

# Guide méthodologique d'aide à la négociation, l'élaboration et au suivi des plans de redressement

*Liminaire* : Le plan de redressement est le terme prévu par le code de la santé publique pour les EPS. Il est également retenu dans ce guide pour désigner l'ensemble des mesures que doit prendre un établissement de santé privé ex-DG ayant reçu injonction de remédier au déséquilibre financier.

## **1. La conduite du plan de redressement**

Dès lors que le constat d'un déséquilibre financier est posé :

- L'ARH demande à l'établissement de présenter, dans un délai maximal de trois mois (pour les EPS), les mesures et le plan permettant de redresser la situation financière.
- Un diagnostic partagé est alors réalisé entre le directeur d'établissement, en relation avec le conseil exécutif, et l'ARH.
- L'établissement propose alors le plan de redressement. Dans les EPS, ce plan doit être voté par le conseil d'administration, après avis des instances.
- Le projet, interne, est piloté par le chef d'établissement. A cet effet celui-ci ou son représentant (par exemple le directeur financier) :
  - réunit et anime les groupes de réflexion,
  - conçoit, renseigne, diffuse et commente le suivi d'avancement du plan,
  - prépare les rapports trimestriels à la tutelle.
- Dans les EPS, il revient au conseil exécutif de « contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan de redressement.. » (article L 6143-6-1 du CSP)

## **2. Les principes directeurs du plan de redressement**

- Le plan de redressement nécessite de positionner précisément l'établissement par rapport au SROS et à son territoire de santé

La première démarche que l'ARH doit engager avec l'établissement concerné par le plan de redressement, avant toute simulation financière ou recherche de pistes d'économies, doit être de conforter, ou au contraire de remettre en cause, le positionnement stratégique de l'établissement. Il s'agit donc ici de situer l'établissement dans l'offre territoriale de soins, son environnement et son activité et ses parts de marchés par rapport aux autres établissements de santé publics et privés.

Trois types de décisions peuvent être proposés concernant le projet d'établissement :

- Abandon / développement d'activités
- Restructuration importante / coopération
- Maintien / recomposition /reconversion d'établissement, en particulier dans les zones où l'offre de soins est excédentaire

Une remise en cause du positionnement stratégique de l'établissement dans son territoire de santé ou par rapport au SROS, peut entraîner une modification significative du projet d'établissement et du CPOM et donc leur révision, selon les procédures en vigueur.

- Le plan de redressement est global : il concerne toutes les activités de l'établissement

Le plan de redressement doit porter sur l'ensemble des ressources et des emplois de l'établissement, toutes activités confondues. La période de mise en œuvre du plan de redressement doit être concertée entre l'établissement et l'ARH en fonction du diagnostic partagé. En tout état de cause, elle ne doit pas excéder pour son achèvement une durée de 3 ans, chaque tranche annuelle du plan devant être définie.

- Le plan de redressement vise à atteindre l'équilibre financier structurel

L'ARH et l'établissement doivent, dans le cadre du diagnostic préalable au plan de redressement et avant de réaliser des projections financières, prendre en compte l'équilibre budgétaire structurel de l'établissement, et non le seul résultat comptable.

Le **résultat structurel** est calculé en déduisant du résultat comptable enregistré lors du dernier compte financier, ou du dernier suivi quadrimestriel, toute aide allouée qui ne correspond pas à la mise en œuvre d'une prestation identifiée. Les ajustements de fin de campagne, les aides attribuées dans le cadre de plans de retour à l'équilibre antérieurs ainsi que les aides ponctuelles attribuées par le ministre de la santé, doivent donc être soustraits.

Un retraitement complémentaire, en fonction de la qualité comptable, peut s'avérer nécessaire dans le cas où figurent des montants importants sur les comptes suivants :

- Comptes de charges/produits exceptionnels (67/77)
- Dotations ou reprises de provisions et dépréciations (notamment pour risques et charges...).
- Pertes sur créances irrécouvrables (compte 654) (il convient de ne retenir que le montant correspondant à la perte courante liée au non recouvrement probable de certaines créances).

Il s'agit ainsi de montrer, le cas échéant, le décalage existant entre le résultat comptable et le résultat corrigé (structurel), qui masque les réels efforts d'économies à réaliser. C'est à partir du résultat structurel de l'établissement que le plan de redressement doit se construire.

L'objectif de l'équilibre structurel du CRPP au terme du plan correspond à :

- la fin de la mise en œuvre des réformes MERRI et de la tarification à l'activité 100% avec le coefficient de transition égal à 1 ;
  - un résultat réalisé sans reprises sur provisions injustifiées, recettes exceptionnelles ou encore aides déléguées durant cet exercice ;
  - un retour à l'équilibre à échéance du plan.
- Les efforts doivent viser prioritairement la maîtrise des charges et agir sur les principaux postes, notamment les charges de personnel.
  - Le plan de redressement ne doit pas comporter de rééquilibrage par les recettes, sauf situation dûment argumentée et justifiée comme :
    - une augmentation de l'activité dans le cadre des hypothèses nationales tarifs/volume
    - une amélioration du codage si le sous codage est avéré
    - une forte croissance démographique sur le territoire de santé

- une augmentation des parts de marché connue et chiffrée, dans le respect des OQOS, s'expliquant par :
    - des fermetures de structures sur le territoire de santé ;
    - l'augmentation continue de l'activité depuis trois ans
  - des réouvertures de lits suite à des fermetures liées à des programmes de travaux importants.
- Le plan de redressement est basé sur un diagnostic partagé entre l'établissement et l'ARH

Les solutions pour atteindre le retour à l'équilibre sont déterminées après avoir réalisé un diagnostic précis. Une attention particulière doit être portée au premier poste de dépenses de l'établissement, à savoir les charges de personnel. Le plan de redressement devra détailler les mesures pour maîtriser, voire dans certains cas, diminuer la masse salariale, les économies à réaliser par année pendant la durée du contrat, la restructuration de l'ensemble des secteurs de l'hôpital...

### **3. Le diagnostic préalable**

Un diagnostic médico-économique et financier préalable est nécessaire. L'amélioration de la santé économique des établissements passe en premier lieu par la maîtrise des dépenses, liée notamment à l'amélioration de la qualité et l'augmentation de la productivité. Le diagnostic doit permettre d'analyser la performance médico-économique à l'aide d'indicateurs tels que ceux développés dans l'outil diagnostic flash et les travaux de la MEAH, et de fixer dans le plan de redressement des indicateurs de performance construits notamment à partir des répertoires d'indicateurs de la MEAH.

Un certain nombre d'informations sont disponibles et doivent permettre de réaliser le diagnostic. Il s'agit notamment du PMSI (valorisation T2A, parts de marché, lourdeur de prise en charge, coefficient de transition...), de l'EPRD (résultat, CAF, PGFP ...), du retraitement comptable avec la base ICARE (coûts des unités d'œuvre), de la SAE, du Tableau Bord Financier des EPS...

Le site « SNATIH » reprend l'ensemble des bases de données sur des indicateurs suivis par tous les établissements permettant d'effectuer des comparaisons entre établissements présentant des caractéristiques proches en termes de taille et de statut.

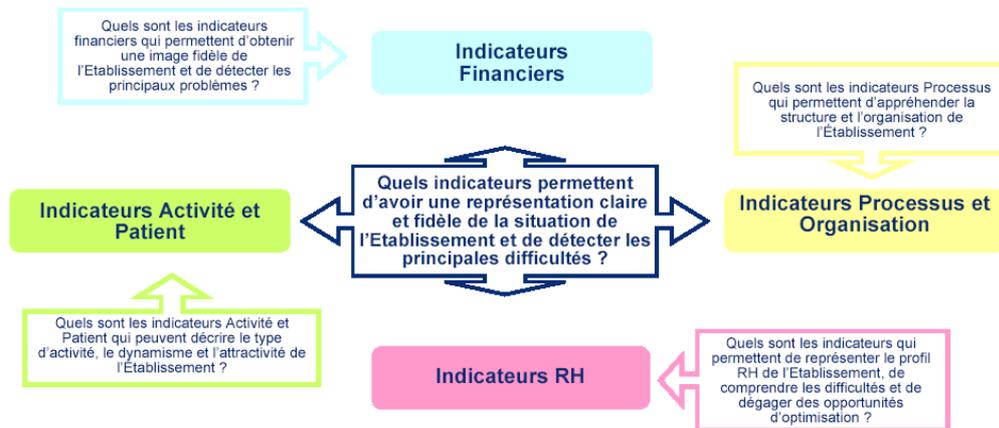
De plus, il est recommandé de s'appuyer sur les documents de comptabilité analytique (base GACAH, compte de résultat par pôle, Tableau Coût Case Mix...) pour déterminer les secteurs d'activité les plus en difficulté.

A cet effet, vous veillerez, à ce que les établissements tiennent une comptabilité analytique selon la nomenclature prévue par le code de la santé publique et ses textes d'application.

**A minima, un diagnostic flash, à partir du dernier exercice clos, doit être réalisé.**

La liste des indicateurs du diagnostic flash est proposée dans l'annexe 1.

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



Le diagnostic Flash hospitalier est une analyse de la performance d'un établissement de santé suivant quatre axes : Financier, Patient, Processus, Ressources Humaines.

Cet outil d'analyse 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.

### 3.1 Les indicateurs financiers

Sources utilisées : EPRD, TBFEPs (pour les EPS), diagnostic flash

L'analyse financière d'un établissement de santé vise à déterminer la structure et l'évolution des dépenses et des recettes sur trois ans, sans nécessairement la remettre en cause. Il s'agit d'un préalable à la recherche d'économies potentielles.

L'analyse de la structure des dépenses et des recettes peut être complétée par une analyse comparative de l'évolution des titres. L'objectif est de faire ressortir des écarts dans l'évolution des dépenses et recettes, afin de pouvoir justifier ou non du caractère atypique des évolutions constatées lors de la première étape d'analyse. Une analyse bilantielle complémentaire doit être réalisée, en lien avec les programmes d'investissements inscrits dans le projet d'établissement puis repris dans le programme global de financement pluriannuel (PGFP). A minima, un état doit être réalisé sur la vétusté et l'endettement et sur la capacité de financement à long terme.

Des comparaisons peuvent être réalisées :

- Pour les indicateurs du diagnostic flash avec la médiane des établissements de même catégorie
- Pour les autres indicateurs, l'ARH peut se constituer une base de comparaison régionale à partir des données dont elle dispose.

Il sera possible de faire ressortir une moyenne de chaque titre de dépenses et recettes par catégorie d'établissement dans la base de données de référence. Une augmentation (dépenses) ou une diminution (recettes) de l'écart entre la base et l'établissement devra attirer l'attention. Théoriquement, cela signifiera que les dépenses ou recettes évoluent de manière atypique. Une explication de l'établissement pourrait, dans ce cas, être utile.

### 3.2. Les indicateurs relatifs à l'activité et à la prise en charge des patients

Sources utilisées : PMSI, AGHN et IPME, diagnostic flash en particulier les comparaisons avec la médiane des établissements de même catégorie

Les perspectives d'évolution des recettes doivent prendre en compte :

- l'évolution de l'activité en fonction de l'évolution enregistrée depuis trois ans, de la projection de la population dans le territoire de santé, de l'évolution des parts de marché constatée depuis trois ans, des objectifs du SROS, du développement des alternatives à l'hospitalisation
- les gains/pertes escomptés compte tenu du coefficient de transition à case-mix constant
- la gestion des recettes : optimisation du codage, amélioration du recouvrement, augmentation des recettes du titre 3 notamment en développant les prestations individuelles.

### 3.3. Les indicateurs sur les ressources humaines

Il s'agit d'identifier les secteurs d'activité où la productivité est faible et les catégories de personnel sur lesquelles l'établissement doit porter ses efforts de productivité. Une productivité faible peut s'expliquer soit par des effectifs importants, soit par un coût moyen du travail élevé.

Au préalable il est nécessaire de mesurer le temps de travail effectif et de prendre en compte le recours aux heures supplémentaires, au CET, à l'intérim ainsi que le taux d'absentéisme, la pyramide des âges, le GVT et le régime indemnitaire. Une analyse de la rotation des effectifs (notamment l'échéancier des départs en retraite) doit également être réalisée.

Ce diagnostic doit permettre d'identifier les conditions d'une maîtrise, voire d'une diminution de la masse salariale, en particulier par l'amélioration de la productivité du personnel. Il doit aussi permettre d'assurer la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

En fonction de l'analyse effectuée à partir des indicateurs, la conclusion probablement fréquente est que **les efforts devront porter prioritairement sur la maîtrise des charges et en particulier sur les charges de personnel**, en lien avec l'activité médicale.

### 3.4. Les indicateurs de processus et d'organisation

Référence aux travaux de la MEAH : <http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/>

Dans la préparation du diagnostic et des mesures de retour à l'équilibre, les indicateurs de la MEAH (sur l'imagerie, les blocs...) doivent être exploités :

- l'organisation des gardes et astreintes (coût/activité) et de la permanence des soins, développement de la chirurgie ambulatoire
- l'organisation des plateaux techniques (bloc opératoire, imagerie, stérilisation laboratoire), possibilité de comparer les prix CCAM aux coûts unitaires
- la durée moyenne de séjour

### 3.5. L'impact des investissements sur les recettes et les charges d'exploitation

Avant toute adoption de mesures d'économies, l'établissement doit mesurer les impacts de ses futurs investissements sur l'exploitation. C'est un préalable à toute démarche de contractualisation. Les plans d'investissements pèsent sur l'exploitation à court et moyen terme. Lorsqu'un établissement est en situation de plan de redressement, les investissements de productivité, conçus sur la base d'une étude organisationnelle préalable et d'une juste évaluation des besoins, doivent être privilégiés. Un examen approfondi doit être réalisé avant d'autoriser tout nouveau programme. Une remise en cause du plan d'investissement peut être envisagée, si les surcoûts d'exploitation dégradent l'équilibre financier.

Il faut donc analyser l'impact du programme d'investissement sur les charges d'exploitation :

- surcoût sur le titre 4 de charges
- pertes temporaires sur les recettes d'exploitation
- gains/surcoûts sur les autres titres de dépenses.

### 3.6. La synthèse du diagnostic : forces, faiblesses et opportunités

Exemple :

FORCES	FAIBLESSES
Activité cohérente dans le territoire de santé	Programme d'investissement important au regard de la détérioration des résultats d'exploitation
Bonne productivité du personnel MCO clinique	Vétusté : amiante
Présence de lits d'aval pour fluidifier la prise en charge des patients (taux d'occupation MCO bon)	Déficits d'exploitation sur le long terme
Effort pour le retour à l'équilibre déjà entrepris	Trésorerie : impact des reports de charges et des ponctions avancées de trésorerie
OPPORTUNITES	MENACES
Marge d'amélioration des fonctions supports	Fuite de la patientèle pendant les travaux
	Perte T2A
	Cliniques concurrentes sur le MCO
LEVIERS D'AMELIORATION	
Etude des investissements et optimisation des coûts	
Plan de redressement supplémentaire malgré les efforts déjà réalisés	

## 4. La construction du plan de redressement

### 4.1. Les simulations financières avant mesures du plan

Les simulations proposées porteront sur 5 ans afin de prendre en compte les programmes d'investissement dans le temps et de s'assurer de la pérennité du retour à l'équilibre même si le plan de redressement doit être réalisé sur 3 ans.

A l'issue de ce diagnostic, l'établissement effectue une simulation pluriannuelle de sa situation financière pour les cinq prochains exercices en l'absence de plan de redressement. Dans cette simulation ne doivent figurer ni l'impact des mesures envisagées dans le cadre du plan, ni un éventuel financement exceptionnel. Elle intègre les seules données économiques connues à ce jour ainsi que des mesures ou tendances déjà identifiées et décidées.

Etablissement :		N	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5
<b>Produits</b>							
Coefficient de transition							
Vitesse de convergence T2A		30%					
Coefficient géographique							
Activité (Valorisation tarification applicable en 2007) Ne pas inclure d'hypothèse d'évolution de tarifs	Séjours (GHS, Extrêmes, suppléments réa, soins intensifs, néonatal...) consultations et actes externes& forfaits techniques. Inclure les "pertes" d'activité lié au programme d'investissement						
Médicaments et dispositifs médicaux T2A	inclure une évolution similaire en dépenses						
Forfaits annuels	Forfait transplantation, Urgences, prélèvements organes						
MIGAC	Reconduction hors aides exceptionnelles						
DAF	Reconduction hors aides exceptionnelles						
Titre 2 Autres produits de l'activité hospitalière	Reconduction						
Titre 3 Autres produits	Reconduction						
<b>TOTAL</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Charges</b>							
Titre 1 Charges de personnel	inclure hypothèse gvt, non remplacement...						
Titre 2 Charges à caractère médical	inclure évolution // à celle retenue pour recettes MOL et DMI,						
Titre 3 Charges à caractère hôtelier et général	inclure les renégociation de contrat						
Titre 4 Charges amortissements / frais financiers	Inclure les surcoûts d'exploitation liés au programme d'investissement						
<b>TOTAL</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>RESULTAT COURANT AVANT PLAN DE REDRESSEMENT</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Resultat cumulé antérieur</b>			0	0	0	0	0

	COMPTE ANTICIPE N-1	PREVISIONS N	PREVISIONS N+1	PREVISIONS N+2	PREVISIONS N+3	PREVISIONS N+4
<b>INSUFFISANCE D'AUTOFINANCEMENT</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
Titre 1 - Remboursement des dettes financières	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Titre 2 - Immobilisations	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Titre 3 - Autres emplois	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>TOTAL DES EMPLOIS</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
Titre 1 - Emprunts	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Titre 2 - Dotations et subventions	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Titre 3 - Autres ressources	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
775	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>TOTAL DES RESSOURCES</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>APPORT AU (PRELEVEMENT SUR LE) FONDS DE ROULEMENT</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL</b>						
Fond de roulement net global (FRNG)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Variation du FRNG dans l'exercice	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
dont variation du FRNG "EPRD"	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
dont impact du traitement de la créance de l'article 58		0,00				
<b>BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT</b>						
Stock	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Créances et autres débiteurs	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Dettes d'exploitation et autres créditeurs	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Besoin en fonds de roulement au 31/12</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>VARIATION DU BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>TRESORERIE</b>						
liquidités et assimilés fin de période	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VARIATION DES LIQUIDITES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
financements à court terme	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
variation des financements à court terme	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trésorerie nette au 31/12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>VARIATION DE LA TRESORERIE NETTE</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

## 4.2. La recherche de solutions et les fiches actions

Le plan de redressement doit être basé sur l'optimisation de la gestion des dépenses et donc sur les économies à venir. Une augmentation substantielle des recettes doit systématiquement être justifiée et doit être une exception dans les voies du retour à l'équilibre. La réalisation du contrat portera sur la maîtrise globale des charges et des produits. L'ARH n'appréciera pas la réalisation du contrat au vu du respect de telle ou telle mesure mais à partir du résultat global.

Le diagnostic réalisé doit permettre de cibler les mesures d'économies, de productivité ou toute autre mesure à effectuer afin de permettre le retour à l'équilibre.

Pour les établissements concernés, l'élaboration du plan se traduira par la sélection des grandes mesures d'évolution et de transformation afin de pouvoir assurer leur mission dans la prise en charge du patient et de la permanence des soins tout en permettant le retour à l'équilibre à échéance du contrat. Les mesures à mettre en œuvre, issues du diagnostic partagé, concernent aussi bien l'activité que les coûts. Il s'agit d'identifier des mesures

concrètes et efficaces dont les délais de mise en œuvre sont réalistes et compatibles avec les échéances fixées pour le retour à l'équilibre. L'optimisation de l'activité doit être appréciée au regard des besoins de la population, des orientations du SROS, des possibilités de partenariat et du contenu des projets médicaux de territoire.

#### 4.2.1. Inventaire de mesures potentielles à examiner

- Les charges de personnel médical et non médical :
  - suppression ou non remplacement de postes (en volume et en valeur), par catégories,
  - maîtrise des dépenses de formation,
  - réexamen des avantages extra statutaires ou non conventionnels,
  - mise à plat des protocoles ARTT,
  - respect des règles relatives aux promotions,
  - diminution des dépenses d'intérim,
  - fixations d'effectifs cibles par activités selon leur niveau,
  - maîtrise de l'absentéisme,
  - meilleure organisation pour diminuer les astreintes et lignes de garde.
  
- La productivité du personnel médical et non médical
  - optimiser le temps de travail effectif et la productivité dans les secteurs d'activité où le diagnostic l'a identifiée comme faible ;  
Ce manque de productivité s'explique-t-il plutôt par :
    - des effectifs trop importants ?
    - un coût moyen du travail élevé ?
  - optimisation des heures supplémentaires, CET, intérim
  - niveau de l'absentéisme
  - pyramides des âges et GVT
  - régime indemnitaire : le FMESPP peut participer au financement d'aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de recomposition et de modernisation. Ces aides sont décrites en annexe 2.
  
- Les charges médicales et organisationnelles
  - optimisation du temps de mise à disposition des blocs (référence aux travaux de la MEAH)
  - optimisation de l'organisation des gardes et astreintes (coût/activité) et de la permanence des soins
  - développement de la chirurgie ambulatoire
  - optimisation de l'organisation des plateaux techniques (bloc opératoire, imagerie, stérilisation laboratoire).
  - constitution de partenariats éventuels avec d'autres établissements de santé pour la gestion des activités médico-techniques (partage d'appareils d'imagerie), logistiques voire médicales.
  - mutualisation (DIM, stérilisation...)
  - réorganisation des consultations
  
- La logistique : réorganisation, mutualisation et éventuellement externalisation (restauration, blanchisserie, renforcement de la fonction achat, optimisation du circuit du médicament), coûts d'exploitation et de maintenance des bâtiments par référence aux travaux de la MAINH

- Mesures de gestion : gestion active de la dette, amélioration de la chaîne de facturation et du recouvrement des créances, valorisation du patrimoine, gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences (GPEC)
- Rapprochement / restructuration : regroupement des laboratoires, fermeture de services, conversion d'activités, spécialisation des sites par type d'activité, coopération, fusion, GCS, GIE.....
- Redimensionnement des investissements  
Ré examen des projets d'investissements au regard de leur opportunité et de leur coûts, par référence aux indications contenues dans l'observatoire de la construction de la MAINH.
- Sur les recettes :
  - évolution d'activité, le cas échéant
  - gains liés au coefficient de transition (et prise en compte de la vitesse de convergence) et, le cas échéant, à la réforme des MERRI

#### **4.2.2. La sélection des mesures et les fiches action**

Vient ensuite la phase de sélection des mesures. L'objectif de cette étape consiste à sélectionner un ensemble opérationnel et cohérent de mesures d'organisation, de telle sorte que l'impact cumulé de ces mesures sur la simulation financière avant plan permette de déboucher sur une planification pluriannuelle acceptable. Le chiffrage des mesures retenues permet de passer de la simulation pluriannuelle avant plan (déficitaire) à la situation financière à l'issue du plan (à l'équilibre).

Le plan de redressement élaboré par l'établissement doit décrire et quantifier les mesures générales de retour à l'équilibre envisagées, afin de justifier un projet de planification financière qui n'intègre pas d'aide exceptionnelle de l'agence. En matière d'investissement, seules les opérations restructurantes et les mises aux normes doivent être retenues dans un premier temps. L'établissement en concertation avec l'ARH doit pouvoir rééchelonner voire abandonner certains projets d'investissements.

Des fiches actions sur les recettes et les charges devront être réalisées afin de suivre les mesures de redressement significatives. Elles sont déclinées, le cas échéant, par pôle. En nombre limité, elles devront être axées sur les mesures les plus significatives comme :

- l'évolution de la masse salariale et tableau des effectifs (ETP et rémunérés) sur 5 ans :
  - personnel médical
  - personnel non médical
  - heures supplémentaires
  - gardes et astreintes
  - personnel intérimaire
- la productivité médicale, les restructurations entreprises ou encore le redimensionnement du programme d'investissement.

### 4.3. Simulations sur 5 ans avec les mesures inscrites dans le plan de redressement

Une fois les pistes d'économies validées par l'ARH, l'établissement effectue une simulation pluriannuelle de sa situation financière pour les exercices n à n+5. Cette simulation intègre les hypothèses d'activité (coefficient de transition, évolution d'activité...), de dépenses (économies à réaliser par titres de dépenses) et leur échelonnement.

Etablissement :		N	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5
<b>Produits</b>							
Coefficient de transition							
Vitesse de convergence T2A		30%					
Coefficient géographique							
Activité (V alonisation tarification applicable en 2007) Ne pas inclure d'hypothèse d'évolution de tarifs	Séjours (GHS, Extrêmes, suppléments réa, soins intensifs, néonatal...) consultations et actes externes& forfaits techniques. Inclure les "pertes" d'activité lié au programme d'investissement						
Médicaments et dispositifs médicaux T2A	inclure une évolution similaire en dépenses						
Forfaits annuels	Forfait transplantation, Urgences, prélèvements organes						
MIGAC	Reconduction hors aides exceptionnelles						
DAF	Reconduction hors aides exceptionnelles						
Titre 2 Autres produits de l'activité hospitalière	Reconduction						
Titre 3 Autres produits	Reconduction						
<b>TOTAL</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Charges</b>							
Titre 1 Charges de personnel	inclure hypothèse gvt, non remplacement...						
Titre 2 Charges à caractère médical	inclure évolution // à celle retenue pour recettes MOL et DMI,						
Titre 3 Charges à caractère hôtelier et général	inclure les renégociation de contrat						
Titre 4 Charges amortissements / frais financiers	Inclure les surcoûts d'exploitation liés au programme d'investissement						
<b>TOTAL</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>RESULTAT COURANT APRES PLAN DE REDRESSEMENT</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Resultat cumulé antérieur</b>			0	0	0	0	0

	COMPTE ANTICIPE N-1	PREVISIONS N	PREVISIONS N+1	PREVISIONS N+2	PREVISIONS N+3	PREVISIONS N+4
INSUFFISANCE D'AUTOFINANCEMENT	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Titre 1 - Remboursement des dettes financières	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Titre 2 - Immobilisations	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Titre 3 - Autres emplois	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL DES EMPLOIS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Titre 1 - Emprunts	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Titre 2 - Dotations et subventions	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Titre 3 - Autres ressources	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
775	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL DES RESSOURCES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
APPORT AU (PRELEVEMENT SUR LE) FONDS DE ROULEMENT	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL</b>						
Fond de roulement net global (FRNG)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Variation du FRNG dans l'exercice	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
dont variation du FRNG "EPRD"	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
dont impact du traitement de la créance de l'article 58		0,00				
<b>BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT</b>						
Stock	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Créances et autres débiteurs	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Dettes d'exploitation et autres créditeurs	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Besoin en fonds de roulement au 31/12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VARIATION DU BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>TRESORERIE</b>						
liquidités et assimilés fin de période	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VARIATION DES LIQUIDITES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
financements à court terme	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
variation des financements à court terme	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trésorerie nette au 31/12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VARIATION DE LA TRESORERIE NETTE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

NB : Concernant le BFR, son évolution est à étudier en prenant en compte l'amélioration du recouvrement, la diminution des créances irrécouvrables, le paiement de l'URSSAF et de la taxe sur les salaires ainsi que le paiement des fournisseurs à échéance réglementaire....

#### 4.4. L'avenant au CPOM relatif au plan de redressement

##### 4.4.1. Adoption du plan et signature de l'avenant

Les instances de l'établissement délibèrent sur le plan de redressement et, simultanément, sur le projet d'avenant au CPOM qui prévoit les modalités de retour à l'équilibre. Les délibérations sont transmises à l'ARH. Celle afférente au plan de redressement est soumise au contrôle de légalité tandis que celle relative à l'avenant au CPOM est soumise à délibération de la COMEX (cf. L.6115-4 du CSP).

L'avenant au CPOM est ensuite signé. Il comporte notamment le tableau de simulation pluriannuel après plan et les fiches actions.

#### **4.4.2 Le suivi du contrat**

Sous l'autorité du directeur de l'agence, une structure de suivi du dispositif est constituée au sein de l'ARH. Elle se compose :

- du chargé de mission de l'ARH en charge de la gestion des contrats,
- des correspondants territoriaux de l'ARH,
- du directeur de l'établissement (et le cas échéant d'autres représentants de l'établissement).

L'établissement rend compte, devant ce « comité de suivi », de la mise en œuvre des actions du plan de redressement ainsi que de la cohérence des résultats de l'exercice avec ceux figurant dans la planification financière pluriannuelle.

Le comité de suivi porte une appréciation sur :

- la mise en œuvre du plan de redressement,
- l'efficacité de ce plan, au vu de la cohérence des résultats de l'exercice avec ceux figurant dans le plan. Des recommandations sont formulées pour permettre la poursuite du plan dans des conditions optimales.

Le plan peut éventuellement donner lieu à actualisation compte tenu d'évolutions significatives du contexte. Un nouvel avenant au contrat doit alors être établi.

#### **4.4.3. Le suivi du contrat en infra annuel :**

A l'issue de chaque trimestre civil, un bref rapport de suivi de mise en œuvre est rédigé et adressé à l'agence au plus tard le 15 du mois suivant. Il peut, si nécessaire, comporter des annexes, mais en nombre et en volume très limités. Il s'agit essentiellement de faire part de l'avancée des mesures, via les fiches actions élaborées, et le cas échéant de réactualiser dans le temps l'atteinte des objectifs.

Une revue ARH-établissement aura lieu au minimum tous les six mois, dans le cadre du comité de suivi.

#### **4.4.4. Le rapport annuel**

Un rapport annuel d'exécution est établi par le directeur de l'établissement, présenté aux instances en même temps que le compte financier, et transmis à la tutelle. Ce rapport donne lieu à un examen par le comité de suivi.

#### **4.4.5. Non respect du plan de redressement**

- Si le déficit du CRPP dépasse les seuils de dégradation financière tels qu'ils sont fixés par décret, la procédure de la saisine de la CRC peut être engagée, après concertation avec cette dernière.
- Si le plan de redressement n'a pas permis de redresser la situation financière, le DARH peut alors placer l'établissement sous administration provisoire.
- Si l'évolution d'activité est défavorable, liée à des facteurs exogènes, une remise en cause du positionnement de l'établissement dans le territoire de santé est à envisager. Le nouveau contrat doit alors porter sur les restructurations et les économies à réaliser.

**4.4.6. Les plans de redressement doivent être remontés à la DHOS dans le cadre des contrats ARH/Etat.**

Un bilan annuel sera réalisé par la DHOS sur l'évolution des résultats financiers des établissements de chaque région, dans le cadre des contrats Ministères/ARH.

## **ANNEXES**

1. LISTE DES INDICATEURS MOBILISABLES POUR REALISER LE DIAGNOSTIC
2. AIDES INDIVIDUELLES DU FMESPP

## Annexe 1 : Liste des indicateurs mobilisables pour réaliser le diagnostic

### 1. Le diagnostic financier : (des comparaisons par catégorie d'établissements sont disponibles à partir de l'outil diagnostic flash)

1.1. Les indicateurs du diagnostic flash peuvent être mobilisés, avec une possibilité de benchmark à partir des données de l'exercice n-2, comme par exemple :

F1	Taux de marge brute (R35)
----	---------------------------

<b>Signification</b>	<p>Caractère bénéficiaire de l'activité, capacité à investir</p> <p>Mesure la « marge » que l'établissement dégage sur son exploitation « courante » pour financer ses charges financières, d'amortissement et de provisions, c'est-à-dire pour financer ses investissements</p>		
<b>Source information</b>	TBFEPS - Tableau 3 Investissements	<b>S'exprime en</b>	%
<b>Mode de calcul</b>	<p><b>Numérateur :</b> 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</p> <p><b>Dénominateur :</b> Crédits des comptes « produits courants de fonctionnement » (70 +71+72+73+74+75 sauf 7584) Le ratio obtenu est multiplié par 100</p>		
<b>Interprétation et échelle de valeurs</b>	<p>Un taux insuffisant témoigne de l'incapacité de l'établissement à couvrir ses investissements futurs et leur financement ainsi que les provisions devant être constituées. Attention : si l'établissement a un projet très important à financer (ex : une reconstruction totale), l'analyse approfondie du PPI et du PGFP sont incontournables.</p> <p>Dans de nombreux cas dans le secteur public, plusieurs facteurs peuvent biaiser cet indicateur qui doit dans ce cas être retraité. L'analyse doit veiller à corriger ces facteurs. Cf. annexe 1 (p.106-108) pour la description du processus de retraitement.</p>		

F1	Taux de marge brute (R35)
----	---------------------------

Echelle de comparaison de l'indicateur

	Proportion de la population étudiée											
	3%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	97%	
• CHR												
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	
• CH de plus de 70 M€ de produits*												
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	
• CH de plus de 20 M€ et de moins de 70M€ de produits*												
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	
• CH de moins de 20 M€ de produits*												
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.

F2 (hc)

## Reports de charges d'exercices antérieurs (R45)

## 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 :

Débits du Compte 6728 « Autres charges sur exercices antérieurs »

## Dénominateur :

Débits 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)

F2 (hc)

## Reports de charges d'exercices antérieurs (R45)

Echelle de comparaison de l'indicateur

	Proportion de la population étudiée										
	3%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	97%
• CHR											
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
• CH de plus de 70 M€ de produits*											
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
• CH de plus de 20 M€ et de moins de 70 M€ de produits*											
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
• CH de moins de 20 M€ de produits*											
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.

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.

F3

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

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	<b>6,76</b>	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.

F4

## Taux de renouvellement des immobilisations (R32)

## 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.

F4

## Taux de renouvellement des immobilisations (R32)

Echelle de comparaison de l'indicateur

	Proportion de la population étudiée											
	3%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	97%	
• CHR												
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	
• CH de plus de 70 M€ de produits*												
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	
• CH de plus de 20 M€ et de moins de 70 M€ de produits*												
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	
• CH de moins de 20 M€ de produits*												
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.

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.

F5

## Capacité de remboursement des emprunts (R22)

Echelle de comparaison de l'indicateur

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

F6 <sup>(hc)</sup>

## Fonds de roulement d'exploitation en jours (R11)

## 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).

F6 <sup>(hc)</sup>

## Fonds de roulement d'exploitation en jours (R11)

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.

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.

F7

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

Echelle de comparaison de l'indicateur

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

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.

F8

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

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.



## 1.2 D'autres indicateurs doivent être également pris en compte afin de pouvoir réaliser un diagnostic financier complet :

- **La marge réelle** : résultat / total de la classe 7
- **Le résultat structurel et taux de résultat structurel** : résultat sans aides NR spécifiques (telles les aides CREF et autres aides de fin de campagne), hors report de charge et événements exceptionnels. Il doit ensuite être rapporté au total des produits.
- **Le déficit cumulé/capitaux propres** : il s'agit de prendre en compte le report à nouveau déficitaire en y intégrant le résultat de l'exercice n, à rapporter aux capitaux propres de l'établissement, notamment pour les établissements privés ex DG.
- **La capacité d'autofinancement** : elle constitue une ressource de financement dégagée par l'établissement sur son cycle d'exploitation. Elle doit permettre en premier lieu de rembourser les emprunts puis, avec le solde, de contribuer au financement des investissements. Elle doit être rapportée au total de la classe 7.
- **Le taux de vétusté** : il mesure l'obsolescence de l'appareil de production. Il donne une bonne indication sur la nécessité d'investir. Il est à mettre en relation avec le taux de dépendance financière et doit être interprété en fonction de la vitesse d'amortissement.
- **Le taux d'indépendance financière** : il permet d'apprécier la structure des capitaux permanents, c'est à dire le poids de l'endettement long terme par rapport à l'ensemble des ressources long terme (capitaux propres et dettes financières).
- **Le FRNG** : le fonds de roulement net global est la différence entre les ressources long terme et les emplois long terme (situés en haut de bilan). Le FRNG est la ressource de financement de l'établissement. Il doit, en principe, être positif pour couvrir une partie du besoin en fonds de roulement (BFR)..
- **La variation du FRNG** : il s'agit de la variation du fonds de roulement net global qu'elle soit positive ou négative. Le FRNG constitue une ressource structurelle de financement : sa variation doit être rapprochée du FRNG du bilan.
- **Les créances admises en non valeur restant au bilan** : elles représentent des pertes pour l'établissement non encore enregistrées sur le compte de résultat (à rapprocher éventuellement des dépréciations constituées à cet effet)
- **Le besoin en fonds de roulement (BFR)** : c'est la différence entre l'actif circulant et le passif circulant. L'actif circulant représente les besoins immédiats qu'il est nécessaire de financer pour alimenter le cycle d'exploitation (stocks et créances), alors que le passif circulant correspond au crédit obtenu auprès des « fournisseurs » (dettes fournisseurs, dettes fiscales et sociales et avances reçues). Par différence on obtient donc le besoin de financement engendré par l'activité de l'établissement.
- **Les créances à plus d'un an** : elles représentent des pertes potentielles pour l'établissement (seules les créances des hospitalisés et consultants sont concernées).
- **La trésorerie** : ce solde (FRNG-BFR) est une source de financement à court terme.

• **2. Indicateur Processus et Organisation**

**2.1 Ces paramètres peuvent être analysés à partir des indicateurs suivants issus du diagnostic flash :**

P1		Indicateur de performance MCO	
<b>Signification</b>	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.		
<b>Source information</b>	ipme.sas tab-1 Tableau3 Indicateurs financiers	<b>S'exprime en</b>	Valeur par rapport à 1
<b>Mode de calcul</b>	<p><b>Numérateur :</b>            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..</p> <p>On tient compte pour le calcul des recettes du coefficient géographique.</p> <p><b>Dénominateur :</b>            Les charges nettes MCO (Externes, HAD et Urgences auxquelles on a retiré les MERRI fixes).</p> <p>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.</p>		
<b>Interprétation et échelle de valeurs</b>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Les indicateurs qui suivent vont expliciter les causes possibles de ce déséquilibre.</p> <p>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.</p>		

**P1** **Indicateur de performance MCO**

Echelle de comparaison de l'indicateur

		Proportion de la population étudiée										
		3%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	97%
• CHR	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
• CH	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	<b>0,87</b>	0,94	0,97	1,00	1,02	1,04	1,06	1,09	1,15	1,27
• CLCC	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
• Etablissements PSPH (ex DG)	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.

P2

## Indicateur de performance DMS globale

## 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

P2

## Indicateur de performance DMS globale

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		0,87	0,91	0,93	0,97	0,98	0,98	1,00	1,01	1,06	1,08	1,14
<b>CH</b>												
2005		0,66	0,83	0,90	0,94	0,96	0,99	1,02	1,04	1,07	1,11	1,19
<b>CLCC</b>												
2005		0,99	1,00	1,04	1,08	1,11	1,14	1,19	1,22	1,28	1,31	1,35
<b>Etablissements PSPH (ex DG)</b>												
2005		0,47	0,71	0,82	0,92	0,98	1,00	1,05	1,11	1,16	1,22	1,38
<b>Etablissements privés à but lucratif</b>												
2005		Données 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 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

P3

## Indicateur de performance DMS Médecine

## 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, efficacité des plateaux techniques (imagerie, bloc, cardiologie interventionnelle), organisation des sorties.

P3

## Indicateur de performance DMS Médecine

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	0,90	0,93	0,94	0,97	0,98	0,99	1,03	1,08	1,13	1,21
• CH	2005	0,87	0,83	0,89	0,94	0,96	0,99	1,02	1,05	1,09	1,14	1,21
• CLCC	2005	1,00	1,04	1,05	1,07	1,12	1,19	1,22	1,27	1,31	1,40	1,49
• Etablissements PSPH (ex DG)	2005	0,47	0,71	0,82	0,91	0,96	1,00	1,04	1,11	1,18	1,30	1,50
• Etablissements privés à but lucratif	2005	Données 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 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.

P4

## Indicateur de performance DMS Chirurgie

## 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

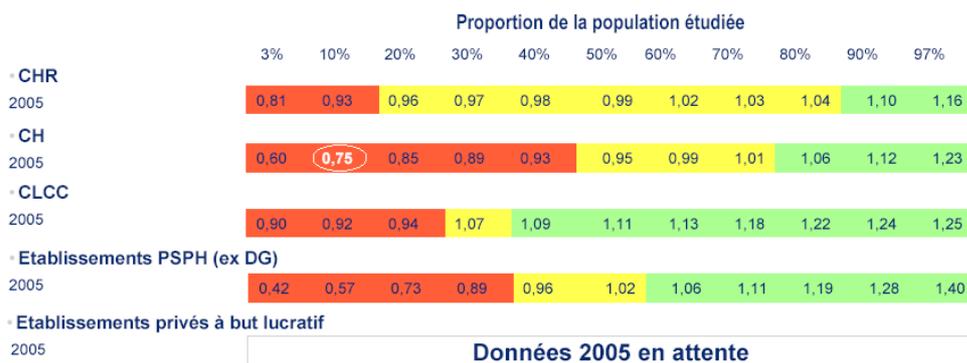
Les écarts sont souvent liés à la faiblesse du nombre de lits d'aval en SSR mais cet argument externe ne doit pas faire oublier que des études internationales constantes depuis de nombreuses années montrent que les 2/3 voire les 3/4 des durées de séjour trop longues ont des causes liées à l'organisation 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.

P4

## Indicateur de performance DMS Chirurgie

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 à contrario 90% des établissements de cette catégorie dépassent cette valeur.

P5

## Indicateur de performance DMS Obstétrique

### 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

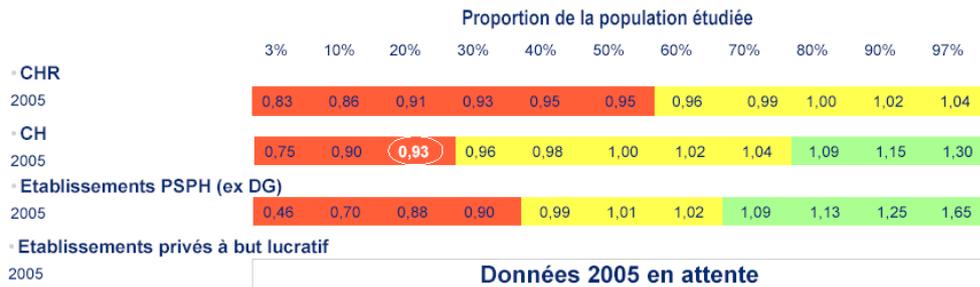
Les durées de séjour trop longues ont des causes liées à l'organisation interne de l'établissement : protocole de prise en charge, efficacité des plateaux techniques (imagerie, bloc, cardiologie interventionnelle), organisation des sorties. Il peut aussi traduire un choix médical en faveur d'une prise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

P5

## Indicateur de performance DMS Obstétrique

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.

P6

## Ratio agents des services cliniques

## 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

P6

## Ratio agents des services cliniques

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	56,6	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.

P7 (hc)

## Ratio agents des services médico-techniques

<b>Signification</b>	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.		
<b>Source information</b>	Icare: ETP non médicaux AGHN tableau 1: Montant T2A	<b>S'exprime en</b>	Agents /5 M€ de Recette
<b>Mode de calcul</b>	<b>Numérateur :</b> Nombre d'agents ETP MCO Médico-technique total hors effectif médical <b>Dénominateur :</b> 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		
<b>Interprétation et échelle de valeurs</b>	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.		

P7 (hc)

## Ratio agents des services médico-techniques

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 a contrario 90% des établissements de cette catégorie ont une valeur inférieure.

P8 (hc)

## Poids des dépenses administratives et logistiques

## 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.

P8 (hc)

## Poids des dépenses administratives et logistiques

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.

P9

## Recettes rapportées aux effectifs médicaux

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	<b>Numérateur :</b> Recettes T2A 100%, incluant MERRI Fixes <b>Dénominateur :</b> 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.		

P9

## Recettes rapportées aux effectifs médicaux

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.

P10

Prix de revient du B

<b>Signification</b>	Efficience du laboratoire de biologie		
<b>Source information</b>	Icare tab-2 Tableau : Charges nettes laboratoires par SI	<b>S'exprime en</b>	Euro
<b>Mode de calcul</b>	<p><b>Au numérateur</b>, 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.</p> <p><b>Au dénominateur</b>: 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.</p>		
<b>Interprétation et échelle de valeurs</b>	<p>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.</p>		

P10

Prix de revient du B

Echelle de comparaison de l'indicateur

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

P11

## Pourcentage de transfert depuis les urgences

### 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 %

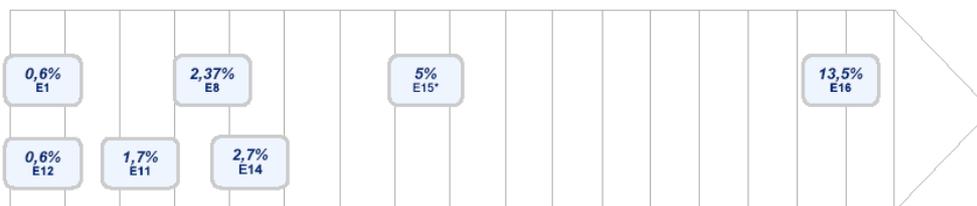
Ce taux est à mettre en regard de l'IP DMS de médecine et du taux d'occupation de médecine. Attention, un taux de transfert élevé peut simplement refléter un positionnement stratégique de l'établissement comme établissement assurant la permanence des soins et devant transférer ses malades.

P11

## Pourcentage de transfert depuis les urgences

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

P12

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

<b>Signification</b>	<b>Disponibilité des salles</b> Mesure la disponibilité des salles d'opération, c'est-à-dire la possibilité de les utiliser avec le personnel nécessaire à l'activité		
<b>Source information</b>	Établissement : Bloc opératoire	<b>S'exprime en</b>	Heures
<b>Mode de calcul</b>	<b>Numérateur :</b> 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  <b>Dénominateur :</b> Nombre de salles		
<b>Interprétation et échelle de valeurs</b>	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  <b>La valeur cible se situe au dessus de 2 000 h/an.</b> 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.		

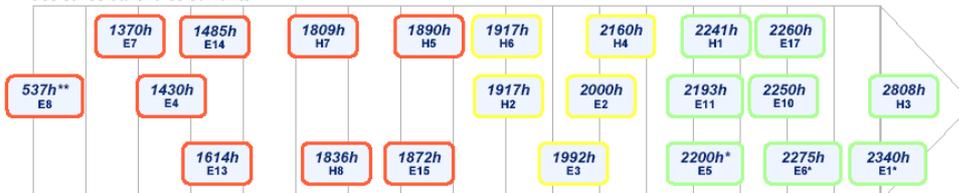
P12

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

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)

P13

### Taux d'utilisation moyen des salles d'opérations

**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.

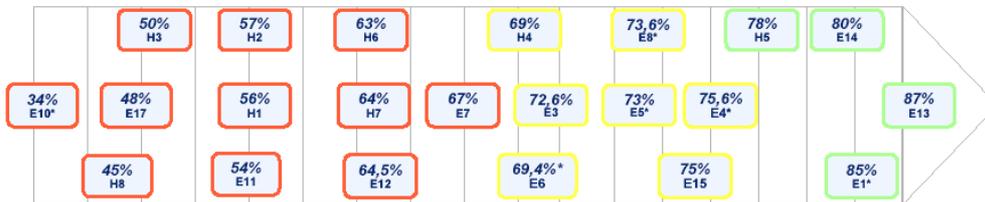
Les salles d'opération sont souvent sous utilisées pour de nombreuses raisons et la moyenne se situe aux environs de 65 % (fourchette allant de 45 % à 77 %). L'objectif raisonnable déterminé par des professionnels est estimé à un taux de 75 % à 80 %.

P13

### Taux d'utilisation moyen des salles d'opérations

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 »

**P14****Temps annuel de mise à disposition de l'IRM****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 vacations 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)

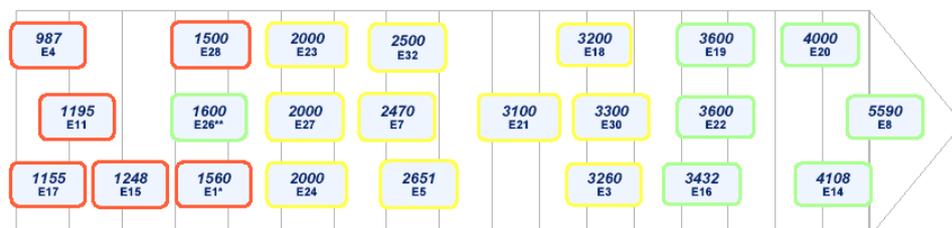
Moyen: environ 2 800 h correspondant à 11 h / jour ( 8 h – 19 h)

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

**P14****Temps annuel de mise à disposition de l'IRM**

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

P15

## Temps annuel de mise à disposition du Scanner

### 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)

P15

## Temps annuel de mise à disposition du Scanner

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

## 2.2. Autres indicateurs proposés :

- Les gains/pertes escomptés via le coefficient de transition à case-mix constant

### 3. Indicateurs sur l'activité et la prise en charge du patient

#### 3.1. Les indicateurs du diagnostic flash peuvent être mobilisés, avec une possibilité de benchmark à partir des données de l'exercice n-2 :

#### A1 Taux d'occupation net Médecine

<b>Signification</b>	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.		
<b>Source information</b>	AGHN tableau13 Analyse du taux d'occupation	<b>S'exprime en</b>	%
<b>Mode de calcul</b>	<b>Numérateur :</b> Nombre de journées en hospitalisation complète + Nombre de journées en hospitalisation de semaine en médecine <b>Dénominateur :</b> Nombre de journées-lits en hospitalisation complète + Nombre de journées-lits en hospitalisation de semaine en médecine On multiplie le ratio obtenu par 100		
<b>Interprétation et échelle de valeurs</b>	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.		

#### A1 Taux d'occupation net Médecine

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	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	
<b>• CH</b>												
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	
<b>• CLCC</b>												
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	
<b>• Etablissements PSPH (ex DG)</b>												
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.

A2

## Taux d'occupation net Chirurgie

## 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.

A2

## Taux d'occupation net Chirurgie

Echelle de comparaison de l'indicateur

	Proportion de la population étudiée										
	3%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	97%
• CHR											
2005	66,10	70,00	71,90	72,80	73,20	74,00	75,10	76,40	79,00	80,60	89,10
• CH											
2005	39,50	55,10	61,10	64,10	68,00	70,50	73,20	75,80	79,60	84,40	96,90
• CLCC											
2005	51,00	60,10	61,35	63,10	68,75	70,65	71,95	73,95	75,15	92,50	100,0
• Etablissements PSPH (ex DG)											
2005	29,20	42,10	49,50	51,20	58,50	63,10	66,50	69,40	72,80	77,20	87,20
• Etablissements privés à but lucratif											
2005	Données 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 chirurgie de 55,1% a contrario 90% des établissements de cette catégorie obtiennent une valeur supérieure.

A3

## Taux d'occupation net Obstétrique

## 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 %.

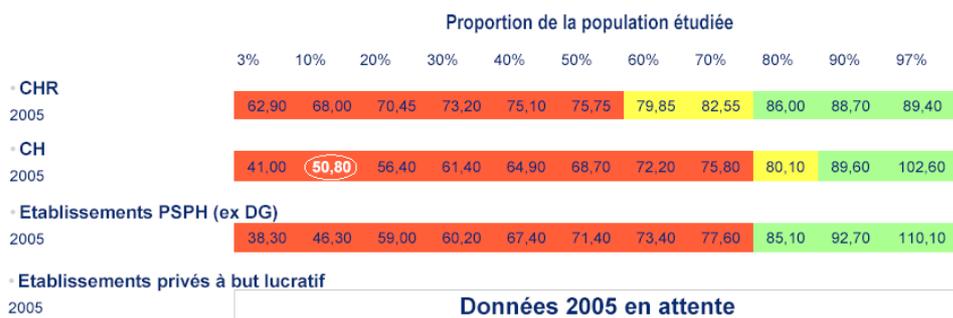
Les principaux biais sont de deux ordres :

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

A3

## Taux d'occupation net Obstétrique

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.

A4

## Poids Moyen du Cas Traité (PMCT) relatif de l'Établissement

### 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.

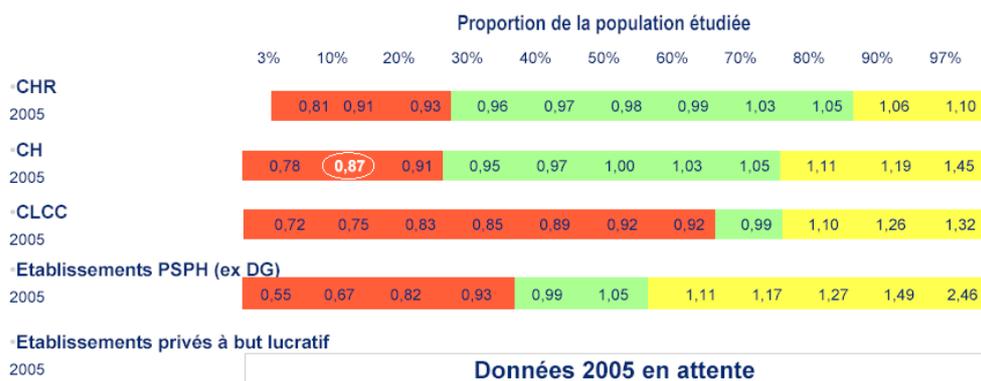
A contrario, les établissements déficitaires qui ont un indice inférieur à 1 sont des établissements qui ont conservé une structure de coût élevé alors qu'ils n'ont qu'une activité de proximité.

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.

A4

## Poids Moyen du Cas Traité (PMCT) relatif de l'Établissement

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.

A5

## Poids Moyen du Cas Traité (PMCT) relatif de l'Établissement en Chirurgie

### 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.

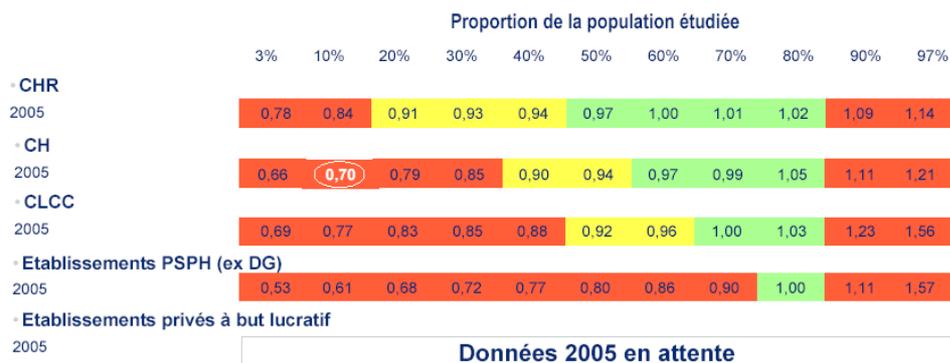
A contrario, ceux qui ont un indice inférieur à 1 sont des établissements qui ont conservé une structure de coût élevé alors qu'ils n'ont qu'une activité de proximité.

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.

A5

## Poids Moyen du Cas Traité (PMCT) relatif de l'Établissement en Chirurgie

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, a contrario 90% des établissements de cette catégorie obtiennent une valeur supérieure.

A6

## Part de marché Chirurgie

<b>Signification</b>	<b>Attractivité de la chirurgie</b> 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)		
<b>Source information</b>	e-pmsi Tableau 4: Parts de marché des 10 premiers établissements / chirurgie	<b>S'exprime en</b>	%
<b>Mode de calcul</b>	Part de marché effective calculée sur les communes de la zone d'attractivité de tout l'établissement (=communes représentant 80% du recrutement <i>toutes disciplines confondues</i> ). <b>Numérateur:</b> Nombre de séjours chirurgicaux dans l'établissement des patients résidant dans la zone d'attractivité <b>Dénominateur:</b> Nombre total de séjours chirurgicaux des patients résidant dans la zone d'attractivité Le chiffre obtenu est multiplié par 100		
<b>Interprétation et échelle de valeurs</b>	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 PARTAGE ( <a href="http://www.parthage.sante.fr">www.parthage.sante.fr</a> ), qui donne une vision paramétrable par territoire de santé.		

A6

## Part de marché Chirurgie

Echelle de comparaison de l'indicateur

		Proportion de la population étudiée										
		3%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	97%
• CHR	2005	10,9	11,9	14,4	16,7	18,6	20,3	20,9	22,2	23,7	25,2	35,5
• CH	2005	1,8	7,2	12,2	16,3	19,1	21,8	24,6	27	30,4	35,5	42,5
• Etablissements PSPH (ex DG)	2005	1,9	3,5	5,9	7,2	9,4	10,4	12,6	16,9	24,3	37,7	41,9
• Etablissements privés à but lucratif	2005	Données 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 une part de marché en Chirurgie inférieure ou égal à 7,2% dans leur zone de chalandise; a contrario 90% des établissements de cette catégorie obtiennent une valeur supérieure.

A7

## Taux d'hospitalisation des passages aux urgences

## 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.

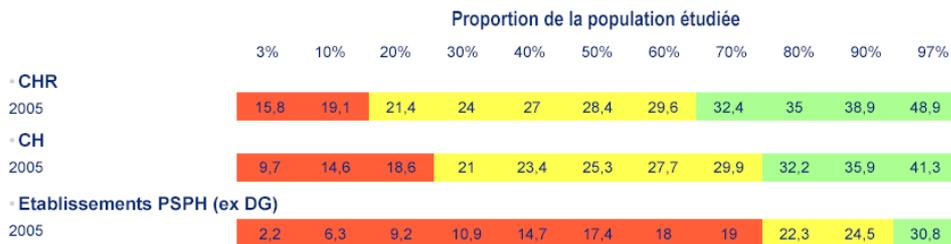
Un taux faible signale un établissement dont les Urgences ont une activité de type maison médicale sans spécificité de recours. Une piste de solution est la mise en place d'une maison médicale en coopération étroite avec les urgentistes (condition absolue de succès).

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.

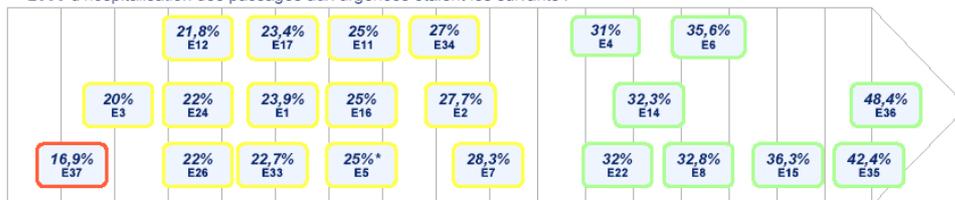
A7

## Taux d'hospitalisation des passages aux urgences

Echelle de comparaison de l'indicateur



\* 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

A8

## Productivité horaire IRM

## 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.

Echelle 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

A8

## Productivité horaire IRM

## 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)

A9

## Productivité horaire Scanner

## 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. Echelle 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

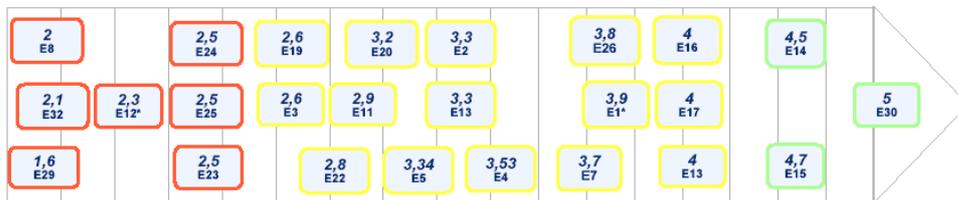
- a. La notion de « passages » a été préférée au choix de dénombrer les patients ou les examens.
- En effet un même patient peut avoir plusieurs passages dans un même laps de temps.
  - Le nombre d'examen avant la mise en œuvre de la CCAM était calculé parfois de manière différente
- b. La ratio est 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.

A9

## Productivité horaire Scanner

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

**A10****Nombre de prothèses de hanche****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: 08C02ZZ).

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.**

**3.2. Autres indicateurs proposés :**

- **Les parts de marché en médecine et en obstétrique** : elles mesurent la force d'attractivité de l'établissement en MCO dans son territoire de santé
- **Le nombre de GHS pour réaliser 80% des séjours** : cet indicateur mesure le degré de diversification de l'établissement. Un établissement peut être qualifié de « diversifié » à partir de 120 GHS. A l'inverse, en dessous de 80 GHS son activité est plutôt concentrée.

## 4. Indicateurs Ressources Humaines

### 4.1. Les indicateurs du diagnostic Flash

H1	<b>Budget Intérim</b>
----	-----------------------

<b>Signification</b>	Capacité à gérer en interne les écarts d'activité		
<b>Source information</b>	Bases comptabilité établissements publics ATIH	<b>S'exprime en</b>	% de la masse salariale
<b>Mode de calcul</b>	<p><b>Numérateur :</b> 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.</p> <p><b>Dénominateur :</b> Masse salariale des PNM Compte 641 Le chiffre obtenu est multiplié par 100</p>		
<b>Interprétation et échelle de valeurs</b>	<p>Cette analyse doit être affinée lors de la visite dans l'établissement. Un taux cumulé CDD+ Intérim &lt; 1% de la masse salariale est une valeur cible.</p> <p>Une valeur nulle peut cacher deux autres recours à la flexibilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les CDD (voir ci après)</li> <li>• 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.</li> </ul> <p>NB : Les valeurs pour les établissements PSPH et les cliniques à but lucratif ne sont pas disponibles pour l'instant.</p>		

H1	<b>Budget Intérim</b>
----	-----------------------

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	0	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	0,5	0,6	0,9	1,3
• CH 2005	0	0	0,1	0,1	0,3	0,5	0,7	1	1,8	<b>3,3</b>	6,7
• CLCC 2005	0,4	1	3,2	4,2	5,1	5,6	5,9	6,1	7	9,7	12,2
• Etablissements PSPH 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.

## H2 Budget CDD Personnel Non Médical

<b>Signification</b>	Capacité à gérer en interne les écarts d'activité		
<b>Source information</b>	ICARE	<b>S'exprime en</b>	% de la Masse salariale
<b>Mode de calcul</b>	<b>Numérateur :</b> Charges du Compte 6415: Personnel Non Médical de remplacement <b>Dénominateur :</b> 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		
<b>Interprétation et échelle de valeurs</b>	<p>Ce taux varie de 0 à 7% : un taux cumulé CDD+ Intérim &lt; 1% de la masse salariale est une valeur cible. Une valeur nulle peut cacher deux autres recours à la flexibilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les missions d'Intérim</li> <li>• Une dotation plus forte en personnel qui permet d'avoir une équipe volante permanente.</li> </ul> <p>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.</p> <p>Ce taux cumulé (Intérim + CDD) est révélateur de la difficulté qu'a l'établissement à</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fonctionner avec sa dotation Effectif budgétaire</li> <li>2. Dans certains cas, stabiliser une population permanente de soignants</li> </ol> <p>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.</p>		

## H2 Budget CDD Personnel Non Médical

Echelle de comparaison de l'indicateur

	Proportion de la population étudiée										
	3%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	97%
• CHR 2005	0,5	1,1	1,9	2,8	3,1	3,5	4,1	5	6,6	9,1	14,1
• CH 2005	0,7	1,7	2,7	3,4	4,3	5,4	6,4	7,9	9,4	11,5	16,2
• CLCC 2005	0	0	0	1,3	3,7	5,3	7	8,4	10	11,8	13,6
• Etablissements PSPH 2005	0	0	0	0	0,7	4,7	7,5	9,7	11,1	15,4	18,5

• 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% des moins performants représente plus de 11,5% de leur masse salariale ; *a contrario* 90% des établissements de cette catégorie ont une valeur moins élevée.

H3 (hc)

## Budget CDD Personnel Médical

## 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 vacations 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 vacations ne sont pas imputées dans cette ligne comptable mais dans la ligne « budget médical », en utilisant les crédits des postes non pourvus.

H3 (hc)

## Budget CDD Personnel Médical

Echelle de comparaison de l'indicateur

	Proportion de la population étudiée											
	3%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	97%	
• CHR												
2005	2,5	3	4,2	4,7	5,2	5,7	6,1	7,1	8,5	9,7	11,1	
• CH												
2005	0,3	1,7	2,3	2,9	3,5	4,2	5,2	6,6	8,6	11	18	
• CLCC												
2005	0	0	0	0	0	0,4	0,6	1,3	1,8	2,2	2,3	
• Etablissements PSPH												
2005	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5,6	

\* 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.

<b>Signification</b>	Niveau de vieillissement du corps médical		
<b>Source information</b>	Établissement	<b>S'exprime en</b>	%
<b>Mode de calcul</b>	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de praticiens hospitaliers âgés de 55 ans et plus, y compris les assistants et ceux qui sont dans les services médico-techniques.</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total de praticiens hospitaliers.</p>		
<b>Interprétation et échelle de valeurs</b>	<p>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.</p> <p>Sur le plan qualitatif, il convient de regarder :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le type d'interventions des praticiens,</li> <li>- le dispositif mis en place par l'établissement pour anticiper les recrutements,</li> <li>- la part des personnels du corps médical concernés par les dispositifs de prolongation d'activité au-delà de l'âge de 65 ans.</li> </ul> <p>Si l'hôpital a une maternité, la structure d'âge des sage-femmes est également à prendre en compte.</p>		

## H5

## Structure d'âge des Personnels Non Médicaux

### 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 :

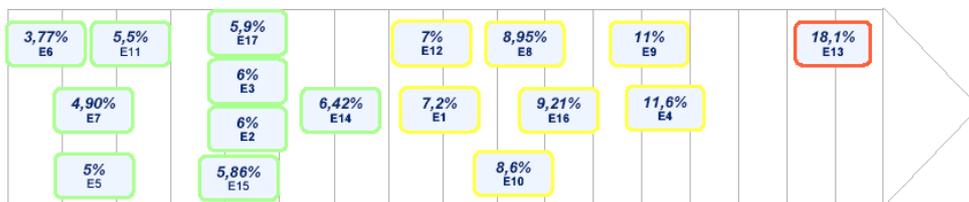
- le réajustement de l'effectif à l'activité si c'est nécessaire
- un GVT structurellement négatif

## H5

## Structure d'âge des Personnels Non Médicaux

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.



## H6

## Densité d'encadrement des Personnels Non Médicaux

### 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.

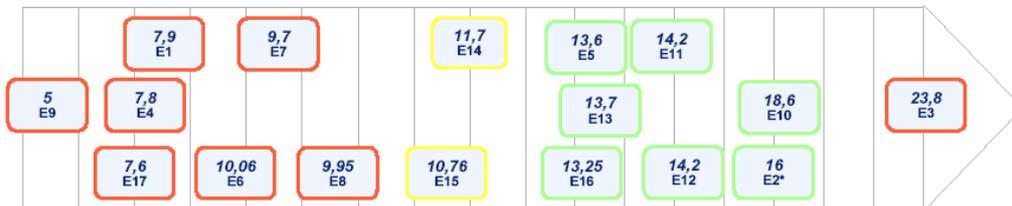
Au dessous de 10 IDE par cadre, on se trouve dans une situation de sur encadrement.  
La piste de solutions est alors à rechercher dans la diversification des fonctions occupées par les cadres (contrôle de gestion, maîtrise d'ouvrage de projets informatiques, etc. ).

## H6

## Densité d'encadrement des Personnels Non Médicaux

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

H7

## Poids des gardes et astreintes et des plages additionnelles

**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.

**H8****Taux de départ des IDE****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**

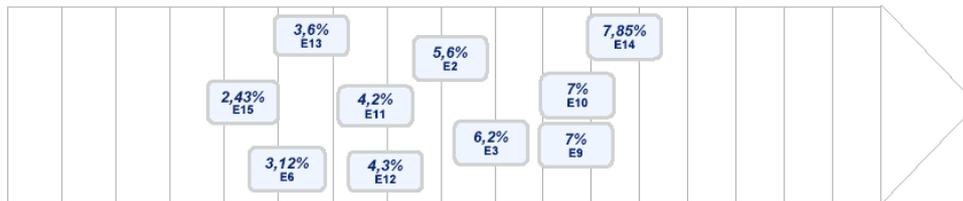
Après le personnel médical, les IDE font partie de la catégorie où la mobilité est la plus importante. Les études du ministère montrent que le turn over des IDE est supérieur de 2 à 3 % aux autres catégories de personnel.

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

**H8****Taux de départ des IDE**

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

H9

## Taux d'absentéisme du personnel non médical

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 de 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

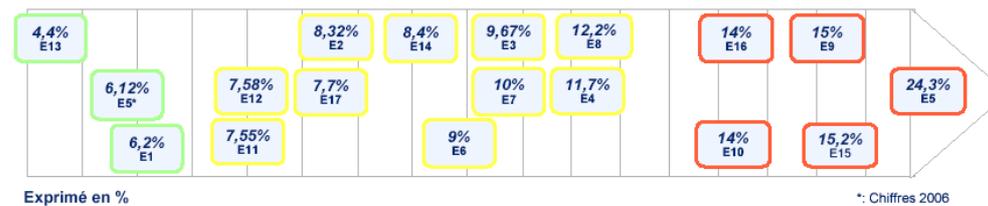
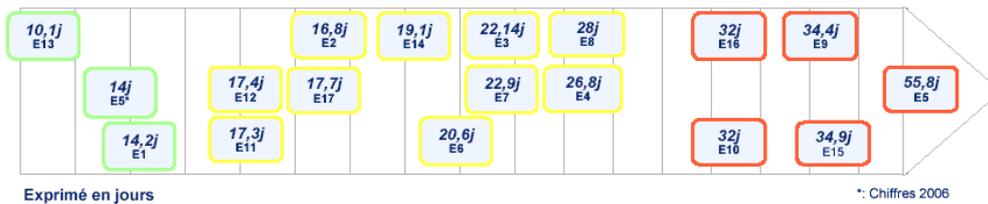
Le temps de travail annuel des PNM de jour est fixé à 1607h et pour les PNM de nuit à 1470h (Circulaire du 04/01/2002). Toutefois, compte tenu des accords locaux le nombre de jours varient suivant les établissements.  
L'analyse des bilans sociaux 2004 donnent un taux moyen d'absentéisme de 13% soit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

H9

## Taux d'absentéisme du personnel non médical

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.



#### 4.2. Autres indicateurs sur le coût du personnel (en l'absence de base de données, chaque ARH peut construire sa base de comparaison)

Mis en forme : Justifié

- Les dépenses de personnel rapportées aux recettes totales de l'établissement : ce ratio permet d'appréhender le poids du titre 1 de dépense par rapport aux recettes dégagées par l'établissement.
- Le coût par ETP du personnel médical : il s'agit de calculer le coût d'un ETP médical moyen (MCO + SSR + PSY). Il comprend l'ensemble des charges associées. (source retraitements comptables)
- Le coût par ETP du personnel non médical : coût d'un ETP non médical moyen. Il s'agit d'un coût global (MCO + SSR + PSY). Il comprend l'ensemble des charges associées (source retraitements comptables)
- Le coût ETP PM (sans charges) : il s'agit du coût moyen d'un ETP médical issu de l'EPRD initial (rémunération non chargée). Cet indicateur permet de comparer voire confirmer le coût moyen par ETP chargé calculé ci-dessus avec une autre source d'information.
- Le coût ETP PNM (sans charges) : Il s'agit du coût moyen d'un ETP non médical issu également de l'EPRD Initial (rémunération non chargée).

## Annexe 2 : Les aides individuelles du FMESPP - volet ressources humaines

L'article 40 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 définit les missions du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Ce fonds participe notamment au financement « d'aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de recomposition et de modernisation », dans le cadre d'un agrément par les agences régionales d'hospitalisation.

Le décret 2001-1242 du 21 décembre 2001 modifié prévoit différents types d'aides financières destinées à favoriser une dynamique de restructuration au sein des établissements hospitaliers publics, en encourageant la mobilité des agents hospitaliers, et en dehors des voies qui leur sont offertes par le statut général de la FPH (mise à disposition, détachement...) :

- l'action de conversion
- la prise en charge du différentiel de rémunération d'un agent recruté dans le cadre d'une opération de modernisation
- l'indemnité exceptionnelle de mobilité
- l'indemnité de départ volontaire.
- Les coûts de fonctionnement de cellules d'accompagnement social des établissements.

- **L'indemnité exceptionnelle de mobilité**

*(Décret 2001-353 du 20 avril 2001)*

Elle bénéficie aux agents concernés par une opération de réorganisation entraînant un changement du lieu de travail.

Elle comprend, outre la prise en charge des frais de changement de résidence et des frais de transport s'y rattachant prévue par le décret du 25 juin 1992, une indemnité dont les montants fonction du changement ou non de résidence familiale ou de la distance entre la résidence familiale et le nouveau lieu de travail sont fixés par arrêté du 20 avril 2001 (de 4 573€ à 5 335 € dans le 1<sup>er</sup> cas et de 318€ à 3 049 € dans le second).

- **La prise en charge du différentiel de rémunération**

Un établissement qui recrute un agent concerné par une opération de modernisation peut être remboursé, dans le cadre du FMESPP, de la différence constatée entre la rémunération annuelle et les charges y afférentes de l'agent et la rémunération d'un fonctionnaire recruté par concours au premier échelon du premier garde ou d'un contractuel recruté sur le même emploi. Il perçoit la première année, la totalité de la différence constatée, et la seconde année, la moitié.

- **L'action de conversion**

*(Décret 90-319 du 5 avril 1990)*

Dans le cadre du FMESPP, peuvent être financées des formations, qualifiantes de préférence, permettant d'accéder à de nouveaux métiers, hospitaliers ou autres, permettant à des agents concernés par une opération de modernisation d'augmenter leur chance de trouver un autre emploi, dans le milieu hospitalier ou ailleurs.

L'agent en formation est considéré comme en service effectif et continue de percevoir l'intégralité de son traitement et de ses indemnités et primes, sauf celles liées à ses conditions concrètes de travail.

- **L'indemnité de départ volontaire**

*(Décret n° 98-1220 du 29 décembre 1998)*

Peuvent solliciter cette indemnité les fonctionnaires et agents stagiaires ainsi que les agents contractuels, en fonction au moment de la demande, justifiant d'au moins cinq ans de service (services effectifs) à la date de leur départ, et non susceptibles, dans les deux ans suivant la date de leur départ, de bénéficier d'une pension ou d'une retraite par limite d'âge ou à taux plein.

Son montant est calculé en fonction de la durée des services effectifs et sur la base du **traitement brut indiciaire** afférent à l'emploi, grade, classe, échelon ou chevron détenu la veille de la démission pour les fonctionnaires et agents stagiaires et du **salaire brut soumis à cotisations sociales obligatoires** pour les agents contractuels. Il est fixé comme suit :

- plus de 5 ans et moins de 15 ans de services publics effectifs : **12 mois**
- de 15 ans à moins de 20 ans de services publics effectifs : **16 mois**
- de 20 ans à moins de 25 ans de services publics effectifs : **20 mois**
- plus de 25 ans de services publics effectifs : **26 mois,**

L'indemnité ne peut pas dépasser un plafond fixé à **45 734 euros** (300 000 F).

L'indemnité de départ volontaire est attribuée à la demande de l'agent, qui doit, pour pouvoir en bénéficier, présenter sa démission. Cependant, l'octroi de cette indemnité n'étant pas un droit, il est subordonné à l'accord du directeur, lequel doit vérifier au préalable que l'agent répond bien à l'ensemble des conditions exigées.

En contrepartie de cette aide financière, son bénéficiaire ne peut être nommé ou recruté dans un autre emploi d'agent public dans les cinq années qui suivent sa démission, à défaut il est tenu de rembourser le montant de l'indemnité.