

RÉFÉRENTIEL

INDICATEURS D'ACTIVITÉ ET INDICATEURS MÉDICO-ÉCONOMIQUES



Référentiel « indicateurs d'activité et indicateurs médico-économiques » Conseil scientifique du CNIS

La performance hospitalière est multidimensionnelle (buts multiples : efficacité clinique, efficience dont équilibre financier, responsabilité envers les RH, sécurité, approche patient, responsabilité envers la population) et ne repose pas seulement sur des indicateurs économiques ou financiers (PATH OMS). Pour appréhender la situation d'un établissement de santé (ES), il est nécessaire d'avoir plusieurs niveaux d'analyse et de comprendre les complémentarités et interdépendances.

La fiche « indicateurs d'activité et indicateurs médico-économiques » ne juge pas la performance hospitalière avant projet d'investissement mais a comme objectifs de :

- Connaître la situation initiale de l'établissement avant le projet tant en termes d'activité que de situation médico-économique ; la fiche est une photo synthétique aidant à la compréhension de la situation au t0, elle est analysée en symétrie de la fiche financière t0
- Identifier conjointement (diagnostic partagé ES et ARS) les leviers d'actions possibles
- Commencer à alimenter le PMSP du projet immobilier et la vérification de la plausibilité des hypothèses prises dans le cadre du projet d'investissement

Pour l'ensemble des indicateurs de la fiche, on analysera une période de 5 ans : les années 2016, 2017, 2018, 2019 et 2021 seront prises en compte, 2020 si elle est fournie ne sera pas considérée. Quand aucune période n'est spécifiée, c'est l'année 2019 qui doit être préférentiellement utilisée comme référence. En complément de la vision établissement, il est conseillé de fournir les indicateurs sur le périmètre du projet s'il ne concerne qu'une partie de l'activité de l'ES en fonction de leur pertinence.

Capacités et structuration de l'ES

	Etablissement de santé (ES)	Périmètre du projet si < ES	Interprétation/appréciation
Nombres de lits, de places par champs (MCO, SSR, PSY...), type d'autorisation (soins critiques, urgences, SIOS) et modalité d'activité (HC, HS, HJ ¹)			<p><i>1^{ère} description de la capacité, de la structure et de l'organisation de l'ES et du périmètre du projet :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>identification de spécificités liées aux champs et type d'activités</i> - <i>compréhension des organisations d'activité et donc des ré-organisations projetées</i> - <i>description nécessaire aux comparaisons et parangonnage</i> - <i>première approche du périmètre du projet</i>
Nombre d'unités et de services			
Nombre de lits et place ouverts moyens par an des unités d'hospitalisation complète et des unités d'hospitalisation de jour (<i>capacité moyenne ou capacité utilisée par l'établissement pour ses cadres de fonctionnement</i>)			
Nombre de sites opératoires et interventionnels, nombre total de salles et nombre de salles pour chacun des sites			
Nombre d'appareils scanner, IRM, TEP, accélérateurs			
Nombre d'ETP PM ² hors internes et tendance sur 3 ans			
Nombre d'ETP PNM ² et tendance sur 3 ans			
Organisation pavillonnaire ou non. Si oui : répartition en lits et places par bâtiment			

¹ HC = hospitalisation complète, HS = hospitalisation de semaine, HJ = hospitalisation de jour

² ETP PM et PNM : équivalents temps plein (ETP) pour le personnel médical (PM) et le personnel non médical (PNM) ; indiquer l'écart entre les 3 dernières années et le taux d'évolution sur la période considérée

Activité annuelle détaillée sur les 5 dernières années (ex : 2014-2019)

	Etablissement de santé (ES)	Périmètre du projet si < ES	Interprétation/appréciation
Nombre de séjours et nuitées par champ et modalité d'activité hors séances Nombre de séances de chimiothérapie, radiothérapie, dialyse			<p><i>1^{ère} description de l'activité de l'ES et du périmètre du projet :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>volumétrie macro et identification des grands champs d'activité</i> - <i>identification de spécificités liées au poids de l'ambulatoire, de la chirurgie, des urgences et de séjours longs, et liées à l'âge des patients</i> - <i>description nécessaire aux comparaisons et parangonnage</i>
Nombre de séjours médicaux ambulatoires hors séances, taux de chirurgie ambulatoire			
Histogramme de la distribution de la durée de séjour ou détail des déciles de durée (hors séances) par champ			
Nombre d'interventions (totales et par salle)			
Nombre de passages aux urgences, taux d'hospitalisation à partir des urgences et taux de séjours entrés par les urgences. <i>Préciser si les urgences pédiatriques et gynécologiques sont incluses ou détaillées à part</i>			
CA T2A (100% AMO)			
Age moyen des patients			

Remarque : les activités des plateaux médico-techniques type biologie, anatomopathologie, radiothérapie... seront explorées lors de l'analyse détaillée du projet d'investissement (t1).

Positionnement sur le(s) territoire(s) sur les 5 dernières années

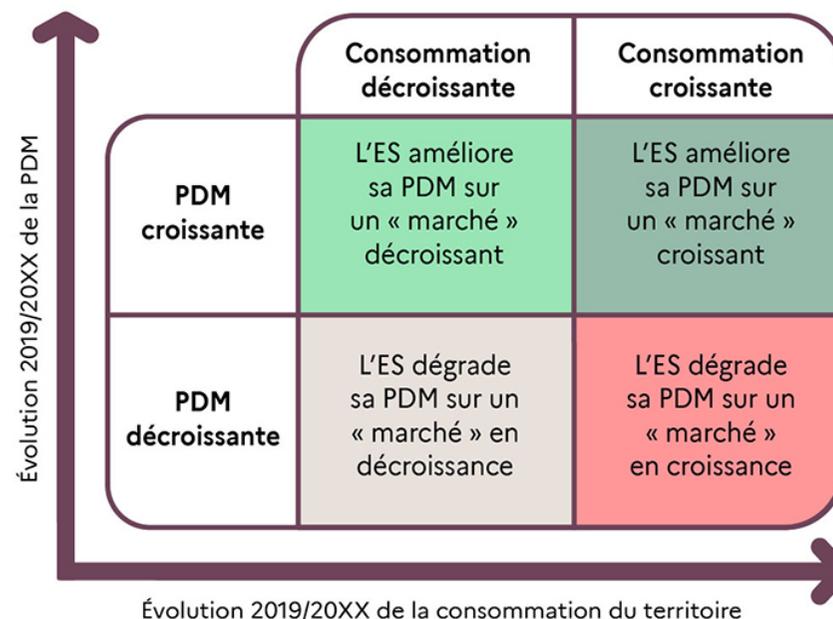
Préalables :

- définition du territoire de proximité et du territoire de recours de l'établissement
- définition du territoire de proximité et du territoire de recours du périmètre du projet
- description succincte de l'offre de soins sur les territoires : nombre d'ES et de GHT, nombre de lits des différents champs, nombre de lits de soins critiques pour 100 000 habitants et poids de l'ES dans cette offre, nombre de sites d'urgence

Attendus :

- Description de la dynamique de la consommation de soins et des fuites sur les territoires (ES et projet) sur 5 ans
- Description de la dynamique des parts de marché de l'ES (et de son GHT ?) sur les territoires, par champs et modalité d'activité au global et sur le périmètre du projet
- Positionnement matriciel des activités de l'ES (a minima celles impactées par le projet) selon la dynamique de consommation du territoire et la dynamique des parts de marchés de l'ES

Si les éléments ci-dessus sont repris dans le PMSP du projet, la transmission du PMSP est suffisante.



		Etablissement de santé (ES)	Périmètre du projet si < ES	Interprétation/appréciation
N	Distribution de la fréquentation annuelle globale, par jour et par structure (variation saisonnière)			Appréciation du nombre de séjours en cours chaque jour, des fluctuations hebdomadaires et saisonnières ; intensité du besoin de modularité et d'ajustement des structures
J & durée	Nombre de journées annuelles moyennes d'ouverture des unités HC, HS et HJ MCO et pour les HS, le nombre de nuitées hebdomadaires moyennes			Appréciation du potentiel d'activité des unités d'HC, d'HS et d'HJ ; le nombre de journées d'HC étant comparé à 365 jours, celui d'HS et d'HJ à 250
	IPDMS Hospi-Diag par champ ³		<i>sur séjours réalisés en tout ou partie dans le périmètre</i>	Appréciation de la maîtrise des durées de séjour de l'ES (<i>maîtrise nécessaire pour qu'un établissement bénéficie de tout le potentiel de son activité : recettes T2A / coûts</i>) et de l'optimisation des organisations et des parcours de soins. Un IPDMS supérieur à 1 soulève question.
	Taux de rotation théorique annuel (TR) en séances ou ambulatoire médical et en ambulatoire chirurgical			Appréciation de potentielles sur- ou sous-capacités en ambulatoire selon que le TR est en écart important avec 1.
	Taux d'occupation (TO) théorique annuel en hospitalisation complète hors soins critiques en médecine, chirurgie et obstétrique			Appréciation de l'occupation des lits MCO d'hospitalisation complète et de soins critiques, de leur éventuelle variation saisonnière et de la possibilité

³ Les IP-DMS (définition Hospi-Diag) sont reprises en attendant des travaux complémentaires avec l'ANAP.

Occupation ⁴	TO théorique annuel en soins critiques et soins critiques pédiatriques TO théorique mensuel minimal et maximal par UF ; variation au cours de l'année			d'absorption ou non d'activité supplémentaire ou non programmée.
	TO théorique moyen en hospitalisation de semaine ⁵			Appréciation de l'occupation des lits MCO d'hospitalisation de semaine lissée sur l'année et de potentielles sur- ou sous-capacité (<i>interprétation selon : nb de journées annuelles d'ouverture, capacité, nb de journées d'ouverture par semaine</i>)
	Positionnement matriciel des structures selon TO et DMS ⁶			Appréciation des marges de manœuvre par structure ; possible alimentation du dialogue de gestion ; cf. infra
		Etablissement de santé (ES)	Périmètre du projet si < ES	Interprétation/appréciation
Lourd	Taux de sévérité 2,3 et 4 sur les séjours éligibles ⁷			Appréciation de la lourdeur et complexité des prises en charge retrouvées dans les bases médico-

⁴ Contrairement à Hospi-Diag, il est proposé de différencier la médecine, l'obstétrique, la chirurgie et les soins critiques à partir du typage des unités et de leur rattachement aux disciplines SAE et non à partir des données de groupage PMSI. Les unités de gynécologie seront considérées comme chirurgicales ; les unités de dialyse et les unités d'urgence ne seront pas incluses.

Le détail des regroupements est mis à disposition en annexe. Les unités ambulatoires seront identifiées d'après le mode d'hospitalisation « Hospitalisation partielle » et les unités d'hospitalisation complète d'après le mode d'hospitalisation « hospitalisation complète ». Les unités mixtes (mélangeant ambulatoire et complète) ne seront pas incluses.

Le taux de rotation annuel en unité ambulatoire est = nombre de séjours (RSS) annuels dans les unités considérées / (250 * nombre de places des unités considérées)

Le taux d'occupation annuel en unités complète ou de soins critiques est = nombre de nuitées dans les unités considérées sur l'année / (365 * nombre de lits des unités considérées)

Le taux d'occupation mensuel en unités complète ou de soins critiques est = nombre de nuitées dans les unités considérées sur un mois / (30,4 * nombre de lits des unités considérées).

La non prise en compte des journées de fermetures pour congés, travaux, désinfection, week-end... sera pondérée par les commentaires de l'ES.

⁵ TO moyen en HS = nombre de nuitées dans la structure considérée / (nombre de lits * 250)

La non prise en compte des journées de fermetures pour congés, travaux, désinfection, week-end... sera pondérée par les commentaires de l'ES ; à expliciter en particulier en cas de restructuration en cours.

⁶ Il est proposé de positionner les structures selon leur TO et l'IPDMS des séjours passés par la structure. Pour une structure considérée, si les séjours sont en général communs à d'autres structures (ex : en cas de service de soins critiques chirurgicaux distinct du service de chirurgie « froide ») l'interprétation de l'IPDMS devra être pondérée.

⁷ Définition différente d'Hospi-Diag : numérateur = nombre de séjours de niveau 2, 3, 4, B, C, D / dénominateur = séjours éligibles aux niveaux 2 et B et plus (sélection sur les racines de GHM sensibles aux sévérités et sur la durée de séjour) ; indicateur à calculer.

				administratives (<i>lien contenu du dossier médical et codage</i>). Taux faible et taux élevé posent question et sont à analyser en connaissant la nature des activités conventionnelles de l'ES
	Poids moyen de la journée brute (PMJ) par regroupements de structure ⁸ (médecine, chirurgie, obstétrique et soins critiques)			Estimation de la recette moyenne par jour par lit ; permet d'approcher le CA du périmètre du projet
Actes	Nombre moyen d'examen annuels par type d'EML			Appréciation de l'activité d'imagerie par appareil et du potentiel
	Nombre moyen annuel d'ICR de bloc (hors anesthésie) par salle opératoire et interventionnelle ⁹			Appréciation de l'activité chirurgicale par salle et du potentiel
RH	<i>Optionnel (indicateur en cours de validation)</i> Temps soignant IDE par lit ou place par regroupements de structure ¹⁰ hors soins critiques Temps soignant AS par lit ou place par regroupements de structure hors soins critiques			Indicateur exprimé en nombre d'heures par 24h et par lit. prenant en compte les variations de durées de postes, la modulation des temps de jour et de nuit, les modalités organisationnelles, l'interdisciplinarité. Il permet d'apprécier le temps soignant mis à disposition des patients ; il est analysé conjointement avec les taux d'occupation et taux de rotation.

⁸ PMJ par regroupements de structure = somme des recettes GHS – EXB + EXH + suppléments liés à autorisation + suppléments liés à acte de la structure considérée / nombre de journées brutes de la structure (nombre journées brutes = (date de sortie – date d'entrée) + 1 si date d'entrée = date de sortie)

Le détail des regroupements d'unités est mis à disposition en annexe.

Les urgences et dialyse seront exclus. L'ES veillera à préciser quelle règle de rétribution il utilise pour la ventilation des recettes des séjours multi-unités.

⁹ Si l'ES le souhaite, il pourra aussi transmettre les temps moyens d'intervention, TROS et TOS de ses salles.

¹⁰ Nouvel indicateur en cours de validation ; pour un regroupement de structure (cf. annexe), temps soignant IDE par 24 par lit = $\Sigma [(nb \text{ IDE du matin} * \text{durée de poste}) + (nb \text{ IDE de l'après-midi} * \text{durée de poste}) + (nb \text{ IDE « coupés »} * \text{durée de poste}) + (nb \text{ IDE de nuit} * \text{durée de poste})]$ de chaque structure du regroupement considéré / Σ du nombre de lits du regroupement de structures considéré

Le cas échéant, si les cadres de fonctionnement d'une unité sont différents le week-end, deux temps soignants peuvent être calculés : celui de la semaine et celui du week-end.

	Recours à l'intérim et au remplacement ponctuel du PM ¹¹		Indicateur permettant d'apprécier les difficultés à pourvoir les postes de personnel médical sur la période : plus l'indicateur est proche de zéro moins le recours à l'intérim et aux remplacements ponctuel est important.
--	---	--	--

Proposition de questions et leviers discutés entre ES et ARS autour de la fiche :

- Réorganisation des activités internes : soins externes-ambulatoire-hospitalisation complète
- Bascules soins externes, hospitalisation de jour, hospitalisation complète
- Réorganisation d'activités et de parcours sur les territoires, entre ES
- Taux de rotation ambulatoire
- Maitrise des durées de séjour (pré- ; aval...)
- Impact de l'activité non programmée (via les urgences ou en entrée directe)
- Personnels
- Positionnement matriciel TO et IPDMS



¹¹ Indicateur = [(valeur du compte budgétaire 621.13) + (valeur du compte 642.3)] / [(valeur du compte 642) + (valeur du compte 645.2) + (valeur du compte 647.2)]

Positionnement matriciel

	IP DMS des séjours passés par la structure considérée < 1	IP DMS des séjours passés par la structure considérée >1
TO > 90%	Risque de saturation	Action sur les durées ? Analyse des sévérités ?
TO < 90%	Fluctuation saisonnière, activités non programmées, activité pédiatrique... imposant un TO faible ? Organisation, offre	



	IP DMS des séjours passés par la structure considérée < 1	IP DMS des séjours passés par la structure considérée >1
TO > 90%	Si développement d'activité, capacité supplémentaire nécessaire Si saturation confirmée, capacité supplémentaire nécessaire	En cas de développement d'activité, une partie peut être intégrée à iso capacité : travail sur aval, sur bascule ambulatoire, sur lien ville
TO < 90%	Fluctuation saisonnière, activités non programmées, activité pédiatrique... imposant un TO faible ? Organisation, offre	Réduction capacitaire envisagée ? En cas de développement d'activité, commencer par réflexion à iso capacité



Regroupements MCO selon les types d'unité

Type UM	Classification de l'unité médicale fonctionnelle	Regroupement
01A	Réanimation adulte hors grands brûlés	soins critiques
01B	Réanimation adulte grands brûlés	brûlés
02A	Soins intensifs en cardiologie =USIC	soins critiques
02B	Autres soins intensifs (hors UNV,USIC, néonatalogie)	soins critiques
03A	Soins surveillance continue adulte hors grands brûlés	soins critiques
03B	Soins surveillance continue adulte grands brûlés	brûlés
04	Néonatalogie sans SI	soins critiques enfant
05	Soins intensifs en néonatalogie	soins critiques enfant
	Réanimation néonatale	soins critiques enfant
07A	UHCD structures des urgences générales	
07B	UHCD structures des urgences pédiatriques	
08	Soins et accompagnement des malades en phase terminale (unité de soins palliatifs)	médecine
13A	Réanimation pédiatrique hors grand brûlés	soins critiques enfant
13B	Réanimation pédiatrique grands brûlés	brûlés
14A	Soins surveillance continue pédiatrique hors grands brûlés	soins critiques
14B	Soins surveillance continue pédiatrique grands brûlés	brûlés
16	Unité d'hématologie équipée d'un système de traitement de l'air	soins critiques hémato
17	UNV hors SI	médecine
18	Soins intensifs en UNV	soins critiques
19	Unité d'addictologie de recours et de référence	médecine



Simulation de population v0.4 pro

20	Traitement des grands brûlés (hors réanimation et surveillance continue grands brûlés)	chirurgie
21	Hémodialyse en centre pour adulte	
22	Hémodialyse en centre pour enfant	
23	Hémodialyse en unité médicalisée	
34	Hémodialyse en unité d'autodialyse	
35	Hémodialyse à domicile	
36	Dialyse péritonéale à domicile	
37	Unité de dialyse saisonnière	
26	Unité hospitalière sécurisée interrégionale UHSI	médecine
40	Unité d'hospitalisation d'oncologie médicale	médecine
41	Unité d'hospitalisation d'oncologie chirurgicale	chirurgie
42	Unité de radiothérapie ambulatoire	médecine
43	Unité de chimiothérapie ambulatoire	médecine
50	Chirurgie cardiaque	chirurgie
51	Neurochirurgie	chirurgie
52	Autre chirurgie pédiatrique (ou chirurgie indifférenciée pédiatrique)	chirurgie
53	Autre chirurgie adulte (ou chirurgie indifférenciée adulte)	chirurgie
61	Unité de prise en charge de la douleur chronique	médecine
27	Médecine gériatrique	médecine
28	Médecine pédiatrique (hors unité d'oncologie médicale, spécialisée ou non)	médecine
29	Autres spécialités médicales adultes (non classées ailleurs) ou unité de médecine indifférenciée	médecine
70	Gynécologie seule	chirurgie
71	Obstétrique seule	obstétrique
72	Interruption volontaire de grossesse	obstétrique
73	Gynécologie obstétrique indifférenciée	obstétrique



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*