

CPOM 2019-2023

**ARS / établissements de santé
et titulaires d'autorisation**

GUIDE METHODOLOGIQUE DES INDICATEURS

Version n°4

Contenu

PREAMBULE SUR LE GUIDE	5
AXE 1 RENFORCER L'ACTION SUR LES DETERMINANTS DE SANTE POUR PREVENIR LES ATTEINTES EVITABLES A LA SANTE 6	
1. OBJECTIF : CONTRIBUER DIRECTEMENT A LA PROMOTION A LA SANTE DE LA POPULATION	7
1.1. Indicateur = Nombre d'actions de santé publique menées annuellement par l'établissement portant sur les priorités de santé publique du territoire (dont les actions relatives au "mois" sans tabac)	7
1.2. Indicateur = Nombre d'actions d'information, sensibilisation, formation organisées en promotion de la santé mentale (dont les actions de santé publique relatives au "mois" sans tabac)	8
1.3. Indicateur = Taux de patients pour lesquels la structure a partagé la dosimétrie via la plateforme régionale « Krypton » après avoir réalisé un acte irradiant	9
1.4. Indicateur = Nombre d'actions conduites menées par l'établissement en partenariat avec des associations d'usagers, en lien avec les instances de démocratie sanitaire, visant à promouvoir :	10
- les droits et libertés des usagers ;	10
- la participation des patients à leur prise en charge (formation, pair-aidance, ETP...)	10
2. OBJECTIF : ETRE ACTEUR DU DEPISTAGE / REPERAGE PRECOSES ET DE LA VACCINATION	11
2.1. Indicateur = Nombre de plages dédiées aux examens de mammographie	11
2.2. Indicateur = Délai d'obtention moyen d'un RDV d'examen de mammographie	12
2.3. Indicateur = Délai entre le dépistage positif d'un cancer colorectal et la réalisation d'une coloscopie....	13
2.4. Indicateur = Taux de vaccination des agents de l'établissement contre la rougeole	14
2.5. Indicateur = Taux de vaccination des agents de l'établissement contre la grippe	15
2.6. Indicateur = Nombre d'actions de psychoéducation (individuelles ou groupales) mises en place en direction des aidants	16
AXE 2 ORGANISER UN SYSTEME DE SANTE DE QUALITE, ACCESSIBLE A TOUS DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS DE SANTE	17
1. OBJECTIF : DEVELOPPER LE VIRAGE AMBULATOIRE	19
1.1 Indicateur = Taux de chirurgie ambulatoire global de l'établissement	19
1.2 Indicateur = Taux de médecine ambulatoire programmée global de l'établissement	20
1.3 Indicateur = Part de la file active vue ambulatoire en infanto-juvénile dans la file active totale de l'établissement en infanto-juvénile	21
1.4 Indicateur = Part de la file active vue ambulatoire en psychiatrie générale dans la file active totale de l'établissement en psychiatrie générale	22
1.5 Indicateur = Taux de journées à temps partiel dans les journées d'hospitalisation pour les patients adultes	23
1.6 Indicateur = Indice de performance du transfert médecine chirurgie obstétrique (MCO) - hospitalisation à domicile (HAD) ("IP transfert")	24
1.7 Indicateur = Taux de journées à temps partiel dans les journées d'hospitalisations en SSR	25
1.8 Indicateur = Nombre de patients pris en charge par jour pour 100 000 habitants	26
2. OBJECTIF : RENFORCER LA STRUCTURATION DU LIEN VILLE / HOPITAL	27
2.1. Indicateur = Taux d'hospitalisation directe en médecine chirurgie obstétrique (MCO) (hors urgences) ..	27
2.2. Indicateur = Taux d'hospitalisation en médecine chirurgie obstétrique (MCO) (hors unités d'hospitalisation de courte durée – UHCD) à partir des urgences.....	28
2.3. Indicateur = Taux de compte-rendu d'hospitalisation des patients transmis et/ou partagé de manière dématérialisée et sécurisée :	29
- soit par le biais d'une messagerie sécurisée de santé (transmission) ;	29
- soit par le biais du DMP du patient (partage)	29
- soit par le biais du dossier patient dans l'application régionale de parcours "globule / PAACO" (partage).....	29
2.4. Indicateur = Taux d'images médicales échangées et/ou partagées au niveau régional.....	31
2.5. Indicateur = Taux d'intervention de l'HAD en établissement médico-social	32
2.6. Indicateur = Taux de décès de patients âgés de 75 ans et plus pris en charge aux urgences en UHCD....	33
2.7. Indicateur = Taux de séjours de soins palliatifs (notion de Modes de Prise en Charge principaux - MPP) dans le casemix de l'HAD.....	34
2.8. Indicateur = Taux de ré-hospitalisation à 30 jours	35
2.9. 🌟 Indicateur = Taux de patients suivis ayant accès à un programme d'éducation thérapeutique (en interne ou hors les murs).....	36

2.10.	🌟 Indicateur = Taux de patients dialysés en antennes ou au domicile	37
2.11.	🌟 Indicateur = Taux de patients greffés suivis	38
3.	OBJECTIF : ASSURER LA PERFORMANCE INTERNE / ORGANISATIONNELLE DE L'ETABLISSEMENT	39
3.1.	Indicateur = Taux d'évolution de la masse salariale au global	39
3.2.	Indicateur = Taux d'évolution de la masse salariale - personnel médical	40
3.3.	Indicateur = Taux d'évolution de la masse salariale - personnel non médical	41
3.4.	Indicateur = Indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS) de médecine.....	42
3.5.	Indicateur = Indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS) de chirurgie	43
3.6.	Indicateur = Taux d'occupation des unités d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie infanto-juvénile 44	
3.7.	Indicateur = Taux d'occupation des unités d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie générale (adulte) 45	
3.8.	Indicateur = File active - nombre de patients enregistrés dans l'année	46
3.9.	Indicateur = DMS globale par HAD	47
3.10.	Indicateur = Taux de séjour en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) d'au moins une nuit.....	48
3.11.	Indicateur = Ecart au capacitaire cible au regard du casemix de l'établissement	49
3.12.	Indicateur = Nombre de modes de prise en charge distincts comportant au moins dix séquences réalisées par l'établissement au cours de l'année N	50
3.13.	Indicateur = Taux de recours de l'établissement aux opérateurs d'achat mutualisés (régionaux ou nationaux)	51
3.14.	🌟 Indicateur = Taux de dossiers patients renseignés et mis à jour auprès du registre REIN.	52
4.	OBJECTIF : ASSURER LA TRAJECTOIRE FINANCIERE DE L'ETABLISSEMENT	53
4.1.	Indicateur = Taux de marge brute (hors aides nationales)	53
4.2.	Indicateur = Résultat budgétaire	54
5.	OBJECTIF : METTRE EN ŒUVRE UNE GESTION DES SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES GRADUEES DE LA GESTION DE TENSION / GESTION DES LITS OPERATIONNELLE A UNE GESTION DE CRISE	55
5.1.	Indicateur = Nombre de lits ouvrables / ré-ouvrables en cas de tension (hivernale, épidémie,...) et en cas de plan blanc	55
5.2.	Indicateur = Taux de lits ouvrables / ré-ouvrables sur la capacité totale de l'établissement	56
5.3.	Indicateur = Taux de remplissage quotidien du ROR sur les capacités disponibles et l'activité des urgences pour les établissements concernés	57
5.4.	Indicateur = Taux de professionnels formés et entraînés à la gestion de crise	58

AXE 3 GARANTIR LA QUALITE, LA SECURITE ET LA PERTINENCE DES PRISES EN CHARGE.....59

1.	OBJECTIF : CONTRIBUER A LUTTER CONTRE LES DESERTS MEDICAUX ET LES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS.....	60
1.1	Indicateur = Nombre de consultations avancées mises en place (hors centre médico-psychologique (CMP) pour les établissements de psychiatrie)	60
1.2	Indicateur = Taux d'ouverture des sites ayant des équipements matériels lourds	61
1.3	Indicateur = Taux de participation de l'équipe à la permanence des soins en établissement de santé sur le territoire	62
2.	OBJECTIF : AMELIORER LA QUALITE ET LA SECURITE DES PRISES EN CHARGE	63
2.1	Taux d'évènements indésirables associés aux soins (EIAS) ayant donné lieu à un comité de retour d'expérience (CREX) et / ou d'une revue de mortalité et de morbidité (RMM) organisés / an	63
2.2	Indicateur = Part d'évènements indésirables associés aux soins (EIAS) [ayant donné lieu à un comité de retour d'expérience (CREX) et / ou d'une revue de mortalité et de morbidité (RMM) organisés] ayant donné lieu à la mise en œuvre d'actions correctrices et/ou préventives	64
2.3	Indicateur : Taux de médecins accrédités dans les spécialités à risques	65
3.	OBJECTIF : AMELIORER LA PERTINENCE DES SOINS ET DES PRESCRIPTIONS	66
3.1	Nombre d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) réalisées en rapport avec la pertinence des actes ou des prescriptions.....	66
3.2	Indicateur = Nombre de mesures d'isolement et de contention prononcées (tous types de mesures confondues).....	67
3.3	Indicateur = Nombre de commandes de transports à la charge financière de l'Assurance Maladie (ou au choix exécutés en ville) effectuées via la plateforme régionale	68

AXE 4 S'INSCRIRE DANS UNE STRATEGIE COLLECTIVE DE SANTE AU SEIN D'UN TERRITOIRE ET AU SERVICE DU PATIENT69

1.	OBJECTIF : METTRE EN ŒUVRE LES COLLABORATIONS MEDICALES ATTENDUES	70
----	---	----

1.1	☀ Indicateur = Nombre de filières graduées entre tous les établissements du groupement hospitalier de territoire (GHT) concertées et validées.....	70
1.2	Indicateur = Nombre de protocoles de pré-admission en HAD conclus avec les prescripteurs tiers (MCO, SSR, ESMS, ville).....	71
1.3	Indicateur = Montant consacré à l'intérim médical et aux contrats de remplacement équivalents	72
1.4	Indicateur = Poids des dépenses d'intérim médical et des contrats de remplacement équivalents par rapport aux dépenses totales consacrées aux personnels médicaux.....	73
1.5	☀ Indicateur = Nombre d'équipes médicales communes mises en place ou fédérations médicales inter-hospitalières (FMIH).....	74
2.	OBJECTIF : ADAPTER L'OFFRE DE SOINS AUX PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP.....	75
2.1	Indicateur = Nombre de refus d'examens pour des raisons de handicap	75
2.2	☀ Indicateur = Nombre de consultations et d'examens accessibles par rapport aux besoins de soins récurrents ("panier" défini)	76
2.3	Indicateur = Nombre d'hospitalisations au long cours en hospitalisation à temps plein.....	77
GLOSSAIRE.....		78
HISTORIQUE DES ACTUALISATIONS DU GUIDE.....		79

Préambule sur le guide

Objectif du guide méthodologique

Le présent document constitue le guide méthodologique des objectifs et indicateurs relatifs aux CPOM des établissements de santé de la Nouvelle-Aquitaine.

Ces objectifs et indicateurs qui découlent du nouveau PRS seront intégrés dans l'annexe n°1 « orientations stratégiques » des nouveaux CPOM des établissements de santé de la région.

Contenu du guide méthodologique

Le document intègre **5** grands **paragraphes** correspondant aux 5 axes de l'annexe du CPOM relative aux orientations stratégiques :

- 1 § sur l'axe 1 « renforcer l'action sur les déterminants de santé pour prévenir les atteintes évitables de la santé » ;
- 1 § sur l'axe 2 « organiser un système de santé de qualité, accessible à tous dans une logique de parcours de santé » ;
- 1 § sur l'axe 3 « garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge » ;
- 1 § sur l'axe 4 « s'inscrire dans une stratégie collective de santé au sein d'un territoire et au service du patient »
- 1 § sur l'axe 5 « apporter une réponse aux attentes spécifiques du territoire »

Tous les indicateurs ne concernent pas tous les établissements de la région, certains dépendent :

- des types d'activité exercées au sein de l'établissement : MCO, Psychiatrie, SSR, HAD, EML ou Dialyse
- et/ou des catégories d'établissement : public, privé non lucratif ou privé lucratif

Les critères d'éligibilité des indicateurs sont précisés pour chaque indicateur.

Et pour chaque indicateur est précisé aussi :

- le libellé de l'indicateur ;
- la finalité de l'indicateur ;
- le type d'indicateur : avec ou sans cible fixée dans le CPOM ;
- la méthodologie de calcul ;
- qui doit renseigner la valeur initiale de référence : l'établissement ou l'ARS.

Contacts

Pour toute question et tout complément d'information sur ces objectifs et indicateurs, l'établissement peut se rapprocher de la délégation départementale de l'ARS.

Légende du code utilisé dans les fiches indicateurs



Fiche mise à jour : permet de suivre les différentes versions

Axe 1 Renforcer l'action sur les déterminants de santé pour prévenir les atteintes évitables à la santé

Synthèse des objectifs et indicateurs de l'axe 1	
Objectifs	Indicateurs
Contribuer directement à la promotion à la santé de la population	Nombre d'actions de santé publique menées annuellement par l'établissement portant sur les priorités de santé publique du territoire (dont les actions relatives au "mois" sans tabac)
	Nombre d'actions d'information, sensibilisation, formation organisées en promotion de la santé mentale (dont les actions de santé publique relatives au "mois" sans tabac)
	Taux de patients pour lesquels la structure a partagé la dosimétrie via la plateforme régionale « Krypton » après avoir réalisé un acte irradiant
	Nombre d'actions conduites menées par l'établissement en partenariat avec des associations d'usagers, en lien avec les instances de démocratie sanitaire, visant à promouvoir : <ul style="list-style-type: none"> - les droits et libertés des usagers - la participation des patients à leur prise en charge (formation, pair-aidance, ETP...)
Etre acteur du dépistage / repérage précoces et de la vaccination	Nombre de plages dédiées aux examens de mammographie
	Délai d'obtention moyen d'un RDV d'examen de mammographie
	Délai entre le dépistage positif d'un cancer colorectal et la réalisation d'une coloscopie
	Taux de vaccination des agents de l'établissement contre la rougeole
	Taux de vaccination des agents de l'établissement contre la grippe
	Nombre d'actions de psychoéducation (individuelles ou groupales) mises en place en direction des aidants

1. OBJECTIF : CONTRIBUER DIRECTEMENT A LA PROMOTION A LA SANTE DE LA POPULATION

1.1. Indicateur = Nombre d'actions de santé publique menées annuellement par l'établissement portant sur les priorités de santé publique du territoire (dont les actions relatives au "mois sans tabac")

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO + SSR + HAD + Dialyse
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Mesurer l'implication des établissements de santé dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, axe prioritaire de la stratégie nationale de santé et du PRS

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	Etablissement
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Augmentation régulière et variété des thématiques
Unité de mesure	Nombre
Méthodologie de calcul	Déclaratif de l'établissement + pièces justificatives : nombre et thématiques d'action notamment celles relatives au mois sans tabac
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

1.2. Indicateur = Nombre d'actions d'information, sensibilisation, formation organisées en promotion de la santé mentale (dont les actions de santé publique relatives au "mois" sans tabac)

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	PSYCHIATRIE
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Mesurer les actions déployées concourant à la formation des acteurs du territoire à la santé mentale (professionnels des ESM, libéraux, institutions...) et à la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques génératrice d'un retard et d'inégalités dans l'accès aux soins (sensibilisation du grand public, évènement semaines d'information en santé mentale, journée annuelle d'information, ...)

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	Etablissement
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Augmentation du nombre d'actions menées
Unité de mesure	Nombre
Méthodologie de calcul	Déclaratif de l'établissement
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

1.3. Indicateur = Taux de patients pour lesquels la structure a partagé la dosimétrie via la plateforme régionale « Krypton » après avoir réalisé un acte irradiant

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	EML
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Avoir une traçabilité de la dosimétrie reçue par les patients pris en charge en Nouvelle-Aquitaine.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	Etablissement
Année de référence	2018
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur					
Cible ?	Oui , augmentation sur la durée du contrat pour atteindre 100% en 2023.				
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	2019 : 100%	2020 : 100%	2021 : 100%	2022 : 100%	2023 : 100%
Si non, résultat attendu					
Unité de mesure	%				
Méthodologie de calcul	Numérateur = Nombre de patients ayant effectué un acte irradiant au sein de la structure et pour lesquels la dosimétrie est interprétable par Krypton / Dénominateur = Nombre de patients ayant effectué un acte irradiant au sein de la structure				
Période de référence	Année N-1				
Fréquence de calcul	1 fois par an				

1.4. Indicateur = Nombre d'actions conduites menées par l'établissement en partenariat avec des associations d'usagers, en lien avec les instances de démocratie sanitaire, visant à promouvoir :

- les droits et libertés des usagers ;
- la participation des patients à leur prise en charge (formation, pair-aidance, ETP...)

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO + SSR + PSY + HAD
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Mesurer l'engagement de l'établissement à promouvoir et faire respecter les droits des usagers.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	Etablissement
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Augmentation du nombre d'actions conduites sur la durée du plan
Unité de mesure	Nombre
Méthodologie de calcul	Déclaratif de l'établissement
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

2. OBJECTIF : ÊTRE ACTEUR DU DEPISTAGE / REPERAGE PRECOCES ET DE LA VACCINATION

2.1. Indicateur = Nombre de plages dédiées aux examens de mammographie

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO + EML (hors structures qui ne réalisent que de la médecine nucléaire)
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Place et implication de l'établissement dans le dépistage du cancer du sein

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	Etablissement
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	
Unité de mesure	Nombre
Méthodologie de calcul	Déclaratif de l'établissement (à partir de son SI)
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

2.2. Indicateur = Délai d'obtention moyen d'un RDV d'examen de mammographie

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO + EML (hors structures qui ne réalisent que de la médecine nucléaire)
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Place et implication de l'établissement dans le dépistage du cancer du sein

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	
Si oui, par qui ?	
Année de référence	
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	
Unité de mesure	Nombre
Méthodologie de calcul	Déclaratif de l'établissement à partir de son SI et des dossiers patients
Période de référence	Mois de juin de l'année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

2.3. Indicateur = Délai entre le dépistage positif d'un cancer colorectal et la réalisation d'une coloscopie

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Délai entre la réception du résultat de laboratoire et la réalisation de la coloscopie

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	
Si oui, par qui ?	
Année de référence	
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	
Unité de mesure	Nombre
Méthodologie de calcul	Déclaratif de l'ES (à partir de son SI et des dossiers patients).
Période de référence	Mois de juin de l'année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

2.4. Indicateur = Taux de vaccination des agents de l'établissement contre la rougeole

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO + SSR + PSY + HAD + EML + Dialyse
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Responsabilisation de l'établissement et des professionnels vis à vis de leur vaccination et de la limitation de la propagation des épidémies intra établissement.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	Etablissement
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur					
Cible ?	Oui, cible commune à tous les établissements				
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	2019 : 95%	2020 : 95%	2021 : 95%	2022 : 95%	2023 : 95%
Si non, résultat attendu					
Unité de mesure	%				
Méthodologie de calcul	Par service : Numérateur = nombre d'agents de l'établissement vacciné contre la rougeole / Dénominateur = nombre d'agents de l'établissement				
Période de référence	Année N-1				
Fréquence de calcul	1 fois par an				

2.5. Indicateur = Taux de vaccination des agents de l'établissement contre la grippe

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO + SSR + PSY + HAD + EML + Dialyse
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Responsabilisation de l'établissement et des professionnels vis à vis de leur vaccination et de la limitation de la propagation des épidémies intra établissement.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	Etablissement
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur					
Cible ?	Oui, cible commune à tous les établissements Pour les services et pathologies ciblées				
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	2019 : 30%	2020 : 40%	2021 : 50%	2022 : 60%	2023 : 70%
Si non, résultat attendu					
Unité de mesure	%				
Méthodologie de calcul	Par service : Numérateur = nombre d'agents de l'établissement vacciné contre la grippe / Dénominateur = nombre d'agents de l'établissement				
Période de référence	Année N-1				
Fréquence de calcul	1 fois par an				

2.6. Indicateur = Nombre d'actions de psychoéducation (individuelles ou groupales) mises en place en direction des aidants

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	PSYCHIATRIE
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Mesurer les actions destinées aux aidants permettant de mieux comprendre le trouble psychiatrique de leur proche, de promouvoir leur capacité à y faire face (prévention de la souffrance psychique de l'aidant / prévention des rechutes chez le patient)

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	Etablissement
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	Fournie par l'établissement

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Augmentation du nombre d'actions sur la durée du contrat
Unité de mesure	Nombre
Méthodologie de calcul	Déclaratif de l'établissement
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

Axe 2 Organiser un système de santé de qualité, accessible à tous dans une logique de parcours de santé

Synthèse des objectifs et indicateurs de l'axe 2	
Objectifs	Indicateurs
Développer le virage ambulatoire	Taux de chirurgie ambulatoire global de l'établissement
	Taux de médecine ambulatoire programmée global de l'établissement
	Part de la file active vue ambulatoire en infanto-juvénile dans la file active totale de l'établissement en infanto-juvénile.
	Part de la file active vue ambulatoire en psychiatrie générale dans la file active totale de l'établissement en psychiatrie générale.
	Taux de journées à temps partiel dans les journées d'hospitalisation pour les patients adultes
	Indice de performance du transfert médecine chirurgie obstétrique (MCO) - hospitalisation à domicile (HAD) (« IP transfert »)
	Taux de journées à temps partiel dans les journées d'hospitalisation en SSR
	Nombre de patients pris en charge par jour pour 100 000 habitants.
Renforcer la structuration du lien ville / hôpital	Taux d'hospitalisation directe en médecine chirurgie obstétrique (MCO) (hors urgences)
	Taux d'hospitalisation en médecine chirurgie obstétrique (MCO) (hors unité d'hospitalisation de courte durée - UHCD) à partir des urgences
	Taux de compte-rendu d'hospitalisation des patients transmis et/ou partagé de manière dématérialisée et sécurisée : - soit par le biais d'une messagerie sécurisée de santé (transmission) ; - soit par le biais du DMP du patient (partage) - soit par le biais du dossier patient dans l'application régionale de parcours "globule / PAACO" (partage)
	Taux d'images médicales échangées et/ou partagées au niveau régional
	Taux d'intervention de l'HAD en établissement médico-social
	Taux de décès de patients âgés de 75 ans et plus pris en charge aux urgences en UHCD.
	Taux de séjours de soins palliatifs (notion de Modes de Prise en Charge principaux - MPP) dans le casemix de l'HAD
	Taux de ré-hospitalisation à 30 jours.
	Taux de patients suivis ayant accès à un programme d'éducation thérapeutique (en interne ou hors les murs).
	Taux de patients dialysés en antennes ou au domicile.
	Taux de patients greffés suivis.

Synthèse des objectifs et indicateurs de l'axe 2	
Objectifs	Indicateurs
Assurer la performance interne / organisationnelle de l'établissement	Taux d'évolution de la masse salariale au global
	Taux d'évolution de la masse salariale – personnel médical
	Taux d'évolution de la masse salariale – personnel non médical
	Indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS) de médecine
	Indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS) de chirurgie
	Taux d'occupation des unités d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie infanto-juvénile
	Taux d'occupation des unités d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie générale (adulte)
	File active - nombre de patients enregistrés dans l'année
	DMS globale par HAD
	Taux de séjour en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) d'au moins une nuit
	Ecart au capacitaire cible au regard du casemix de l'établissement
	Nombre de modes de prise en charge distincts comportant au moins dix séquences réalisées par l'établissement au cours de l'année N
	Taux de recours de l'établissement aux opérateurs d'achat mutualisés (régionaux ou nationaux)
	Taux de dossiers patients renseignés et mis à jour auprès du registre REIN
Assurer la trajectoire financière de l'établissement	Taux de marge brute (hors aides nationales)
	Résultat budgétaire
Mettre en œuvre une gestion des situations sanitaires exceptionnelles graduées de la gestion de tension / gestion des lits opérationnelle à une gestion de crise	Nombre de lits ouvrables / réouvrables en cas : - de tension (hivernale, épidémie,...) - cas de plan blanc
	Taux de lits ouvrables / réouvrables sur la capacité totale de l'établissement
	Taux de remplissage quotidien du ROR sur les capacités disponibles et l'activité des urgences pour les établissements concernés
	Nombre et taux de professionnels formés et entraînés à la gestion de crise

1. OBJECTIF : DEVELOPPER LE VIRAGE AMBULATOIRE

1.1 Indicateur = Taux de chirurgie ambulatoire global de l'établissement

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Mesure de la part de la chirurgie ambulatoire globale par rapport à l'ensemble de l'activité de soins de chirurgie. Le taux global de chirurgie ambulatoire permettra de piloter l'évolution des pratiques chirurgicales de l'établissement en ayant une vision actualisée de l'activité réelle.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Oui, individualisées par établissement jusqu'à 2020 compris
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodologie de calcul	Numérateur = somme des séjours chirurgicaux sans nuitée, hors CMD 14 et 15 + sept racines (03K02, 05K14, 11K07, 12K06, 09Z02, 23Z03 et 14Z08) / Dénominateur = somme des séjours chirurgicaux (GHM en C, hors CMD 14 et 15) + 7 GHM ajoutés (4 GHM en K : 12K06, 11K07, 05K14, 03K02 et 3 GHM en Z : 09Z02, 23Z03, 14Z08)
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

1.2 Indicateur = Taux de médecine ambulatoire programmée global de l'établissement

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Mesure de la part de la médecine ambulatoire globale par rapport à l'ensemble de l'activité de soins de médecine. Le taux global de médecine ambulatoire permettra de piloter l'évolution des pratiques médicales de l'établissement en ayant une vision actualisée de l'activité réelle.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non, pour l'instant il s'agit juste d'un indicateur de suivi.
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Augmentation de la valeur sur la durée du contrat
Unité de mesure	%
Méthodologie de calcul	Séjours en ASO M. Exclusion des prestations inter-établissement (type séjour = "B"). Exclusion des séjours avec CMD 14/15/28/90. Exclusion des séjours entrés par les urgences (mode entrée = "8" provenance = "5") et par une Unité médicale en réa, SC, SI (soit un codage de la première UM="01","02","03","05","06","07","13","14","18") Numérateur = sur le champ ci-dessus, séjours HTP venant du domicile soit séjours avec durée = 0 et mode entrée = "8" et mode de sortie = "8" / Dénominateur = sur le champ ci-dessus, tous les séjours quelque soit leur durée et leur mode entrée - sortie
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

1.3 Indicateur = Part de la file active vue ambulatoire en infanto-juvénile dans la file active totale de l'établissement en infanto-juvénile

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	PSYCHIATRIE – avec activité ambulatoire
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Mesurer la part des patients pris en charge en ambulatoire par rapport à l'ensemble de la file active. L'évolution permettra de mesurer la structuration des parcours de soins à partir de l'activité ambulatoire

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Augmentation de la valeur sur la durée du contrat
Unité de mesure	%
Méthodologie de calcul	Numérateur = Nombre de patients distincts pris en charge par l'établissement en ambulatoire en secteur infanto-juvénile / Dénominateur = Nombre de patients distincts pris en charge en hospitalisation ou en ambulatoire par l'établissement en secteur infanto-juvénile
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

1.4 Indicateur = Part de la file active vue ambulatoire en psychiatrie générale dans la file active totale de l'établissement en psychiatrie générale

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	PSYCHIATRIE – avec activité ambulatoire
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Mesurer la part des patients pris en charge en ambulatoire par rapport à l'ensemble de la file active. L'évolution permettra de mesurer la structuration des parcours de soins à partir de l'activité ambulatoire

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Augmentation de la valeur sur la durée du contrat
Unité de mesure	%
Méthodologie de calcul	Numérateur = Nombre de patients distincts pris en charge par l'établissement en ambulatoire en secteur de psychiatrie général / Dénominateur = Nombre de patients distincts pris en charge en hospitalisation ou en ambulatoire par l'établissement en secteur de psychiatrie général
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

1.5 Indicateur = Taux de journées à temps partiel dans les journées d'hospitalisation pour les patients adultes

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	PSYCHIATRIE – avec hospitalisation complète (HC) et hospitalisation de jour (HDJ)
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Mesurer la part de l'hospitalisation à temps partiel dans l'ensemble des journées d'hospitalisation réalisées

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Augmentation de la valeur sur la durée du contrat
Unité de mesure	%
Méthodologie de calcul	Numérateur = Nombre de venues en hospitalisation partielle de patients âgés de 18 ans ou plus dans l'établissement (FA='20', '21' ou '23') / Dénominateur = Nombre total de journées et venues en hospitalisation de patients de 18 ans ou plus pris en charge par l'établissement
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

1.6 Indicateur = Indice de performance du transfert médecine chirurgie obstétrique (MCO) - hospitalisation à domicile (HAD) ("IP transfert")

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Inciter au transfert MCO vers HAD en mesurant l'écart à la moyenne des transferts MCO vers HAD pour chaque établissement. L'indice de performance transfert (IP transfert) permet de s'affranchir du case mix de l'établissement pour pouvoir comparer les établissements entre eux de manière plus juste.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS : DD
Année de référence	2016 (dernière donnée disponible sur ORFEE HAD)
Où trouver la valeur de référence ?	En cliquant sur le lien : ORFEE HAD Voici le process : <ul style="list-style-type: none"> - Choix de la restitution : « par établissement » - Année : « 2016 » - MPP : « toute l'activité » - Analyse de la performance : « flux de patients entre établissement » ; « MCO > HAD » - Région : « NA » - Etablissement : sélectionner l'établissement concerné <p>L'IP transfert de l'établissement sera le même quelque soit l'HAD concernée</p>

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Oui, cible commune à tous les établissements
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	> ou = à 1 chaque année
Si non, résultat attendu	
Unité de mesure	Indice
Méthodologie de calcul	Indice de performance du transfert "MCO-HAD" issu de l'application ORFEE HAD. Ratio entre le nombre de séjours MCO transférés en HAD et le nombre de transferts attendus pour l'établissement MCO considéré.
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

1.7 Indicateur = Taux de journées à temps partiel dans les journées d'hospitalisations en SSR

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	SSR
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Mesurer la part des journées à temps partiel dans l'ensemble des journées d'hospitalisation en SSR de l'établissement.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	
Unité de mesure	%
Méthodologie de calcul	Numérateur = somme des journées à temps partiel de l'établissement (RHA de l'année) / Dénominateur = somme des journées totales réalisées de l'établissement (RHA de l'année)
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

1.8 Indicateur = Nombre de patients pris en charge par jour pour 100 000 habitants

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	HAD
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Mesurer l'activité d'HAD rapportée à la population d'un territoire. NB : Cet indicateur n'est pas à interpréter seul, mais conjointement avec la DMS, la file active et le case-mix. Ces 3 indicateurs interprétés ensemble sont un bon reflet de l'activité globale de l'HAD et évitent certains biais (par ex augmentation artificielle de l'indicateur nombre de patients/jour/100 000 hab. par augmentation de la DMS et non du nombre de patients).

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur					
Cible ?	Oui, commune à tous les établissements et identique sur les 5 ans				
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	2019 : > à 35patients / jours / 100 000 habitants	2020 : > à 35patients / jours / 100 000 habitants	2021 : > à 35patients / jours / 100 000 habitants	2022 : > à 35patients / jours / 100 000 habitants	2023 : > à 35patients / jours / 100 000 habitants
Si non, résultat attendu					
Unité de mesure	Nombre				
Méthodologie de calcul	Numérateur = Nombre de journées / Dénominateur = 365 * nombre d'habitants couverts par l'HAD (population selon l'arrêté d'autorisation de l'HAD) / 100 000				
Période de référence	Année N-1				
Fréquence de calcul	1 fois par an				

2. OBJECTIF : RENFORCER LA STRUCTURATION DU LIEN VILLE / HOPITAL

2.1. Indicateur = Taux d'hospitalisation directe en médecine chirurgie obstétrique (MCO) (hors urgences)

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Optimiser le parcours patient dans les filières spécialisées en évitant le passage par les urgences.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Augmentation sur la durée du contrat
Unité de mesure	%
Méthodologie de calcul	Numérateur = Nombre de séjours hors mode entrée urgence en hospitalisation complète (ME <> "8/5" et durée >0) / Dénominateur = Tous les séjours en hospitalisation complète
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

2.2. Indicateur = Taux d'hospitalisation en médecine chirurgie obstétrique (MCO) (hors unités d'hospitalisation de courte durée – UHCD) à partir des urgences

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Optimiser le parcours patient dans les filières spécialisées en évitant le passage par les urgences.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Diminution sur la durée du contrat
Unité de mesure	%
Méthodologie de calcul	<p>Numérateur = Nombre de séjours en hospitalisation complète entrés par les urgences, hormis les mono-UHCD (durée séjour >0 et exclusion séjours avec Durée en UM 07 (UHCD) = durée séjour et exclusion des CMD 14, 28, 90)</p> <p>/</p> <p>Dénominateur = Tous séjours d'hospitalisation complète hors nouveau-nés hors séances (durée >0 et exclusion des CMD 14, 28, 90)</p>
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

2.3. Indicateur = Taux de compte-rendu d'hospitalisation des patients transmis et/ou partagé de manière dématérialisée et sécurisée :

- soit par le biais d'une messagerie sécurisée de santé (transmission) ;
- soit par le biais du DMP du patient (partage)
- soit par le biais du dossier patient dans l'application régionale de parcours "globule / PAACO" (partage)

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO + SSR + PSY + HAD
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Ce taux mesure le pourcentage de compte-rendu d'hospitalisation réalisés et transmis et/ou partagés avec les partenaires de la ville, de façon automatisé, et de manière sécurisée, à partir du dossier patient informatisé (DPI) de l'établissement.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS
Année de référence	2018
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non (cibles non connues / fiabilisées aujourd'hui)
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	NA
Si non, résultat attendu	Augmentation
Unité de mesure	Pourcentage

<p>Méthodologie de calcul</p>	<p>Numérateur = Nombre de compte-rendu d'hospitalisation (CRH) de patients disposant d'un DMP au moment de leur admission publiés dans le DMP + Nombre de CRH de patients disposant d'un dossier dans l'application régionale parcours « Globule / PAACO » au moment de leur admission publiés dans l'application régionale parcours « Globule / PAACO » + Nombre de CRH transmis par messagerie sécurisée de santé (MSS) pour des patients dont le médecin traitant ou prescripteur dispose d'une MSS au moment de l'admission du patient /</p> <p>Dénominateur = Nombre de CRH de patients disposant d'un DMP au moment de leur admission + Nombre de CRH de patients disposant d'un dossier dans l'application régionale parcours « Globule / PAACO » au moment de leur admission + Nombre de CRH de patients dont le médecin traitant ou le médecin prescripteur dispose d'une MSS au moment de l'admission du patient)</p> <p>Le calcul prend donc en compte uniquement les patients disposant : - d'un DMP au moment de leur admission - d'un dossier dans l'application globule/PAACO au moment de leur admission Et les patients pour lequel le professionnel de santé (médecin traitant du patient ou médecin prescripteur) à qui l'établissement souhaite transmettre la lettre de liaison dispose d'une messagerie sécurisée de santé (messagerie de l'espace de confiance MSS).</p> <p>Tous les services de l'établissement sont à prendre en compte.</p>
<p>Période de référence</p>	<p>Année N-1</p>
<p>Fréquence de calcul</p>	<p>1 fois par an</p>

2.4. Indicateur = Taux d'images médicales échangées et/ou partagées au niveau régional

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	EML
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Mettre à la disposition de tous les professionnels de santé les imageries médicales de leur patient afin de permettre un partage d'information rapide, simple et sécurisé pour faciliter la prise en charge et éviter la redondance d'examens. Cet échange et ce partage peut être réalisé via le service régional d'échange et de partage "Krypton".

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	Etablissement
Année de référence	2018
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Oui, commune à tous les établissements
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	2019 : Pouvoir justifier d'une prise de renseignement concernant KRYPTON (Mise à disposition de l'offre par le GIP ESEA) 2020 : Pouvoir justifier d'une prise de renseignement concernant KRYPTON (Mise à disposition de l'offre) 2021 : Pouvoir justifier la prise ou non de krypton lors des échanges avec la DD 2022 : 100% 2023 : 100%
Si non, résultat attendu	
Unité de mesure	%
Méthodologie de calcul	Numérateur = Nombre de patients ayant effectué un acte d'imagerie au sein de la structure et pour lesquels la donnée est interprétable par Krypton / Dénominateur = Nombre de patients ayant effectué un acte d'imagerie au sein de la structure
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

2.5. Indicateur = Taux d'intervention de l'HAD en établissement médico-social

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	HAD
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Mesurer la progression de la part de l'activité d'HAD réalisée en établissement médico-social par rapport à l'activité globale. Inciter les HAD à développer la prise en charge de ce public.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Augmentation de la valeur sur la durée du contrat
Unité de mesure	%
Méthodologie de calcul	Numérateur = Nb de séjours effectués pour un patient en ESMS (Domicile = "3"/"4"/"5") / Dénominateur = Nombre de séjours totaux de l'établissement
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

2.6. Indicateur = Taux de décès de patients âgés de 75 ans et plus pris en charge aux urgences en UHCD

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Diminuer les hospitalisations et les passages aux urgences de personnes âgées en fin de vie résidant en EHPAD et à domicile

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Diminution du taux de décès de personnes âgées de plus de 75 ans survenus dans les services d'urgences
Unité de mesure	%
Méthodologie de calcul	Numérateur = Nombre de décès de patient de 75 ans et plus en UHCD (patient avec séjour seulement en UM 07) / Dénominateur = nombre de séjours de patients de 75 ans et plus en UHCD
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

2.7. Indicateur = Taux de séjours de soins palliatifs (notion de Modes de Prise en Charge principaux - MPP) dans le casemix de l'HAD

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	HAD
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Augmenter la part des patients pris en charge par l'HAD en soins palliatifs au domicile et en EHPAD.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Augmentation des prises en charge en soins palliatifs en HAD sur tous les départements
Unité de mesure	%
Méthodologie de calcul	Numérateur = nombre de séjours avec MPP soins palliatifs / Dénominateur = tous les séjours
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

2.8. Indicateur = Taux de ré-hospitalisation à 30 jours

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	L'indicateur réhospitalisation à 30 jours (RH30) évalue la coordination ville-hôpital au niveau d'un territoire et la prise en charge des patients par les acteurs de la médecine de ville.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Diminution de la valeur sur la durée du contrat
Unité de mesure	%
Méthodologie de calcul	<p>Numérateur = Nombre de patients domiciliés d'une zone géographique réhospitalisés dans un délai de 1 à 30 jours suite à une hospitalisation index terminée en année N</p> <p>/</p> <p>Dénominateur = Nombre de patients domiciliés d'une zone géographique avec au moins un séjour index dans un établissement MCO dont la date de sortie est comprise entre le 1er janvier de l'année N et avant le 31 décembre de l'année N</p> <p><i>Définition du séjour index, hospitalisation :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - respectant les critères d'inclusion et d'exclusion des séjours ; - dont la sortie a eu lieu entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année N ; - avec un mode de sortie domicile (=8) afin de pouvoir étudier l'articulation hôpital-ville des offreurs de soins ; - non précédée d'une hospitalisation, respectant les critères d'inclusion et d'exclusion des séjours, terminée moins de 30 jours avant le début de celle-ci. <p>Remarque : la zone géographique de domiciliation du patient correspondra au code géographique PMSI déclaré lors du séjour index</p> <p>Méthode décrite ici : http://www.scansante.fr/sites/default/files/content/396/vf_-_rh30_-_2018_03_20.pdf</p>
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an



2.9.  Indicateur = Taux de patients suivis ayant accès à un programme d'éducation thérapeutique (en interne ou hors les murs)

EN COURS DE VALIDATION

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	DIALYSE
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Permettre aux patients insuffisants rénaux de bénéficier d'un programme d'éducation thérapeutique notamment sur le diabète, l'hypertension artérielle et autres facteurs de risque cardiovasculaire.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	Etablissement
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Augmentation du taux de patients suivis bénéficiant d'une offre d'éducation thérapeutique
Unité de mesure	%
Méthodologie de calcul	Numérateur = nombre de patients inclus dans un programme ETP / Dénominateur = nombre de patients insuffisants rénaux suivis
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an



2.10. Indicateur = Taux de patients dialysés en antennes ou au domicile

EN COURS DE VALIDATION

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	DIALYSE
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Développer l'auto dialyse hors centre et UDM afin d'autonomiser les patients dont les caractéristiques sont compatibles avec une prise en charge en antenne ou au domicile (âge du patient, degré d'autonomie, stade de la maladie, ...).

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	Etablissement
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Augmentation du taux de patients dialysés hors centre et UDM
Unité de mesure	%
Méthodologie de calcul	Numérateur = Nombre de patients dialysés en antennes ou au domicile / Dénominateur = Nombre de patients dialysés
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an



2.11. Indicateur = Taux de patients greffés suivis

EN COURS DE VALIDATION

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	DIALYSE
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Développer la transplantation notamment préemptive, et également l'inscription en liste d'attente pour les patients dont les caractéristiques le permettent.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	Etablissement
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Augmentation du taux de patients greffés
Unité de mesure	%
Méthodologie de calcul	Numérateur = Nombre de patients greffés suivis / Dénominateur = Nombre de patient pris en charge en Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

3. Objectif : Assurer la performance interne / organisationnelle de l'établissement

3.1. Indicateur = Taux d'évolution de la masse salariale au global

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO + SSR + PSY + HAD
Catégorie d'établissement	Public
Finalité de l'indicateur	L'évolution contrainte de l'ONDAM hospitalier implique d'assurer une maîtrise renforcée des dépenses des établissements publics de santé, notamment de la masse salariale (75 % des dépenses), pour éviter de générer des déficits hospitaliers.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Décélération du rythme d'évolution avec fixation d'un plafond au taux régional annuel
Unité de mesure	%
Méthodologie de calcul	Budget principal (budget H) : Numérateur = Dépenses de titre 1 Année N / Dénominateur = Dépense de titre 1 Année N-1
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

3.2. Indicateur = Taux d'évolution de la masse salariale - personnel médical

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO + SSR + PSY + HAD
Catégorie d'établissement	Public
Finalité de l'indicateur	L'évolution contrainte de l'ONDAM hospitalier implique d'assurer une maîtrise renforcée des dépenses des établissements publics de santé, notamment de la masse salariale (75 % des dépenses), pour éviter de générer des déficits hospitaliers.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Décélération du rythme d'évolution avec fixation d'un plafond au taux régional annuel
Unité de mesure	%
Méthodologie de calcul	Budget principal (budget H) : Numérateur = Dépenses de titre 1 Année N / Dénominateur = dépense de titre 1 Année N-1
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

3.3. Indicateur = Taux d'évolution de la masse salariale - personnel non médical

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO + SSR + PSY + HAD
Catégorie d'établissement	Public
Finalité de l'indicateur	L'évolution contrainte de l'ONDAM hospitalier implique d'assurer une maîtrise renforcée des dépenses des établissements publics de santé, notamment de la masse salariale (75 % des dépenses), pour éviter de générer des déficits hospitaliers.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Décélération du rythme d'évolution avec fixation d'un plafond au taux régional annuel
Unité de mesure	%
Méthodologie de calcul	Budget principal (budget H) : Numérateur = Dépenses de titre 1 Année N / Dénominateur = dépense de titre 1 Année N-1
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

3.4. Indicateur = Indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS) de médecine

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	L'IPDMS de médecine permettra de piloter l'évolution des pratiques médicales de l'établissement en ayant la vision la plus juste et actualisée de l'activité réelle.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Oui
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	2023 : 0,94
Si non, résultat attendu	
Unité de mesure	Données
Méthodologie de calcul	<p>Numérateur = Nombre de journées de médecine réalisées (ASO M hors nouveau-nés CMD 14 et séances CMD 28)</p> <p>/</p> <p>Dénominateur = Nombre de journées de médecine théoriques</p> <p><i>Le nombre de journées théoriques de médecine correspond au case-mix de médecine de l'établissement multiplié par la DMS nationale de chacun des GHM.</i></p>
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

3.5. Indicateur = Indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS) de chirurgie

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	L'IPDMS de chirurgie permettra de piloter l'évolution des pratiques médicales de l'établissement en ayant la vision la plus juste et actualisée de l'activité réelle.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Oui
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	2023 : 0,94
Si non, résultat attendu	
Unité de mesure	Données
Méthodologie de calcul	<p>Numérateur = Nombre de journées de chirurgie réalisées (ASO C hors nouveau-nés CMD 14) /</p> <p>Dénominateur = Nombre de journées de chirurgie théoriques</p> <p><i>Le nombre de journées théoriques de chirurgie correspond au case-mix de chirurgie de l'établissement multiplié par la DMS nationale de chacun des GHM (casemix présenté en annexe 5). Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.</i></p>
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

3.6. Indicateur = Taux d'occupation des unités d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie infanto-juvénile

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	PSYCHIATRIE
Catégorie d'établissement	Public + Prive non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Mesurer l'occupation des lits afin d'évaluer le potentiel de réduction capacitaire corrélé ; cet indicateur est à croiser avec le taux de recours à l'hospitalisation à temps partiel qui doit augmenter parallèlement.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	
Unité de mesure	%
Méthodologie de calcul	Numérateur = (Nombre de journées réalisées en hospitalisation temps plein dans l'année / 365)*100 / Dénominateur = Nombre de lits déclarés (dans la SAE)
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

3.7. Indicateur = Taux d'occupation des unités d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie générale (adulte)

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	PSYCHIATRIE
Catégorie d'établissement	Public + Prive non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Mesurer l'occupation des lits afin d'évaluer le potentiel de réduction capacitaire corrélé ; cet indicateur est à croiser avec le taux de recours à l'hospitalisation à temps partiel qui doit augmenter parallèlement.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	
Unité de mesure	%
Méthodologie de calcul	Numérateur = (Nombre de journées réalisées en hospitalisation temps plein dans l'année / 365)*100 / Dénominateur = Nombre de lits déclarés (dans la SAE)
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

3.8. Indicateur = File active - nombre de patients enregistrés dans l'année

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	HAD
Catégorie d'établissement	Public + Prive non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Inciter les HAD à augmenter leur accessibilité en mesurant le nombre de patients différents pris en charge par l'HAD sur une année. Cet indicateur n'est pas à interpréter seul, mais conjointement avec la DMS, le case-mix et le nombre de patients/jour/100 000 hab. Ces 3 indicateurs interprétés ensemble sont un bon reflet de l'activité globale de l'HAD et évitent certains biais (par exemple augmentation artificielle de l'indicateur nombre de patients/jour/100 000 hab. par augmentation de la DMS et non du nombre de patients).

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Augmentation de la valeur sur la durée du contrat
Unité de mesure	Nombre
Méthodologie de calcul	Nb de patients enregistrés dans l'année (numéro de chainage correct)
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

3.9. Indicateur = DMS globale par HAD

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	HAD
Catégorie d'établissement	Public + Prive non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	<p>Mesurer la durée moyenne des séjours en HAD. Cet indicateur n'est pas à interpréter seul, mais conjointement avec la file active et le nombre de patients/jour/100 000 habitants, mais avec également le case-mix de l'HAD. Ces indicateurs interprétés ensemble sont un bon reflet de l'activité globale de l'HAD et évitent certains biais (par ex :</p> <ul style="list-style-type: none"> * augmentation artificielle de l'indicateur nombre de patients/jour/100 000 hab. par augmentation de la DMS et non du nombre de patients * baisse de la DMS par sélection des patients ou des MPP à faible DMS

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Maintien ou baisse de la valeur sur la durée du contrat
Unité de mesure	Nombre
Méthodologie de calcul	Numérateur = Nb de journées en HAD / Dénominateur = Nb de séjours HAD
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

3.10. Indicateur = Taux de séjour en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) d'au moins une nuit

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO
Catégorie d'établissement	Public + Prive non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Optimiser le parcours patient dans les filières spécialisées en évitant le passage par les urgences

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Diminution sur la durée du contrat (et tendre vers 0)
Unité de mesure	%
Méthodologie de calcul	Numérateur = Nb de séjours UHCD de plus de 24 h (séjours avec UM 07 et durée dans cette unité > 0) / Dénominateur = Nb de séjours passés par l'UHCD (séjours ayant eu un passage en UM 07)
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

3.11. Indicateur = Ecart au capacitaire cible au regard du casemix de l'établissement

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO
Catégorie d'établissement	Public
Finalité de l'indicateur	<p>Identification d'un potentiel de substitution des lits en chirurgie par établissement.</p> <p>L'objectif est d'inciter les établissements à mettre en place des plans d'action permettant l'atteinte partielle, complète ou le dépassement de la cible.</p>

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Diminution de l'écart à la cible
Unité de mesure	Nombre
Méthodologie de calcul	<p>Application de la méthode "COPERMO - fiche 3.3" :</p> <p>Ecart entre les lits déclarés dans la SAE et les lits "potentiels" si application de l'IPDMS, du taux d'occupation à 95% et de la substitution de séjours de l'HC vers l'ambulatoire en chirurgie.</p>
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

3.12. Indicateur = Nombre de modes de prise en charge distincts comportant au moins dix séquences réalisées par l'établissement au cours de l'année N

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	HAD
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Mesurer la polyvalence de l'HAD pour inciter les HAD à développer des prises en charges diversifiées

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS
Année de référence	2016
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur					
Cible ?	Oui, communes à tous les établissements				
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	2019 : ≥ 10 MPP différents	2020 : ≥ 10 MPP différents	2021 : ≥ 10 MPP différents	2022 : ≥ 10 MPP différents	2023 : ≥ 10 MPP différents
Si non, résultat attendu					
Unité de mesure	Nombre				
Méthodologie de calcul	Nombre de modes de prise en charge (MPP) distincts comportant au moins dix séquences réalisées par l'établissement dans l'année N				
Période de référence	Année N-1				
Fréquence de calcul	1 fois par an				

3.13. Indicateur = Taux de recours de l'établissement aux opérateurs d'achat mutualisés (régionaux ou nationaux).

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO + SSR + PSY + HAD
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif
Finalité de l'indicateur	Part de la mutualisation des achats de plus en plus importante, harmonisation au niveau régional des besoins/usages par notamment une couverture des groupements régionaux de commande

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Non
Si oui, par qui ?	
Année de référence	
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur					
Cible ?	Oui, communes à tous les établissements				
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	2019 : 55%	2020 : 65%	2021 : 70%	2022 : 75%	2023 : 80%
Si non, résultat attendu					
Unité de mesure	%				
Méthodologie de calcul	Numérateur = volume des achats annuels traités via un opérateur de mutualisation externe régional ou national / Dénominateur = volume des achats annuels, sur la base des comptes listés dans la nomenclature achat diffusée par la DGOS				
Période de référence	Année N-1				
Fréquence de calcul	1 fois par an				



3.14. Indicateur = Taux de dossiers patients renseignés et mis à jour auprès du registre REIN.

EN COURS DE VALIDATION

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	DIALYSE
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Améliorer l'accès aux données épidémiologiques sur la région et faire en sorte que tous les établissements participent au recueil de données du registre REIN.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	Etablissement
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur					
Cible ?	Oui				
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	2019 : 100%	2020 : 100%	2021 : 100%	2022 : 100%	2023 : 100%
Si non, résultat attendu					
Unité de mesure	%				
Méthodologie de calcul	Numérateur = nombre de dossiers patients renseignés et/ou mis à jour / Dénominateur = nombre patients pris en charge				
Période de référence	Année N-1				
Fréquence de calcul	1 fois par an				

4. OBJECTIF : ASSURER LA TRAJECTOIRE FINANCIERE DE L'ETABLISSEMENT

4.1. Indicateur = Taux de marge brute (hors aides nationales)

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO + SSR + PSY + HAD
Catégorie d'établissement	Public
Finalité de l'indicateur	Le taux de marge brute permet d'identifier les marges dégagées par l'établissement dans son fonctionnement courant (recettes/dépenses d'exploitation) pour financer ses dépenses d'investissement. Il est calculé hors aides pour comparer les hôpitaux sur une base équitable.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Le taux doit être en amélioration sur la période et permettre à minima à l'établissement de couvrir ses charges d'investissement (= résultat à l'équilibre). Idéalement 8 %
Unité de mesure	%
Méthodologie de calcul	Numérateur = (Crédits des comptes "produits courants de fonctionnement" hors aides nationales - Débit des comptes "charges courantes de fonctionnement" retraités des remboursements des budgets annexes) / Dénominateur = Crédits des comptes "produits courants de fonctionnement" hors aides nationales
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

4.2. Indicateur = Résultat budgétaire

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO + SSR + PSY + HAD
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif
Finalité de l'indicateur	La recherche de l'équilibre et ou de son maintien doit couvrir les établissements du risque de déficits récurrents qui limiteront sa capacité à investir et pèseront sur sa trésorerie avec un risque de difficultés de paiement (fournisseurs, personnel...)

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur					
Cible ?	Oui, commune à tous les établissements				
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	2019 : ≥ 0	2020 : ≥ 0	2021 : ≥ 0	2022 : ≥ 0	2023 : ≥ 0
Si non, résultat attendu					
Unité de mesure	Montant en €				
Méthodologie de calcul	Somme des déficits comptables du budget H des établissements publics de santé				
Période de référence	Année N-1				
Fréquence de calcul	1 fois par an				

5. OBJECTIF : METTRE EN ŒUVRE UNE GESTION DES SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES GRADUEES DE LA GESTION DE TENSION / GESTION DES LITS OPERATIONNELLE A UNE GESTION DE CRISE

5.1. Indicateur = Nombre de lits ouvrables / ré-ouvrables en cas de tension (hivernale, épidémie,...) et en cas de plan blanc

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO + SSR + PSY
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Anticipation des situations de tensions (hôpital en tension), de rupture ou d'évènement exceptionnel. Capacité à gérer les afflux de patients en période de tension.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	Etablissement
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Augmentation de la valeur sur la durée du contrat
Unité de mesure	Nombre
Méthodologie de calcul	Déclaratif de l'établissement
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

5.2. Indicateur = Taux de lits ouvrables / ré-ouvrables sur la capacité totale de l'établissement

→ Cet indicateur est lié à l'indicateur précédent

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO + SSR + PSY
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Anticipation des situations de tensions (hôpital en tension), de rupture ou d'évènement exceptionnel. Capacité à gérer les afflux de patients en période de tension.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	Etablissement
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Augmentation du taux sur la durée du contrat
Unité de mesure	%
Méthodologie de calcul	Numérateur = nombre de lits ouvrables supplémentaires par rapport à la capacité déclarée de l'établissement (SAE) / Dénominateur : capacité déclarée de l'établissement (SAE)
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

5.3. Indicateur = Taux de remplissage quotidien du ROR sur les capacités disponibles et l'activité des urgences pour les établissements concernés

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO + SSR
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Capacité de gestion et de suivi de lits

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS via l'ORU
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur					
Cible ?	Oui L'objectif est que l'ensemble des établissements complète quotidiennement dans le ROR avec des données de qualité.				
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	2019 : 100%	2020 : 100%	2021 : 100%	2022 : 100%	2023 : 100%
Si non, résultat attendu					
Unité de mesure	%				
Méthodologie de calcul	$\frac{\text{Numérateur}}{\text{Dénominateur}} =$				
Période de référence					
Fréquence de calcul	1 fois par an				

5.4. Indicateur = Taux de professionnels formés et entraînés à la gestion de crise

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO + SSR + PSY + HAD
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Mesurer la capacité de l'établissement à la mise en œuvre opérationnelle de son plan blanc. Disposer d'un nombre de personnel suffisant et formé pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	Etablissement
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Augmentation du taux sur la durée du contrat
Unité de mesure	%
Méthodologie de calcul	Numérateur = Nombre de personnes formées à la gestion de crise dans les 5 dernières années ou ayant participées à un exercice présents dans l'établissement au 31 décembre N / Dénominateur = Nombre total de professionnel de l'établissement présents au 31 décembre N
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

Axe 3 Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge

Synthèse des objectifs et indicateurs de l'axe 3	
Objectifs	Indicateurs
Contribuer à lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins	Nombre de consultations avancées mises en place (hors centre médico-psychologique (CMP) pour les établissements de psychiatrie)
	Taux d'ouverture des sites ayant des équipements matériels lourds
	Taux de participation de l'équipe à la permanence des soins en établissement de santé sur le territoire
Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge	Taux d'évènements indésirables associés aux soins (EIAS) ayant donné lieu à un comité de retour d'expérience (CREX) et / ou d'une revue de mortalité et de morbidité (RMM) organisés / an
	Part de ceux ayant donné lieu à la mise en œuvre d'actions correctrices et/ou préventives.
	Taux de médecins accrédités dans les spécialités à risques
Améliorer la pertinence des soins et des prescriptions	Nombre d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) réalisées en rapport avec la pertinence des actes ou des prescriptions
	Nombre de mesures d'isolement et de contention prononcées (tous types de mesures confondues)
	Nombre de commandes de transports à la charge financière de l'Assurance Maladie (ou au choix exécutés en ville) effectuées via la plateforme régionale.

1. OBJECTIF : CONTRIBUER A LUTTER CONTRE LES DESERTS MEDICAUX ET LES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS

1.1 Indicateur = Nombre de consultations avancées mises en place (hors centre médico-psychologique (CMP) pour les établissements de psychiatrie)

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO + PSY
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Mesurer l'engagement de l'établissement dans l'organisation de consultations avancées, soit en tant qu'établissement pourvoyeur, soit en tant qu'établissement hôte

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	Etablissement
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	
Unité de mesure	Nombre
Méthodologie de calcul	Déclaratif de l'établissement
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

1.2 Indicateur = Taux d'ouverture des sites ayant des équipements matériels lourds

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	EML
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	S'assurer que les machines autorisées sur le territoire soient disponibles pour la population.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	Etablissement
Année de référence	2018
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur					
Cible ?	Oui, commune à tous les établissements				
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	2019 : >= 100%	2020 : >= 100%	2021 : >= 100%	2022 : >= 100%	2023 : >= 100%
Si non, résultat attendu					
Unité de mesure	%				
Méthodologie de calcul	<p>Numérateur = (heures de vacation offertes durant 8 semaines consécutives)*(le nombre de machines possédées par la structure) /</p> <p>Dénominateur = (65h/semaines)*8*(le nombre de machines possédées par la structure)</p> <p><i>La base du calcul est une ouverture de 65h/semaine (5*12 et 5h le samedi matin), à l'exception des équipements de médecine nucléaire nécessitant l'acheminement de produits radioactif, où la base de 60 heures par semaine est retenue.</i></p> <p><i>Afin de lisser l'activité, le calcul se basera sur 8 semaines consécutives dans l'année (cf. période de référence unique proposée).</i></p> <p><i>Le nombre de machines possédées par la structure : peut s'exprimer en entier ou en décimale (exemple : 1,4 scanner lorsque la structure possède des vacations sur des machines partagées).</i></p>				
Période de référence	8 semaines à partir du 1 ^{er} lundi du mois de mars de l'année N				
Fréquence de calcul	1 fois par an				

1.3 Indicateur = Taux de participation de l'équipe à la permanence des soins en établissement de santé sur le territoire

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	EML – Hors structures réalisant uniquement de la médecine nucléaire
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Toutes les équipes de radiologues qui ont accès à des équipements matériels lourds participent à la PDSES afin de lutter contre les inégalités d'accès aux soins (hors structure qui ne réalise que de la médecine nucléaire).

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	Etablissement
Année de référence	2018
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	
Unité de mesure	%
Méthodologie de calcul	<p>Numérateur = nombre de radiologue participant à la PDSES /</p> <p>Dénominateur = nombre d'ETP de radiologie du groupe (en entier ou décimale)</p> <p>Commentaires sur le numérateur : une personne est considérée comme participante à la PDSES si elle est inscrite au minimum sur 8 mois de planning. Chaque personne participante selon ce critère est = à 1.</p>
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

2. OBJECTIF : AMELIORER LA QUALITE ET LA SECURITE DES PRISES EN CHARGE

2.1 Taux d'évènements indésirables associés aux soins (EIAS) ayant donné lieu à un comité de retour d'expérience (CREX) et / ou d'une revue de mortalité et de morbidité (RMM) organisés / an

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO + SSR + PSY + HAD + EML + Dialyse
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Favoriser la gestion des risques à posteriori par l'analyse collective des évènements indésirables associés aux soins qui doit servir à améliorer les pratiques de soins par la mise en œuvre effective de plans d'actions

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	Etablissement
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Augmentation du taux sur la durée du contrat
Unité de mesure	%
Méthodologie de calcul	Déclaratif de l'établissement Numérateur = Nombre d'EIAS ayant donné lieu à un CREX ou RMM / Dénominateur = Nombre total d'EIAS
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

2.2 Indicateur = Part d'évènements indésirables associés aux soins (EIAS) [ayant donné lieu à un comité de retour d'expérience (CREX) et / ou d'une revue de mortalité et de morbidité (RMM) organisés] ayant donné lieu à la mise en œuvre d'actions correctrices et/ou préventives

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO + SSR + PSY + HAD + EML + Dialyse
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Favoriser la gestion des risques à posteriori par l'analyse collective des évènements indésirables associés aux soins qui doit servir à améliorer les pratiques de soins par la mise en œuvre effective de plans d'actions

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	Etablissement
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Augmentation du taux sur la durée du contrat
Unité de mesure	%
Méthodologie de calcul	Déclaratif de l'établissement Numérateur = Nombre de CREX/RMM ayant donné lieu à la mise en œuvre d'actions correctrices/préventives / Dénominateur = Nombre total de CREX/RMM
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	Annuelle

2.3 Indicateur : Taux de médecins accrédités dans les spécialités à risques

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	L'accréditation concerne les médecins exerçant une spécialité ou une activité dite « à risque » en établissement de santé : gynécologie-obstétrique, anesthésie-réanimation, chirurgie, spécialités interventionnelles, activités d'échographie obstétricale, réanimation ou soins intensifs. La liste des spécialités ou activités concernées et les modalités de réalisation de l'accréditation sont définies par le décret n° 2006-909 du 21 juillet 2006. L'accréditation des médecins et des équipes médicales, en permettant d'identifier et de réduire les risques associés aux soins, contribue à améliorer la sécurité des patients.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	Etablissement
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Hausse du pourcentage de médecins accrédités
Unité de mesure	%
Méthodologie de calcul	Déclaratif de l'établissement Numérateur = Nombre de médecins accrédités dans les spécialités / Dénominateur = Nombre de médecins dans les spécialités à risques
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

3. OBJECTIF : AMELIORER LA PERTINENCE DES SOINS ET DES PRESCRIPTIONS

3.1 Nombre d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) réalisées en rapport avec la pertinence des actes ou des prescriptions

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO + SSR + PSY
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Obliger les établissements de santé à s'engager dans une démarche d'amélioration de la pertinence des actes ou des prescriptions, quel que soit les actes (chirurgicaux, médicaux, paramédicaux) ou le type de prescriptions (biologie, imagerie, produits de santé...).

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Non
Si oui, par qui ?	
Année de référence	
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Au moins 1 EPP / an pour les petits établissements (à adapter en fonction de la taille / activité de l'établissement)
Unité de mesure	Nombre
Méthodologie de calcul	Déclaratif de l'établissement
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

3.2 Indicateur = Nombre de mesures d'isolement et de contention prononcées (tous types de mesures confondues)

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	PSYCHIATRIE assurant les soins sans consentement
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif
Finalité de l'indicateur	Mesurer le recours à l'isolement et à la contention pour les ES habilités à recevoir les soins sans consentement ; le recours à ces mesures doit diminuer (dernier recours) ; cet indicateur est à croiser avec le plan d'action que doit mettre en place chaque établissement de santé pour prévenir ces situations de crise et mieux les gérer.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	Etablissement
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	Rapport annuel sur les mesures d'isolement et de contention à produire par chaque établissement concerné

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Diminution du nombre sur la durée du contrat
Unité de mesure	Nombre
Méthodologie de calcul	
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

3.3 Indicateur = Nombre de commandes de transports à la charge financière de l'Assurance Maladie (ou au choix exécutés en ville) effectuées via la plateforme régionale

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO + PSY
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Obliger les établissements de santé à adhérer à la plateforme régionale portée par l'ARS Nouvelle-Aquitaine et l'Assurance Maladie

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Non
Si oui, par qui ?	
Année de référence	
Où trouver la valeur de référence ?	


Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Augmentation du nombre de commandes de transports à la charge financière de l'Assurance Maladie passées via la plateforme sur la durée du contrat
Unité de mesure	Nombre
Méthodologie de calcul	Extraction via la base de données générée par la plateforme
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an




Axe 4 S'inscrire dans une stratégie collective de santé au sein d'un territoire et au service du patient


Synthèse des objectifs et indicateurs de l'axe 4	
Objectifs	Indicateurs
Mettre en œuvre les collaborations médicales attendues	Nombre de filières graduées entre tous les établissements du groupement hospitalier de territoire (GHT) concertées et validées
	Nombre de protocoles de pré-admission en HAD conclus avec les prescripteurs tiers (MCO, SSR, ESMS, ville)
	Montant consacré à l'intérim médical et aux contrats de remplacement équivalents
	Poids des dépenses d'intérim médical et des contrats de remplacement équivalents par rapport aux dépenses totales consacrées aux personnels médicaux
	Nombre d'équipes médicales communes mises en place ou fédérations médicales inter-hospitalières (FMIH)
Adapter l'offre de soins aux patients en situation de handicap	Nombre de refus d'examens (équipement matériel lourd) pour des raisons d'obésités (et plus largement pour des raisons de handicap)
	Nombre de consultations et d'examens accessibles par rapport aux besoins de soins récurrents ("panier" défini)
	Nombre d'hospitalisations au long cours indues en hospitalisation à temps plein

1. OBJECTIF : METTRE EN ŒUVRE LES COLLABORATIONS MEDICALES ATTENDUES

1.1 Indicateur = Nombre de filières graduées entre tous les établissements du groupement hospitalier de territoire (GHT) concertées et validées

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO + SSR + PSY
Catégorie d'établissement	Public
 Finalité de l'indicateur	Une des réponses, non exclusive, posée par la loi de modernisation de notre système de santé à la question de la gradation de l'offre, en proximité, réside dans l'instauration des groupements hospitaliers de territoires (GHT). Les GHT ont pour objet de permettre aux établissements parties de mettre en œuvre une stratégie territoriale de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Pour répondre à cet objectif, un projet médical de partagé (PMP) et un projet de soins partagé doivent être élaborés entre les établissements parties. Ils sont conçus pour garantir un accès à une offre de proximité, de référence et de recours. La filière s'inscrit dans un parcours de soin plus global imposant de recentrer l'hôpital sur son plateau technique, sur son expertise en matière de pathologies complexes et/ou aiguës et de mieux maîtriser l'amont à l'aval de l'hospitalisation en lien avec tous les acteurs dont la médecine de ville. Il convient de vérifier que, à terme, le PMP du GHT décrit toutes les filières graduées, en cohérence avec les enjeux de chaque territoire.

Valeur de référence de l'indicateur	
 A renseigner en 2018 ?	Oui
 Si oui, par qui ?	Etablissement
 Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Augmentation sur la durée du contrat
Unité de mesure	Nombre
 Méthodologie de calcul	Déclaratif de l'établissement : décompte dans le PMP et ses avenants
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

1.2 Indicateur = Nombre de protocoles de pré-admission en HAD conclus avec les prescripteurs tiers (MCO, SSR, ESMS, ville).

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	HAD
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	L'enjeu est d'inciter les HAD à contractualiser avec des prescripteurs de leur territoire pour formaliser et anticiper les admissions en HAD.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Non
Si oui, par qui ?	
Année de référence	
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Augmentation de la valeur sur la durée du contrat.
Unité de mesure	Nombre
Méthodologie de calcul	Déclaratif des HAD sur la base des protocoles ou conventions signés.
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

1.3 Indicateur = Montant consacré à l'intérim médical et aux contrats de remplacement équivalents

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO + SSR + PSY
Catégorie d'établissement	Public
Finalité de l'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer la progressivité des dépenses hospitalières liées au recrutement de médecins sur des périodes de courtes durées, quelle que soit la nature du contrat ; - Accélérer le déploiement des équipes médicales de territoire en ciblant en priorité les établissements ayant un recours à l'intérim important.

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	Etablissement
Année de référence	2018
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Baisse des dépenses d'intérim médical d'une année sur l'autre.
Unité de mesure	Montant en €
Méthodologie de calcul	Montant = dépenses d'intérim médical et de contrats de remplacement équivalents des personnels médicaux
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an


1.4 Indicateur = Poids des dépenses d'intérim médical et des contrats de remplacement équivalents par rapport aux dépenses totales consacrées aux personnels médicaux




Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO + SSR + PSY
Catégorie d'établissement	Public
Finalité de l'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer la progressivité des dépenses hospitalières liées au recrutement de médecins sur des périodes de courtes durées, quelle que soit la nature du contrat. - Accélérer le déploiement des équipes médicales de territoire en ciblant en priorité les établissements ayant un recours à l'intérim important.


Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	Etablissement
Année de référence	2018
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	Baisse des dépenses d'intérim médical d'une année sur l'autre.
Unité de mesure	%
Méthodologie de calcul	Numérateur = dépenses d'intérim médical et de contrats de remplacement équivalents des personnels médicaux / Dénominateur = total des dépenses consacrées aux personnels médicaux.
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

1.5  Indicateur = Nombre d'équipes médicales communes mises en place ou fédérations médicales inter-hospitalières (FMIH)

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO + SSR + PSY + HAD
Catégorie d'établissement	Public
 Finalité de l'indicateur	Les équipes médicales communes et FMIH constituent une des réponses aux difficultés de démographie médicales. Les établissements d'un même territoire doivent donc y recourir sur les spécialités en tension (urgences, radiologie...).

Valeur de référence de l'indicateur	
 A renseigner en 2018 ?	Oui
 Si oui, par qui ?	Etablissement
 Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	
Unité de mesure	Nombre
 Méthodologie de calcul	Déclaratif de l'établissement : nombre d'équipes effectivement en place (préciser la spécialité concernée)
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

2. OBJECTIF : ADAPTER L'OFFRE DE SOINS AUX PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP


2.1 Indicateur = Nombre de refus d'examens pour des raisons de handicap




Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	EML
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
Finalité de l'indicateur	Avoir au minimum par département un point d'accès des EML aux personnes en situation d'handicap (incluant les personnes obèses).



Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	Etablissement
Année de référence	2018
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
Si non, résultat attendu	
Unité de mesure	Nombre
Méthodologie de calcul	Nombre = Nombre de refus par modalité (IRM, scanner)
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

2.2 Indicateur = Nombre de consultations et d'examens accessibles par rapport aux besoins de soins récurrents ("panier" défini)

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	MCO + SSR + PSY
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif + Privé lucratif
 Finalité de l'indicateur	<p>L'objectif est de garantir l'accès aux soins et la prise en charge de la douleur pour les personnes en situations de handicap, dyscommunicantes et non compliantes aux soins, sur chaque territoire. Au-delà des centres spécialisés d'accès aux soins somatiques, chaque GHT doit décrire la filière d'accès aux soins PH. Dans le panier de soins somatiques concernés, à l'exclusion des soins directement liés au handicap ou à la pathologie à l'origine de la déficience, la priorité est donnée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - aux soins bucco-dentaires ; - aux soins gynécologiques ; - aux soins neurologiques ; - aux soins ORL ; - aux soins gastroentérologiques ; - à la prise en charge de la douleur (l'évaluation et le traitement de la douleur est un domaine transversal à tous les troubles somatiques et doit probablement faire partie des protocoles mis en place au sein de chaque dispositif dédié) ; - à l'accès à l'imagerie ; - au recours à l'anesthésie ; - prévention de la iatrogénie médicamenteuse.

Valeur de référence de l'indicateur	
 A renseigner en 2018 ?	Oui
 Si oui, par qui ?	Etablissement
 Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Non
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	
 Si non, résultat attendu	Augmentation du nombre sur la durée du contrat
Unité de mesure	Nombre
 Méthodologie de calcul	Nombre de consultations dédiées répondant au cahier des charges
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

2.3 Indicateur = Nombre d'hospitalisations au long cours en hospitalisation à temps plein

Informations générales sur l'indicateur	
Type d'activité concernée	PSYCHIATRIE
Catégorie d'établissement	Public + Privé non lucratif
Finalité de l'indicateur	Mesurer le nombre d'hospitalisation au long cours en psychiatrie (+270j par an) - permet d'aborder les hospitalisations inadéquates qui sont à isoler au sein des hospitalisations long cours).

Valeur de référence de l'indicateur	
A renseigner en 2018 ?	Oui
Si oui, par qui ?	ARS
Année de référence	2017
Où trouver la valeur de référence ?	

Cibles et méthodologie de calcul de l'indicateur	
Cible ?	Oui
Si oui, où trouver les cibles fixées ?	Pour les établissements ayant plus de 2% en hospitalisation au long cours dans la file active en hospitalisation complète : diminution de 10 % par an
Si non, résultat attendu	
Unité de mesure	Nombre
Méthodologie de calcul	Nombre de patients majeurs hospitalisés à temps plein (FA="01"), hors UMD ou détenus, présents 270 jours ou plus dans l'année dans le même établissement, sans tenir compte des sorties ou changements d'unités médicales
Période de référence	Année N-1
Fréquence de calcul	1 fois par an

Glossaire

<i>CPOM</i>	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
<i>DD</i>	Délégation Départementale
<i>DDT</i>	Direction des territoires
<i>DFIN</i>	Direction des financements
<i>DOSA</i>	Direction de l'offre de soins et de l'autonomie
<i>DPSP</i>	Direction du pilotage de la stratégie et des parcours
<i>DSP</i>	Direction de la santé publique
<i>ES</i>	Etablissement de santé
<i>EVA</i>	Pôle Expertise, Veille et Audit financier (pôle de la DFIN)
<i>GDR</i>	Gestion du risque (pôle de la DFIN)
<i>PPDS</i>	Pôle pilotage, parcours et démocratie en santé (pôle de la DPSP)
<i>PPI</i>	Pôle Performance Investissements (pôle de la DOSA)
<i>PPS</i>	Pôle Prévention et Promotion de la santé (pôle de la DSP)
<i>QSSA</i>	Pôle Qualité et Sécurité des Soins, des Accompagnements et des produits de santé (pôle de la DSP)

Historique des actualisations du Guide

N° version	Date de version	Nature de la mise à jour
1	29 juin 2018	Création
2	06 juillet 2018	<ul style="list-style-type: none"> - Suppression d'1 indicateur : <ul style="list-style-type: none"> ↳ 1 indicateur « climat social » - Modification du libellé des indicateurs : <ul style="list-style-type: none"> ↳ Taux de la file active en ambulatoire de patients en infanto-juvénile (moins de 18 ans) dans la file active totale → Part de la file active vue ambulatoire en infanto-juvénile dans la file active totale de l'établissement en infanto-juvénile ; ↳ Taux de la file active en ambulatoire de patients en psychiatrie générale (adulte) dans la file active totale → Part de la file active vue ambulatoire en psychiatrie générale dans la file active totale de l'établissement en psychiatrie générale ; ↳ Taux de journées à temps partiel dans les journées d'hospitalisation en psychiatrie générale pour les patients adultes ; ↳ Taux de décès survenus dans le service des urgences de patients âgés de + de 75 ans → Taux de décès de patients âgés de 75 ans et plus pris en charge aux urgences en UHCD ↳ Taux de journées séjours de soins palliatifs (notion de Modes de Prise en Charge principaux - MPP) dans le casemix de l'HAD ↳ Taux de séjour en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) supérieur à 24h d'au moins une nuit - Compléments sur plusieurs indicateurs : il n'y a pas de modification majeure sur le fond des indicateurs. Il s'agit donc principalement de compléments d'information du type : précision du libellé de l'indicateur, reformulation de la finalité, modalités de calcul complétées
3	20 juillet 2018	<ul style="list-style-type: none"> - L'indicateur « Taux de vaccination des professionnels de santé de l'établissement » devient 2 indicateurs : <ul style="list-style-type: none"> ↳ 1 indicateur « Taux de vaccination des agents de l'établissement contre la rougeole » ↳ et l'autre indicateur « Taux de vaccination des agents de l'établissement contre la grippe » - Compléments sur plusieurs indicateurs : il n'y a pas de modification majeure sur le fond des indicateurs. Il s'agit donc principalement de compléments d'information du type : reformulation de la finalité
4	03 août 2018	<ul style="list-style-type: none"> - Intégration des 4 indicateurs spécifiques aux établissements mono dialyse. - Compléments sur 3 indicateurs de l'axe 4 : il n'y a pas de modification majeure sur le fond des indicateurs. Il s'agit donc principalement de compléments d'information du type : intégration de la finalité de l'indicateur, méthodologie de calcul précisée...