport à 1

## Mode de calcul

**Numérateur :**

Activité 100 % T2A valorisée aux tarifs nationaux,  
 - en MCO : GHS et suppléments, médicaments et DMI en sus forfaits, consultations et soins externes  
 - en HAD  
 - les recettes forfaitaires : forfaits urgences, prélèvement..

On tient compte pour le calcul des recettes du coefficient géographique.

**Dénominateur :**

Les charges nettes MCO (Externes, HAD et Urgences auxquelles on a retiré les MERRI fixes).

Ce mode de calcul appliqué à partir de 2005 prend en compte les dépenses MCO issues du retraitement comptable de l'année.

Pour plus de précisions concernant le mode de calcul, se reporter à l'annexe 3.

## Interprétation et échelle de valeurs

L'ATIH a publié en 2004 la première étude IPME: le niveau de l'indicateur traduit le niveau de gain ou de perte de l'établissement sur son activité MCO.

Si cet indicateur est supérieur à 1, cela signifie que l'établissement produit une activité MCO qui lui coûte moins que ce qu'elle lui rapporte. Les établissements dont l'IPMCO est inférieur à 0,95 ont des difficultés financières importantes qui ne peuvent aller qu'en s'aggravant.

Les indicateurs qui suivent vont expliciter les causes possibles de ce déséquilibre.

Cet indicateur pour être exact doit être corrigé des reports de charge qui minorent son dénominateur  
 Pour les cliniques, le coefficient de transition sera égal à 1.

Le mode de calcul étant différent, les valeurs 2005 et 2004 ne sont donc pas comparables.

Echelle de comparaison de l'indicateur

		Proportion de la population étudiée										
		3%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	97%
• CHR	2005	0,87	0,91	0,93	0,97	0,98	0,98	1,00	1,01	1,06	1,08	1,14
• CH	2005	0,66	0,83	0,90	0,94	0,96	0,99	1,02	1,04	1,07	1,11	1,19
• CLCC	2005	0,99	1,00	1,04	1,08	1,11	1,14	1,19	1,22	1,28	1,31	1,35
• Etablissements PSPH (ex DG)	2005	0,47	0,71	0,82	0,92	0,98	1,00	1,05	1,11	1,16	1,22	1,38
• Etablissements privés à but lucratif	2005	<b>Données 2005 en attente</b>										

- La lecture de ce tableau se fait par décile; ce qui permet de séparer la population étudiée des établissements entre ceux qui détiennent une valeur inférieure et ceux qui ont une valeur supérieure à la valeur du décile.
- **Par exemple (entouré)**, parmi les CH en 2005, les 10% les moins performants ont un Indicateur de performance DMS global inférieur ou égal à 0,83 *a contrario* 90% des établissements de cette catégorie dépassent cette valeur

## Signification

Compare la DMS réelle de l'établissement à celle théorique de son casemix auquel on appliquerait les DMS de référence de chaque GHM. Il synthétise la sur ou sous performance de l'organisation médicale de l'établissement.

## Source information

AGHN tableau 13 Analyse de la DMS

## S'exprime en

Valeur par rapport à 1

## Mode de calcul

**Numérateur :**

DMS standardisée :

Somme pour l'ensemble des GHM ([Nb de séjours\* DMS] du GHM ; séjours comportant au moins une nuit, hors séances.

divisé par: Nombre de résumés de séjour correspondant

**Dénominateur :**

DMS effective de l'établissement :

Nombre de journées réalisées ; séjours comportant au moins une nuit, hors séances.

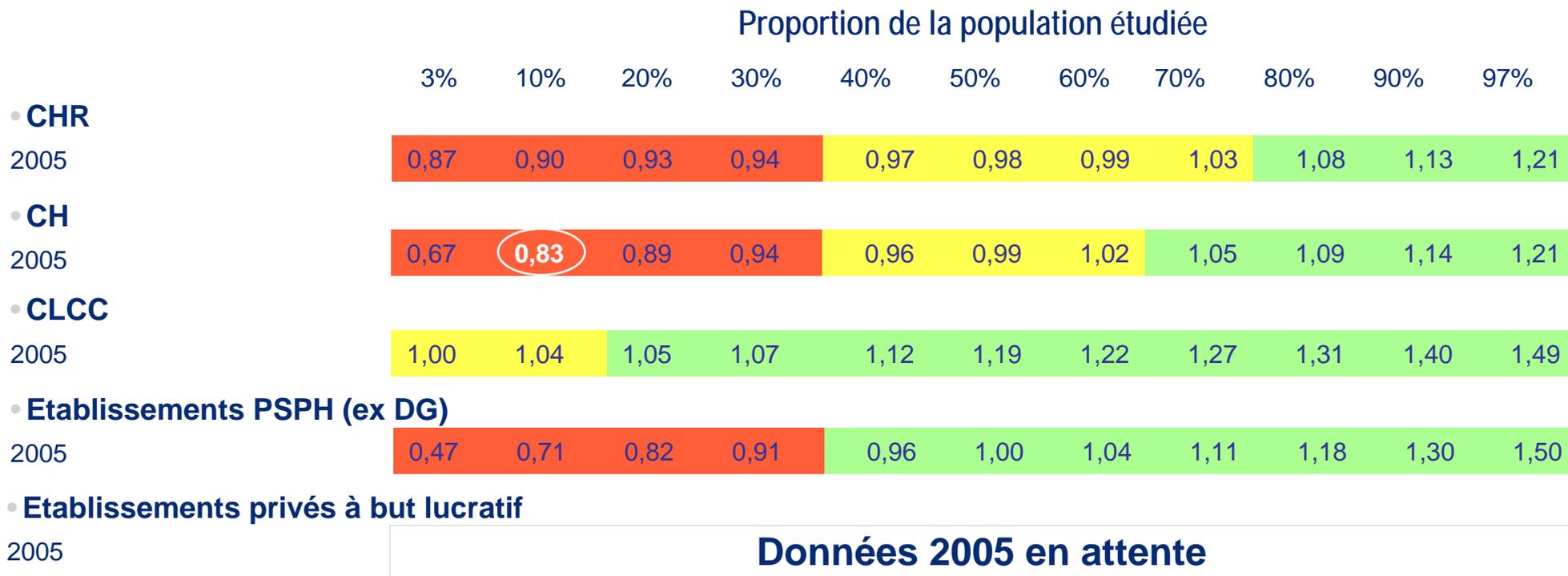
divisé par: Nombre de résumés de séjour correspondant

Interprétation  
et échelle de valeurs

Les écarts sont souvent liés à la médecine, parfois à la chirurgie, rarement à l'obstétrique (voir indicateurs par Discipline Médico Tarifaire). Pour les PSPH, la dispersion des valeurs de l'échelle DMS s'explique, en partie, par l'hétérogénéité de la catégorie.

Remarque: on ne prend pas en compte ici les activités ambulatoires

## Echelle de comparaison de l'indicateur



- La lecture de ce tableau se fait par décile; ce qui permet de séparer la population étudiée des établissements entre ceux qui détiennent une valeur inférieure et ceux qui ont une valeur supérieure à la valeur du décile.
- **Par exemple (entouré)**, parmi les CH en 2005, les 10% les moins performants ont un Indicateur de performance DMS en Médecine inférieur à 0,83 a contrario 90% des établissements de cette catégorie obtiennent une valeur supérieure.

## Signification

Compare la DMS de médecine de l'établissement à celle théorique de son casemix auquel on appliquerait les DMS de référence de chaque GHS de médecine. Il synthétise la sur ou sous performance de l'organisation médicale de l'établissement en médecine.

## Source information

AGHN tableau 13 Analyse de la DMS

## S'exprime en

Valeur par rapport à 1

## Mode de calcul

**Numérateur :**

DMS standardisée en médecine:

Somme pour l'ensemble des GHM de médecine ([Nb de séjours\* DMS] du GHM ; séjours comportant au moins une nuit, hors séances)

divisé par: Nombre de résumés de séjour correspondant

**Dénominateur :**

DMS effective de l'établissement en médecine :

Nombre de journées réalisées en médecine ; séjours comportant au moins une nuit, hors séances.

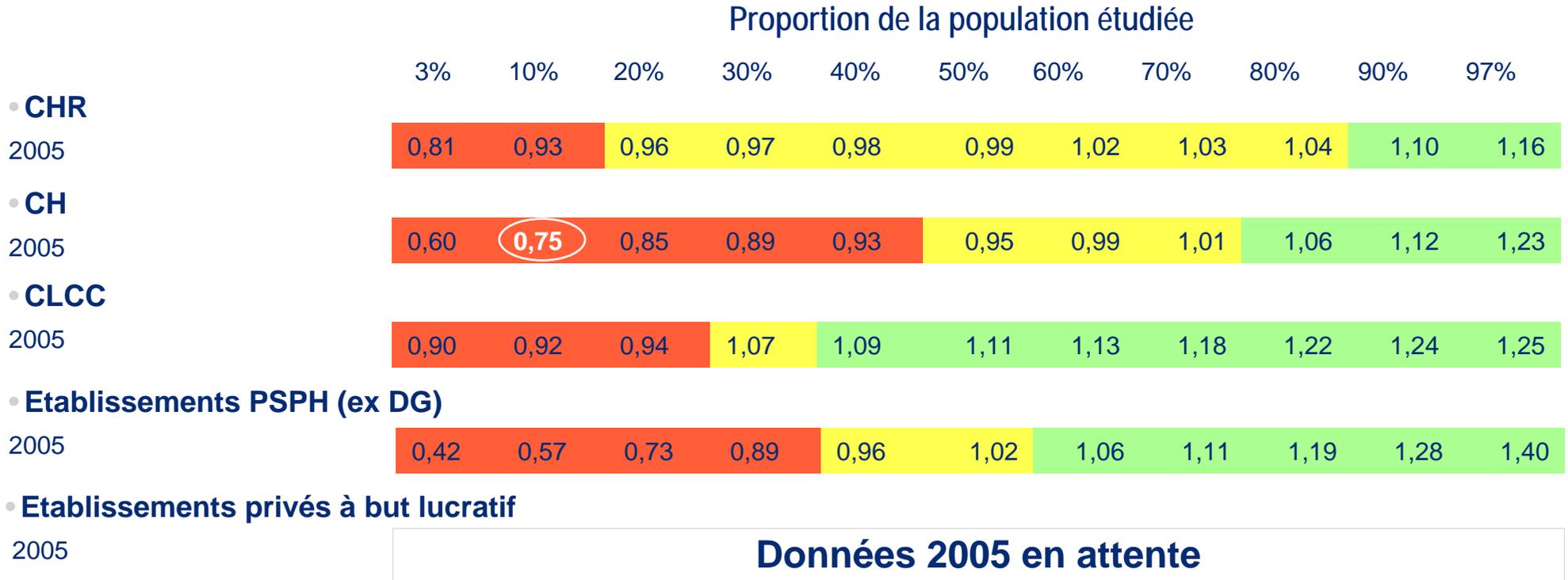
divisé par: Nombre de résumés de séjour correspondant

Interprétation  
et échelle de valeurs

Les écarts sont souvent liés à la faiblesse du nombre de lits d'aval en SSR.

Mais cet argument externe ne doit pas faire oublier que les études internationales constantes depuis de nombreuses années montrent que les 2/3, voire les 3/4 des durées de séjour trop longues ont des causes liées à l'organisation interne de l'établissement : protocole de prise en charge, efficience des plateaux techniques (imagerie, bloc, cardiologie interventionnelle), organisation des sorties.

Echelle de comparaison de l'indicateur



- La lecture de ce tableau se fait par décile; ce qui permet de séparer la population étudiée des établissements entre ceux qui détiennent une valeur inférieure et ceux qui ont une valeur supérieure à la valeur du décile.
- **Par exemple (entouré)**, parmi les CH en 2005, les 10% les moins performants ont un Indicateur de performance DMS en chirurgie inférieur à 0,75 *a contrario* 90% des établissements de cette catégorie dépassent cette valeur.

## Signification

Compare la DMS de chirurgie de l'établissement à celle théorique de son casemix auquel on appliquerait les DMS de référence de chaque GHS de chirurgie. Il synthétise la sur ou sous performance de l'organisation chirurgicale de l'établissement en chirurgie.

## Source information

AGHN tableau13 Analyse du la DMS

## S'exprime en

Valeur par rapport à 1

## Mode de calcul

**Numérateur :**

DMS standardisée en chirurgie:

Somme pour l'ensemble des GHM de chirurgie ([Nb de séjours\* DMS] du GHM ; séjours comportant au moins une nuit, hors séances

divisé par: Nombre de résumés de séjour correspondant

**Dénominateur :**

DMS effective de l'établissement en chirurgie :

Nombre de journées réalisées en chirurgie ; séjours comportant au moins une nuit, hors séances.

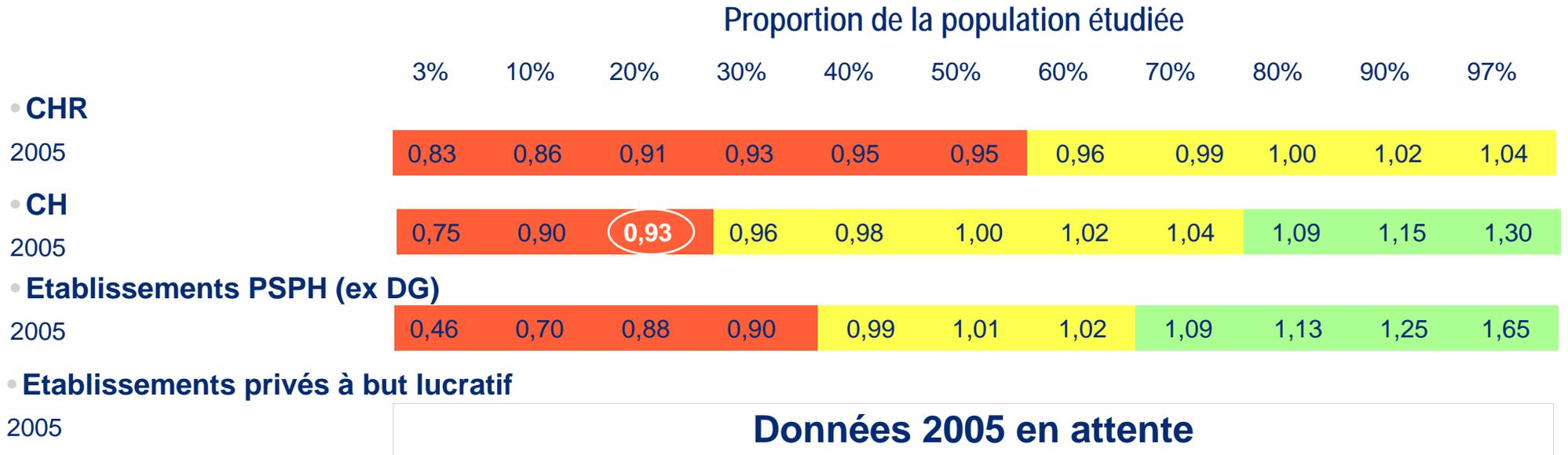
divisé par: Nombre de résumés de séjour correspondant

Interprétation  
et échelle de valeurs

Les écarts sont souvent liés à la faiblesse du nombre de lits d'aval en SSR mais cet argument externe ne doit pas faire oublier que des études internationales constantes depuis de nombreuses années montrent que les 2/3 voire les 3/4 des durées de séjour trop longues ont des causes liées à l'organisation interne de l'établissement : protocole de prise en charge, efficacité des plateaux techniques (imagerie, bloc, cardiologie interventionnelle), développement de la chirurgie ambulatoire, organisation des sorties.

Point d'analyse complémentaire: la capacité en chirurgie ambulatoire. Sa faiblesse peut expliquer des DMS plus longue que le standard.

Echelle de comparaison de l'indicateur



- La lecture de ce tableau se fait par décile; ce qui permet de séparer la population étudiée des établissements entre ceux qui détiennent une valeur inférieure et ceux qui ont une valeur supérieure à la valeur du décile.
- **Par exemple (entouré)**, parmi les CH en 2005, les 20% les moins performants ont un Indicateur de performance DMS obstétrique en dessous de 0,93 ; la *contrario* 80% des établissements de cette catégorie dépassent cette valeur.

## Signification

Compare la DMS d'Obstétrique de l'établissement à celle théorique de son casemix auquel on appliquerait les DMS de référence de chaque GHS d'Obstétrique. Il synthétise la sur ou sous performance de l'organisation médicale de l'établissement en obstétrique.

## Source information

AGHN tableau13 Analyse du la DMS

## S'exprime en

Valeur par rapport à 1

## Mode de calcul

**Numérateur :**

DMS standardisée en obstétrique:

Somme pour l'ensemble des GHM de obstétrique ([Nb de séjours\* DMS] du GHM ; séjours comportant au moins une nuit, hors séances

divisé par: Nombre de résumés de séjour correspondant

**Dénominateur :**

DMS effective de l'établissement en obstétrique :

Nombre de journées réalisées en obstétrique ; séjours comportant au moins une nuit, hors séances.

divisé par: Nombre de résumés de séjour correspondant

Interprétation  
et échelle de valeurs

Les durées de séjour trop longues ont des causes liées à l'organisation interne de l'établissement : protocole de prise en charge, efficacité des plateaux techniques (imagerie, bloc, cardiologie interventionnelle), organisation des sorties. Il peut aussi traduire un choix médical en faveur d'une prise en charge plus longue.

Dans le cas particulier de l'obstétrique, la mise en place d'une HAD Obstétrique est l'un des moyens d'améliorer la performance tout en préservant la qualité de la prise en charge du suivi post partum.

Echelle de comparaison de l'indicateur

	Proportion de la population étudiée											
	3%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	97%	
• <b>CHR</b>												
2005	32,4	33,4	37,9	38,0	38,2	39,6	40,3	41,3	41,8	43,8	44,6	
• <b>CH</b>												
2005	31,7	37,0	39,6	41,4	42,8	44,2	45,4	47,3	50,5	<b>56,6</b>	70,2	
• <b>CLCC</b>												
2005	12,70	16,8	19,1	20,4	21,4	22,0	22,5	24,0	25,4	27,5	30,2	
• <b>Etablissements PSPH (ex DG)</b>												
2005	24,9	27,7	30,3	32,9	36,2	38,5	40,7	43,9	48,7	56,0	86,4	

- La lecture de ce tableau se fait par décile; ce qui permet de séparer la population étudiée des établissements entre ceux qui détiennent une valeur inférieure et ceux qui ont une valeur supérieure à la valeur du décile.
- **Par exemple (entouré)**, parmi les CH en 2005, les 10% les moins performants ont besoin de plus de 56,6 agents ETP (Personnel non médical) pour produire 5 Millions d'euros de recette *a contrario* 90% des établissements de cette catégorie ont une valeur inférieure.

## Signification

Ce ratio global mesure le personnel non médical des services cliniques nécessaire pour générer 5 millions d'€ de recette. Il donne une première mesure de la productivité brute des services cliniques de l'établissement.

## Source information

Icare: ETP non médicaux  
AGHN tableau 1: Montant T2A

## S'exprime en

Agent /5 M€ de recette

## Mode de calcul

**Numérateur :**

Nombre d'Equivalents Temps Plein Personnels Non Médicaux des services de soins

**Dénominateur :**

Total des recettes T2A 100% (calculées comme celles de l'indicateur P1) auquel on ajoute les MERRI fixes

On multiplie le ratio obtenu par 5 Millions

Interprétation  
et échelle de valeurs

Attention à la qualité de la répartition des personnels entre les activités en particulier en cas de secteur personnes âgées associé à de la médecine.

Cet indice peut être artificiellement minoré : les équipes volantes sont désormais rattachées aux dépenses administratives et logistiques.

Les données du Benchmark ne sont actuellement pas disponibles pour les cliniques privées

Echelle de comparaison de l'indicateur

		Proportion de la population étudiée										
		3%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	97%
• <b>CHR</b>												
2005	ns		10,90	11,10	11,40	11,90	12,10	12,40	12,70	13,40	14,50	15,90
• <b>CH</b>												
2005	ns		4,10	6,70	8,20	9,20	9,70	10,60	11,30	12,00	12,90	15,20
• <b>CLCC</b>												
2005		7,30	8,60	8,70	9,10	9,90	10,60	11,60	12,00	12,30	13,10	16,3
• <b>Etablissements PSPH (ex DG)</b>												
2005	ns		1,10	3,40	4,80	7,10	8,40	9,40	10,20	11,50	14,10	21,00

- La lecture de ce tableau se fait par décile; ce qui permet de séparer la population étudiée des établissements entre ceux qui détiennent une valeur inférieure et ceux qui ont une valeur supérieure à la valeur du décile.
- **Par exemple (entouré)**, parmi les CH en 2005, les 10% les moins performants ont besoin d' au minimum 12,9 agents ETP pour produire 5M€ de recette *contrario* 90% des établissements de cette catégorie ont une valeur inférieure.

## Signification

Ce ratio global mesure le nombre d'agents non médicaux des services médico-techniques nécessaires pour générer 5 millions d'€ de recette. Il donne une première mesure de la productivité brute des services médico-techniques de l'établissement.

## Source information

Icare: ETP non médicaux  
AGHN tableau 1: Montant T2A

## S'exprime en

Agents /5 M€ de  
Recette

## Mode de calcul

**Numérateur :**

Nombre d'agents ETP MCO Médico-technique total hors effectif médical

**Dénominateur :**

Total des recettes T2A 100% (calculées comme celles de l'indicateur P1) auquel on ajoute les MERRI fixes

On multiplie le ratio obtenu par 5 Millions

Interprétation  
et échelle de valeurs

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.

L'effectif est celui du retraitement comptable, il exclut donc la quote part liée aux examens faits pour d'autres activités ou structures que le MCO de l'établissement.

Cet indicateur peut être artificiellement minoré si l'établissement a un recours large à la sous-traitance.

Cet indicateur n'est pas applicable aux cliniques privées pour lesquelles le médico-technique est pour l'essentiel géré par des structures distinctes et indépendantes de l'établissement

Les chiffres observés dans les premiers déciles des CH peuvent s'expliquer par l'absence de bloc opératoire.

Echelle de comparaison de l'indicateur

		Proportion de la population étudiée										
		3%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	97%
• CHR	2005	13,7	16,3	16,8	18,1	18,9	19,6	20,3	20,8	21,3	22	27,9
• CH	2005	13,1	16,4	17,7	18,8	19,7	20,7	22	23,2	25,2	28	33,8
• CLCC	2005	14,2	14,7	16,5	17,7	18,5	19,3	20,9	22	22,5	23,2	26,7
• Etablissements PSPH (ex DG)	2005	7,6	15	17,2	18,9	20	21,2	24	25,8	27,7	30,8	34,3

- La lecture de ce tableau se fait par décile; ce qui permet de séparer la population étudiée des établissements entre ceux qui détiennent une valeur inférieure et ceux qui ont une valeur supérieure à la valeur du décile.
- **Par exemple (entouré)**, parmi les CH en 2005, les 10% les moins performants consacrent plus de 28% de leurs dépenses totales aux dépenses administratives et logistiques; *a contrario* 90% des établissements de cette catégorie y consacrent une valeur moindre.

## Signification

Ce ratio global mesure le % 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 de la productivité brute des fonctions support de l'établissement.

## Source information

AGHN tableau 10.b: décomposition des charges nettes MCO

## S'exprime en

%

## Mode de calcul

**Numérateur :**

Dépenses nettes relevant des activités administratives techniques et logistiques réalisées pour le MCO

**Dénominateur :**

Total des dépenses MCO

Interprétation  
et échelle de valeurs

Parmi les frais généraux, on compte les dépenses dites de « logistique générale »: services administratifs (Direction Générale DAF, DRH, etc.. ), ainsi que les dépenses d'hôtellerie et blanchisserie (restauration, blanchisserie, brancardage, nettoyage, etc...).

Attention, ne rentrent pas en ligne de compte les charges de structures qui regroupent à la fois les frais d'entretien du foncier et les amortissements; ce dernier type de charge rendrait l'indicateur difficile à interpréter.

Cet indicateur n'est pas connu pour les cliniques privées.

Echelle de comparaison de l'indicateur

## Proportion de la population étudiée

3% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 97%

## • CHR

2005	441 152	765 602	792 102	819 073	877 046	890 559	964 338	1 013 619	1 067 633	1 193 752	1 495 200
------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	-----------	-----------	-----------	-----------

## • CH

2005	432 996	534 717	631 695	684 844	729 718	767 978	816 617	865 196	913 534	1 001 985	1 588 375
------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	-----------	-----------

## • CLCC

2005	885 478	1 016 095	1 063 870	1 140 919	1 268 895	1 421 337	1 491 311	1 526 945	1 683 927	1 887 318	1 907 497
------	---------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

## • Etablissements PSPH (ex DG)

2005	365 696	494 054	629 921	741 287	815 083	946 484	1 014 669	1 127 356	1 519 263	1 826 300	2 671 085
------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

- La lecture de ce tableau se fait par décile; ce qui permet de séparer la population étudiée des établissements entre ceux qui détiennent une valeur inférieure et ceux qui ont une valeur supérieure à la valeur du décile.
- **Par exemple (entouré)**, parmi les CH en 2005, les 10% les moins performants enregistrent 535 000€ de recette par ETP médical. *A contrario* 90% des établissements de cette catégorie obtiennent une valeur supérieure.

## Signification

**Productivité médicale : Recettes d'activité hors molécules onéreuses / ETP médical**

## Source information

AGHN: recettes T2A  
Icare: ETP médical

## S'exprime en

€

## Mode de calcul

**Numérateur :**

Recettes T2A 100%, incluant MERRI Fixes

**Dénominateur :**

Effectifs médicaux en ETP (y compris médecins en unités médico-techniques, hors médecins sur activité financées en MIGAC, hors Internes etc.).

Interprétation  
et échelle de valeurs

La dispersion des valeurs par discipline est forte : de 1 à 3.

Le Case Mix de discipline pour un CH a donc une incidence sensible. On observe que les centres hospitaliers de la région parisienne ont en général des valeurs plus faibles sur cet indicateur.

## Echelle de comparaison de l'indicateur

	Proportion de la population étudiée										
	3%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	97%
• <b>CHR</b>											
2005	0,11	0,14	0,16	0,16	0,17	0,18	0,18	0,19	0,20	0,20	ns
• <b>CH</b>											
2005	ns	ns	0,15	0,17	0,19	0,20	0,21	0,23	0,24	0,28	0,35
• <b>CLCC</b>											
2005	0,10	0,16	0,16	0,19	0,20	0,22	0,25	0,28	0,31	0,39	0,44
• <b>Etablissements PSPH (ex DG)</b>											
2005	ns	ns	ns	0,18	0,20	0,21	0,22	0,24	0,26	0,30	0,39

- La lecture de ce tableau se fait par décile; ce qui permet de séparer la population étudiée des établissements entre ceux qui détiennent une valeur inférieure et ceux qui ont une valeur supérieure à la valeur du décile.
- **Par exemple (entouré)**, parmi les CH en 2005, les 10% les moins performants ont un prix de revient du B de plus de 28 centimes d'€ ; *a contrario* 90% des établissements de cette catégorie obtiennent une valeur inférieure.

## Signification

Efficience du laboratoire de biologie

## Source information

Icare tab-2 Tableau : Charges nettes laboratoires par SI

## S'exprime en

Euro

## Mode de calcul

**Au numérateur**, les charges nettes majorées qui incluent les charges directes des laboratoires et la part des charges de logistique médicale imputée à la section laboratoire. Les recettes subsidiaires – dont les prestations effectuées au profit de malades d'un autre établissement – viennent en atténuation des charges.

**Au dénominateur**: les unités d'œuvres produites qui ne concernent que les malades accueillis dans l'établissement (patients hospitalisés ou consultants) et la médecine du travail. Les prestations effectuées au profit de malades d'un autre établissement ne sont pas prises en compte.

## Interprétation et échelle de valeurs

Les valeurs de prix de revient sont entre 14 ct et 25 ct.

Il y a consensus pour considérer que 18 ct est un prix de revient qui montre un laboratoire efficace.

Au delà de 20 ct , il y a des gisements de productivité.

Ce chiffre doit être rapproché du volume des B. En dessous de 10 millions de B produits on peut se poser la question de la sous traitance.

Indicateur à croiser avec le B/entrée pour vérifier que le prix de revient bas n'est pas le reflet d'une sur prescription.

Ce ratio n'a pas de signification pour les cliniques privées car elles n'ont pas de laboratoire.

A terme cet indicateur devrait évoluer vers un coût/ICR.

Echelle de comparaison de l'indicateur

## Proportion de la population étudiée

## • CHR

	3%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	97%
2004	71,40	79,80	81,50	82,80	83,30	84,30	85,80	88,40	89,40	90,50	95,00
2005	72,20	76,50	77,90	78,10	79,50	80,00	80,60	83,00	84,20	85,80	90,80

## • CH

	3%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	97%
2004	63,50	73,80	78,10	80,80	83,70	85,70	87,70	89,50	92,20	96,10	101,10
2005	57,90	67,70	72,90	75,70	78,00	79,70	81,80	84,30	86,80	91,10	100,0

## • CLCC

	3%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	97%
2004	59,10	59,85	64,55	64,90	71,00	72,80	73,45	74,15	77,95	88,05	100,00
2005	60,10	62,20	64,60	65,60	66,70	71,50	73,00	73,40	76,30	86,40	100,0

## • Etablissements PSPH (ex DG)

	3%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	97%
2004	36,90	56,50	69,4	74,2	76,90	78,40	82,5	86,30	90,10	97,8	113,6
2005	36,60	52,00	62,00	67,20	69,80	73,10	76,80	79,60	84,20	91,00	99,80

## • Etablissements privés à but lucratif

2004

2005

Données 2004 et 2005 en attente

- La lecture de ce tableau se fait par décile; ce qui permet de séparer la population étudiée des établissements entre ceux qui détiennent une valeur inférieure et ceux qui ont une valeur supérieure à la valeur du décile.
- **Par exemple (entouré)**, parmi les CH en 2004, les 10% les moins performants ont un taux d'occupation net en médecine inférieur à 73,80 *a contrario* 90% des établissements de cette catégorie obtiennent une valeur supérieure.

## Signification

Taux d'occupation des lits d'hospitalisation en médecine. Le taux d'occupation net tient compte des fermetures de lits en cours d'année.

Dans le cas d'établissements en difficulté financière, ce ratio conserve sa pertinence.

## Source information

AGHN tableau13 Analyse du taux d'occupation

## S'exprime en

%

## Mode de calcul

**Numérateur :**

Nombre de journées en hospitalisation complète + Nombre de journées en hospitalisation de semaine en médecine

**Dénominateur :**

Nombre de journées-lits en hospitalisation complète + Nombre de journées-lits en hospitalisation de semaine en médecine

On multiplie le ratio obtenu par 100

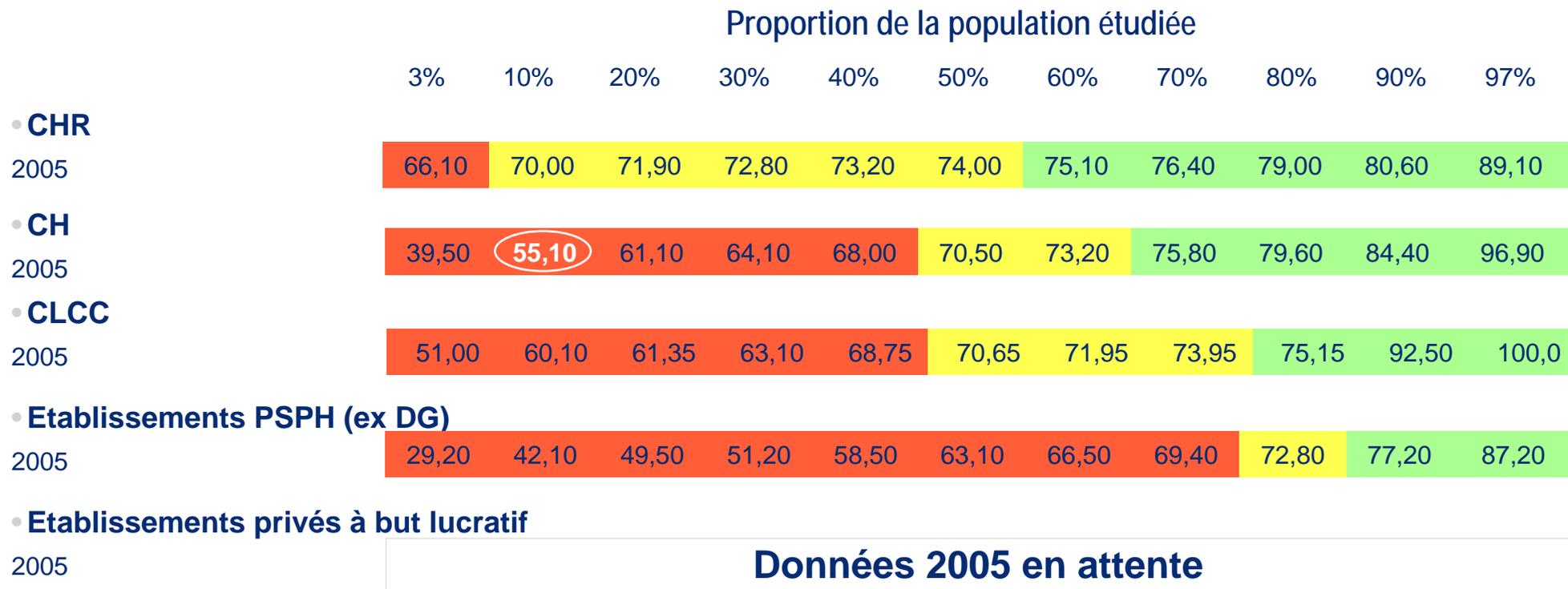
Interprétation  
et échelle de valeurs

En médecine le taux cible est de 85 %.

Les principaux biais sont de deux ordres :

- Biais déclaratif : les fermetures effectives de lits sont sur déclarées
- Biais lié à l'activité effectuée dans les lits de la discipline : il arrive que des malades de médecine soient hébergés dans des lits de service de chirurgie. Ce biais peut être levé en comparant le total des journées des GHS de la discipline au total des journées des lits de la même discipline.

Echelle de comparaison de l'indicateur



- La lecture de ce tableau se fait par décile; ce qui permet de séparer la population étudiée des établissements entre ceux qui détiennent une valeur inférieure et ceux qui ont une valeur supérieure à la valeur du décile.
- **Par exemple( entouré)**, parmi les CH en 2004, les 10% les moins performants ont un taux d'occupation net en chirurgie de 55,1% *a contrario* 90% des établissements de cette catégorie obtiennent une valeur supérieure.

## Signification

Taux d'occupation des lits d'hospitalisation en chirurgie. Le taux d'occupation net tient compte des fermetures de lits en cours d'année.

Dans le cas d'établissements en difficulté financière, ce ratio conserve sa pertinence.

## Source information

AGHN tableau13 Analyse du taux d'occupation

## S'exprime en

%

## Mode de calcul

**Numérateur :**

Nombre de journées en hospitalisation complète + Nombre de journées en hospitalisation de semaine en chirurgie

**Dénominateur :**

Nombre de journées-lits en hospitalisation complète + Nombre de journées-lits en hospitalisation de semaine en chirurgie

Le ratio obtenu est multiplié par 100

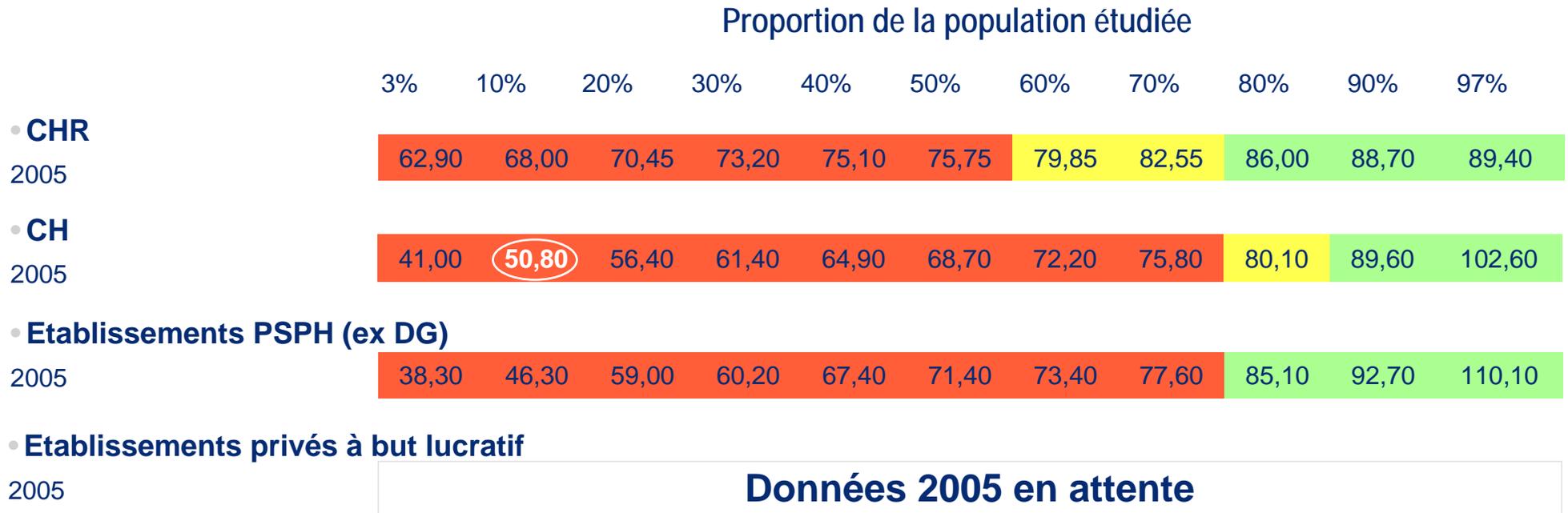
Interprétation  
et échelle de valeurs

En chirurgie le taux cible est de 75%, essentiellement pour une raison administrative car la journée de sortie n'est pas décomptée.

Les principaux biais sont de deux ordres :

- Biais déclaratif : les fermetures effectives de lits sont sur déclarées
- Biais lié à l'activité effectuée dans les lits de la discipline : il arrive que des malades de médecine soient hébergés dans des lits de service de chirurgie. Ce biais peut être levé en comparant le total des journées des GHM de la discipline au total des journées des lits de la même discipline.

Echelle de comparaison de l'indicateur



- La lecture de ce tableau se fait par décile; ce qui permet de séparer la population étudiée des établissements entre ceux qui détiennent une valeur inférieure et ceux qui ont une valeur supérieure à la valeur du décile.
- **Par exemple (entouré)**, parmi les CH en 2005, les 10% les moins performants ont un taux d'occupation net obstétrique inférieur à 50,8% *a contrario* 90% des établissements de cette catégorie obtiennent une valeur supérieure.

**Signification**

Taux d'occupation des lits d'hospitalisation en obstétrique. Le taux d'occupation net tient compte des fermetures de lits en cours d'année. Dans le cas d'établissements en difficulté financière, ce ratio conserve sa pertinence.

**Source information**

AGHN tableau13 Analyse du taux d'occupation

**S'exprime en**

%

**Mode de calcul****Numérateur :**

Nombre de journées en hospitalisation complète + Nombre de journées en hospitalisation de semaine en obstétrique

**Dénominateur :**

Nombre de journées-lits en hospitalisation complète + Nombre de journées-lits en hospitalisation de semaine en obstétrique

Le ratio obtenu est à multiplier par 100

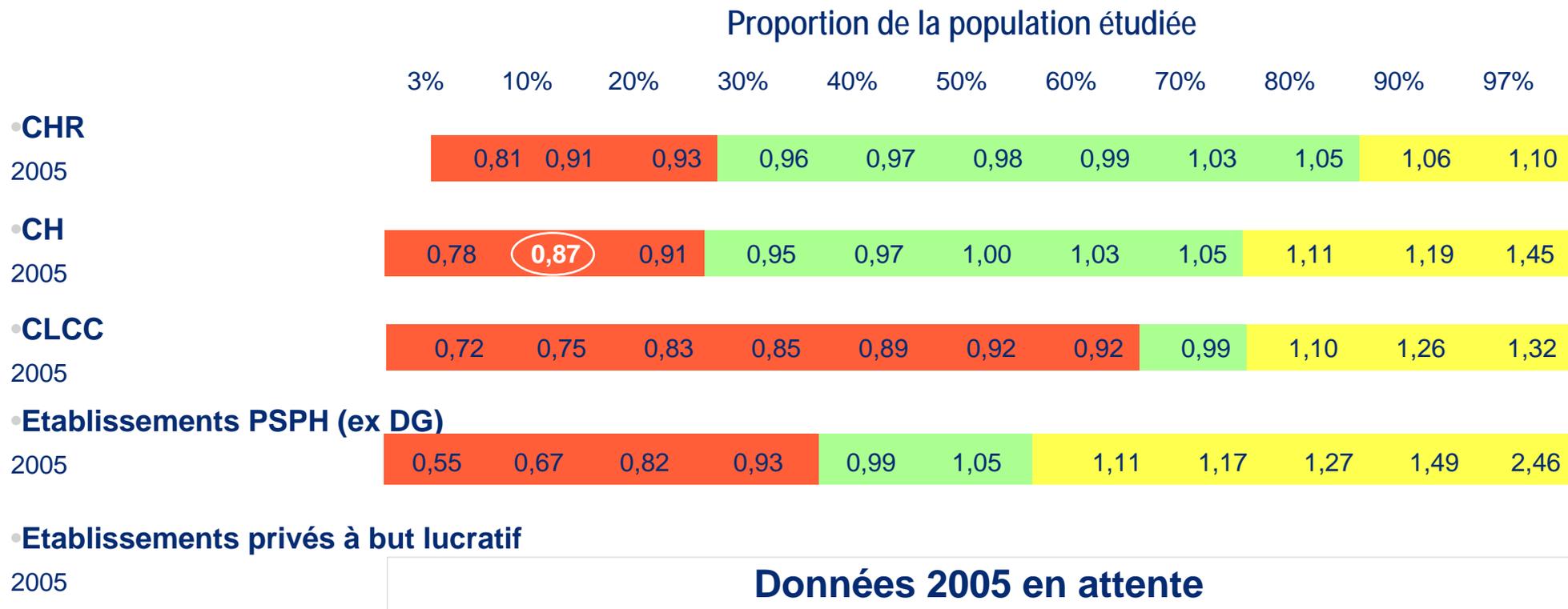
**Interprétation et échelle de valeurs**

En obstétrique le taux cible est de 85 %.

Les principaux biais sont de deux ordres :

- Biais déclaratif : les fermetures effectives de lits sont sur déclarées
- Biais lié à l'activité effectuée dans les lits de la discipline.

Echelle de comparaison de l'indicateur



- La lecture de ce tableau se fait par décile; ce qui permet de séparer la population étudiée des établissements entre ceux qui détiennent une valeur inférieure et ceux qui ont une valeur supérieure à la valeur du décile.
- Par exemple (entouré)**, parmi les CH en 2005, les 10% les moins performants ont un Indicateur PMCT inférieur ou égal à 0,87 *a contrario* 90% des établissements de cette catégorie obtiennent une valeur supérieure.

## Signification

Le Poids Moyen du Cas Traité (PMCT) est un indicateur de technicité traditionnel, autrefois calculé en points ISA, il est maintenant calculé en euros et rapporté ici à la valeur moyenne nationale

## Source information

ipme.sas tab-1 tableau2 Synthèse de l'activité

## S'exprime en

Valeur par rapport à 1

## Mode de calcul

**Numérateur** : PMCT de l'établissement = Valorisation complète des séjours (séjour d'au moins 2 jours) dans l'établissement divisé par le nombre de séjours dans l'établissement

**Dénominateur** : PMCT de la catégorie d'établissements (valeurs 2005) = Valorisation complète des séjours du groupe de référence (ici la catégorie) divisée par le nombre de séjours du groupe de référence

Le chiffre obtenu est multiplié par 100

## Interprétation et échelle de valeurs

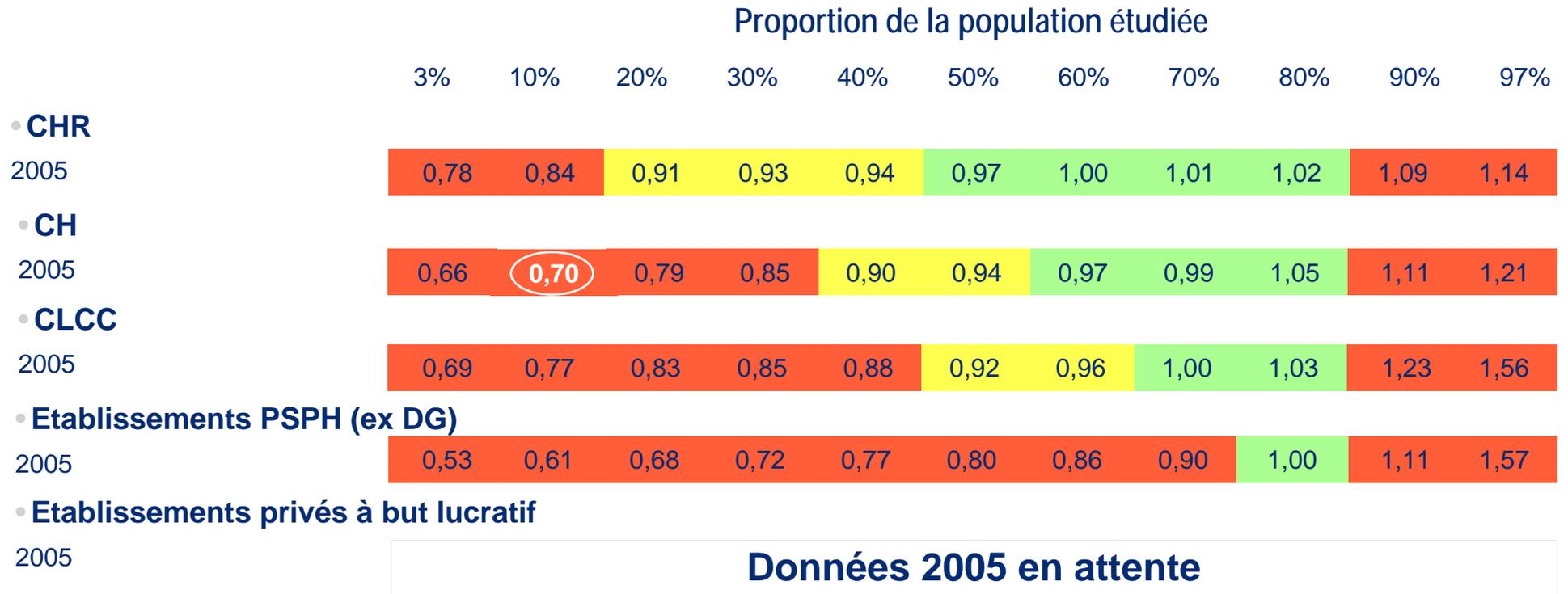
Une valeur supérieure à 1 signale un établissement qui pratique une activité hospitalière de technicité plus élevée que les établissements de sa catégorie ou de sa région.

Les établissements déficitaires et qui ont une technicité élevée sont souvent des établissements qui ont développé des niches d'activité prestigieuse sans dégager sur des activités traditionnelles les marges qui auraient permis de les financer.

A contrario, les établissements déficitaires qui ont un indice inférieur à 1 sont des établissements qui ont conservé une structure de coût élevé alors qu'ils n'ont qu'une activité de proximité.

La sur ou sous technicité d'un établissement (indice inférieur à 0,95 ou supérieur à 1,05) peuvent se justifier mais peuvent également être des facteurs de risques financiers et doivent faire l'objet d'analyses complémentaires.

Echelle de comparaison de l'indicateur



- La lecture de ce tableau se fait par décile; ce qui permet de séparer la population étudiée des établissements entre ceux qui détiennent une valeur inférieure et ceux qui ont une valeur supérieure à la valeur du décile.
- **Par exemple (entouré)**, parmi les CH en 2005, les 10% les moins performants ont un indicateur PMCT en Chirurgie inférieur ou égal à 0,7 *contrairement* 90% des établissements de cette catégorie obtiennent une valeur supérieure.

## Signification

Le Poids Moyen du Cas Traité (PMCT) est un indicateur de technicité traditionnel, autrefois calculé en points ISA, il est maintenant calculé en euros et ici rapporté à la valeur moyenne nationale

## Source information

ipme.sas-tab-1 tableau4 Grands types d'activité

## S'exprime en

Valeur par rapport à 1

## Mode de calcul

**Numérateur** : PMCT de l'établissement en Chirurgie = Valorisation complète des séjours (séjour d'au moins 2 jours) dans l'établissement divisé par le nombre de séjours dans l'établissement

**Dénominateur** : PMCT Chirurgie **de la catégorie d'établissements** (valeurs 2005) = Valorisation complète des séjours du groupe de référence (ici la catégorie) divisée par le nombre de séjours du groupe de référence

Le chiffre obtenu est multiplié par 100

## Interprétation et échelle de valeurs

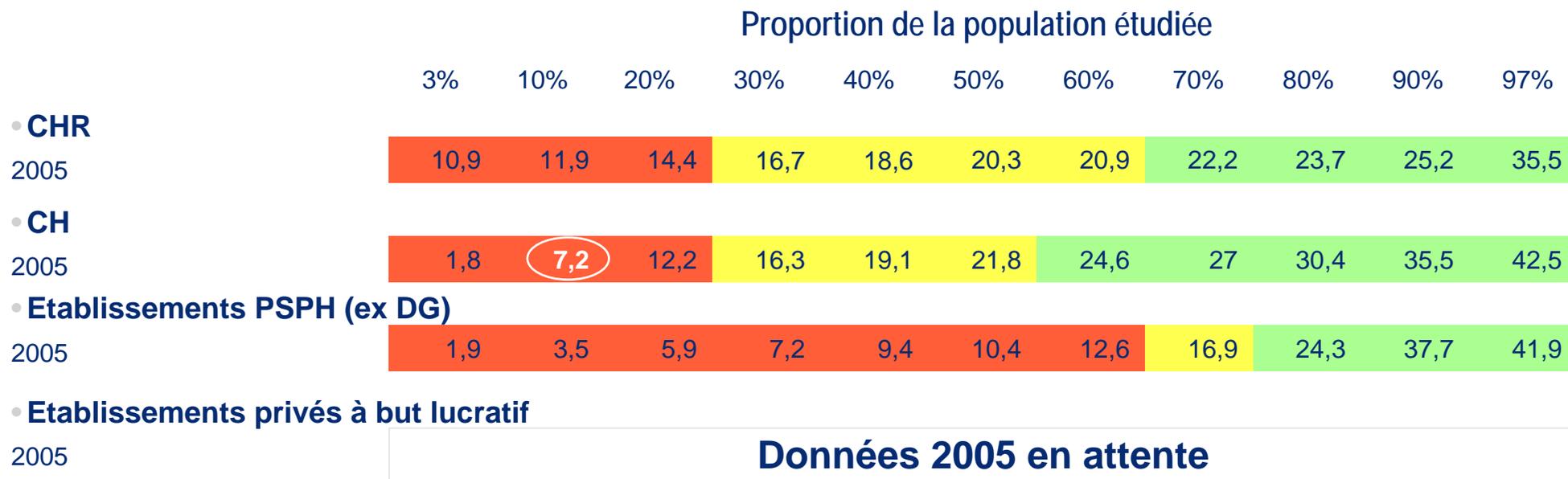
Une valeur supérieure à 1 signale un établissement qui pratique une activité hospitalière de technicité plus élevée que les établissements de sa catégorie.

Les établissements déficitaires et qui ont une technicité élevée sont souvent des établissements qui ont développé des niches d'activité prestigieuse sans dégager sur des activités traditionnelles les marges qui auraient permis de les financer.

A contrario, ceux qui ont un indice inférieur à 1 sont des établissements qui ont conservé une structure de coût élevé alors qu'ils n'ont qu'une activité de proximité.

La sur ou sous technicité d'un établissement (indice inférieur à 0,95 ou supérieur à 1,05) peuvent se justifier mais peuvent également être des facteurs de risques financiers et doivent faire l'objet d'analyses complémentaires.

## Echelle de comparaison de l'indicateur



- La lecture de ce tableau se fait par décile; ce qui permet de séparer la population étudiée des établissements entre ceux qui détiennent une valeur inférieure et ceux qui ont une valeur supérieure à la valeur du décile.
- **Par exemple (entouré)**, parmi les CH en 2004, les 10% les moins performants ont une part de marché en Chirurgie inférieur ou égal à 7,2% dans leur zone de chalandise; *a contrario* 90% des établissements de cette catégorie obtiennent une valeur supérieure.

## Signification

**Attractivité de la chirurgie**

Mesure la part de marché de l'établissement en chirurgie dans sa zone de chalandise telle que définie par l'ATIH (Communes représentant 80% des entrées d'un établissement)

## Source information

e-pmsi Tableau 4: Parts de marché des 10 premiers établissements / chirurgie

## S'exprime en

%

## Mode de calcul

Part de marché effective calculée sur les communes de la zone d'attractivité de tout l'établissement (=communes représentant 80% du recrutement **toutes disciplines confondues**).

**Numérateur:** Nombre de séjours chirurgicaux dans l'établissement des patients résidant dans la zone d'attractivité

**Dénominateur:** Nombre total de séjours chirurgicaux des patients résidant dans la zone d'attractivité

Le chiffre obtenu est multiplié par 100

Interprétation  
et échelle de valeurs

Le taux varie de 5 % à plus de 50 %. Le taux médian est de 20 %.

Ce taux est surtout intéressant en dynamique sur les trois dernières années en incluant la période où a lieu l'audit flash.

L'analyse de l'environnement concurrentiel en général privé et de sa dynamique de restructuration est important .

Il doit être rapproché de l'âge des chirurgiens ayant la plus grosse activité. Ce taux peut varier très rapidement avec l'arrivée ou le départ d'un chirurgien dans l'établissement ou chez les concurrents proches.

Cet indice peut être complété par les données disponibles sur le site PARHTAGE ([www.parhtage.sante.fr](http://www.parhtage.sante.fr)), qui donne une vision paramétrable par territoire de santé.

Echelle de comparaison de l'indicateur

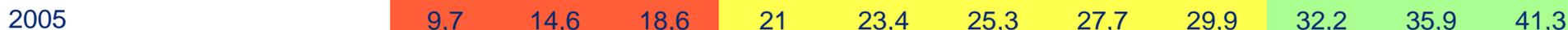
Proportion de la population étudiée

3% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 97%

• **CHR**



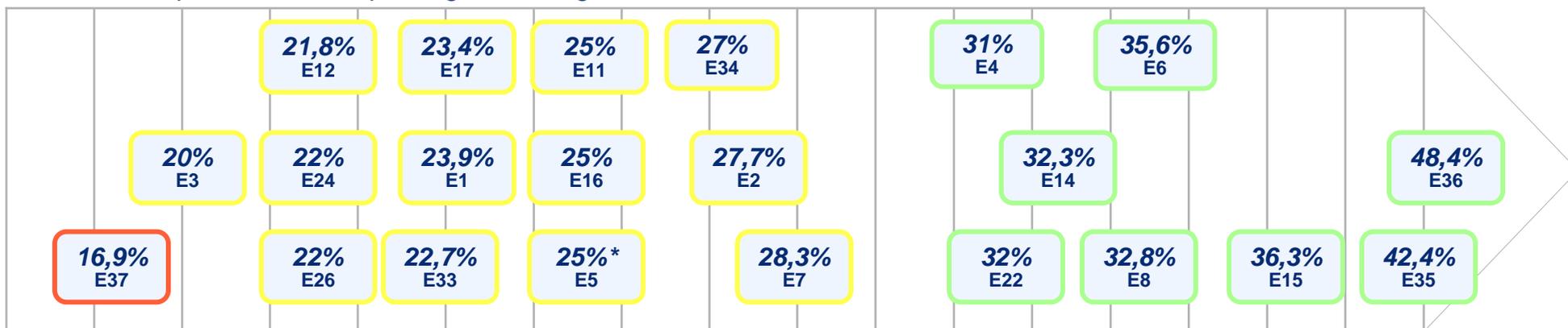
• **CH**



• **Etablissements PSPH (ex DG)**



- Lors d'une étude menée conjointement avec la MeaH et lors des premiers diagnostics Flash, les taux constatés en 2004/2005 d'hospitalisation des passages aux urgences étaient les suivants :



\*: Valeurs 2006

## Signification

**Contribution des urgences à l'activité**

Ce taux mesure la contribution des Urgences à l'activité d'hospitalisation

## Source information

e-pmsi

## S'exprime en

%

## Mode de calcul

**Numérateur :**

Nombre de passages aux Urgences suivis d'hospitalisation en MCO dans l'établissement

**Dénominateur :**

Nombre total de passages aux Urgences

Interprétation  
et échelle de valeurs

Ce taux varie de 10 % à plus de 42 % : le taux s'analyse différemment selon que l'établissement enregistre plus ou moins de 8 000 passages par an.

En dessous de 8000 passages, l'établissement est supposé transférer les malades hospitalisables vers des structures de plus grande technicité.

Un taux faible signale un établissement dont les Urgences ont une activité de type maison médicale sans spécificité de recours. Une piste de solution est la mise en place d'une maison médicale en coopération étroite avec les urgentistes (condition absolue de succès).

A contrario, un taux élevé est le signe d'une bonne image de recours et d'une bonne gestion des lits pour accueillir ces malades. Vérifier qu'il n'est pas le résultat d'une mauvaise organisation des consultations externes ou d'un principe d'admission par les Urgences.

## Echelle de comparaison de l'indicateur

## Proportion de la population étudiée

	3%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	97%
• <b>CHR</b> 2005	0	0	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	0,5	0,6	0,9	1,3
• <b>CH</b> 2005	0	0	0,1	0,1	0,3	0,5	0,7	1	1,8	3,3	6,7
• <b>CLCC</b> 2005	0,4	1	3,2	4,2	5,1	5,6	5,9	6,1	7	9,7	12,2
• <b>Etablissements PSPH</b> 2005	0	0,2	0,5	1,2	1,6	2,6	3,6	5,6	6,7	14,5	29,9

- La lecture de ce tableau se fait par décile; ce qui permet de séparer la population étudiée des établissements entre ceux qui détiennent une valeur inférieure et ceux qui ont une valeur supérieure à la valeur du décile.
- **Par exemple (entouré)**, parmi les CH en 2005, la part du budget Intérim des 10% les moins performants représente plus de 3,3% de leur masse salariale ; *a contrario* 90% des établissements de cette catégorie ont une valeur moins élevée.

## Signification

Capacité à gérer en interne les écarts d'activité

## Source information

Bases comptabilité établissements publics ATIH

## S'exprime en

% de la masse salariale

## Mode de calcul

**Numérateur :**

Budget du compte 621

Ce compte comprend le Budget Intérim PNM Compte 6211, mais aussi le 621-5 Personnels affectés à l'établissement, le 621-6 Plan d'Insertion Locaux, le 621.8 Autres personnels extérieurs.

**Dénominateur :**

Masse salariale des PNM Compte 641

Le chiffre obtenu est multiplié par 100

Interprétation  
et échelle de valeurs

Cette analyse doit être affinée lors de la visite dans l'établissement.

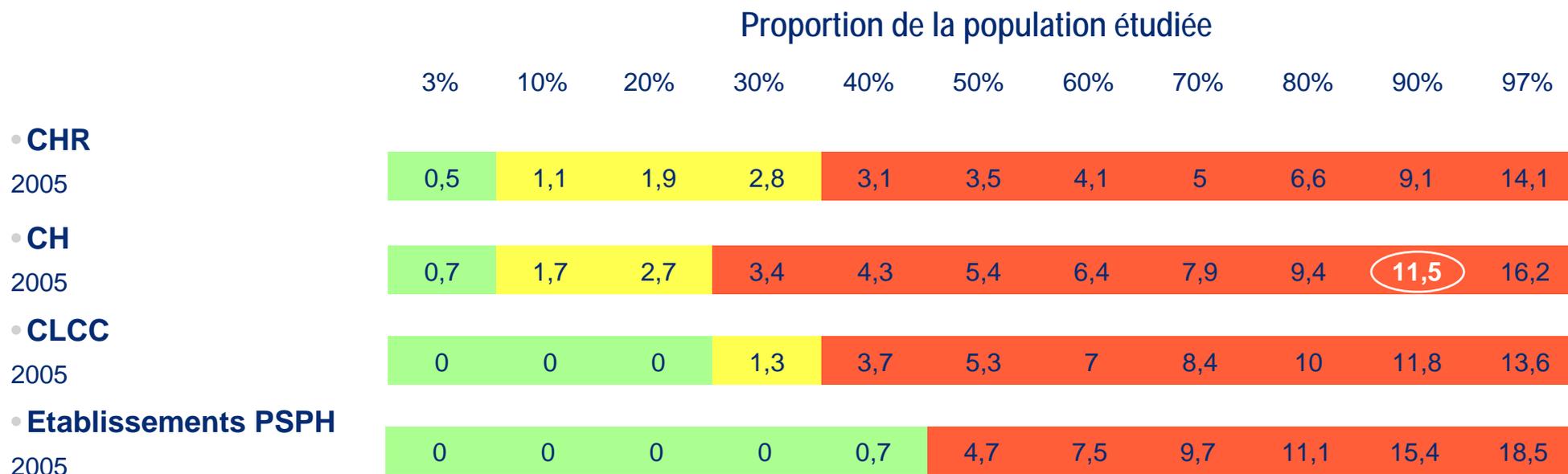
Un taux cumulé CDD+ Intérim < 1% de la masse salariale est une valeur cible.

Une valeur nulle peut cacher deux autres recours à la flexibilité :

- Les CDD (voir ci après)
- Une dotation plus forte en personnel qui permet d'avoir une équipe volante permanente. A rapprocher donc de l'indicateur P6 Ratio agents des services cliniques.

NB : Les valeurs pour les établissements PSPH et les cliniques à but lucratif ne sont pas disponibles pour l'instant.

Echelle de comparaison de l'indicateur



- La lecture de ce tableau se fait par décile; ce qui permet de séparer la population étudiée des établissements entre ceux qui détiennent une valeur inférieure et ceux qui ont une valeur supérieure à la valeur du décile.
- **Par exemple (entouré)**, parmi les CH en 2005, la part du budget CDD du personnel non médical des 10% les moins performants représente plus de 11,5% de leur masse salariale ; *a contrario* 90% des établissements de cette catégorie ont une valeur moins élevée.

## Signification

Capacité à gérer en interne les écarts d'activité

## Source information

ICARE

## S'exprime en

% de la Masse salariale

## Mode de calcul

**Numérateur :**

Charges du Compte 6415: Personnel Non Médical de remplacement

**Dénominateur :**

Charges du compte 641: Rémunérations du Personnel Non Médical.

Ce chiffre peut être différent de celui issu des retraitements DGCP

Le chiffre obtenu est multiplié par 100

Interprétation  
et échelle de valeurs

Ce taux varie de 0 à 7% : un taux cumulé CDD+ Intérim < 1% de la masse salariale est une valeur cible. Une valeur nulle peut cacher deux autres recours à la flexibilité :

- Les missions d'Intérim
- Une dotation plus forte en personnel qui permet d'avoir une équipe volante permanente.

A rapprocher donc de l'indicateur P8 de productivité brute, le guide SAE préconisant de mettre les dépenses de l'équipe médicale volante dans les dépenses logistiques.

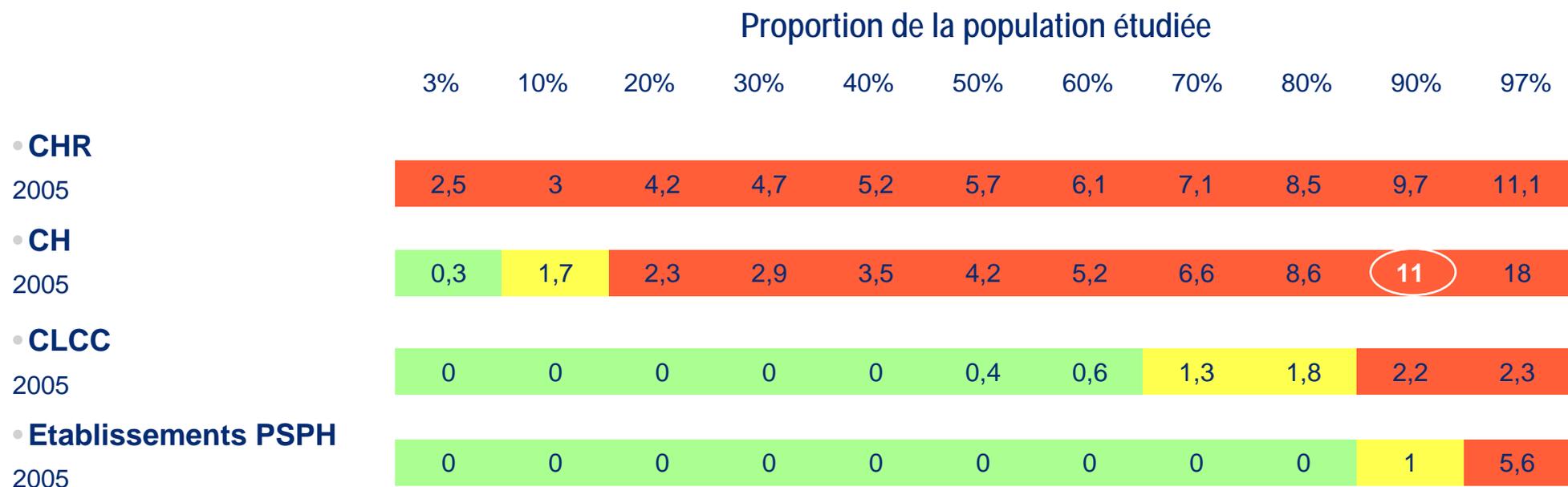
Ce taux cumulé (Intérim + CDD) est révélateur de la difficulté qu'a l'établissement à

1. Fonctionner avec sa dotation Effectif budgétaire
2. Dans certains cas, stabiliser une population permanente de soignants

A contrario un taux élevé de recours à des personnel à statut de courte durée est un atout pour conduire un redressement économique.

NB : Les valeurs pour les cliniques à but lucratif ne sont pas disponibles pour l'instant.

## Echelle de comparaison de l'indicateur



- La lecture de ce tableau se fait par décile; ce qui permet de séparer la population étudiée des établissements entre ceux qui détiennent une valeur inférieure et ceux qui ont une valeur supérieure à la valeur du décile.
- **Par exemple (entouré)**, parmi les CH en 2005, les 10% les moins performant ont une part du budget CDD personnel médical qui représente plus de 11% de la valeur du compte « rémunération médicale » ; *a contrario* 90% des établissements de cette catégorie ont une valeur moins élevée.

## Signification

Tension sur les ressources médicales et/ou problème d'organisation

## Source information

ICARE

## S'exprime en

%

## Mode de calcul

**Numérateur :**

Valeur du Compte 642.3: Attachés

**Dénominateur :**

Valeur compte rémunération médicale 642

Le chiffre obtenu est multiplié par 100

Interprétation  
et échelle de valeurs

Ce ratio indique le niveau de recours à des ressources temporaires de personnel médical.

Ce recours a deux composantes :

1. Les vacances qui sont parfois la sédimentation de nombreuses initiatives à remettre en cohérence avec la stratégie de l'établissement
2. Les personnels médicaux qui interviennent dans la production des soins. L'interprétation doit être construite en tenant compte du contexte de l'établissement. Un montant élevé peut être le signe de problème récurrent de recrutement de l'établissement ou le signe de défaillance dans l'organisation médicale.

Les valeurs pour les établissements PSPH ne sont pas disponibles pour l'instant.

Attention à la pratique de l'établissement : parfois les vacances ne sont pas imputées dans cette ligne comptable mais dans la ligne « budget médical », en utilisant les crédits des postes non pourvus.



---

# **ANNUAIRE DES INDICATEURS**

## **Tableau 2**

### **Indicateurs fournis par l'établissement**



# 15 indicateurs ne peuvent être collectés, pour l'instant, qu'au niveau de l'établissement

## Indicateurs Financiers

- F9 Respect/ Amélioration du taux d'évolution des recettes et des dépenses par rapport à l'EPRD

## Indicateurs Activité et Patient

- A8 Productivité horaire IRM  
A9 Productivité horaire Scanner  
A10 Nombre de prothèses de hanche

## Indicateurs Processus

- P11 % de transfert depuis les Urgences  
P12 Temps annuel moyen de mise à disposition d'une salle d'opération hors garde et urgences  
P13 Taux d'utilisation moyen des salles d'opérations  
P14 Temps annuel de mise à disposition de l'IRM  
P15 Temps annuel de mise à disposition du Scanner

## Indicateurs Ressources Humaines

- H4 Structure d'âge du corps médical  
H5 Structure d'âge des personnels non médicaux  
H6 Densité encadrement des personnels non médicaux  
H7 Poids des gardes et astreintes et des plages additionnelles  
H8 Taux de départ des IDE  
H9 Taux d'absentéisme du personnel non médical



F9

## Respect/Amélioration du taux d'évolution des recettes et des dépenses par rapport à l'EPRD

### Signification

**Maîtrise de ses prévisions et de l'exécution de l'EPRD**

Mesure le respect du taux d'évolution des recettes / EPRD

### Source information

Prévisions de l'établissement

### S'exprime en

Écart en Millions d'€

### Mode de calcul

**Valeur 1**

Résultat (Excédent ou déficit prévisionnel) du Compte de Résultat Prévisionnel Principal (EPRD initial)

**Valeur 2**

Prévision de résultat de fin d'année

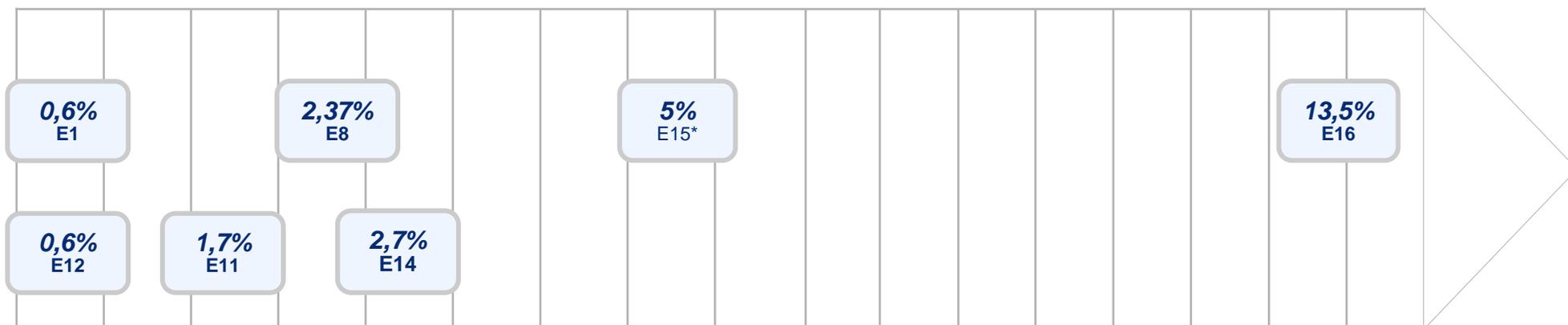
### Interprétation et échelle de valeurs

La notion de comparaison a peu de sens : l'année 2006, première connue, était une année de mise en route.

Il est essentiel d'analyser si l'écart est lié à une évolution non prévue sur les recettes ou sur les dépenses: il est intéressant de diagnostiquer au travers de cet indicateur la manière dont l'établissement pilote et maîtrise ses dépenses et ses recettes (niveau de maîtrise et marges d'ajustement utilisées)

Echelle de comparaison de l'indicateur

- Ces valeurs 2005 constatées lors des premiers Diagnostics Flash constituent une échelle permettant de situer l'établissement par rapport à d'autres.



\*: *Données 2006*

## Signification

**Organisation interne Établissement**

Un taux élevé de transferts est souvent le reflet d'une incapacité de l'établissement à accueillir des patients en raison d'une gestion des lits insuffisamment dynamique.

## Source information

Données Etablissement

## S'exprime en

%

## Mode de calcul

**Numérateur :**

Nombre de patients des urgences transférés vers d'autres établissements

**Dénominateur :**

Nombre de patients des urgences hospitalisés et transférés

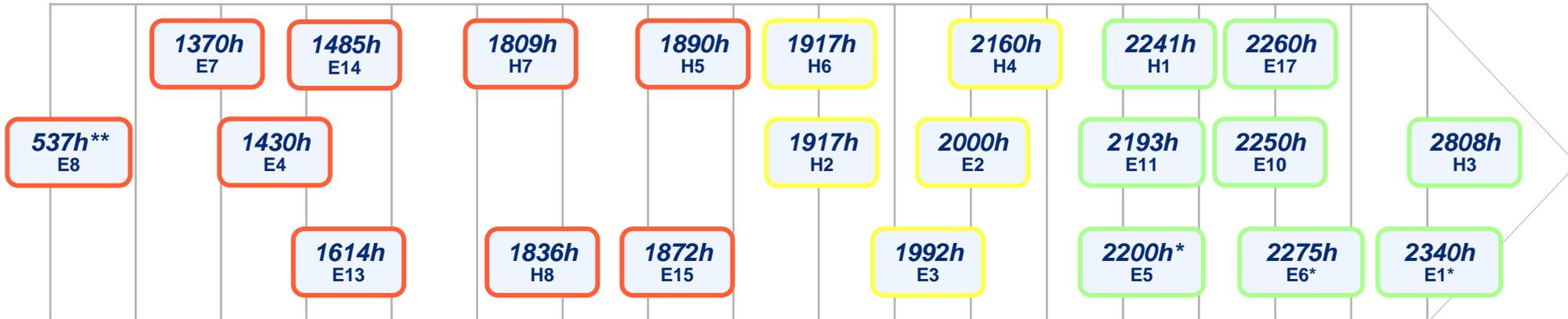
Interprétation  
et échelle de valeurs

Les taux varient de 3 % à 30 %

Ce taux est à mettre en regard de l'IP DMS de médecine et du taux d'occupation de médecine. Attention, un taux de transfert élevé peut simplement refléter un positionnement stratégique de l'établissement comme établissement assurant la permanence des soins et devant transférer ses malades.

### Echelle de comparaison de l'indicateur

- 2 paramètres sont essentiels pour définir le nombre annuel d'heures d'ouverture des salles : l'amplitude potentielle de mise à disposition hebdomadaire salles jour et le nombre de semaines d'ouverture sur une année.
- Le « temps hebdomadaire potentiel salles heures » :**
  - 54h/semaine : référentiel de l'étude MeaH, c'est-à-dire 10h/jour\*5 + la demi-journée du Samedi (4h)
  - 40h/semaine est une valeur plus généralement constatée
- Le nombre de semaines d'ouverture :** pour les établissements publics on retire 2 semaines sur l'année, soit 50 semaines/an d'ouverture
- Dans l'étude de la MeaH et lors des premiers Diagnostics Flash, les Temps annuels de Mise à Disposition (TMD) observés des salles étaient les suivants :**



Résultats Etude MeaH: H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8

(\*: Données 2006)

(\*\*): Volume horaire hors bloc et hors chirurgie cardiaque)

# Temps annuel moyen de mise à disposition d'une salle d'opération hors garde et urgences

## Signification

### Disponibilité des salles

Mesure la disponibilité des salles d'opération, c'est-à-dire la possibilité de les utiliser avec le personnel nécessaire à l'activité

## Source information

Établissement : Bloc opératoire

## S'exprime en

Heures

## Mode de calcul

### Numérateur :

Nombre annuel d'heures d'ouverture (temps compris entre l'ouverture et la fermeture) hors garde médicale pour l'ensemble des salles du bloc opératoire

### Dénominateur :

Nombre de salles

## Interprétation et échelle de valeurs

Ce temps de mise à disposition indique la capacité de production du bloc opératoire. On ne compte dans ce temps annuel moyen ni les salles annexes de petits soins, ni les salles d'endormissement, ni les salles d'endoscopie.

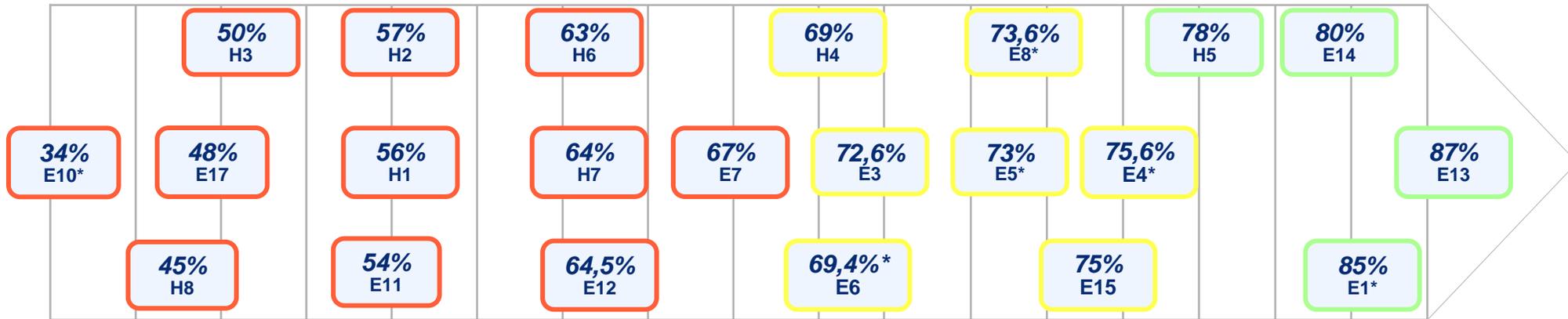
Echelle de disponibilité : Bas: moins de 1 300 h  
Moyen: environ 2 000 h,  
Maximal: plus de 2 300 h

**La valeur cible se situe au dessus de 2 000 h/an.** Cette valeur est à croiser avec le taux d'occupation du bloc opératoire pour analyser l'efficacité du bloc. La combinaison des indicateurs P12 et P13 est possible avec la mesure du nombre d'interventions par salle et par an. Un chiffre de 1 000 opérations par salle et par an est considéré comme une valeur cible.

NB: Le Temps annuel de Mise à Disposition (TMD) a été préféré au Temps de Vacation Offert aux praticiens (TVO) car il correspond à la présence des personnels de soin au bloc.

Echelle de comparaison de l'indicateur

- Dans l'étude de la MeaH et lors des premiers Diagnostics Flash, les taux d'utilisation des salles d'opération étaient les suivants :



Résultats Etude MeaH: H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8

(\*: Données 2006)

NB: Le taux d'utilisation moyen des salles d'opérations est aussi appelé par la MeaH Taux d'utilisation des salles de « Jour »

## Signification

**Adéquation moyens / besoins**

Mesure la pertinence de la mise à disposition des moyens (salles et équipe) au regard du besoin réel constaté, et informe sur l'activité du bloc opératoire et l'organisation de cette activité

## Source information

Établissement : Bloc opératoire

## S'exprime en

%

## Mode de calcul

**Numérateur :**

Temps réel d'occupation des salles (TROS jour) = Temps compris entre l'entrée du patient en salle et la fin de la remise en état de la salle après l'intervention

**Dénominateur :**

Temps de Mise à Disposition des salles pour les interventions en période « jour » (TMD « jour »)

Les taux calculés ci-dessus sont des taux d'utilisation jour calculés sur au minimum deux semaines.

Interprétation  
et échelle de valeurs

Ce taux n'est vraiment exact et vérifiable que pour les blocs ayant une gestion informatisée de leur activité. Dans les autres cas, l'établissement doit procéder à une analyse à partir de son cahier de bloc.

Les salles d'opération sont souvent sous utilisées pour de nombreuses raisons et la moyenne se situe aux environs de 65 % (fourchette allant de 45 % à 77 %).

L'objectif raisonnable déterminé par des professionnels est estimé à un taux de 75 % à 80 %.

## Echelle de comparaison de l'indicateur

- Ces valeurs 2005 constatées lors des études MeaH et des premiers Diagnostics Flash constituent une échelle permettant de situer l'établissement par rapport à d'autres.



\*: Données 2006

\*\*CH avec IRM partagé avec un autre établissement

## Signification

**Disponibilité de l'équipement**

Mesure la disponibilité de l'IRM pour des examens en période hors garde

## Source information

Établissement : service d'imagerie

## S'exprime en

Heures

## Mode de calcul

Nombre d'heures d'ouverture annuel hors garde.

Attention, on prend en compte, dans le calcul, le temps de mise à disposition aux radiologues libéraux extérieurs et les vacances d'exercice privé des praticiens hospitaliers

En cas de plusieurs appareils, calculer la moyenne

Interprétation  
et échelle de valeurs

Le nombre indique la capacité de l'établissement à réaliser des examens d'IRM et l'organisation des équipes médicales et paramédicales pour assurer ces examens. Ce temps annuel doit être rapproché du nombre d'examens produits par heure. De larges plages d'ouverture sont parfois sans justification si on les rapproche de la production effectuée.

Échelle de temps annuel :

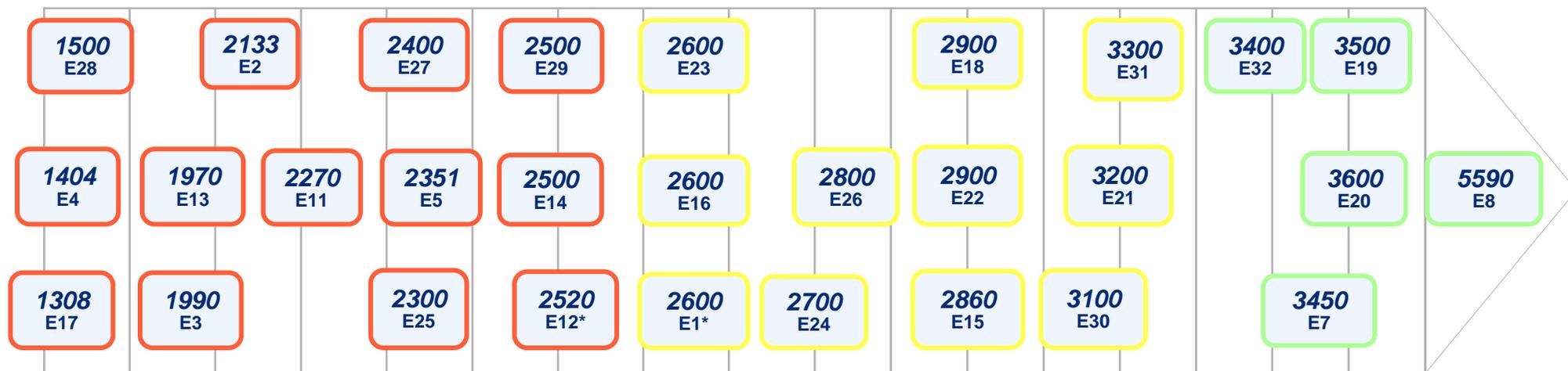
Bas: moins de 1 600 h pour environ 400 lits MCO (sauf cas d'un IRM partagé)

Moyen: environ 2 800 h correspondant à 11 h / jour ( 8 h – 19 h)

Maximal: environ 3 600 h correspondant à 14 h / jour (7 h – 21 h)

## Echelle de comparaison de l'indicateur

- Ces valeurs 2005 constatées lors des études MeaH et des premiers Diagnostics Flash constituent une échelle permettant de situer l'établissement par rapport à d'autres.



\*: Données 2006

## Signification

**Disponibilité des équipements**

Mesure la disponibilité du Scanner pour des examens en période hors garde

## Source information

Établissement : service d'imagerie

## S'exprime en

Heures

## Mode de calcul

Nombre d'heures d'ouverture annuel hors garde.  
Attention, on compte dans le calcul le temps de mise à disposition aux radiologues libéraux extérieurs et les vacances d'exercice privé des praticiens hospitaliers.

Ne prendre en compte que les heures d'utilisation pour l'activité d'imagerie et non la radiothérapie  
En cas de plusieurs appareils, calculer la moyenne

Interprétation  
et échelle de valeurs

Le nombre indique la capacité de l'établissement à réaliser des examens de scanner et l'organisation des équipes médicales et paramédicales pour assurer ces examens.

Échelle de temps annuel (pour un appareil) :

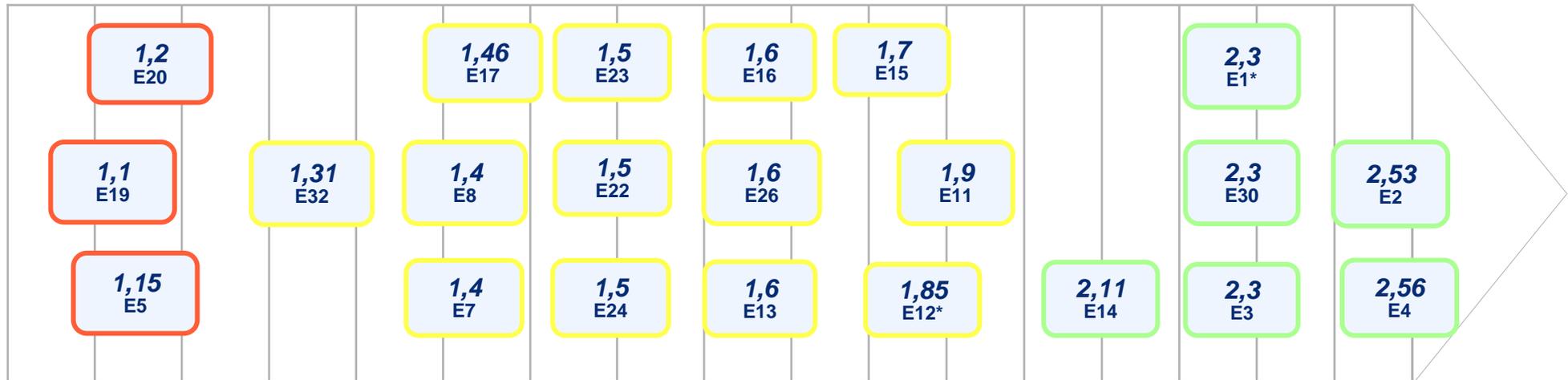
Bas: moins de 2 200 h pour environ 200 lits MCO (cas d'un Scanner partagé)

Moyen: environ 2 800 h correspondant à 11 h / jour ( 8 h – 19 h)

Maximal: environ 3 600 h correspondant à 14 h / jour (7 h – 21 h)

## Echelle de comparaison de l'indicateur

- Ces valeurs 2005 constatées lors des études MeaH et des premiers Diagnostics Flash constituent une échelle permettant de situer l'établissement par rapport à d'autres.



Résultats Etude MeaH: H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8

(\*: Données 2006)

## Signification

**Productivité pour l'IRM**

Mesure la capacité technique et organisationnelle à réaliser les examens d'IRM

## Source information

Établissement : service d'imagerie

## S'exprime en

Nombre de passages / heure

## Mode de calcul

**Numérateur :**

Nombre annuel de passages en IRM réalisés hors garde ; inclus le nombre de passages réalisés par des radiologues libéraux extérieurs et les praticiens hospitaliers radiologues au cours de leurs vacances privées.

**Dénominateur :**

Nombre annuel d'heures d'ouverture de salle pour l'IRM hors garde ; inclus le temps de mise à disposition des radiologues libéraux extérieurs.

Interprétation  
et échelle de valeurs

Le ratio indique la capacité du service à s'organiser et à utiliser l'équipement de manière optimale.  
Échelle de ratio :

- élevé : environ 2,3 passages / heure (centre d'imagerie privé )
- moyen : environ 1,5 passage / heure
- bas : inférieur à 1,1 passage / heure

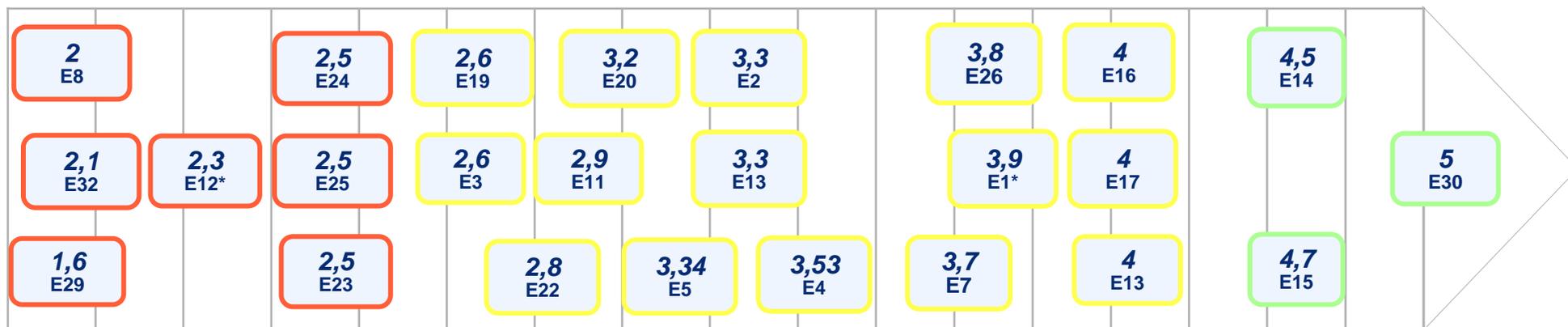
La plus grande productivité des centres privés résulte aussi du profil d'âge et de handicap des patients.

**Note méthodologique:**

- a. La notion de « passages » a été préférée** au choix de dénombrer les patients ou les examens.
- En effet un même patient peut avoir plusieurs passages dans un même laps de temps.
  - Le nombre d'examen avant la mise en œuvre de la CCAM était calculé parfois de manière différente
- b. La ratio est calculé toute nature d'activité confondues**, car :
- Il est apparu difficile d'accéder à des données fiables sur le volume de chacune des activités publiques et privées.
  - Dans tous les cas, ce sont, en général, des manipulateurs de l'établissement qui interviennent

## Echelle de comparaison de l'indicateur

- Ces valeurs 2005 constatées lors des études MeaH et des premiers Diagnostics Flash constituent une échelle permettant de situer l'établissement par rapport à d'autres.



\*: Données 2006

## Signification

**Productivité pour le scanner**

Mesure la capacité technique et organisationnelle à réaliser les examens de scanner

## Source information

Établissement : service d'imagerie

## S'exprime en

Nombre de passages / heure

## Mode de calcul

**Numérateur :**

Nombre annuel de passages sur le scanner réalisés hors garde; inclus le nombre de passages réalisés par des radiologues libéraux extérieurs et par les praticiens hospitaliers au cours des vacances d'exercice privé.

**Dénominateur :**

Nombre annuel d'heures d'ouverture de salle pour le scanner hors garde; inclus le temps de mise à disposition des radiologues libéraux extérieurs.

Interprétation  
et échelle de valeurs

Le ratio indique la capacité du service à s'organiser et à utiliser l'équipement de manière optimale.  
Échelle de ratio :

- élevé : environ 5 passages / heure (centre d'imagerie privé )
- moyen : environ 3,2 passages / heure
- bas : inférieur à 2,5 passages / heure

La plus grande productivité des centres privés résulte aussi du profil d'âge et de handicap des patients.

**Note méthodologique:**

- a. La notion de « passages » a été préférée** au choix de dénombrer les patients ou les examens.
- En effet un même patient peut avoir plusieurs passages dans un même laps de temps.
  - Le nombre d'examen avant la mise en œuvre de la CCAM était calculé parfois de manière différente
- b. La ratio est calculé toute nature d'activité confondues**, car :
- Il est apparu difficile d'accéder à des données fiables sur le volume de chacune des activités publiques et privées.
  - Dans tous les cas, ce sont, en général, des manipulateurs de l'établissement qui interviennent.



## Signification

**Potentiel de chirurgie programmée**

Mesure le dynamisme de l'activité de chirurgie programmée et l'attractivité de cette spécialité sur le bassin de population

## Source information

Établissement : DIM

## S'exprime en

Nombre de prothèses / an

## Mode de calcul

Calculer la somme annuelle des effectifs des GHM en 2004 et 2005 (selon codes mars 2006) :

- 08C23V: Prothèse de hanche sans CMA
- 08C23W: Prothèse de hanche avec CMA

Pour les périodes antérieures: réaliser une interrogation de la base PMSI par les codes actes : NEKA010, NEKA011, NEKA012, NEKA014, NEKA016, NEKA017, NEKA018, NEKA020, NEKA021, NEMA018

Le travail par les codes actes n'est pas totalement exhaustif: certaines opérations de prothèses sont classées avec d'autres codes actes puis regroupées sous d'autres GHM (ex: 08C022Z). Toutefois le chiffre calculé permet de connaître la tendance d'évolution de cette activité.

Interprétation  
et échelle de valeurs

L'évolution de cet indicateur sur les trois dernières années est intéressante pour mettre en évidence le dynamisme de l'activité de chirurgie : un nombre de prothèses important signale une attractivité de cette chirurgie programmée, un potentiel significatif, et un bloc à priori organisé pour répondre à cette demande.

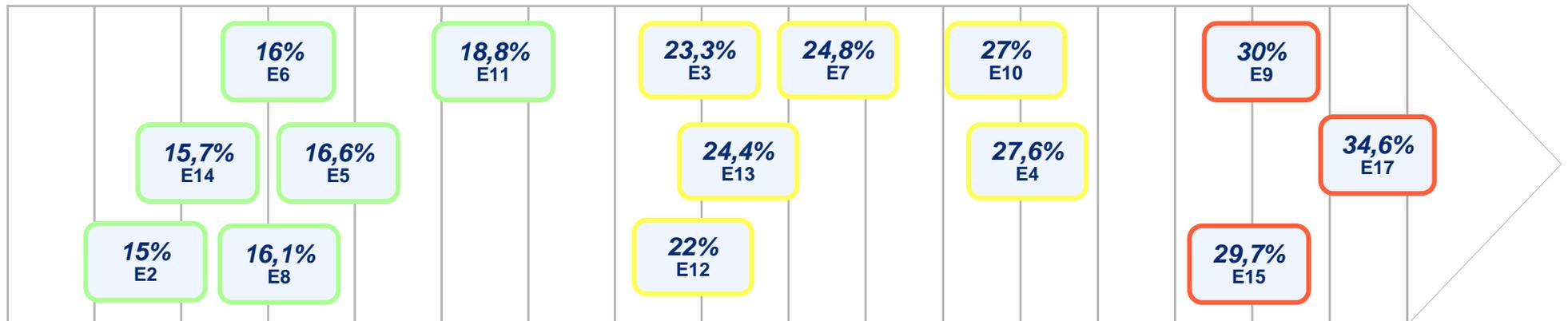
A l'inverse, un nombre faible de prothèses signale une activité programmée basse, très certainement attirée par d'autres établissements voisins.

A terme l'ATIH pourra fournir l'information pour construire les échelles de comparaison.

**Échelle de comparaison en construction.**

## Echelle de comparaison de l'indicateur

- Ces valeurs 2005 constatées lors des premiers Diagnostics Flash constituent une échelle permettant de situer l'établissement par rapport à d'autres.



## Signification

Niveau de vieillissement du corps médical

## Source information

Établissement

S'exprime en

%

## Mode de calcul

**Numérateur :**

Nombre de praticiens hospitaliers âgés de 55 ans et plus, y compris les assistants et ceux qui sont dans les services médico-techniques.

**Dénominateur :**

Nombre total de praticiens hospitaliers.

Interprétation  
et échelle de valeurs

Ce ratio est critique pour la pérennité et la croissance de l'établissement.

Dans tous les cas il doit être analysé sur les disciplines critiques : chirurgie, anesthésie, obstétrique, psychiatrie, radiologie.

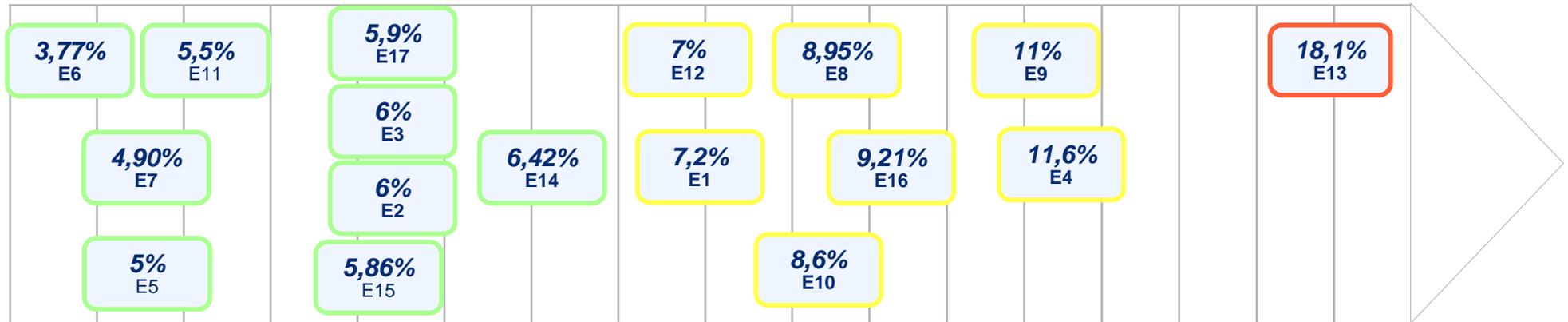
Sur le plan qualitatif, il convient de regarder :

- le type d'interventions des praticiens,
- le dispositif mis en place par l'établissement pour anticiper les recrutements,
- la part des personnels du corps médical concernés par les dispositifs de prolongation d'activité au-delà de l'âge de 65 ans.

Si l'hôpital a une maternité, la structure d'âge des sage-femmes est également à prendre en compte.

## Echelle de comparaison de l'indicateur

- Ces valeurs 2005 constatées lors des premiers Diagnostics Flash constituent une échelle permettant de situer l'établissement par rapport à d'autres.



## Signification

Niveau de vieillissement du personnel non médical

## Source information

Établissement

S'exprime en

%

## Mode de calcul

**Numérateur :**

Nombre des personnels non médicaux âgés de 55 ans et plus, y compris les mis à disposition et remboursés.

**Dénominateur :**

Nombre total des personnels non médicaux.

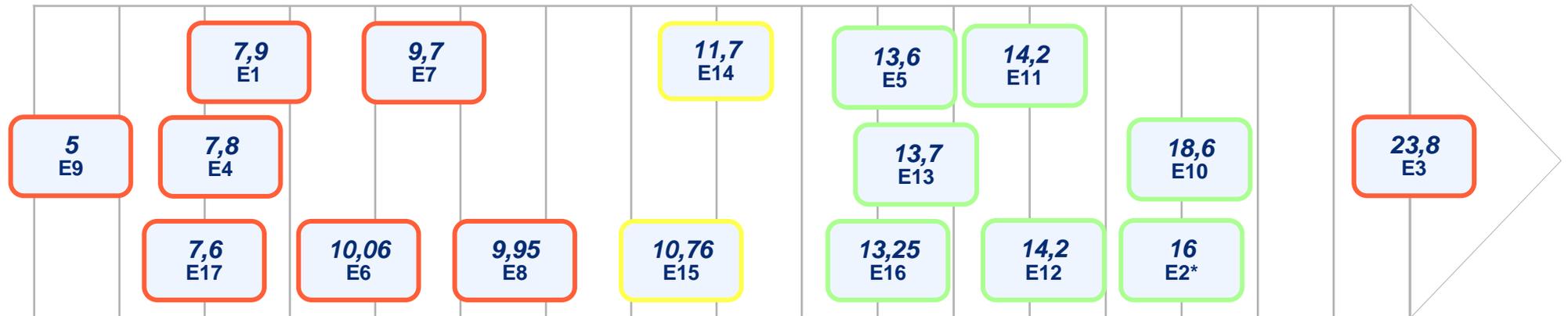
Interprétation  
et échelle de valeurs

Un niveau élevé peut expliquer un surcoût, a contrario il offre des perspectives sur deux plans :

- le réajustement de l'effectif à l'activité si c'est nécessaire
- un GVT structurellement négatif

## Echelle de comparaison de l'indicateur

- Ces valeurs 2005 constatées lors des premiers Diagnostics Flash constituent une échelle permettant de situer l'établissement par rapport à d'autres.



\*: Chiffres 2006

## Signification

Sureffectif latent de cadres infirmiers

## Source information

Établissement

## S'exprime en

Nombre d'IDE par  
cadre soignant

## Mode de calcul

**Numérateur :**

Nombre IDE

**Dénominateur :**

Nombre de cadres infirmiers et de cadres supérieurs, y compris les faisant fonction.

Interprétation  
et échelle de valeurs

La valeur cible est comprise entre 12 et 14 IDE par cadre.

Au dessous de 10 IDE par cadre, on se trouve dans une situation de sur encadrement.

La piste de solutions est alors à rechercher dans la diversification des fonctions occupées par les cadres (contrôle de gestion, maîtrise d'ouvrage de projets informatiques, etc. ).



**Signification**

Maîtrise des coûts de garde

**Source information**

Établissement

**S'exprime en**

euros

**Mode de calcul**

Budget des gardes et astreintes et des plages additionnelles des personnels médicaux, y compris les coûts de déplacements avec valorisation des repos compensateurs

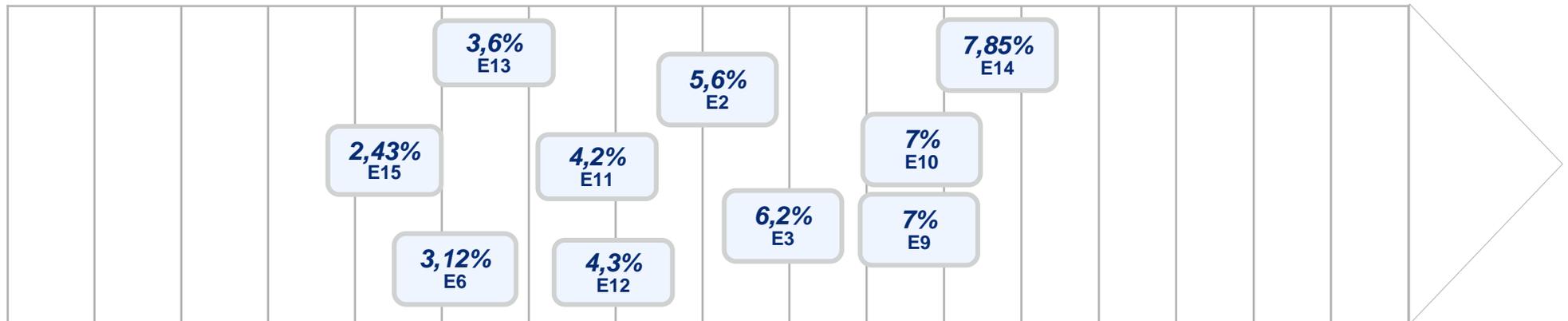
**Interprétation  
et échelle de valeurs**

L'analyse de ce chiffre doit se faire avec précautions : les vacations des remplaçants des médecins ne rentrent pas en ligne de compte mais sont à imputer en H3 (Budget CDD des personnels médicaux)

La rationalisation de ce poste en tenant compte des fonctions de recours de l'établissement est une source non négligeable d'économies.

## Echelle de comparaison de l'indicateur

- Ces valeurs 2005 constatées lors des premiers Diagnostics Flash constituent une échelle permettant de situer l'établissement par rapport à d'autres.



\* : Etablissement en région parisienne

## Signification

Climat social

## Source information

Établissement

## S'exprime en

%

## Mode de calcul

**Numérateur:** Nombre de départ, toutes causes confondues, des IDE, soit:

- Nombre de départs à la retraite
- + Nombre de départs vers un autre établissement I (mutation, détachement ou mise à disposition).
- + Nombre de départs vers la fonction publique territoriale
- + Nombre de départs vers la fonction publique d'Etat
- + Nombre de départs par licenciements, révocation
- + Nombre de décès
- + Autres départs
- + Nombre d'agents ayant changé d'affectation au cours de l'année

**Dénominateur:** Nombre total d'IDE

Interprétation  
et échelle de valeurs

Après le personnel médical, les IDE font partie de la catégorie où la mobilité est la plus importante. Les études du ministère montrent que le turn over des IDE est supérieur de 2 à 3 % aux autres catégories de personnel.

Il est nécessaire de distinguer les établissements de région parisienne du reste de la France.

## Echelle de comparaison de l'indicateur

- Ces valeurs 2005 constatées lors des études Meah et des premiers Diagnostics Flash constituent une échelle permettant de situer l'établissement par rapport à d'autres.



Exprimé en jours

\*: Chiffres 2006



Exprimé en %

\*: Chiffres 2006

Signification

Climat social

Source information

Établissement

S'exprime en

jours

Mode de calcul

**Numérateur:** Nombre jours d'absence des personnels non médicaux, toutes causes confondues, soit:

- Nombre de journées d'absence pour maladie.
- + Nombre de journées d'absence pour longue maladie et pour maladie de longue durée.
- + Nombre de journées d'absence pour accident du travail.
- + Nombre de journées d'absence pour accident de trajet.
- + Nombre de journées d'absence pour maladie professionnelle.
- + Nombre de journées d'absence pour maladie imputable au service ou à caractère professionnel.
- + Nombre de journées d'absence pour maternité, paternité et adoption.
- + Nombre de journées de formation y compris la participation à des congrès, colloques, etc.
- + Nombre de journées d'absence pour missions temporaires.
- + Nombre de journées d'absence non justifiées non récupérées

**Dénominateur:** Nombre jours théoriques travaillés  
Dans certains établissements, le calcul se fait en heures et non en jours.

Interprétation  
et échelle de valeurs

Le temps de travail annuel des PNM de jour est fixé à 1607h et pour les PNM de nuit à 1470h (Circulaire du 04/01/2002). Toutefois, compte tenu des accords locaux le nombre de jours varie suivant les établissements.  
L'analyse des bilans sociaux 2004 donnent un taux moyen d'absentéisme de 13% soit 27 jours. On distingue les absences pour longues maladies des absences courantes.



# Le Diagnostic par les chiffres doit être complété par des observations qualitatives recueillies lors des entretiens

## Organisation du pilotage financier

### Pilotage général

- Le plan stratégique a-t-il donné lieu à des déclinaisons en objectifs chiffrés d'activité et d'impact sur le compte de résultat ?
- Les tableaux de bord (stratégiques, pôles, opérationnels, financiers) intègrent-ils les objectifs ci-dessus ?
- Y a-t-il un processus de suivi et de révision *ad-hoc* de ces indicateurs ?

### Processus Investissements

- Y a-t-il un processus d'élaboration et de revue régulière d'un PPIH ?
- Quelle expérience a l'établissement de conduite de grands projets d'investissements ?

### Processus Facturation/encaissement

- Y a-t-il un processus formalisé d'organisation visant à une facturation exhaustive ?
- Y a-t-il un processus formalisé pour maximiser les encaissements au moment de la réalisation des actes ou à la sortie des patients hospitalisés ?

### Processus Budget/EPRD

- Existe-t-il un cadrage amont du lancement de la procédure budgétaire par le DIM/DAF sous l'égide du Comité Exécutif ?
- Existe-t-il un processus documenté d'élaboration de l'EPRD combinant les informations venant des responsables opérationnels avec celles venant des responsables fonctionnels ?
- Le système d'information est-il adapté à la production des données nécessaires à l'élaboration de l'EPRD ?
- Existe-t-il un processus de revue du projet EPRD par le DIM et le DAF en vue de la validation par le Comité Exécutif ?

## Situation vis-à-vis de la démarche d'accréditation

### Qualité

- Quelle est la date de la visite Certification V2 ?
- Quelles sont les réserves et recommandations de la dernière visite, si la visite a déjà eu lieu ?

## Mise en place de la nouvelle gouvernance

- Quel est l'organigramme de l'établissement avant et après la mise en place des pôles ?
- Le découpage en pôles est-il construit en cohérence avec la stratégie de l'établissement ?

## Annexe 1-A: Retraitement de la marge brute F1 (1/2)

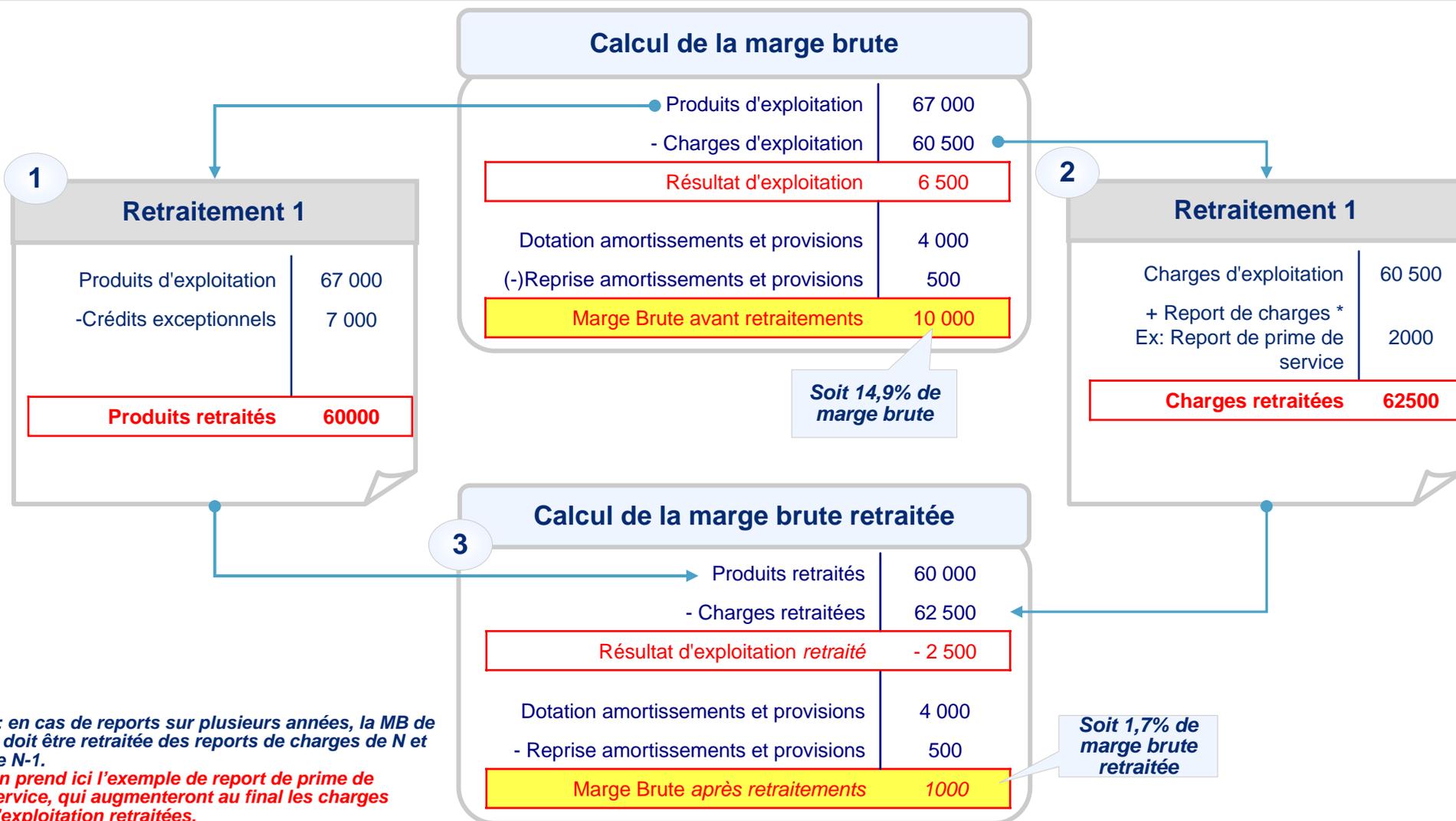
1er tableau : Retraitement des agrégats principaux du compte de résultat

Données en K€	Montant Année N	Commentaires
Produits d'exploitation (1)	<b>67 000</b>	① Si possible indiquer l'objet de ces crédits. Il faut faire attention au cas où des dotations aux provisions ont été comptabilisées à même hauteur (Dans ce cas il n'y a pas d'impact sur la Marge brute)
- Crédits exceptionnels (2)	7 000 ①	
<b>Produits retraités (3) = (1)-(2)</b>	<b>60 000</b>	
Résultat d'exploitation	6 500	② Dotations aux amortissements et aux provisions ③ Reprise sur amortissements et provisions
+ DAP ②	4 000	
- RAP ③	500	
Marge brute avant retraitements (4)	10 000	
<b>Taux de MB avant retraitements (5)=(4)/(1)</b>	<b>14,9%</b>	
Reports de charges (6)*	2 000	
Marge brute retraitée (7) = (4) - (2) -(6)	1 000	
<b>Taux de MB après retraitements (8)=(7)/(3)</b>	<b>1,7%</b>	

\* : en cas de reports sur plusieurs années, la marge brute de N doit être retraitée des reports de charges de N et de N-1

# Annexe 1-A: Retraitement de la marge brute de l'année F1 (2/2)

Retraitement des agrégats principaux du compte de résultat pour obtenir une vision sincère de la marge brute



# Annexe 1-B: Evaluation du montant de pertes non comptabilisées

## 2ème tableau : Détermination des pertes latentes non comptabilisées

Données en K€	Montant Année N	Commentaires
<b>Provisions pour risques et charges non constatées</b> - Provisions Compte épargne Temps- Médecins ① - Provisions Compte épargne Temps- Autres② - Autres provisions (à détailler) ③ ..... <p style="text-align: right;"><b>Sous Total 1</b></p>		① En général sous provisionné par rapport à la dette réelle ② Plus rarement sous provisionné ③ A voir avec l'établissement au cas par cas
<b>Provisions (et pertes) sur hospitalisés pour dépréciations non constatées</b> - Créances admises en non valeur non apurées④ - Provisions pour créances supérieures à 1 an⑤ - Autres provisions (à détailler)③ ..... <p style="text-align: right;"><b>Sous Total 2</b></p>		④ Si ces créances ne sont pas encore passées en pertes ⑤ Considérer pour 80 à 90% que ces créances seront finalement admis en non valeur ③ voir plus haut
<b>Autres actifs sans valeurs (ou à déprécier)</b> - Actifs non (ou insuffisamment) amortis⑥ - Autres pertes latentes (à détailler) ③ ..... <p style="text-align: right;"><b>Sous Total 3</b></p>		⑥ Analyser notamment si les bâtiments destinés à être détruits dans un futur proche seront ou pas amortis à ce moment là. ③ voir plus haut
<b>Total général 1+2+3</b>		

*\*: Réexaminer aussi en cas de budget annexe, les clés de refacturation retenues qui peuvent inclure des transferts indus entre le budget Hôpital et les autres budgets*

# Annexe 2: calcul de l'indicateur IPMCO (P1) : Indicateur de performance MCO

Source: ATIH

## La formule de calcul de l'IPMCO depuis 2005:

<b>Numérateur</b>	<u>Recettes 100% TAA</u> issues de la valorisation des éléments suivants (1) : <u>En MCO :</u> GHS Journées des séjours de durée supérieure à la borne haute + Décote des séjours de durée inférieure à la borne basse + Journées en UM de réanimation, surveillance continue, soins intensifs + Journées en UM de néonatalogie, soins intensifs de néonatalogie, réanimation néonatale + Passages aux urgences (ATU) + Consultations et actes externes (aux urgences et hors urgences) + Forfaits techniques + IVG + Dialyse en séance + Séances sur malade hospitalisé (dialyse ou radiothérapie) + Forfaits petit matériel + Dispositifs médicaux implantables + Molécules onéreuses + Protonthérapie + Prélèvements d'organes <u>En HAD:</u> GHT + Molécules onéreuses <u>Recettes forfaitaires:</u> Forfait annuel Urgences, Greffes, Prélèvement d'organes
<b>Dénominateur</b>	<u>Charges nettes correspondantes:</u> Charges nettes des sections d'imputation : SI1Aa MCO ; SI1Ab Consultations; SI1B HAD ; SI1C Urgences - <u>moins</u> Montant annuel des MERRI fixes (2)

(1) La valorisation tient compte du coefficient géographique.

(2) Les charges correspondant à ces missions d'enseignement, recherche, références, innovation, qu'il n'est pas possible de dissocier des charges courantes de la section MCO, sont estimées par le montant de la dotation destinée à les couvrir. Le montant des MERRI est donc soustrait des charges constatées.

## Annexe 3: Liste des établissements

- **Les établissements qui ont fait partie des premières études Diagnostic Flash et des études menées conjointement avec la MeaH sont répartis comme suit :**

CHU/ Etablissement CHU	E18*, E19*, E20*, E21*, E32**, E35**
CH avec un budget de dépenses supérieur à 70 M€	E3, E4, E5, E6, E7, E8, E11, E14, E15, E16, E22*, E23*, E37**
CH avec un budget de dépenses compris entre 20 et 70 M€	E2, E12, E17, E25*, E26*, E27*, E28*
CH avec un budget de dépenses inférieur à 20 M€	E24*
PSPH	E9, E33**, E34**
Etablissement privé à but lucratif	E1, E10, E30*, E31*, E36**
CLCC	E13, E29*

\*: Données issues d'études Imagerie menées conjointement avec la MeaH

\*\* : Données issues d'études Urgences ou Imagerie spécifiques

## Annexe 4: Glossaire des abréviations

### Liste des abréviations mentionnées :

AGHN	Analyse de Gestion Hospitalière Nationale
DAP	Dotation aux amortissements et aux Provisions
DIM	Directeur de l'Information Médicale
DMI	Dispositifs Médicaux Implantables
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DREES	Direction de la Recherche et des Etudes Statistiques
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ETP	Equivalent Temps Plein
FRE	Fonds de Roulement d'Exploitation
GHM/S	Groupement Homogène de Malades/ de Séjours
GVT	Glissement Vieillesse Technicité
HAD	Hospitalisation à Domicile
ICARE	Application qui permet de remonter vers la tutelle les retraitements comptables des établissements
ICNE	Intérêts Courus Non Echus
ICR	Indice de Coût Relatif
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
IPME	Indicateurs de Production Médico-Economique

MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MEAH	Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers
MERRI	Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation
PGFP	Plan Global Financement Pluriannuel
PH	Praticien Hospitalier
PM	Personnel Médical
PMCT	Poids Moyen du Cas Traité
PNM	Personnel Non Médical
PPI	Plan Pluriannuel des Investissements
RAP	Reprise sur Amortissements et Provisions
Recettes 100% T2A	Recettes que devrait percevoir l'établissement si le financement à l'activité était appliqué complètement (cf annexe 3)
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
TBFEPS	Tableau de Bord des Indicateurs Financiers des Etablissements Publics de Santé
TMD	Temps de Mise à Disposition par l'établissement (cf. définition MeaH)
TROS	Temps Réel d'Occupation des Salles (cf. définition MeaH)
TVO	Temps de Vacation Offert aux Praticiens (cf. définition MeaH)