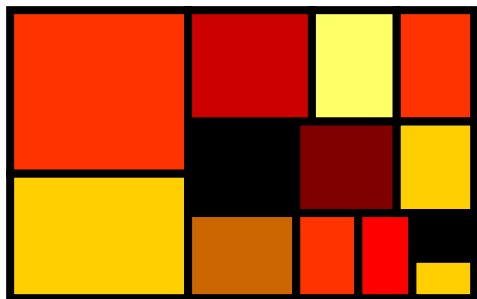
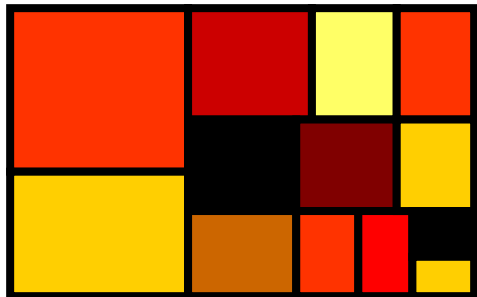


Tableaux de bord stratégiques pour le contrôle de Gestion



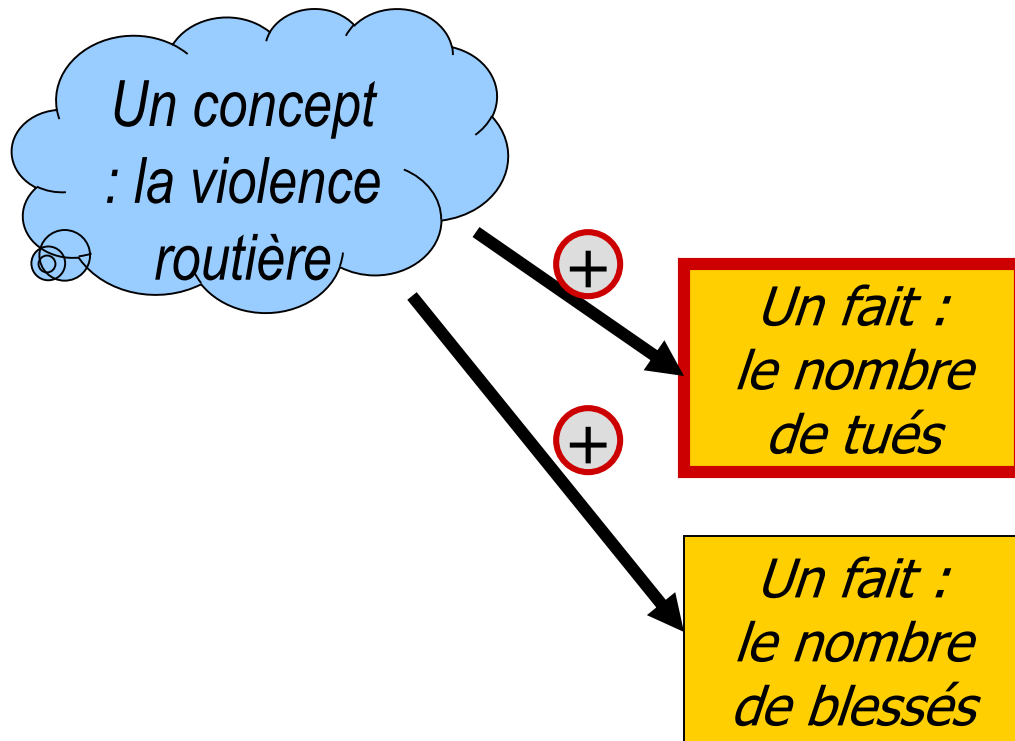
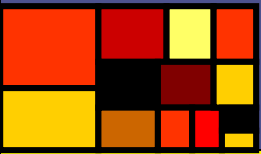
- I. Les tableaux de bord, outils de management de la performance
- II. Construction d'indicateurs et de tableaux de bord à partir du PMSI

Exemples introductifs



- I. Les indicateurs pour mesurer quelque chose
- II. Les indicateurs pour faire le point
- III. Les indicateurs pour évaluer et suivre une action
- IV. Les indicateurs pour faire croire !

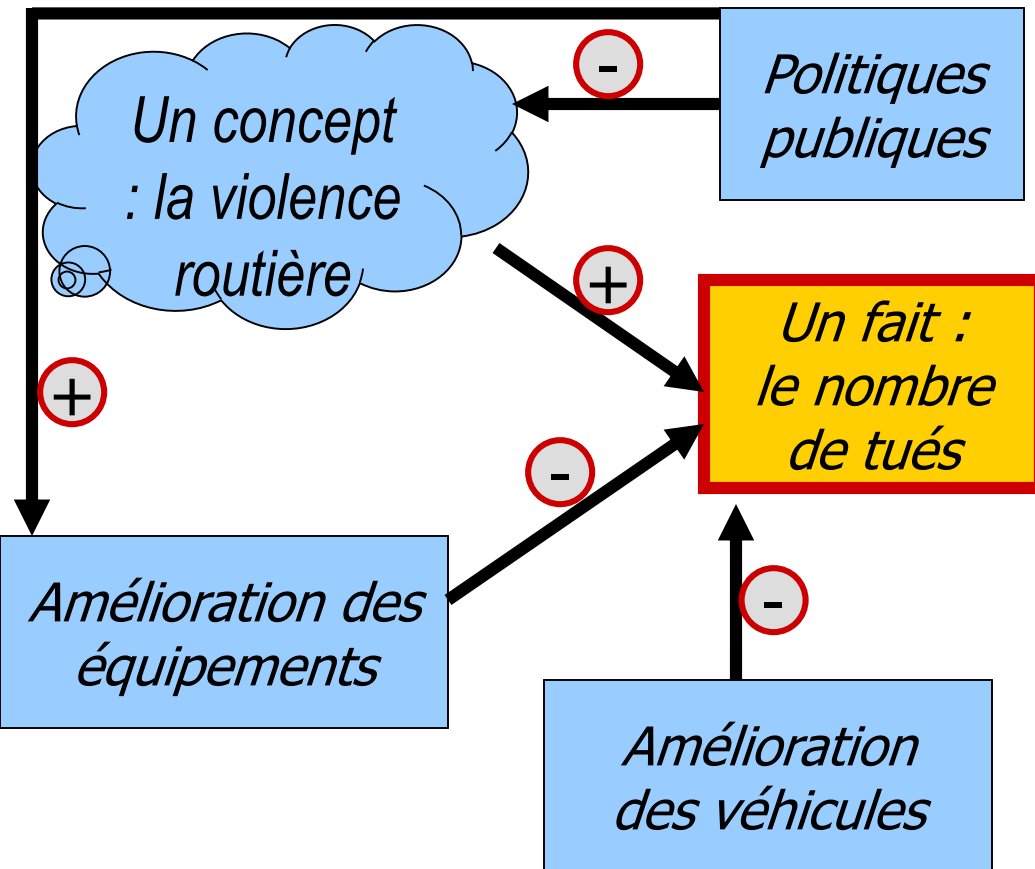
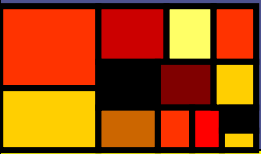
Exemple introductif : le nombre de tués sur la route



Approche statique :

- Pourquoi faire le point : quel phénomène sous-jacent l'indicateur mesure-t-il ?
- Le nombre de tués est-il la seule manifestation du phénomène ?
- Si non quel est son intérêt ?

Exemple introductif : le nombre de tués sur la route



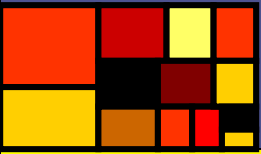
Approche dynamique :

- Quelle est l'utilité de suivre cet indicateur dans le temps ?
- Sensibilité : un effet des politiques publiques sera-t-il visible ?
- Spécificité : les politiques publiques sont-elles les seules causes de variation ?

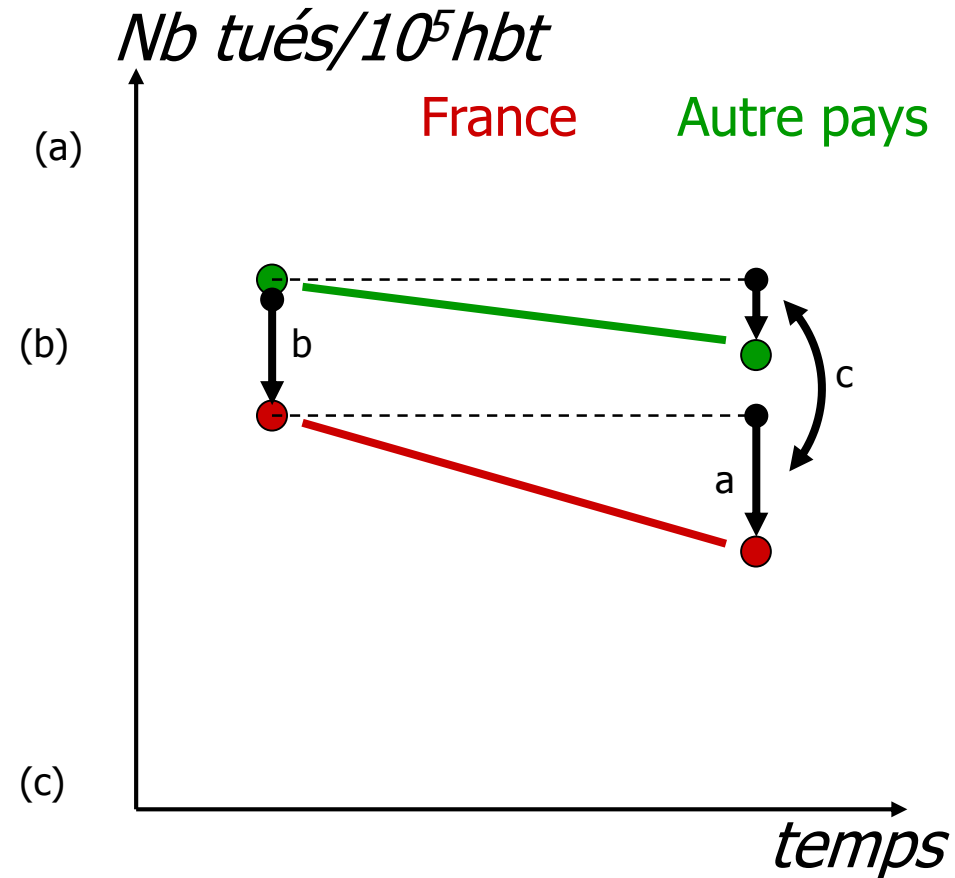
Exemple introductif : le nombre de tués sur la route

- Et maintenant comment le calcule-t-on :
 - En population totale ou par échantillonnage ?
 - Par recueil
 - prospectif (ad hoc)
 - rétrospectif (données de routine)
 - rétrospectif (enquête spécifique)
 - Par sources multiples ou unique ?
 - Peut-on identifier un goulet d'étranglement de l'information ?
 - Certitude sur la définition du « tué sur la route » ?

Exemple introductif : le nombre de tués sur la route



- Comparaison longitudinale : effet des politiques publiques
- Comparaison transversale : se positionner par rapport aux voisins
 - ... avec ses limites :
 - Il y a plus de tués en France qu'en Suisse
 - Il y a plus de tués par habitant en France qu'en Crête
- Comparaison longitudino-transversale

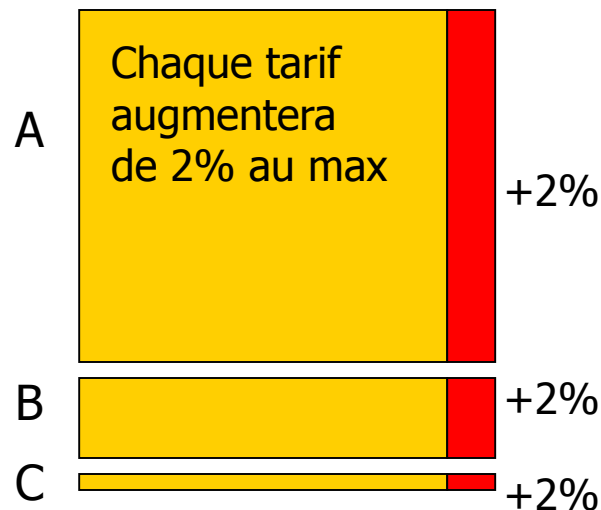


Exemple introductif : évolution des tarifs autoroutiers

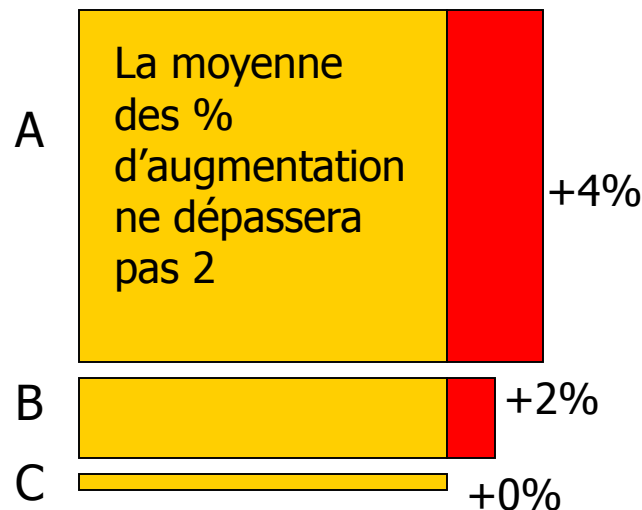
- « les tarifs des sociétés d'autoroutes augmenteront d'au maximum 2% par an »

Trois lectures plus ou moins honnêtes d'un objectif très flou :

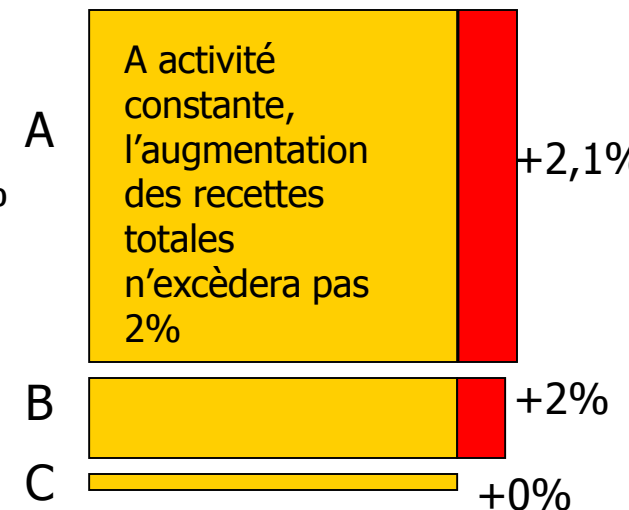
Lecture « chaque »



Moyenne faciale



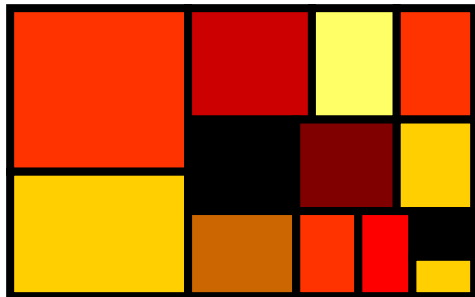
Moyenne pondérée=CA



Exemple introductif : les tarifs d'un transporteur

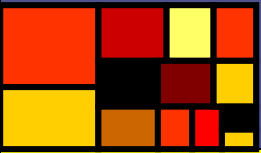
- « nos tarifs n'augmenteront en moyenne que de 3,5% par rapport à l'an dernier »
- Mais...
 - Problème de pondération
 - Vrai pour la valeur facial d'un billet dont la prestation a diminué : options payantes
 - Vrai pour une classe données, mais moins de wagons 2^o classe
 - Vrai tant qu'on n'échange pas les billets
- Quel serait votre contre-indicateur ?

Les tableaux de bord, outils de management de la performance



- I. Contrôle de gestion et pilotage de la performance
Les préalables: stratégie, performance attendue, démarche de pilotage
- II. Méthodologie de conception et d'exploitation des tableaux de bord
De l'objectif stratégique à l'indicateur
- III. Le tableau de bord équilibré: un outil de management
Des résultats au plan d'actions

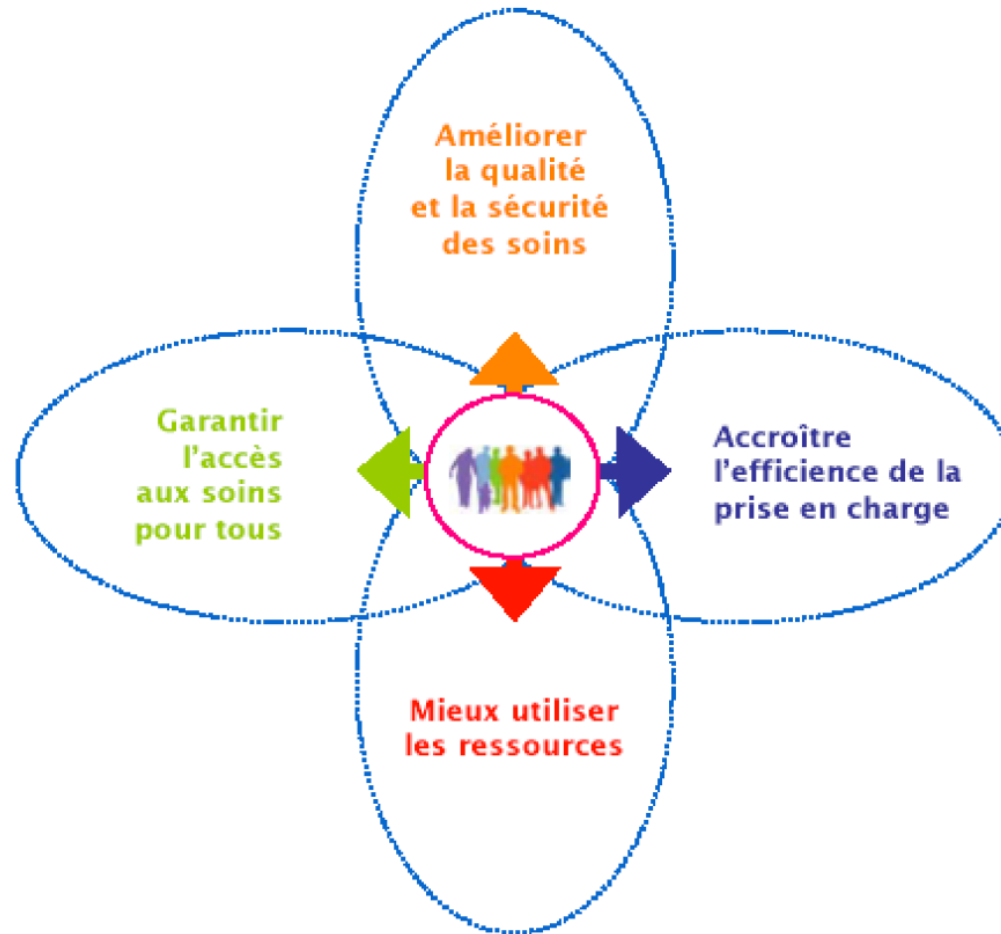
Mise en place d'une démarche de pilotage



- Les préalables: un tableau de bord n'a d'intérêt que s'il permet de piloter une stratégie
 - Connaître les objectifs stratégiques
 - Décliner chaque objectif stratégique en objectifs opérationnels
 - Déduire et implémenter les indicateurs
 - Réajuster chaque étape
- Avoir de la suite dans les idées: un tableau de bord sert à prendre des décisions
 - Exception faite du tableau de bord « données de référence » qui n'est pas destiné à la prise de décision

Le sens des réformes :

4 objectifs complémentaires pour améliorer le parcours de soin

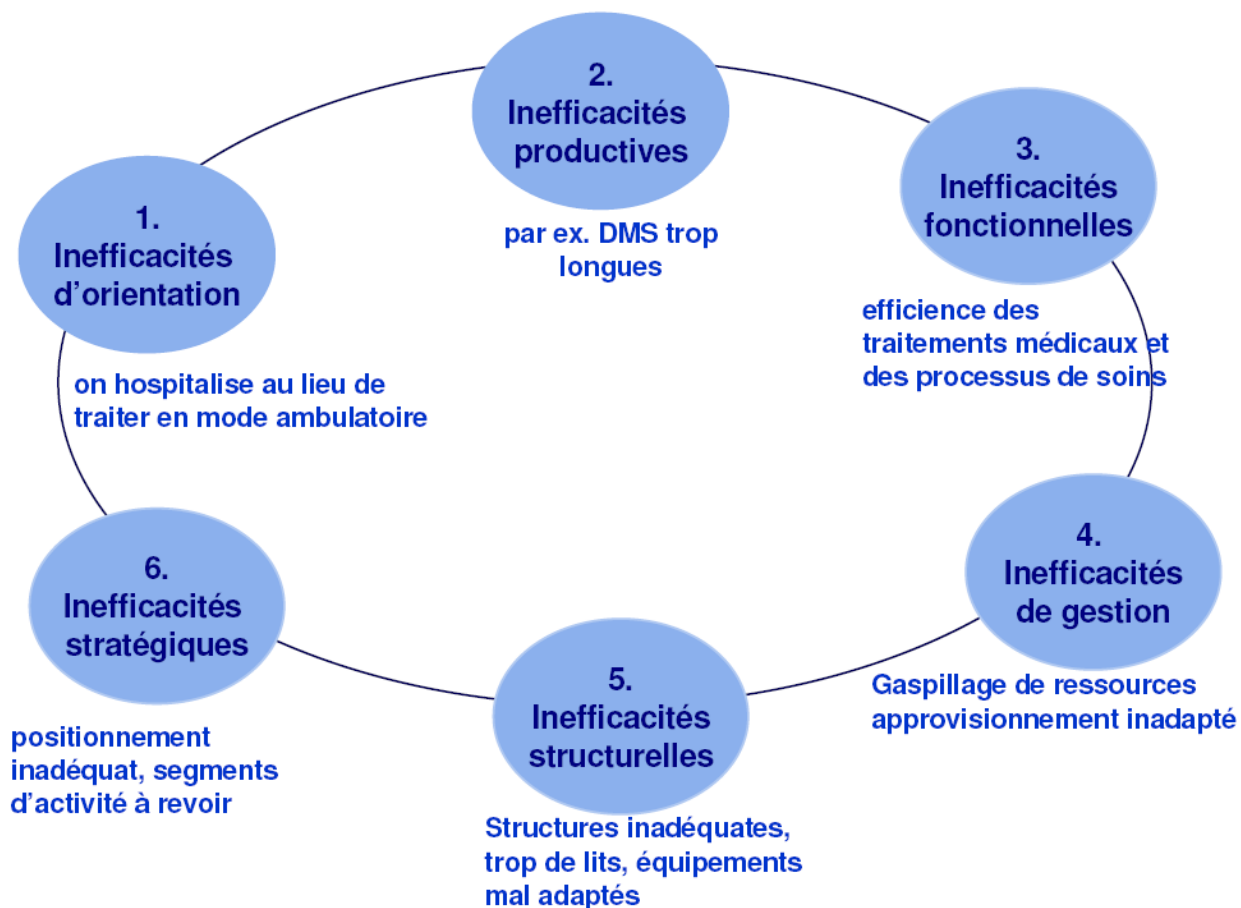


CréSIR, Hôpital 2007

ensemble modernisons l'hôpital

Le sens des réformes
VADE-MECUM

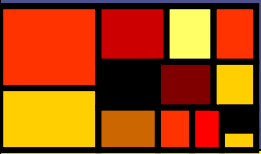
Vision de la performance contrôle budgétaire vs management stratégique



Les pôles : Pourquoi déconcentrer et regrouper ?

- Pour faire des médecins et des soignants des gestionnaires ?
- Pour accélérer les processus de décision ?
- Pour apporter de la lisibilité aux activités?
- Pour mutualiser les moyens et compétences?
- Pour accélérer et simplifier les processus de décision ?
- Pour maîtriser les coûts (contexte T2A) ?
- Pour améliorer la qualité ?

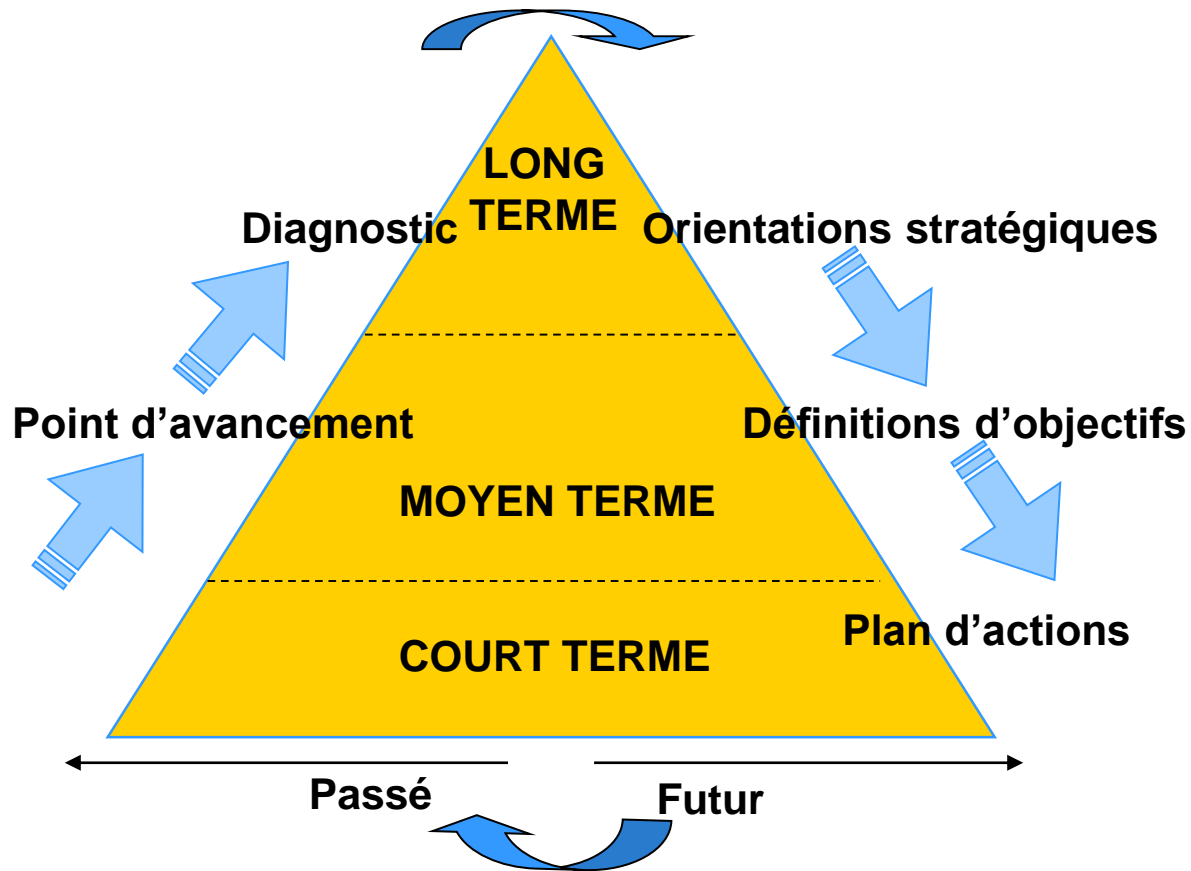
Qu'est-ce qu'un pôle performant ?



- Celui qui atteint les objectifs fixés par l'institution → Encore faut il que ces objectifs existent !
- Dans toutes les dimensions de la performance (clinique, économique, éventuellement scientifique).. → On peut diminuer ses coûts en sacrifiant la qualité (vision court terme)
- Sans le faire au détriment des autres pôles... → Réflexion globale sur les contributions croisées des pôles (urgences, transfert de budget...)

Le pilotage est une dynamique itérative

Évolution environnement et stratégie



Les outils de pilotage associés au TB: au service d'un projet de gestion

- Objectifs :
 - Synthétiser dans un système unique tous les indicateurs clés permettant de mesurer la performance
 - Partager des informations utiles à la décision

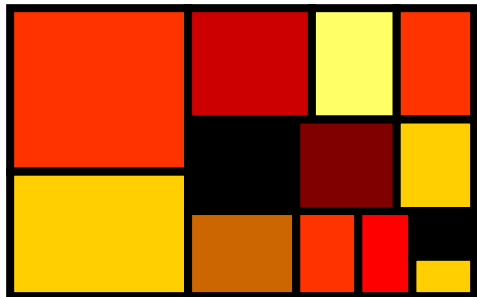
- Conclusions :

- Un accès à l'information pertinente
- Toute l'info pertinente
- Rien que l'info pertinente

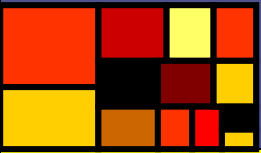
Norme,
référentiel,
objectif, prévision

Besoins
différenciés selon
le niveau de
responsabilité

Méthode de conception et d'exploitation des tableaux de bord

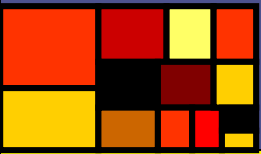


Qu'est-ce qu'un tableau de bord ?



- C'est un **OUTIL**
- Destiné à un **RESPONSABLE** pour lui permettre
- Grâce à des **INDICATEURS**
- Présentés de façon **SYNTHETIQUE**
- de **CONTROLER** le fonctionnement de son **SYSTEME**
- En analysant des **ECARTS** significatifs
- Afin de **PREVOIR, DECIDER, AGIR**
- Utilité action
- Personnalisé missions objectifs
- Nature pertinence nombre
- Forme lisibilité
- Maîtriser, évolutions
- Cibles, seuils d'alerte
- Futur, Choisir, négocier, plan d'action

Les TdB : des outils parmi d'autres



- Les tableaux de bord
 - mais surtout leur contenu: les indicateurs (rajeunissement des indicateurs classiques)
- Les cartes d'analyse stratégique
 - mieux positionner l'établissement dans son environnement, situer les parts de marché
- Les analyses de satisfaction
 - des patients, du personnel
- La comptabilité analytique
- Les comptes de résultat des pôles d'activité
- La contractualisation interne
- Les méthodes d'analyse de processus
 - chemins cliniques, revue de pertinence des soins...

Méthodologie de construction d'un TDB par étapes : 1^o occurrence

- Définir un objectif stratégique
 - *Ex : améliorer la satisfaction des patients*
- Décliner en objectifs opérationnels
 - Identifier des variables d'action concrètes
 - *Ex : diminuer le temps d'attente aux urgences*
- Identifier les indicateurs
 - Définir et choisir les indicateurs
 - *Ex : délai médian d'attente aux urgences des patients qui seront finalement hospitalisés ; proportion de patients attendant plus d'une heure...*
 - Fixer normes et clignotants
 - *Ex : seuil psychologique d'une heure, délai calculé l'an dernier, délai de référence du concurrent...*

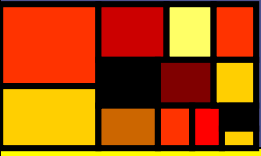
Méthodologie de construction d'un TDB par étapes : 1^o occurrence

- Définir la fiche méthodologique de l'indicateur
 - Données sources
 - Méthode précise de calcul
 - Périodicité
 - Fournisseurs de données
- Mettre en forme le TDB
 - En tenant compte du public
 - Niveau de formation
 - « retrait » par rapport aux données
 - Leviers en fonction du profil de poste (décision, effectation...)
 - En tenant compte de la diffusion
 - distribué en avance/découvert lors d'une réunion...
 - En automatisant la production

Méthodologie de construction d'un TDB par étapes : et après ?

- Prévoir une déviation à la norme et une action
 - *Ex : alerter le cadre gestionnaire si délai médian $\pm=20\%$*
- Passé le premier point, le tableau de bord n'a de sens que pour :
 - Préparer une action
 - Suivre les effets de cette action
 - *Ex : définition d'une astreinte mobile de neurologie, organisation de la PEC urgente des IDM...*

Distinguer les différents tableaux de bord selon objectifs et destinataires



- Les objectifs
 - Un Tableau de Bord de pilotage
 - Un tableau de bord de suivi d'action (exemple suivi du COM)
 - Un tableau de bord prospectif (déclinaison de la stratégie)
- Les destinataires et leur latitude d'action
 - Un tableau de bord pour le DG ou le pdt de CME
 - Un tableau de bord pour une surveillante
 - Un tableau de bord pour un chef de service
 - Un tableau de bord pour un DRH/DFI/ DAQ/

Quelques exemples



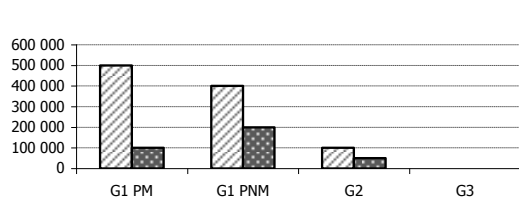
Axe : 1	Renforcer le rôle de recours	ORIENTATION STRATEGIQUE : 1	AMELIORER LA PRISE EN CHARGE EN URGENCE ET EN REANIMATION
Référent administratif :	M. X	Objectif Opérationnel : 1.2 - Structurer et organiser l'accueil et le traitement des urgences cardiologiques pour assurer une meilleure continuité des soins et une prise en charge offrant toutes les garanties de sécurité	
Référent Médical :			
Coordonnateur/Chef de service :			

ECHancier DE MISE EN PLACE DU PROJET AU 31 MARS 2000

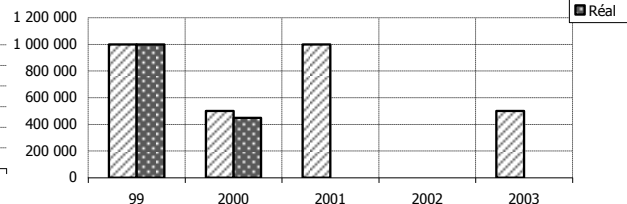
Plan d'action	% réalis	Début	fin	Report	COMMENTAIRES
Structurer le service de Soins Intensifs du professeur THERY en 3 unités (urgences, soins intensifs, réanimation)		13/10/99	15/2/00		- Réalisé
➔ Recruter et former 12,5 agents		13/9/99	1/10/99		
➔ Mettre à disposition quotidiennement 6 lits dans les services d'hospitalisation pour l'hospitalisation des patients admis dans l'unité d'accueil et de traitement des urgences cardiaques		2/2/00	15/2/00		- Perspectives

FINANCEMENT AU 31 MARS 2000

DEPENSES CUMULEES AU 31/03/00



REPARTITION PLURIANNUELLE



COMMENTAIRES

INDICATEURS AU 31 DECEMBRE 1999

Indicateurs	LIBELLE	1999	1998	COMMENTAIRES
PMSI	Nbre de RUM			
PMSI	DMS			
PMSI	Nbre de patients hospitalisés après passage aux urgences			
PMSI	Orientation après urgences			
PMSI	PT Oméga			
PMSI	IGS 2			
PMSI	Nbre de séances caisson hyperbare			
PMSI	Origine Géographie	CUDL		

Fiche d'identité DIM - année 2000

Structure : service, clinique ou regroupement

► Indicateurs d'activité

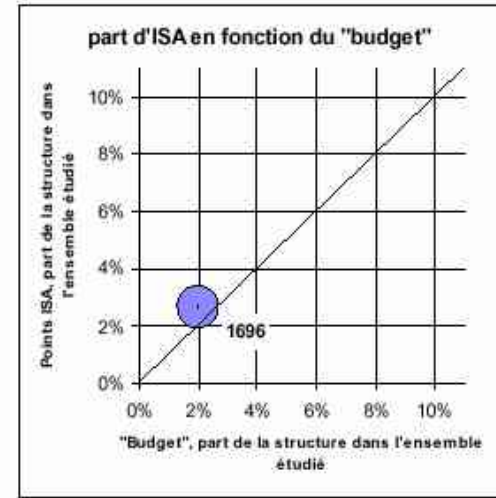
Nombre de "RSS"	"RSS"
Part des "RSS" d'ambulatoire (CM24)	%
Diversité du Case-mix (nb de GHM =80% des ISA)	GHM
Exhaustivité PMSI-SIH (nb de RUM non groupés)	RUM
Nombre de patients	patients
Activité pédiatrique - part des "RSS" de moins de 16 ans	%
ISA hospitalisations:	
ISA	ISA
Part des ISA d'ambulatoire (CM24)	%
ISA actes externes	ISA
ISA molécules onéreuses de chimio	ISA
Total ISA structure	ISA
ISA actes externes / Total ISA structure	%
Total ISA structure / Total ISA structures étudiées	%
"PMCT" hors ambulatoire	
ISA	ISA
"PMCT" ambulatoire (CM24)	
ISA	ISA
"DMS" globale	
jours	jours
"DMS" hors ambulatoire	
jours	jours

CHRU LILLE

* Ces indicateurs concernent les 39 structures étudiées

Exemple de positionnement d'un service

(La taille de la bulle est proportionnelle au "PMCT" du service)



► Indicateurs d'attractivité : attraction par bassin de vie

Bassin de vie consommateur	"RSS"		patients		"RSS"		patients	
	eff	%	eff	%	%	%	%	
Métropole								
Littoral								
Artois								
Hainaut								
Hors région ou inconnu								
Total								

► Indicateurs de recours à partir des GHM (en cours d'évaluation)

GHM "recours" dans la structure	%
GHM "recours" structure / Total GHM "recours" CHRU	%

PERFORMANCE MEDICO-ECONOMIQUE DE LA STRUCTURE ETUDIEE

ISA structure sur total CHRU *		(DIM)
Budget structure sur total CHRU *		(DCGS)
Nb journées par personnel non médical	/ / ETP	(DRH)
Nb journées par personnel soignant	/ / ETP	(DRH)
Taux d'occupation	%	(DPRO)
Personnel médical permanent (en ETP)		(DIRAM)
Attachés (nombre de vacations)		(DIRAM)
Internes		(DIRAM)

(Les données autres que celles du DIM sont fournies à titre indicatif)

CI-dessous, liste des GHM recours pour la structure : N° des GHM, (Les effectifs), Cf glossaire pour obtenir les libellés correspondants.

Quelques exemples

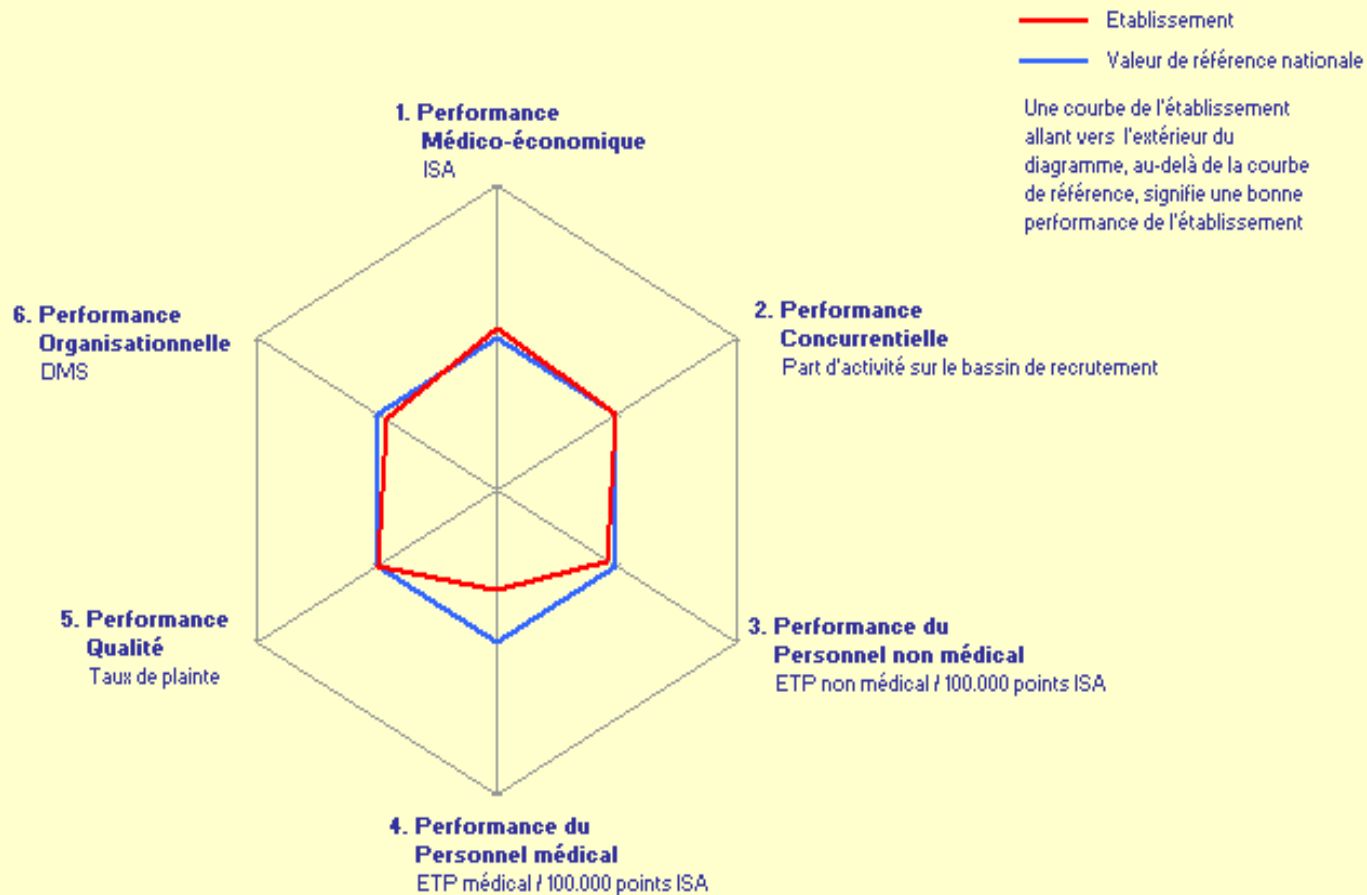


TABLEAU DE BORD DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 2004-2005
RAPPORT SOMMAIRE DU TRIMESTRE 4
Du 12 décembre 2004 au 31 mars 2005

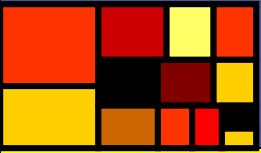
Cibles	Objectifs opérationnels 2004-2005	Résultats par trimestre					Annuel	FAITS SAILLANTS
		1	2	3	4			
VOLUMES D'ACTIVITES								
Total des jours-présence (nombre total de jours d'hospitalisation au cours du trimestre pour l'ensemble des programmes)	= 2003-2004	●	●	●	●	●		La baisse des jours-présence se poursuit pour un quatrième trimestre consécutif avec une diminution de 4,6% des activités. Chute importante des jours-présence en multipécialités (22,1%), chirurgie (19,2%) et psychiatrie (15,3%). Pour l'année 2004-2005, la baisse des jours-présence (-3,7%) est principalement reliée à la diminution des activités en gynéco-obstétrique (-12,5%), en chirurgie (-3,4%) et à la baisse du nombre de greffes d'organe (-7 greffes). L'objectif annuel est partiellement atteint.
Activités tertiaires (total des jours-présence aux soins intensifs, en néonatalogie, et en hémato-oncologie)	> ou = 2003-2004	●	●	●	●	●		Au quatrième trimestre, hausse de 1,7% des activités tertiaires attribuable à l'augmentation significative des activités de greffe de moelle osseuse (+8,8%). Les volumes d'activités des soins intensifs et de la néonatalogie se maintiennent au même niveau, et ce malgré les problèmes rencontrés dans ces secteurs reliés à l'environnement et la gestion des risques au quatrième trimestre. Pour l'année 2004-2005, l'objectif est atteint avec une hausse des jours-présence de 3,9%, en lien avec l'augmentation des activités en Hémato-oncologie (+8,9%) et en Soins intensifs (+10,1%).
Activités ambulatoires (nombre de visites à l'urgence, aux cliniques externes, aux centres de jour)	= 2003-2004	●	●	●	●	●		Au quatrième trimestre, la hausse de 2,4% des activités en ambulatoire est reliée principalement aux visites dans les cliniques externes (+6,6%) plus particulièrement pour les programmes Multipécialités (+15,1%) et Mère-enfant (+12,4%). On assiste à une baisse des visites à l'urgence pour l'année de 1,8%, reliée en partie au secteur de l'obstétrique-gynéco (-7%). Pour l'ensemble de l'année 2004-2005, l'objectif est atteint avec un volume d'activités similaire à l'année 2003-04 (-0,2%).
Bloc opératoire (nombre d'usagers)	> ou = 2003-2004 avec un maximum de cas hospitalisés.	●	●	●	●	●		Au quatrième trimestre, des ajustements ont été apportés au calcul du nombre d'usagers en référence au manuel de gestion financière, entraînant une hausse de 10,2% par rapport à l'année précédente et de +9,4% (+859 usagers) pour l'ensemble de l'année 2004-2005.
ACCESSIBILITE								
Refus de transfert en néonatalogie et obstétrique	< 2003-2004	●	●	●	●	●		Pour l'année 2004-2005, la baisse importante des refus de transfert (de 59 en 2003-2004 à 28 en 2004-2005) est attribuable à la mise en place d'un mécanisme de suivi serré entre l'obstétrique et la néonatalogie. L'objectif annuel est dépassé.
Heures de fermeture aux soins intensifs	< 2003-2004	●	●	●	●	●		Hausse de 9,4% au quatrième trimestre attribuable au déménagement temporaire des soins intensifs (depuis le 10 mars 2005). L'objectif annuel est atteint avec une baisse de 20% des heures de fermeture.
Liste d'attente en chirurgie (patients en attente de plus de 6 mois)	= liste d'attente au 31 mars 2004	●	●	●	●	●		Au 31 mars 2005, le nombre de patients en attente de plus de 6 mois est le même que l'année précédente. L'objectif annuel est atteint.
Cliniques externes (% des appels répondus à l'intérieur de 5 minutes)	> ou = à 90%	●	●	●	●	●		Le pourcentage des appels répondus à l'intérieur de 5 minutes se situe à 82%. Le nombre total de rendez-vous pour l'année 2004-2005 est en hausse de 5,8% par rapport à l'année précédente. L'objectif annuel est partiellement atteint.
Urgence (patients vus à l'intérieur du délai prescrit pour les catégories de triage)	Réduction du délai d'attente à l'urgence	●	●	●	●	●		Le délai moyen d'attente dépasse la norme dans toutes les catégories de triage sauf les prioritaires. Ceci est un aperçu compte tenu de la fiabilité du système actuel.
QUALITE								
Satisfaction de la clientèle	Réduction de 30% du nombre d'insatisfactions en lien avec l'accessibilité des services	●	●	●	●	●		L'objectif annuel est partiellement atteint pour le nombre de plaintes (20 plaintes en moins), et dépassé en regard des demandes d'assistance.
Risques	Augmenter de 50% le nombre de déclarations. Réaliser 50% des recommandations émises lors d'accidents graves.	●	●	●	●	●		L'objectif annuel est partiellement atteint avec une augmentation de 33% du nombre de déclarations, ce qui représente plus de 1000 déclarations que l'année dernière. Le rapport détaillé sera déposé en juin. Objectif est atteint à plus de 80% (suivi du protocole opératoire, revue de processus à la stérilisation centrale, changement de procédure de vaccination, etc)
Qualité	Mise en place d'équipes qualité dans les secteurs administratifs	●	●	●	●	●		L'objectif n'est pas atteint et reconduit à l'an prochain.
Environnement	Implanter un programme complet de sécurité au CHU Sainte-Justine (physique, vol, etc.) Implanter un système d'inspection des chantiers de construction.	●	●	●	●	●		Le programme suit son cours. Politique de visite. Baisse des vols. À venir: serrurerie. Pas terminé mais en bonne voie.
RESSOURCES HUMAINES								
Pénurie de main-d'œuvre	1. Gain de 40 personnes dans les catégories soins infirmiers (infirmières et inf. aux.). 2. Taux de rétention de 75% des infirmières avant moins de 3 ans.	●	●	●	●	●		1. Un gain de 35 personnes est atteint (87,5%). 2. Le taux de rétention des jeunes infirmières de moins de 3 ans est également près de la cible.
Assurance salaire	Réduction de taux d'assurance salaire de 0,2%.	●	●	●	●	●		Objectif non atteint, hausse de 0,3%
Evaluation de la contribution au rendement	Évaluations complétées : 100% pour les employés cadres - 600 évaluations d'employés réalisés.	●	●	●	●	●		Objectif atteint pour les évaluations complétées pour les cadres Pour les employés, quoiqu'il y ait amélioration par rapport aux années précédentes, seulement 50% de la cible est atteint. Les stratégies de coaching en appréciation du rendement sont présentement en expérience.
Légende des couleurs	● Vert : Le résultat visé est atteint, totalement ou en grande partie. La réalisation se déroule bien, est sous contrôle.	● Jaune : Le résultat visé n'est que très partiellement atteint. La réalisation connaît des difficultés ou fait l'objet d'ajustements notables (retards, réorientation, etc.).	● Rouge : Le résultat visé n'est pas atteint. Les causes peuvent être multiples (manque de ressources, budget non obtenu, contexte non favorable, etc.).					

Méthodologie de construction d'un tableau de bord: sélection des variables d'action



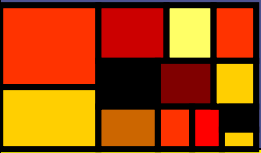
- stratégie = point de départ
 - car elle hiérarchise les variables les unes par rapport aux autres.
- variables d'action pertinentes
 - celles qui permettent la mise en oeuvre de la stratégie
 - leviers d'action adéquats au regard de l'objectif suivi

Méthodologie de construction d'un tableau de bord: les indicateurs



- La sélection des indicateurs
- Le choix des normes et des clignotants (seuils d'alerte)
 - les caractéristiques d'un « bon » indicateur (cf. après)
 - peu d'indicateurs pour une bonne lisibilité
 - Distinguer l'indicateur et sa cible
 - Ex: indicateur:DMS, Cible= 4 jours
 - Parfois intriqués : indicateur = écart relatif entre DMS et sa cible

Méthodologie de construction d'un tableau de bord: critères de sélection des indicateurs



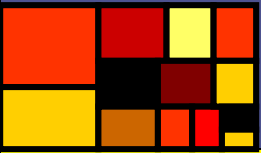
- Qualités molles :
 - Simplicité
 - Accessibilité
 - Pertinence
 - Contrôlabilité
 - Cohérence/
objectifs
- Qualité dures :
 - Sensibilité
 - Spécificité
 - Reproductibilité
de la mesure
 - Reproductibilité
inter-opérateurs

Cohérence des indicateurs /évaluation de la stratégie



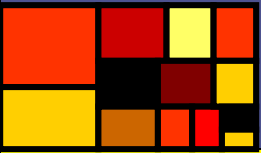
- *Exemples*
- Augmenter l'activité
 - Cible pour 2006: + 2 % en HC et + 2,5% en HJ
- Optimiser les recettes
 - Cible pour 2006: réduire le délai de recueil des RSS de 15 jours
 - Augmenter le nb d'actes produits pour l'extérieur de 2%
- Maîtriser les prothèses et médicaments
 - Cible pour 2006: - 3 millions
 - Standardisation des références sur les DMI
- Respecter l'enveloppe de personnel médical et non médical
 - Cible pour 2006: X postes?
- Améliorer l'organisation
 - Cible pour 2006: augmenter le taux de préadmission

Famille d'indicateurs hospitaliers



- Indicateurs de clientèle
 - Poids moyen du cas traité
 - Age moyen
 - Distribution des pathologies par origine géographique
 - Carte de concurrence
- Indicateurs d'organisation
 - Indicateurs de délais
 - Taux d'admissions programmées
 - Taux hôpital de jour
 - Durée moyenne de séjour (DMS)
- Indicateurs de qualité
 - Taux de patients ayant répondu qu'ils recommanderaient l'hôpital à leurs proches
 - Évaluation médicale (réadmission etc)
- Indicateurs de performance de gestion = benchmark
 - DMS et taux d'occupation = indice de performance globale
 - Nb d'ETP pour 100K€ produits
 - Taux d'absentéisme

Tableau de bord type pour un service de soins



■ ACTIVITE:

- Lits en service
- Entrées, Taux d'occupation
- DMS
- Nb de consultants externes
- Actes de plateau technique consommés
- Actes produits par le service
- Case mix: 20 premiers GHM produits
- DMS/GHM comparée à ENC

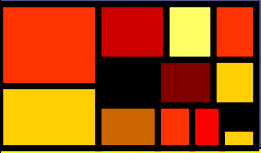
■ INDICATEURS ECO

- Palmarès des 10 produits pharmaceutiques les plus consommés
- Dépense/patient
- Fournitures hôtelières

■ INDICATEURS DE QUALITE

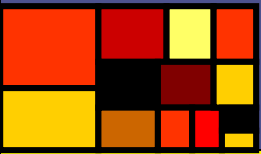
- Information du patient
- Confort
- ISO
- IPAQSS

L'intérêt des indicateurs sentinelles et opérationnels



- Pour capter la performance, des positions différentes :
 - indicateurs opérationnels = en amont
 - précoces et entachés d'erreur
 - indicateurs financiers = résultat produit
 - exacts mais tardifs
- Mise en évidence des déterminants des résultats
 - exemple : le lien entre DMS et nombre de séjours

Indicateurs sentinelles : entrées et séances



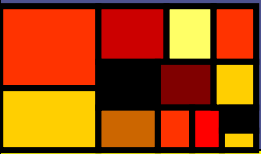
- Défauts :
 - Indicateur « de présomption » : et alors ?
 - Insuffisant : entrées pas toutes identiques
- Qualités
 - indicateur direct sur l'évolution de l'activité
 - très sensible, immédiat
 - permet de déterminer des objectifs et de piloter l'activité
 - qui permet d'anticiper les résultats PMSI et T2A
 - opérationnel, simple, robuste, univoque

Valorisation mensuelle des entrées et séances par discipline



services	Moy Lits Service 2008	Entrées CR 2008	Ecart <i>n / n-1</i>	% Ecart <i>n / n-1</i>	Séances Dialyses + IVG 2008	Ecart <i>n / n-1</i>	% Ecart <i>n / n-1</i>	PMCT HC en €	PMCT SEANCES en €	TOTAL Variation E CR + HJ + IVG en €
C1	20.76	342	8	2.4	0	0	0	2721		21 764.53
C2	48.58	649	-59	-8.33	0	0	0	3710		-218 867.96
C3	32	587	-80	-11.99	0	0	0	2199		-175 940.86
C4	63.55	646	225	53.44	142	28	25	5771	570	1 314 455.31
C5	0	0	-233	-100	0	0	0	3309		-770 950.81
C6	71.1	1013	137	15.64	0	0	0	4221	1000	578 224.82
C7	40	804	-37	-4.4	0	0	0	2787	1000	-103 128.42
C8	19.76	286	-55	-16.13	101	-44	-30	2634	1000	-188 870.00
total	295.75	4327	-94	-2.13	243	-16	-6			456 686.60

Un indicateur « presque » sentinelle : la DMS

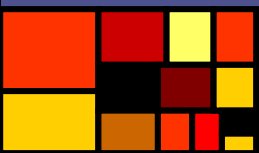


- Qualités :
 - outil de dialogue entre médecins, paramédicaux et administratifs
 - indicateur opérationnel, simple et robuste, représentatif des coûts fixes
 - outil de décloisonnement, indicateur de la performance collective, du travail d'équipe
 - favorise une culture de comparaison
 - leviers d'action rapidement opérationnels en terme d'organisation (fluidité PEC, coopération)
- Interprétation très simple en terme de risque
 - Si la DMS étab < DMS de réf, on « gagne » des €
 - Si la DMS étab > DMS de réf, on « perd » des €

Un indicateur sentinelle : la moyenne des lits en service

- Un indicateur du potentiel d'hospitalisation, soit du potentiel de production
- En moyenne, un lit génère
 - une recette de 160 000€ par an
 - soit 4 postes : 2 dans l'unité, 2 dans les services support et de soutien
- La fermeture de lits :
 - pertes de recettes
 - suppressions de postes à terme

Chiffre d'affaire par lit



services	Activité externe	Hospitalisation	Moy de lits en Service	Moy places en Service	EUROS Hospitalisation/ Moy lits	TOTAL
C1	106 470 €	3 402 069 €	18.88		180 194	3 508 539 €
C2	319 399 €	9 504 243 €	44.11		215 467	9 823 642 €
C3	439 €	6 444 153 €	32.00		201 380	6 444 592 €
C4	111 245 €	9 678 053 €	46.14	2.00	201 040	9 789 298 €
C5	57 902 €	2 817 355 €	16.68		168 906	2 875 257 €
C6	177 360 €	14 350 557 €	61.50		233 342	14 527 917 €
C7	70 662 €	10 355 297 €	39.33		263 293	10 425 959 €
C8	88 025 €	4 453 302 €	20.88	1.00	203 533	4 541 327 €
total	931 502 €	61 005 029 €	279.52	3.00	215 932	61 936 531 €

Un indicateur sentinelle : le taux d'occupation

- Qualités
 - indicateur d'utilisation du potentiel d'hospitalisation, soit du potentiel de production
 - indicateur du taux d'utilisation des ressources humaines, notamment paramédicales
 - indicateur opérationnel, simple et robuste, représentatif du taux d'amortissement des coûts fixes
 - permet de repérer des leviers d'action rapidement opérationnels en terme d'organisation (HdJ, HdS, HC)
- Interprétation directe en terme de risque
 - $txOccup > 85\%$, l'établissement « gagne » des €
 - $txOccup < 85\%$, l'établissement « perd » des €

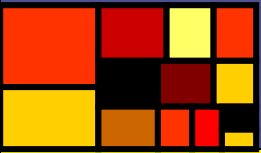
Un indicateur de qualité: la satisfaction des patients

- Notion difficile à cerner par une mesure unique
 - Augmentation des séjours
 - Niveau de fidélisation
 - Nombre de réclamations ou de plaintes
 - Réponses aux questionnaires de satisfaction (saphora)
- En fonction du critère utilisé, on obtiendra une vision plus ou moins fidèle de cette satisfaction, qui affectera la qualité des décisions qui en résulteront

Des palmarès des journaux aux enquêtes comparatives

- Le recueil de la satisfaction des patients :
 - Est réglementaire et référencé dans l'accréditation.
 - Permet de prioriser des actions d'amélioration de la prise en charge.
 - Valorise l'image de l'établissement
- Enquête Saphora
 - Qualité des soins
 - Confort
 - Organisation de la sortie
- IPAQSS (IPAQH, COMPAQH)
 - Lutter contre la douleur
 - Assurer la continuité de prise en charge
 - Lutter contre les troubles nutritionnels
 - Améliorer la traçabilité et la tenue du dossier en général

Un indicateur RH : le climat social



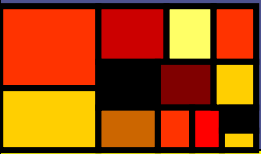
- Capacité à motiver le personnel
 - Taux d'absentéisme
 - % d'entretiens annuels d'évaluation
 - % de participation à des groupes de travail transversaux
 - Turn over
 - Nombre de démissions
 - Volume de recrutement
- Assurer un bon niveau de sécurité aux personnels
 - Nombre d'accidents du travail

Des indicateurs opérationnels à cibler : exemple des blocs opératoires



- 4 champs :
 - Utilisation des capacités de production
 - Taux de fermeture des plages opératoires par motifs
 - Gestion des ressources humaines
 - Nb d'heures supplémentaires par blocs
 - Qualité de la programmation
 - Taux d'interventions annulées par motifs
 - % de démarrage à l'heure
 - % de débordement
 - Activité réalisée
 - Nb d'interventions
 - Taux réel d'occupation des salles

Le chiffre d'affaire par CR



Dépenses

- Charges fixes directes de
 - Personnel médical
 - Personnel non médical
 - Contrats maintenance & amortissements des équipements
- Charges variables directes
 - DMPH compris liste T2a
 - Dépenses hôtelières et logistiques
- Facturation interne logistique médicale
 - biologie & imagerie
 - Exploration fonctionnelle
 - Blocs et anesthésie
 - Autres services et prestations (stérilisation et pharmacie)
- Facturation interne
 - repas, linge
 - Transports
 - Autres frais d'hôtellerie et d'administration

Recettes

- Recettes externes proportionnelles à l'activité issues
 - valorisation des GHS
 - les suppléments journaliers réa, les suppléments à l'acte
 - DMI et molécules
 - activité externe facturée (actes et consultations)
- Recettes internes : les actes valorisés et produits pour les prescripteurs internes
- Les MIG
 - PHRC
 - Activités spécifiques (réseaux...maladies rares, implants..)
- Enseignement (%)
- Recours...
- Innovation (%)
- Les recettes subsidiaires

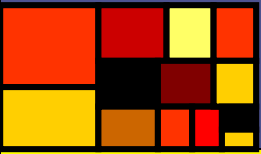
Méthodologie de construction d'un tableau de bord : indicateurs pour se comparer

- Référentiels externes
 - ENC, AGHN, Base interCHU Montpellier et Toulouse, Angers
 - Bases nationales et régionales PMSI
- Référentiels réglementaires
 - ex : taux d'occupation en réanimation, bonnes pratiques
- Benchmark
 - Publié : IPAQSS, palmarès des hôpitaux
 - Etablissements amis : voisins (public), membres du groupe (privé)
- Comparaison interne
 - Transversale : entre services
 - Longitudinale : dans le temps

Méthodologie de construction d'un tableau de bord : la mise en forme

- Permet de valider le caractère opérationnel du dispositif futur
- La forme sert le fond: savoir mettre en valeur l'information
- Tester le prototype

Méthodologie de construction d'un tableau de bord : l'exploitation et l'évolution



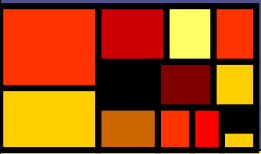
- Un travail sur le contenant:
 - Collecter les données
 - Faire évoluer et vivre le Tableau de Bord

- Un travail sur le contenu:
 - Interpréter les résultats, animer le reporting
 - Prendre des mesures correctrices

Méthodologie : décliner des objectifs en actions

- Objectif stratégique
- Facteur clef de succès : indicateurs de résultats liés au processus
- Plan d'actions : indicateurs de pilotage du plan ou de l'action

Quelques outils



- La grille stratégie/ plan d'action: pour que le tableau de bord permette de décliner les objectifs en plan d'action
- La check list pour indicateurs: pour organiser le suivi des indicateurs de façon structurée et assurer la maintenance du tableau de bord
 - La précision nécessaire au partage des données
 - La rigueur utile à l'utilisation pertinente des données
 - La sélection incontournable pour la prise de décision

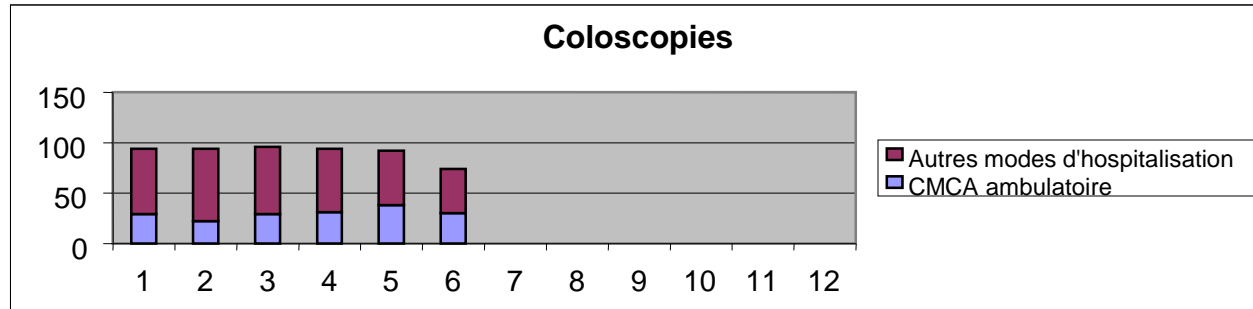
Le projet médical, les patients

ENJEUX	OBJECTIFS	ATTRIBUTS	INDICATEURS	CIBLE
Etre pôle de référence régional	Favoriser les activités permettant au CHRU de se différencier	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cibler les activités non recours qu'il faut abandonner ❖ Assurer une veille afin d'anticiper les activités à promouvoir 	<ul style="list-style-type: none"> • Liste des activités abandonnées et valorisation ❖ Nombre de nouveaux GHM identifiés comme recours * 	Voir pour chacun de ces indicateurs l'évolution sur plusieurs années dans un premier temps puis fixer des seuils volontaristes.
	S'affirmer en tant que pôle d'excellence en recherche et attirer des compétences fortes dans ce domaine	Créer les conditions favorables au développement de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Financement global de la recherche ❖ Etat de situation des brevets et cession de licences ❖ Ressources humaines en recherche 	
	Multiplier les coopérations inter hospitalières	Formalisation, signature et suivi des conventions	<ul style="list-style-type: none"> • Cartographie par bassin de vie des conventions • Activités concernées ? 	
Satisfaction des patients	Améliorer la qualité de la prise en charge	❖ Améliorer la qualité de l'accueil	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de satisfaction des patients par rapport à leur prise en charge globale • Taux de satisfaction des patients par rapport à la prise en charge de leur douleur • Taux de satisfaction des patients par rapport à l'information et à leurs droits 	Comparatif régional
	Améliorer la qualité des soins		Nb de conciliations Nb d'infections nosocomiales	Evolution sur plusieurs années Comparaison avec d'autres établissements

ENJEUX	OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLE
Evolution du Climat social	Réduire l'absentéisme	Taux d'absentéisme global et aux par type d'absentéisme (maladie ordinaire, accident du travail, etc) Taux par motif d'absentéisme Nb moyen de jour d'absence / agent ou grade	Références : taux moyen d'absentéisme des CHU Taux moyen d'absentéisme des 5 CHU comparables Taux moyen d'absentéisme des CH (bilan social)
	Satisfaction des salariés concernant leurs conditions de travail	Journée perdue pour fait de grève suite à un mot d'ordre national et local	Pas plus de 5 journée/an
La productivité du personnel	Améliorer la productivité du personnel	Nb de points ISA / ETP médical et idem pour le non médical (agent ; agent soignant) (en journée sur les secteurs hors PMSI) au niveau macro + par structure	Références AGHN
Attractivité du CHRU	Savoir retenir les personnels clefs	Turnover médical et non médical	
	Rendre le CHU attractif	Nb moyen de candidatures aux postes (médical et non médical) publiés en externes	Tendance :30
L'évolution du personnel	Permettre les évolutions de carrière	Nb moyen de candidatures aux postes publiés en interne Taux de promotion : Proportion des personnels (par filière) ayant eu une requalification	Tendance et projection sur 2 ans

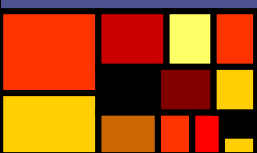
CHECK- LIST POUR INDICATEURS Unité XXX

Nom de l'indicateur	<i>Suivi du nombre de coloscopies</i>
Signification	Suivre l'évolution du mode de prise en charge ambulatoire pour les actes interventionnelgastroentérologie(coloscopies)
Objectif	1430 coloscopies en 2001



Nom et fonction du responsable	Mme X coordonnateur du service X
Niveau de reporting	CR 0000
Nom et fonction du responsable de l'activité	voir Mme X
Analyse	A fin juin 2001nb de coloscopies 544. Taux de réalisation de de l'objectif = 38% Taux de pec en HCD=33%
Nom de l'administrateur	Mme Y
Données - Sources	Relevé journalier sur tableau excel
Périodicité	mensuelle

Dictionnaire de données



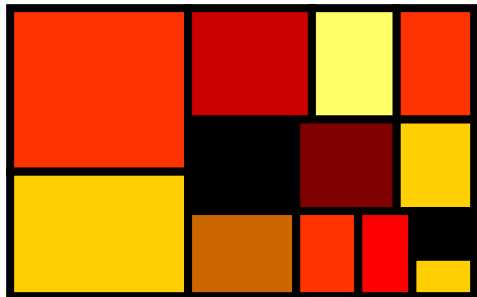
Indicateurs						Niveaux de Zoom					
DOMAINE	NOM	DESCRIPTION	FORMULE DE CALCUL	OBJECTIF	SOURCE	P A M	C R	U F	Sous Groupe Dépen se (PM/P NM, DMPH ...)	Gra de	Sta tut (TI T, ST G, CT)
ACTIVITE	Nombre d'entrées CR	Nombre d'entrées réalisées par CR et par mois	Dénombrement des entrées réalisées dans un CR	<i>Augmenter l'activité</i>	Synthese	X	X	X			
ACTIVITE	Nombre de venues en Hôpital de jour	Nombre de venues réalisées en Hôpital de Jour par CR et par mois	Dénombrement des passages de patients dans un CR d'une durée < 24H, indiquant habituellement sa fréquence itérative, dans un but thérapeutique	<i>Augmenter l'activité</i>	Synthese	X	X	X			

DESCRIPTION DE L'INDICATEUR				CALCUL DE L'INDICATEUR				SUIVI DE L'INDICATEUR				STATUT
NOM	DESCRIPTION	OBJECTIF	NIVEAU DE ZOOM	FORMULE DE CALCUL	UNITÉ	FREQUENCE DE CALCUL	HISTORISATION	SOURCE	RESPONSABILITÉ	ETAT	ORIGINE	

INDICATEURS ECARTES LORS DE LA CONSTITUTION DES TB PAM V1

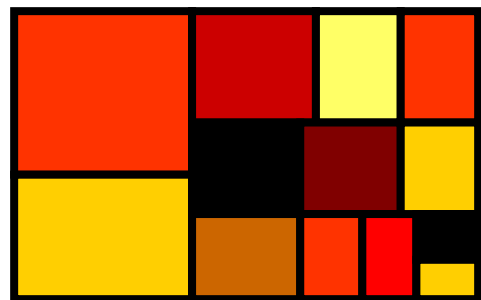
Délai de saisie des recueils de soins de courte durée	% de recueils PMSI Soins de Courte Durée saisis au plus tard 10 jours après la sortie de l'UF (ou CR, ou EG)	<i>Optimiser les recettes</i>	Zoom sur UF	Nombre de recueils dont le Diagnostic Principal est renseigné / nombre de recueils à saisir x 100 (10 jours après la sortie du patient de l'UF)	%	Mensuelle	< à définir >	SIM	DIM	A valider	HCL	à statuer
Nombre de consultations	Voir définition gemasynthèse	<i>Augmenter l'activité</i>	Zoom sur UF					Gemasynthèse	DRFCG			à statuer
Taux de Pré-admission	<i>Préparation avant l'admission du dossier administratif, afin d'anticiper la sortie, et simplifier le parcours du patient</i>	<i>Améliorer l'organisation et optimiser les recettes</i>	UF	<i>(Nombre de dossiers avec entrée par préadmission / nombre d'admissions suite à consultation ou envoi par un médecin)</i>	%	Mensuelle	<i>Mois précédent (nous ne disposons pas d'antériorité pour l'instant). Comparaison possible à la moyenne HCL et/ou la moyenne du site.</i>	Gemasynthèse	SGM - DRFCG	A compléter	HCL	à statuer

Construction d'indicateurs et de tableaux de bord à partir du PMSI



- I. Nouvelle gouvernance, contractualisation interne, comptabilité analytique
- II. Les erreurs à éviter (PMSI)
- III. Faussement simple...
- IV. Répartir les recettes
- V. Trouver des valeurs de référence
- VI. Comparaison transversale et longitudinale
- VII. Regroupements de GHM

Nouvelle gouvernance, contractualisation interne, comptabilité analytique

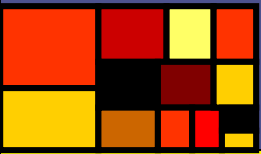


- I. Nouveau sens du PMSI
- II. Nouvelle gouvernance,
contractualisation interne
- III. Structure de l'établissement

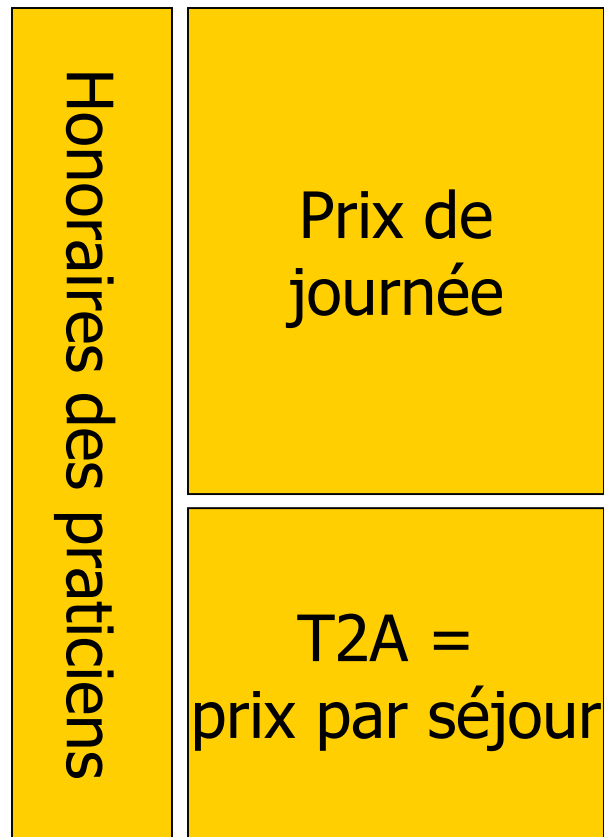
Nouveau sens du PMSI

- D'un outil de description de l'activité médicale...
 - Informations :
 - MCO : Groupes Homogènes de Malades (GHM)
 - SSR : Groupes Homogènes de Journées (GHJ)
 - Échelle Nationale des Coûts
 - Budget :
 - budget global (DGF) ou prix de journée (OQN)
- ... à un outil d'allocation des ressources (2004)
 - Informations = budget
 - MCO : Groupes Homogènes de Séjours (GHS)
 - HAD : Groupes Homogènes de Tarif (GHT)
 - Échelle Nationale des Tarifs = arrêté tarifaire
 - Nouveaux outils d'évaluation :
 - Évaluation médico-économique
 - Évaluation qualité de codage
 - Départ d'études diverses : épidémio, qualité dossier...

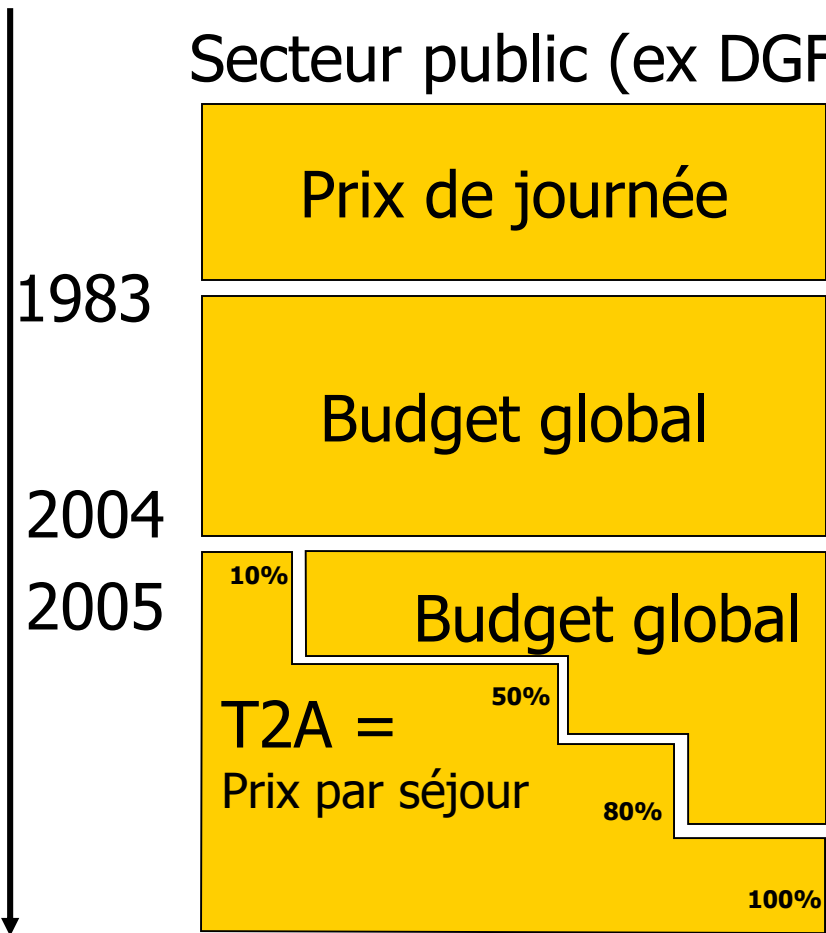
Historique des modes de financement en hospitalisation court séjour (MCO)



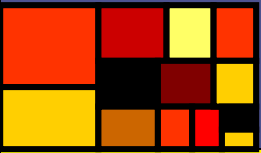
Secteur privé (ex OQN)



Secteur public (ex DGF)



L'EPRD : État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (MCO 2005)

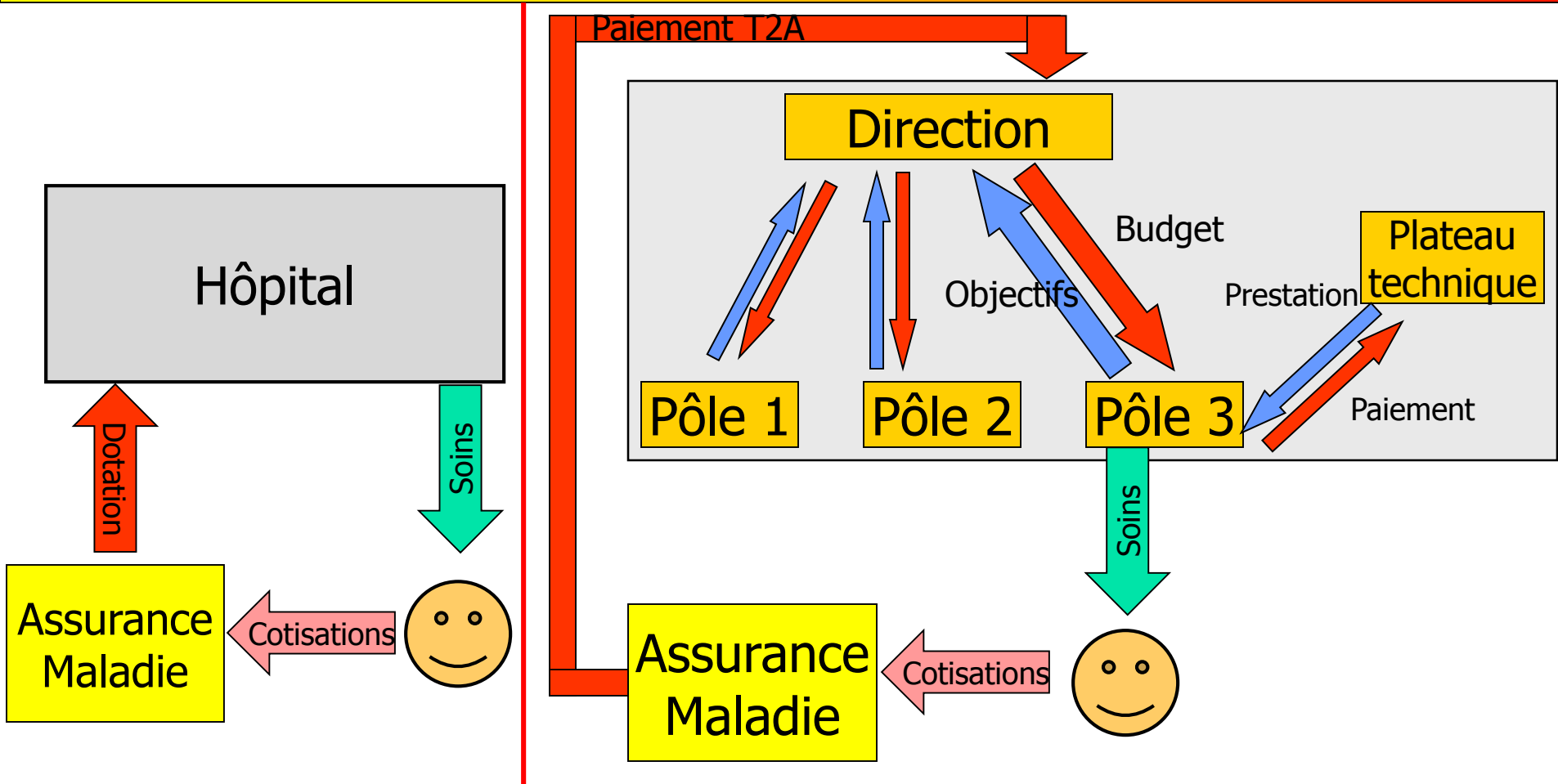
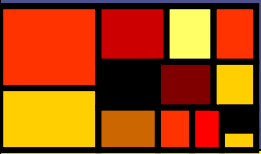


- Cadre :
 - Réforme budgétaire et comptable des établissements sous dotation globale
 - Pendant logique de la T2A
- Concrètement :
 - Prévisions puis suivi quadrimestriel des recettes et des dépenses
 - Soumises au CA et à l'ARH

Nouvelle gouvernance hospitalière (hôpital 2007)

- La règle :
 - Découpage des établissements en pôles d'activités
 - Triumvirat : responsable de pôle, un cadre supérieur de santé et un assistant de gestion
 - Délégation de gestion : personnel, investissement
- Conséquences :
 - Déconcentration de l'équilibre budgétaire :
 - Répartition des dépenses (contrôle de gestion)
 - Répartition des recettes (depts d'information médicale)
 - Contractualisation interne : objectifs et contreparties

Nouvelle gouvernance : délégation et contractualisation

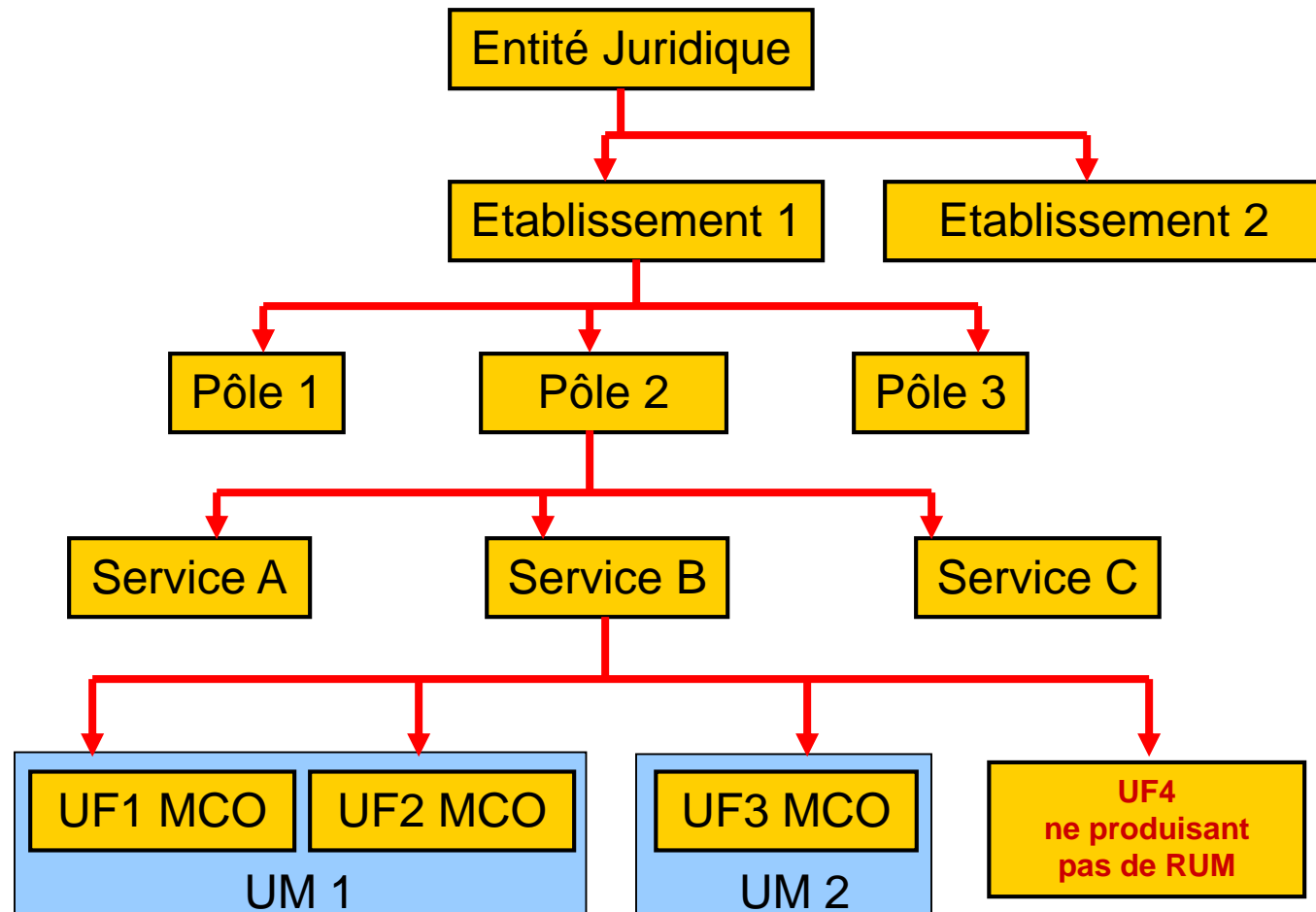
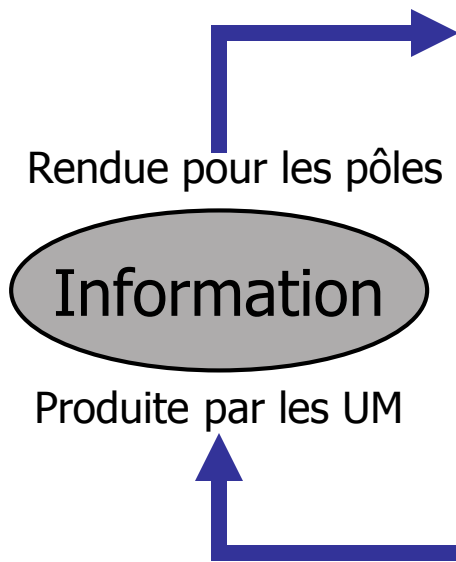
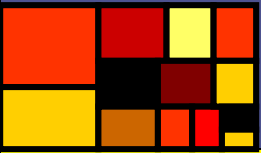


Notions de structure, découpage des établissements

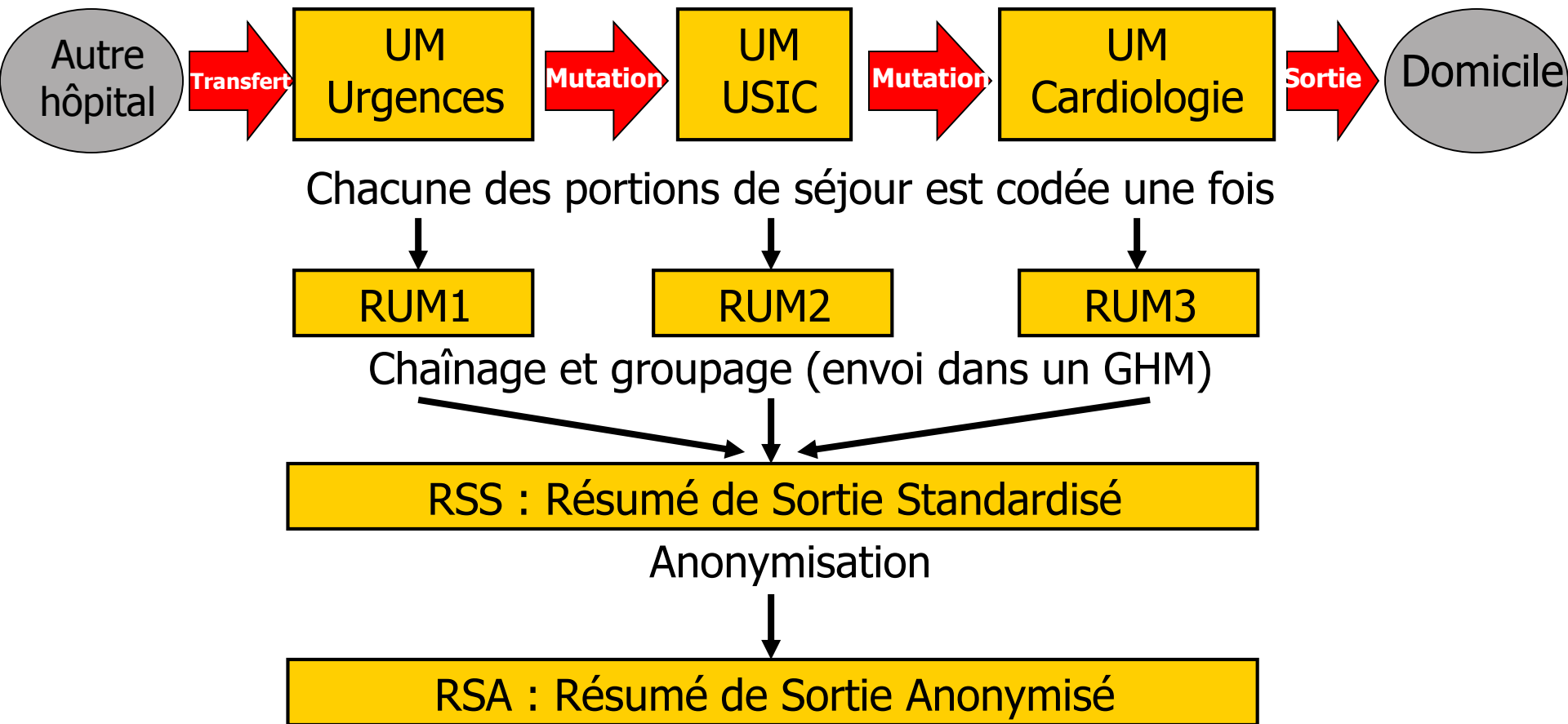
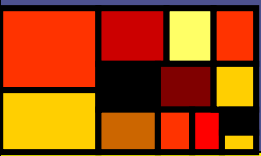


- Pôles
 - Au centre de la nouvelle gouvernance (plan hôpital 2007)
- Services
 - Groupe d'UF
- Unités Fonctionnelles
 - La plus petite unité, traditionnellement « un couloir »
 - Un lieu, une activité, une responsabilité
- Unités Médicales
 - Activité médicale homogène.
Si découpage bien pensé, 1 UM = 1 UF.
Mais le plus souvent, une UM contient une ou plusieurs UF.
 - Niveau de rendu de l'information médicale : l'UM produit les RUM
 - Niveau des autorisations spécifiques (réa, dialyse...)

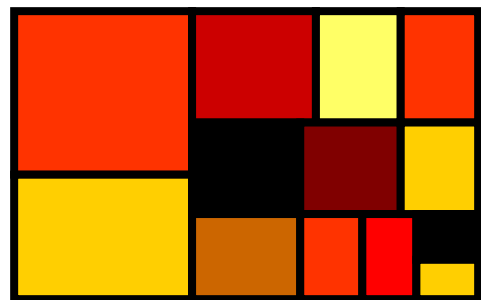
Notions de structure, découpage des établissements



Du séjour aux fichiers

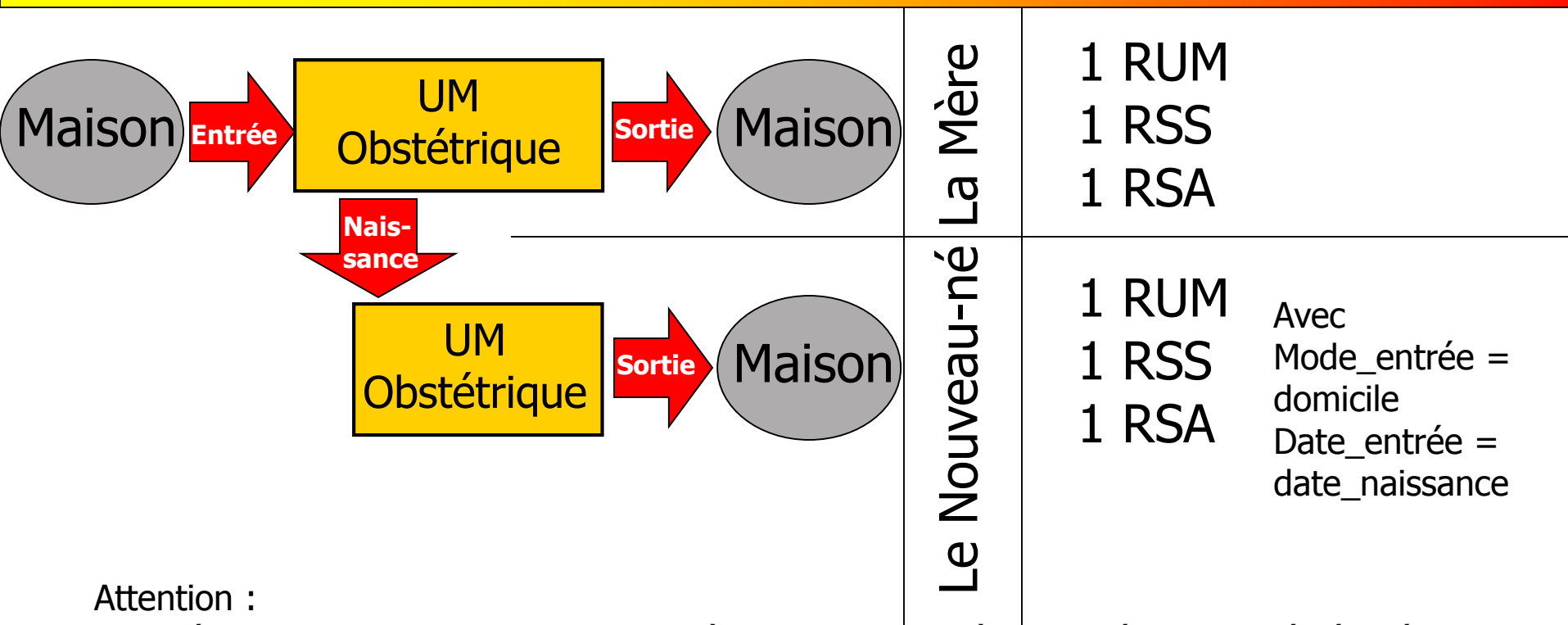
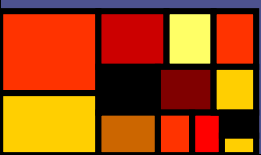


Les pièges à éviter



- I. Naissances, séances
- II. Durée de séjour, occupation
- III. Erreurs de dénombrements liées à la structure

Cas particulier de la naissance



Attention :

- un séjour d'accouchement donne lieu à 2 RSA, chacun étant codé et valorisé séparément (pas toujours le cas dans d'autres comptages)
- erreur classique de codage : les diagnostics de l'enfant chez la mère...
- depuis 2009, mort-né=1 RUM à 0€

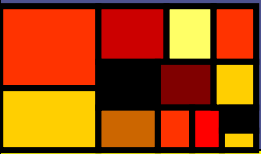
Cas particulier des séances



- Dispositif limité à certains traitements itératifs (GHM de la CM28) :
 - Chimiothérapie pour tumeurs
 - Radiothérapie curiethérapie et autres irradiations
 - Dialyse (hémo-D. ou D. péritonéale, et entraînement à la D.)
 - Transfusions
 - Caisson hyperbare
- « RSS séance » = Possibilité de produire un seul RSS pour plusieurs séances sur une durée maximale de 3 mois
 - Facilité pour limiter les codages : diagnostics constants, même acte
 - Piège souvent pour l'interprétation des chiffres
 - Problème informatique réel de chaînage lorsqu'une hospitalisation survient pendant qu'un tel RUM est ouvert

Exemple	Champs du RSA		On en déduit...		
	Durée (PMSI)	Nb Séances	Type	Nb venues	Nb journées
RSA n° 001	4	[vide]	Séjour	1	5
RSA n° 002	[vide]	8	Séance	8	8

Conséquences de la structure : erreurs de dénombrements

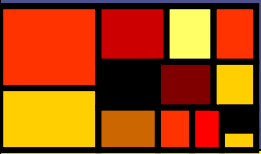


UM1	UM2	UM3	
Séjour n°1			T O T A L
Séjour n°2			
Séjour n°3			
Même patient	Séjour n°4		
	Séjour n°5		
		Séjour n°6	
3 RUM	5 RUM	4 RUM	12
3 séjours	4 séjours	4 séjours	6
3 patients	3 patients	3 patients	5

- Activité totale établissement (ES) :
 - $\#_{ES} \text{ patients} \leq \#_{ES} \text{ séjours} \leq \#_{ES} \text{ RUM}$
 - le $\#$ séjours compté est le nombre réel
- Extrait de l'activité d'une UM :
 - $\#_{UM} \text{ patients} \leq \#_{UM} \text{ séjours} \leq \#_{UM} \text{ RUM}$
 - le $\#$ séjours compté est vrai à l'échelle de l'UM, mais en ajoutant les UM il y aurait des doublons
 $\Rightarrow \sum \#_{UM} \text{ séjours} \geq \#_{ES} \text{ séjours}$
- Extraits à des niveaux intermédiaires (services et pôles)
 - erreur intermédiaire, d'autant plus faible que regroupement important

Notation : #xxx = nombre de xxx

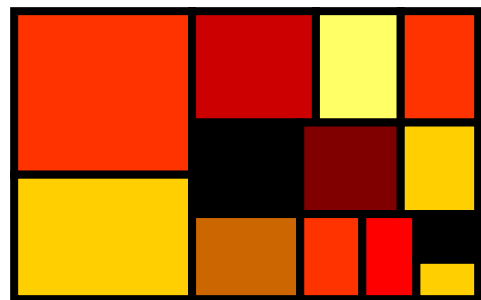
Conséquences de la structure sur le rendu de l'information



Notation :
#xxx = nombre de xxx

- Incohérence apparente de casemix
 - Informations le séjour dans son ensemble, après chaînage :
 - DP du RSS, GHM et CMD du RSS
 - Suppléments journaliers : #joursRéa, #dialysesHosp...
- Nécessité de répartir les recettes des séjours multi-RUM. Mais comment répartir :
 - Tarif du GHS, suppléments EXH
 - Effet des actes classants (chirurgie par exemple), alors que l'acte est réalisé par une seule des UM traversées
 - Tarifs journaliers rapportés par certaines UM : REA/STF/REP/SRC/NN1-3
 - Séances en hospitalisation (dialyses, radio)
 - DMI (prothèses...) et molécules onéreuses payées en sus

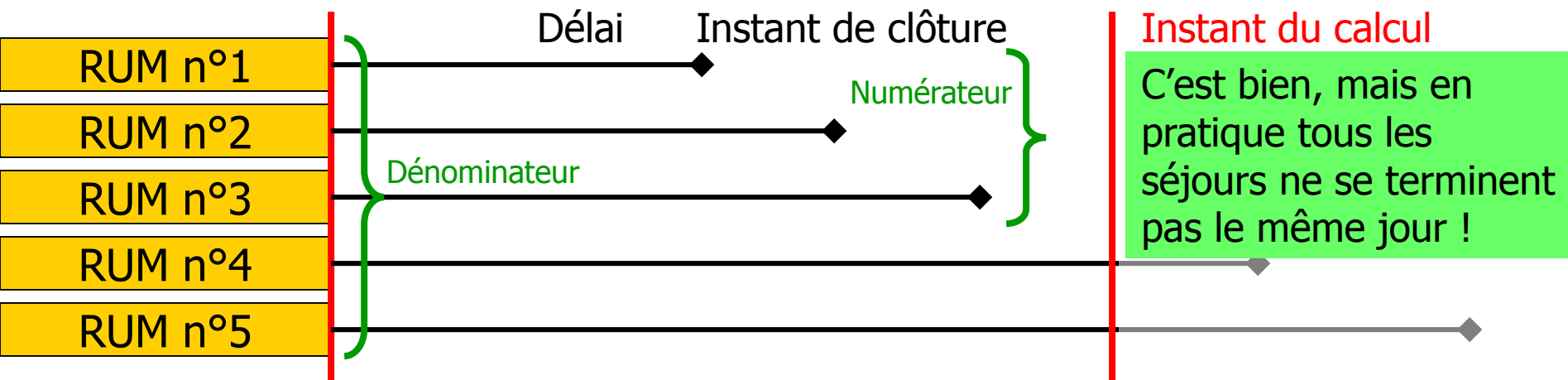
Faussement simple...



- I. Autour des délais et de l'exhaustivité (codage, émission de facture...)
- II. Autour des durées de séjour et des taux d'occupation
- III. Synthétiser l'origine géographique

Mesurer l'exhaustivité (de codage, d'émission...)

- Indicateurs numériques synthétiques
 - Exhaustivité de codage :
*proportion de RUM clôturés à une certaine date,
ou plutôt à un certain délai après la fin*

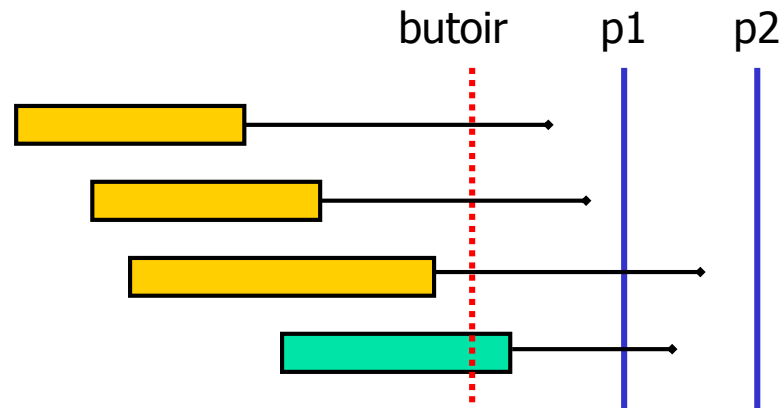


Mesurer l'exhaustivité de codage

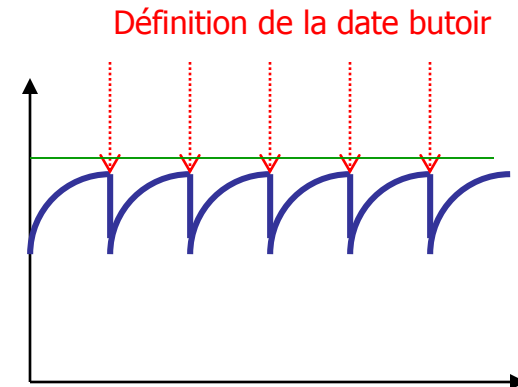
- Indicateurs numériques synthétiques

- Exhaustivité de codage

- Sur un groupe de séjour terminés avant une date butoir fixe
=> *chiffre croissant dans le temps, adapté à l'envoi par lots*
 - Assertions fortes : la date de référence est la date de sortie, on connaît le nombre de RUM exigibles



1- on définit une date butoir, tous les RUM terminés avant sont inclus. Les RUM terminés après, même codés, sont exclus.
2- à chaque date d'examen on calcule l'exhaustivité.
Résultats : 2/3 à p1, 3/3 à p2.

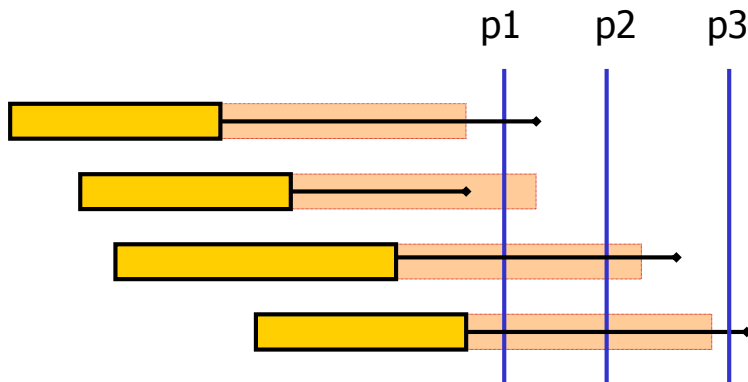


Mesurer l'exhaustivité de codage

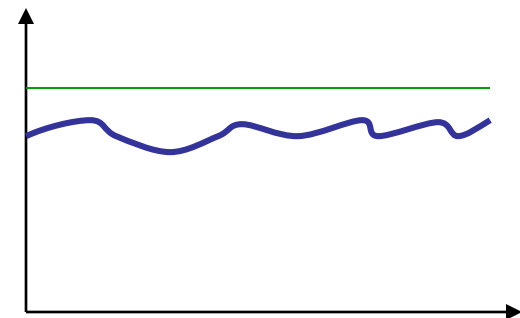
- Indicateurs numériques synthétiques

- Exhaustivité de codage

- Sur tous les séjours terminés au moins un délai avant la date d'observation
=> chiffre stable dans le temps, adapté à l'envoi au fil de l'eau
 - Assertions fortes : référence=sortie, nombre de RUM exigibles connu, existence d'un délai reconnu comme raisonnable (« le bien et le mal »)

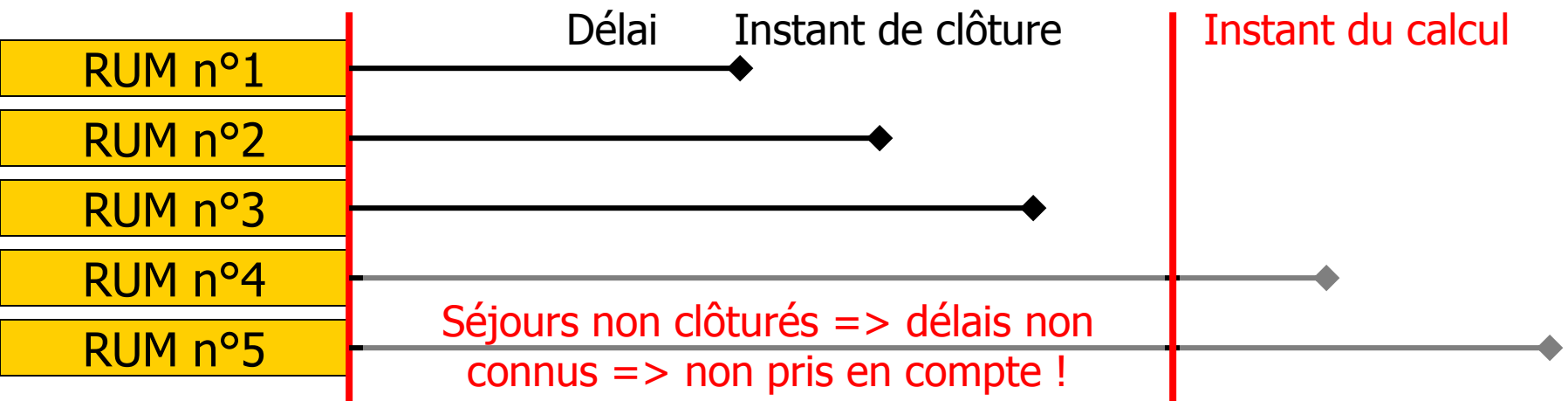


1- on définit un délai de référence
2- à chaque date de point on calcule l'exhaustivité en incluant seulement les RUM dont le délai est échu, même s'ils sont déjà codés.
Résultats: 0/1 à p1, 2/2 à p2, 3/4 à p3.



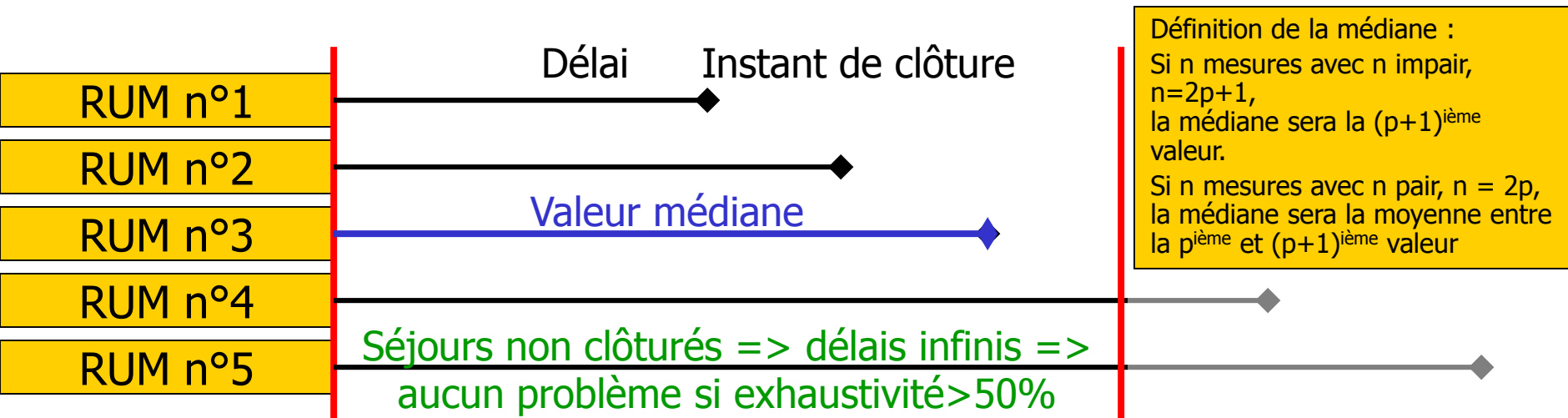
Mesurer l'exhaustivité de codage

- Indicateurs numériques synthétiques
 - Délai moyen de codage :
moyenne du délai entre la date de sortie et la date d'émission (clôture) d'un RUM



Mesurer l'exhaustivité de codage

- Indicateurs numériques synthétiques
 - Délai médian de codage :
médiane du délai entre la date de sortie et la date d'émission (clôture) d'un RUM



Durée de séjour

- Calcul PMSI de la durée de séjour (parfois=0) :
 - Formule utilisée :
 - $DS = \text{date_sortie} - \text{date_entrée}$ (cf. représentation des dates par entiers)
 - Remarques
 - Attention : vaut zéro si le patient sort le jour même. Ce n'est donc pas une question de durée réelle, mais de position des E/S par rapport à minuit
 - Durée moyenne de séjour « DMS = 0.2j » peut signifier par exemple « 80% des patients sortent le jour même et 20% sortent le lendemain ».
- Autres formules (toujours >0) :
 - Nombre de journées (assez pertinent)
 - Nombre de journées = $DS + 1$
 - Formule utilisée pour la valorisation des journées en réanimation
 - $\max(1, \text{date_sortie} - \text{date_entrée})$
 - Formule implicitement utilisée pour le calcul des tarifs en v11 (cf. post)
 - $\max(0.5, \text{date_sortie} - \text{date_entrée})$
- Dans une approche « recherche d'atypie », écart à la DMS (durée moyenne de séjour nationale dans le GHM concerné) :
 - $\text{Ecart_relatif} = \frac{[(DS+1)-(DMS+1)]}{[DMS+1]} = \frac{(DS-DMS)}{(DMS+1)}$

Performance globale : écart à la DMS en tenant compte des effectifs



$$\begin{aligned} & \text{Écart à la DMS ENC} \\ & = (DMS - DMS_{ENC}) / (DMS_{ENC} + 1) \end{aligned}$$

$$= \text{eff} * (DMS + 1)$$

$$= \text{eff} * (DMS_{ENC} + 1)$$

GHM	Effectif	DMS	DMS ENC	écart à la DMS ENC	nbj réels	nbj théo
01C01S	7	18.32	22.64	-18.3%	135.24	165.48
01C03V	13	14.75	11.96	21.5%	204.75	168.48
01C03W	13	28.75	26.05	10.0%	386.75	351.65
01C04V	65	16.66	12.86	27.4%	1147.9	900.9
01C04W	28	26.02	29.5	-11.4%	756.56	854
01C05V	17	10.76	10.7	0.5%	199.92	198.9
01C05W	5	14.61	16.64	-11.5%	78.05	88.2
01C06V	25	7.88	5.81	30.4%	222	170.25
01C06W	18	8.43	7.78	7.4%	169.74	158.04
01C08V	20	5.92	4.33	29.8%	138.4	106.6
01C08W	3	7.91	9.87	-18.0%	26.73	32.61
				-6.2%	3466.04	3195.11
					PF=	1.0847952

NB : la PG est robuste aux changements de classification des GHM

Interdiction de calculer la moyenne : effectifs inégaux

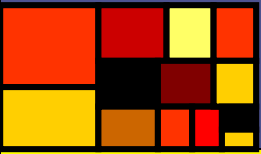
$$= \sum \text{nbj} / \sum \text{nbjenc}$$

Calcul de l'occupation des UM

- En théorie
 - $\#journées_total = \sum (DS+1) = (\sum DS) + \#RUM$
 - $\#journées_max_théorique = \#lits_UM * 365$
 - $Taux\ d'occupation = \#journées_total / \#journées_max_théorique$
- En pratique méfiance...
 - Si un patient part le matin, un autre peut occuper le même lit dès midi. Il y a d'autant plus de chevauchements possibles que les passages sont brefs
 - Un taux d'occupation de 80% est jugé optimal en réanimation
 - Un taux d'occupation de 120% est habituel en chirurgie ambulatoire
 - L'interprétation du calcul tient aussi compte :
 - De l'organisation hebdomadaire du travail (fermeture le WE...)
 - De la gestion des vacances et jours fériés (...)
 - Le nombre de lits varie dans le temps (=> moyenne pondérée)

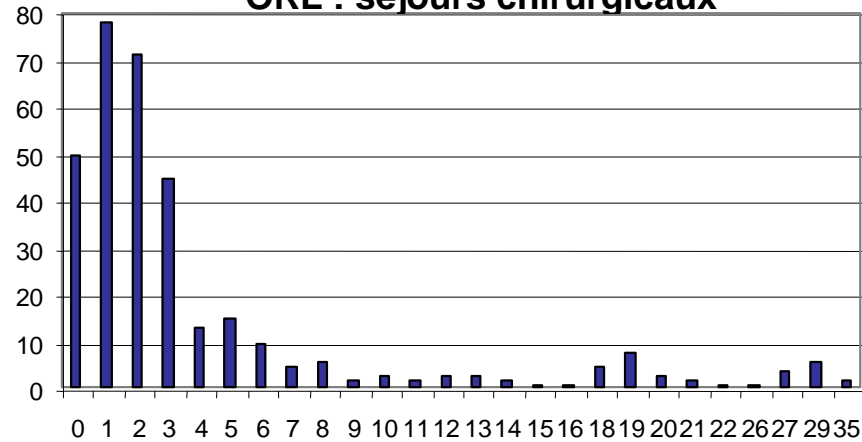
Notation :
#xxx = nombre de xxx

Représenter la distribution d'une durée

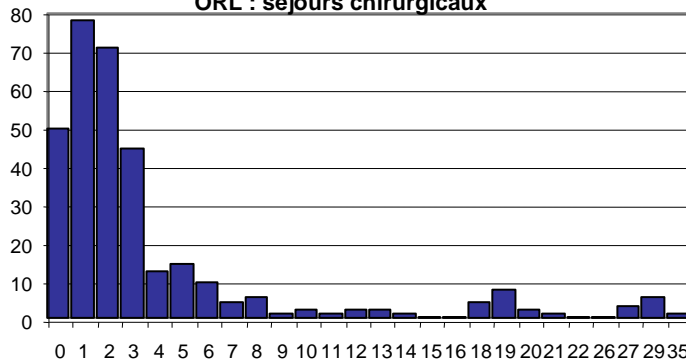


FAUX !

ORL : séjours chirurgicaux

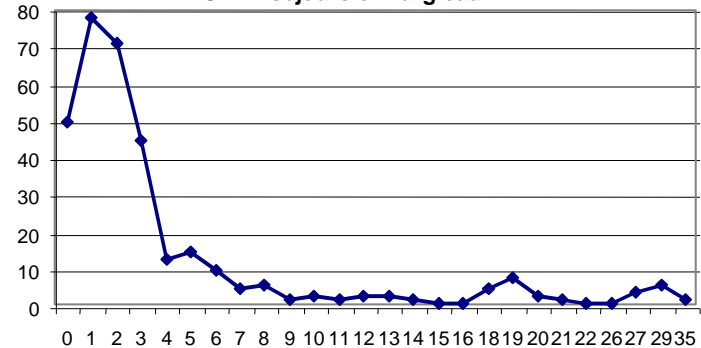


ORL : séjours chirurgicaux



Archi-FAUX !

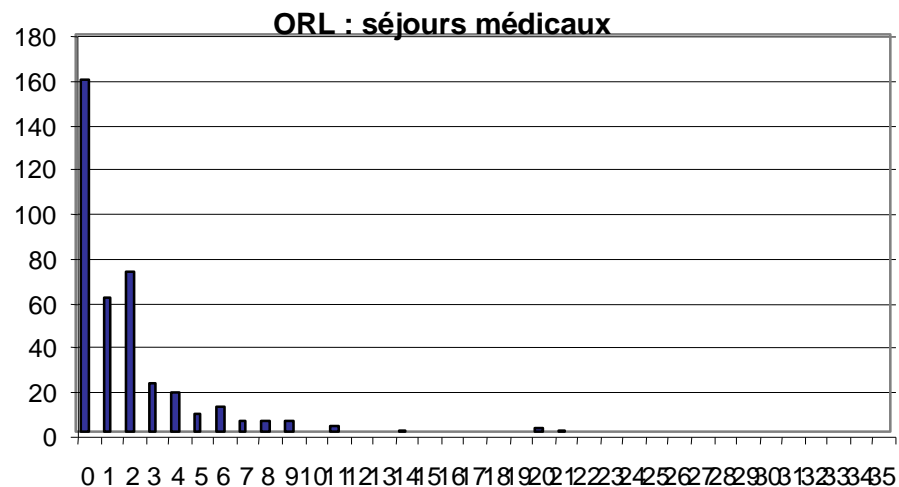
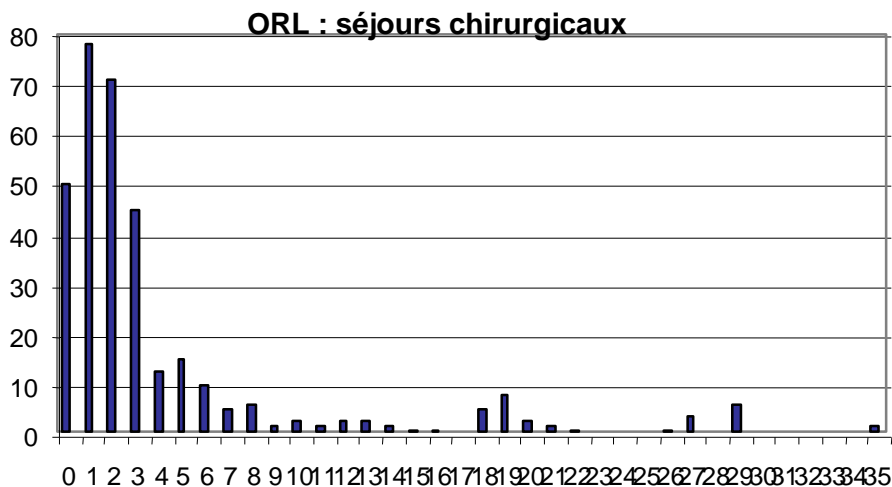
ORL : séjours chirurgicaux



Représenter la distribution d'une durée



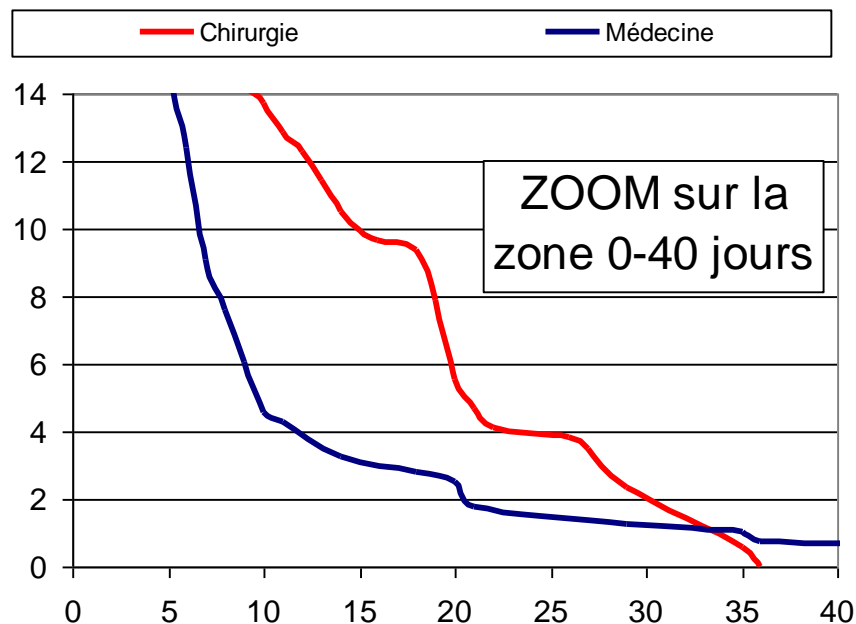
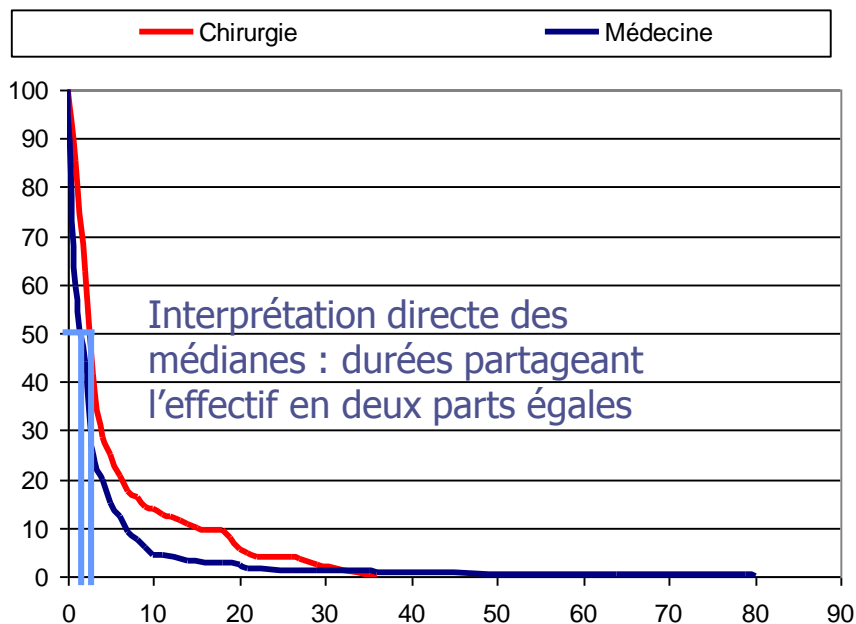
- Diagramme en barres avec échelle des abscisses quantitative : juste mais comparaison difficile...



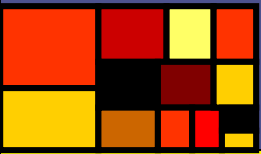
Représenter la distribution d'une durée



- Seule la courbe des effectifs cumulés est exacte et permet une superposition

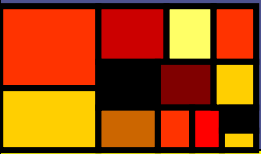


Représenter simplement le recrutement

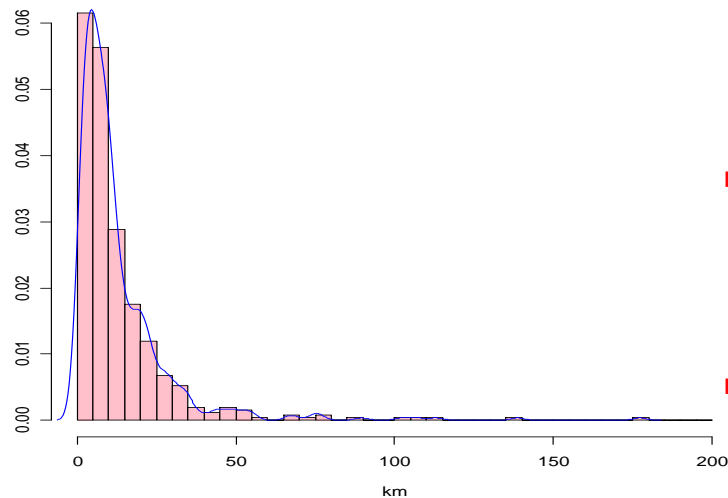


- Parts de marché :
 - Parmi les patients résidant sur un territoire défini
 - Sur une période de temps définie
 - Éventuellement pour une pathologie définie (ou plutôt un GHM ou regroupement de GHM)
 - $\frac{\text{Nb de séjours de ces patients produits par l'établissement}}{\text{Nb de séjours de ces patients produit par tout établissement français}}$
- Étendue du recrutement
 - Distance moyenne ou médiane entre l'établissement et le domicile du patient (cf. ci-après), par séjour
 - Plus robuste et facile à calculer : % de séjours pour lesquels le patient réside à l'extérieur d'un territoire de référence

Distance moyenne ou distance médiane ?

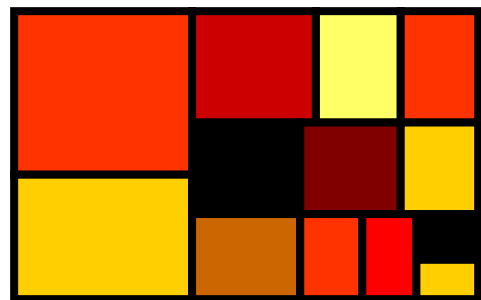


```
> km <- 8*exp(rnorm(n=500))
> hist(km, breaks=seq(from=0,to=200,by=5), col="pink", freq=FALSE)
> lines(density(km), col="blue")
> summary(km)
  Min. 1st Qu.  Median    Mean 3rd Qu.    Max.
0.1485  3.7920  8.3400 14.0200 17.5700 150.8000
> mean(km>30)
[1] 0.104
> km <- c(km, 18000)
> summary(km)
  Min. 1st Qu.  Median    Mean 3rd Qu.    Max.
1.485e-01 3.792e+00 8.352e+00 4.992e+01 1.762e+01 1.800e+04
> mean(km>30)
[1] 0.1057884
```



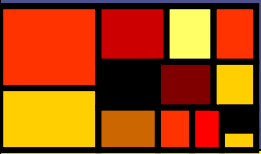
- La moyenne n'est pas robuste :
 - La moyenne est trop sensible aux individus extrêmes
 - Or les distances ont habituellement des distributions lognormales
- Exemple sur données simulées
 - Soient 500 patients recrutés sur un territoire de proximité
moyenne=14 km, médiane=8.3 km, range=[0;150]
10.4% de distances>30km
 - Ajout d'un seul patient de Nouvelle Calédonie (en vacances chez sa sœur) : 18000km de l'hôpital
moyenne=50 km, médiane=8.3 km, range=[0;18000]
10.6% de distances>30km
 - Un seul patient sur 501 a le pouvoir de quadrupler la moyenne ! La médiane reste inchangée.

Répartir les recettes



- I. Rappel sur la tarification
- II. Algorithmes de répartition : des principes à l'appréciation

Du GHM au GHS et au tarif : échelle nationale des tarifs (arrêté prestation et tarifs)

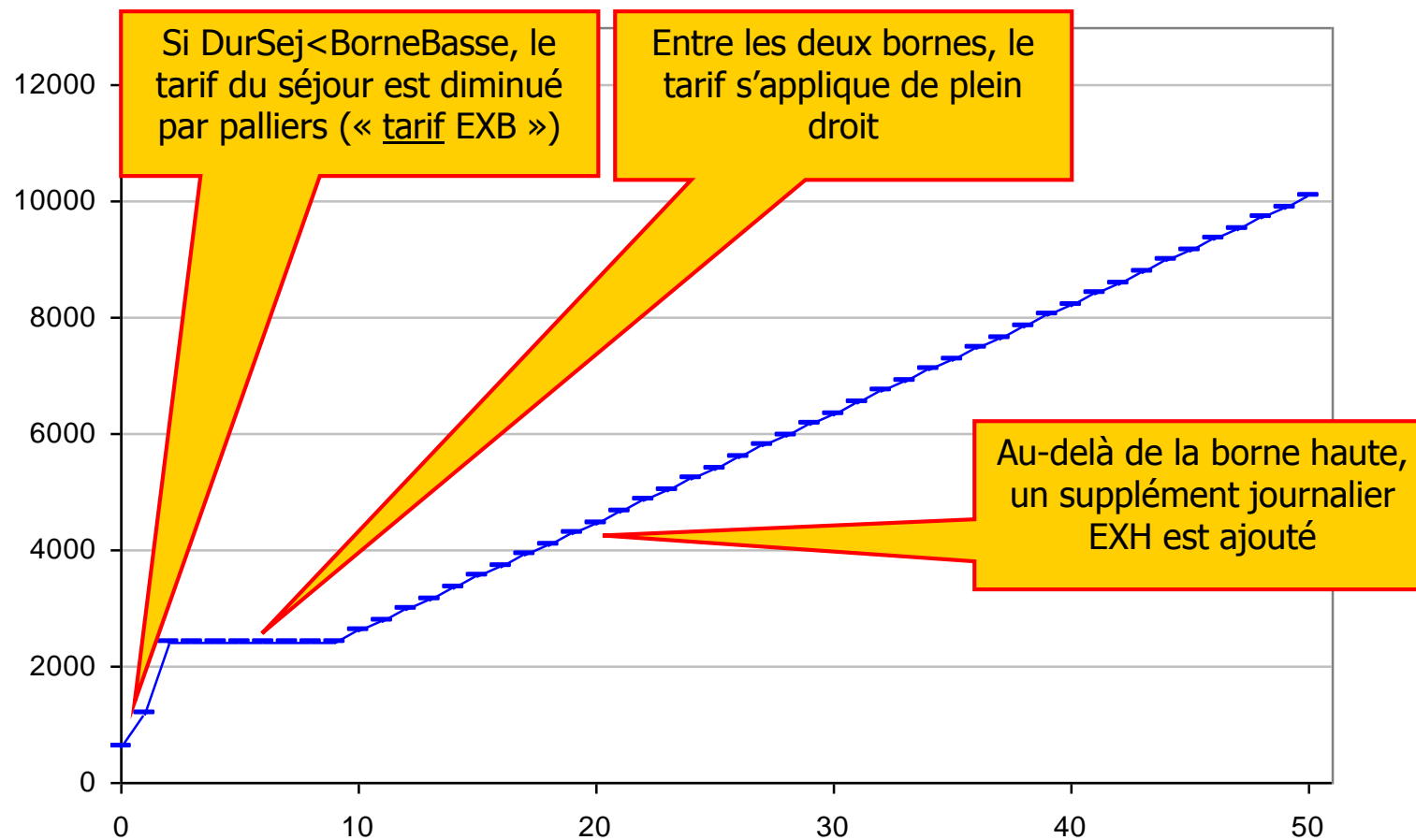


GHM	BB	BH	tarif	forfait EXB	tarif EXB	tarif EXH
06C091	2	9	2 411.88 €		1 205.94 €	187.53 €
06C092	3	16	3 750.15 €	1 338.27 €		184.70 €
06C093	5	25	5 412.44 €	1 662.29 €		208.42 €
06C094	7	41	8 747.14 €	3 334.71 €		391.95 €

- Borne basse < **Durée** < Borne haute
 - Tarif = TarifBase
- **Durée** > Borne haute
 - NbJours = DurSej – BorneHaute
 - Tarif = TarifBase + NbJours * ForfaitEXH
- **Durée** < Borne basse
 - Si « forfait EXB » précisé :
 - Tarif = TarifBase – ForfaitEXB
 - Si « tarif EXB » précisé :
 - Si DurSej=0, alors DurSej=0,5
 - NbJours = BorneBasse - DurSej
 - Tarif = TarifBase – NbJours * TarifEXB

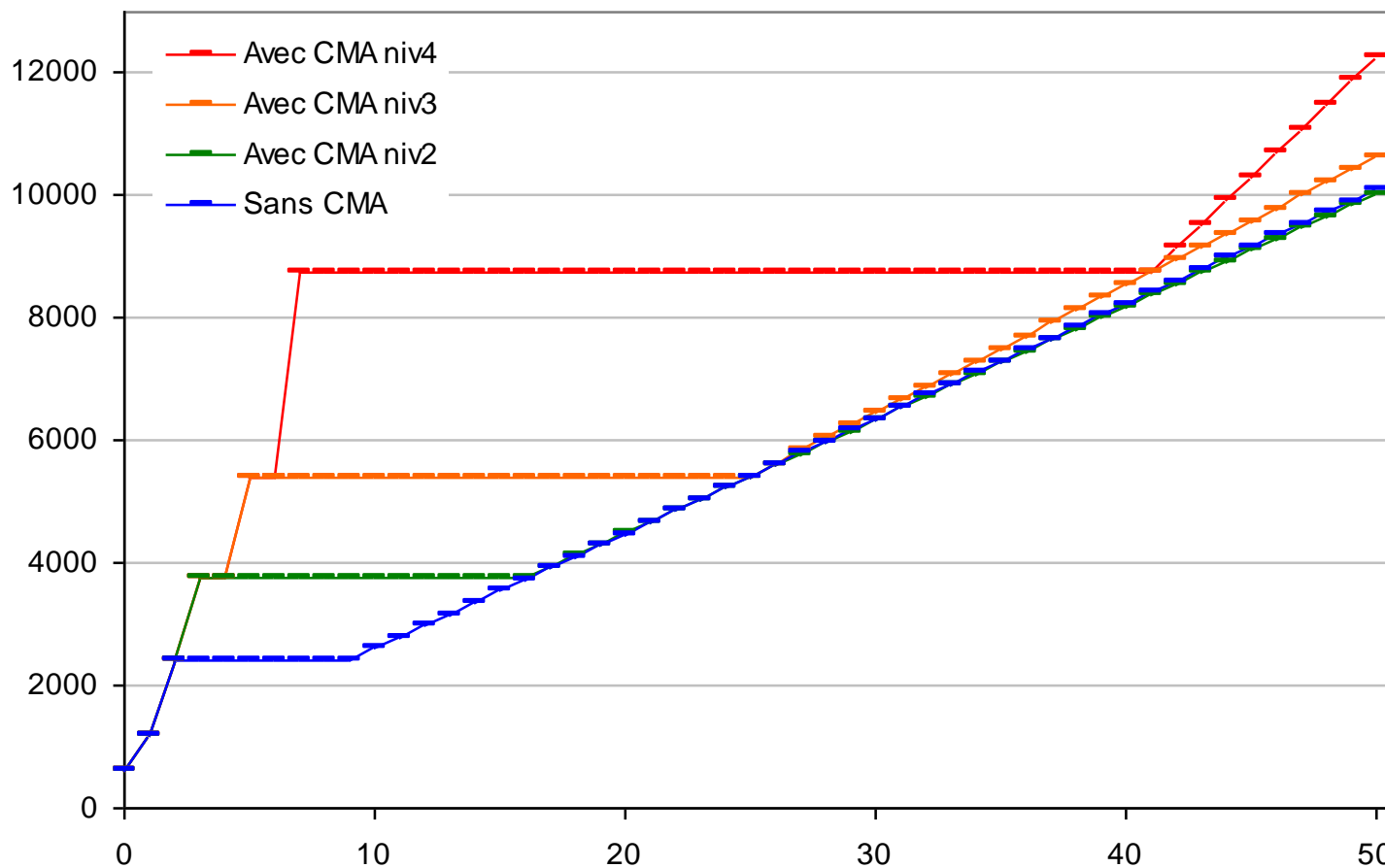
Patient sans CMA

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM	BORNES basses	BORNES hautes	TARIF (en euros)	FORFAIT EXB (en euros)	TARIF EXB (en euros)	TARIF EXH (en euros)
1955	06C091	Appendicectomies non compliquées, niveau 1	2	9	2 411,88		1 205,94	187,53
1956	06C092	Appendicectomies non compliquées, niveau 2	3	16	3 750,15	1 338,27		184,70
1957	06C093	Appendicectomies non compliquées, niveau 3	5	25	5 412,44	1 662,29		208,42
1958	06C094	Appendicectomies non compliquées, niveau 4	7	41	8 747,14	3 334,71		391,95



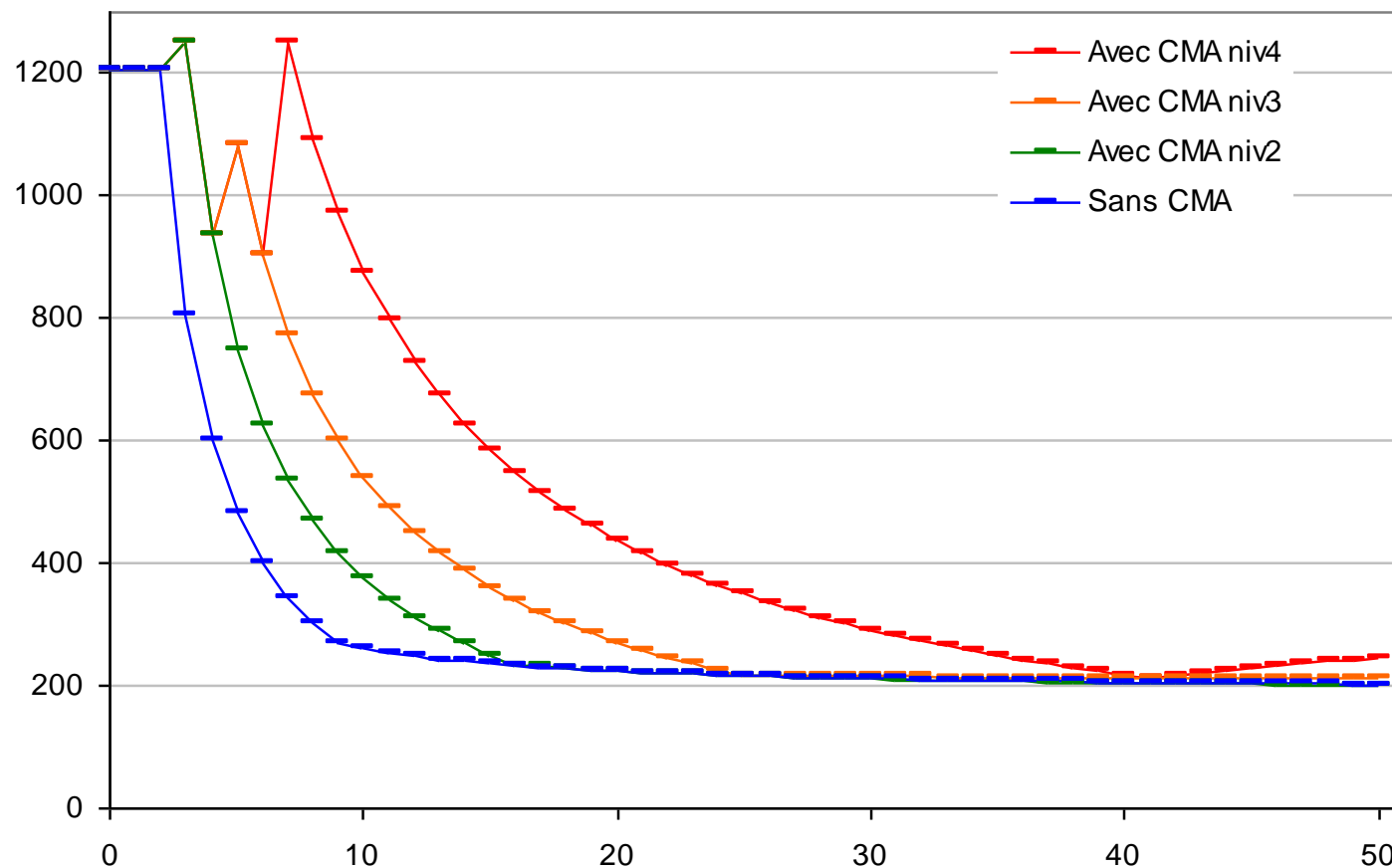
GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM	BORNES basses	BORNES hautes	TARIF (en euros)	FORFAIT EXB (en euros)	TARIF EXB (en euros)	TARIF EXH (en euros)
1955	06C091	Appendicectomies non compliquées, niveau 1	2	9	2 411,88		1 205,94	187,53
1956	06C092	Appendicectomies non compliquées, niveau 2	3	16	3 750,15	1 338,27		184,70
1957	06C093	Appendicectomies non compliquées, niveau 3	5	25	5 412,44	1 662,29		208,42
1958	06C094	Appendicectomies non compliquées, niveau 4	7	41	8 747,14	3 334,71		391,95

Superposition de tous les cas de figure



GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM	BORNES basses	BORNES hautes	TARIF (en euros)	FORFAIT EXB (en euros)	TARIF EXB (en euros)	TARIF EXH (en euros)
1955	06C091	Appendicectomies non compliquées, niveau 1	2	9	2 411,88		1 205,94	187,53
1956	06C092	Appendicectomies non compliquées, niveau 2	3	16	3 750,15	1 338,27		184,70
1957	06C093	Appendicectomies non compliquées, niveau 3	5	25	5 412,44	1 662,29		208,42
1958	06C094	Appendicectomies non compliquées, niveau 4	7	41	8 747,14	3 334,71		391,95

Tous cas de figure
—
prix par journée

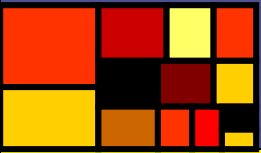


En utilisant
nbJours
= max(DurSej ; 0,5)

Du groupage au tarif

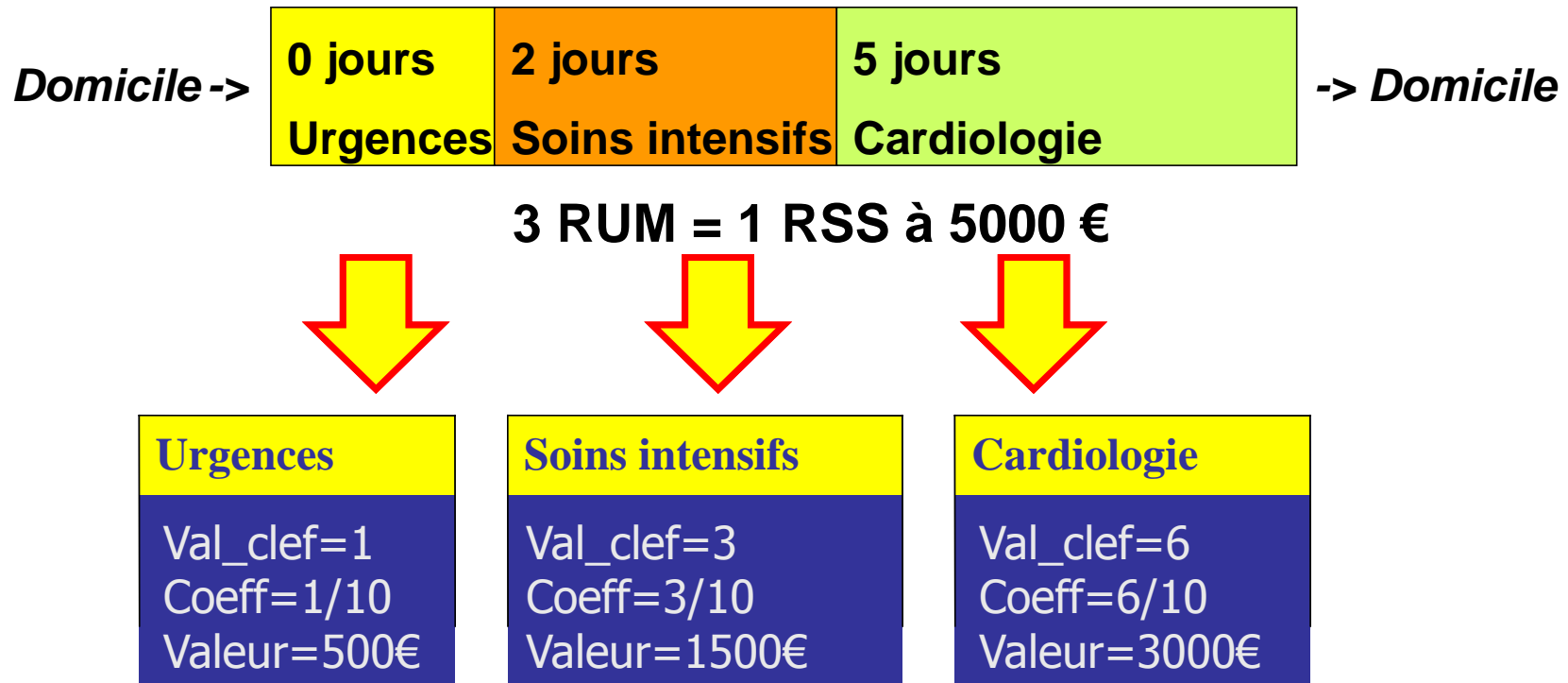
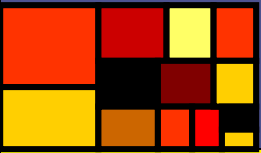
- D'après le fichier de RSA pour chaque séjour on additionne :
 - Le tarif du GHS
 - avec majoration des séjours extrêmes hauts
 - avec minoration des séjours extrêmes bas
 - Certains suppléments journaliers en fonction du nombre de jours passés dans des UM spécifiques
 - Suppléments réanimation, soins intensifs, surveillance continue (lourde ou non), néonatalogie 1/2/3, réanimation pédiatrique.
 - Actes supplémentaires intercurrents réalisés en hospitalisation, non pas liés au séjour lui-même, mais aux besoins que le patient avait déjà avant de venir
 - Séances de dialyse (hormis séjours d'insuffisance rénale)
 - Séances de radiothérapie (hormis séjours de cancérologie)
- Mais certains éléments seront pris en compte dans les RSF : molécules onéreuses, dispositifs médicaux implantables

Les algorithmes de répartition

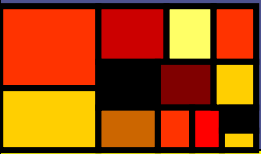


- Une idée commune :
 - Les séjours mono-RUM sont d'emblée réattribués à l'UM
 - Les séjours multi-RUM sont distribués entre les différentes UM :
 - Trouver une clef de répartition
 - Pour un séjour donné, on calcule pour chaque UM :
 - une valeur donnée par la clef, en euros ou autre
= val_clef
 - un coefficient de répartition $\in [0;1]$
= $val_clef / \sum val_clef$
 - la part de valeur du RUM qui lui revient $\in [0; valeurRUM]$
= $valeurRUM * val_clef / \sum val_clef$
- Question permanente : quelle clef de répartition et quels effets ?

Exemple d'algorithme simple : le nombre de journées

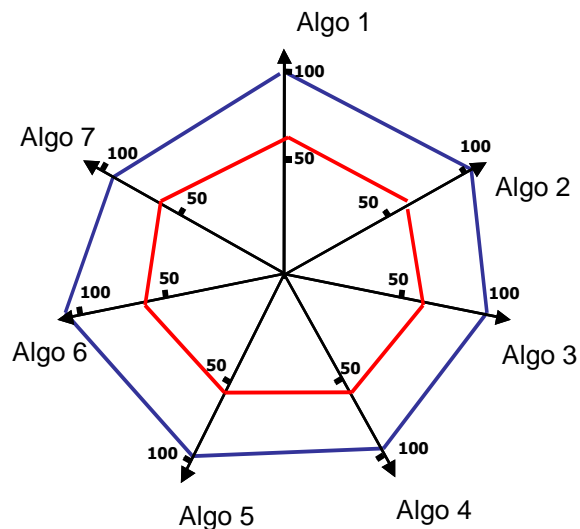


Exemple d'algorithme complexe



- On attribue les suppléments suivants directement aux UM qui en sont responsables, on les sort de la somme restant à répartir :
 - Suppléments journaliers (REA/STF/SRC/REP/NN1/NN2/NN3)
 - Suppléments à l'acte (dialyses radiothérapie)
 - DMI et Molécules onéreuses
- On procède ensuite à la répartition du reste
 - On isole chaque RUM, on le met artificiellement à 5 jours et on le soumet seul à l'algorithme de groupage, comme si c'était un RSS
 - On récupère ainsi un numéro de GHM hors CM24
 - Pour chaque GHM on calcule un « tarif journalier » :
 $\text{tarif_du_GHM}/(\text{DMS_nationale_GHM}+1)$
 - La valeur de la clef de répartition devient alors :
 $\text{nb_joursnées_RUM} * \text{tarif_du_GHM}/(\text{DMS_nationale_GHM}+1)$
 - De la sorte, on privilégie les UM qui ont supporté le coût de l'acte opératoire
- Dans tous les cas, les forfaits ATU et PO sont réattribués

Évaluation visuelle de l'effet du choix de l'algorithme (1)



Le budget de l'UM A est ainsi calculé :

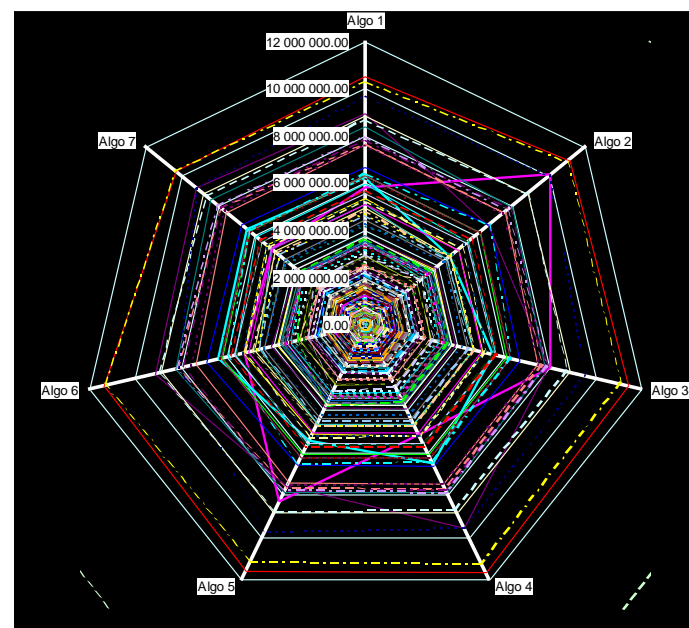
- Algo 1 : 100 k€
- Algo 2 : 102 k€
- Algo 3 : 100 k€
- Algo 4 : 98 k€
- Algo 5 : 99 k€
- Algo 6 : 103 k€
- Algo 7 : 96 k€

Le budget de l'UM B est ainsi calculé :

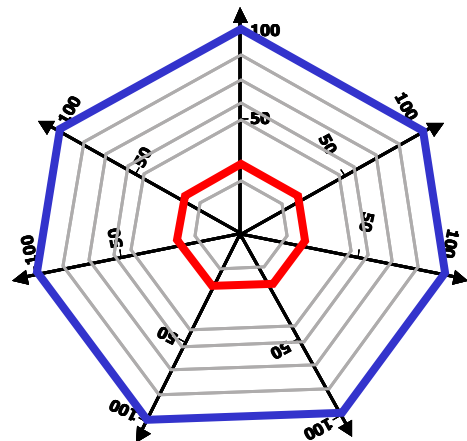
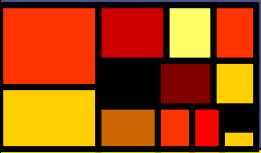
- Algo 1 : 60 k€
- Algo 2 : 64 k€
- Algo 3 : 59 k€
- Algo 4 : 60 k€
- Algo 5 : 56 k€
- Algo 6 : 61 k€
- Algo 7 : 62 k€

Construction théorique

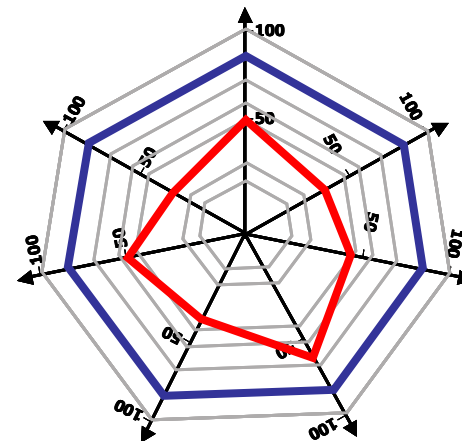
Mise en pratique



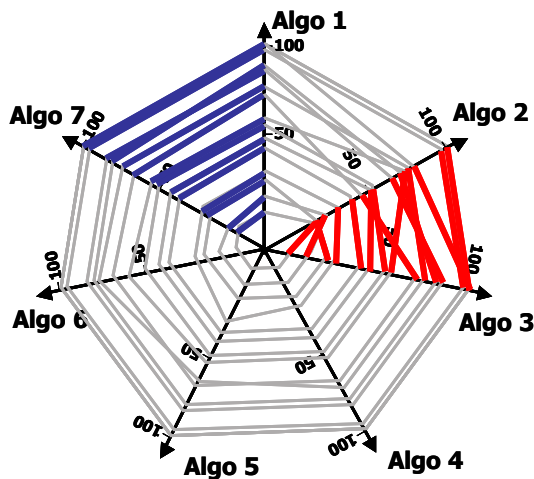
Évaluation visuelle de l'effet du choix de l'algorithme (2)



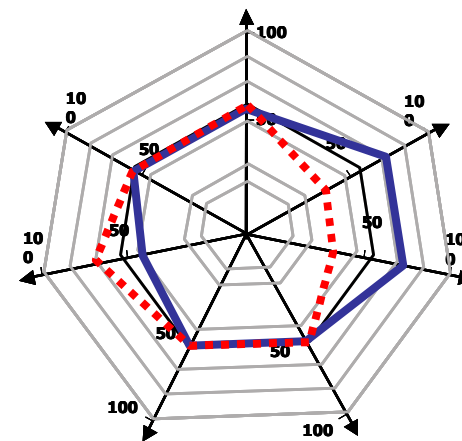
- L'UM A a une grosse dotation
- L'UM B a une petite dotation



- L'UM C est peu sensible au choix de l'algorithme
- L'UM D est très sensible au choix de l'algorithme

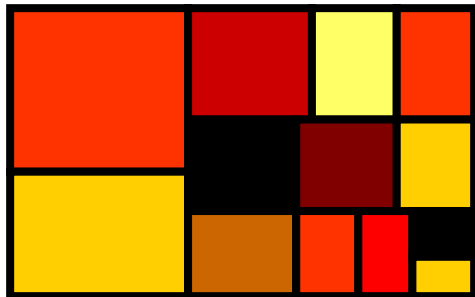


- Les algorithmes 1 et 7 ont un effet similaire
- Les algorithmes 2 et 3 ont un effet différent



- L'UM E et l'UM F sont :
 - très sensibles au choix de l'algorithme
 - en opposition (leur somme semble constante)
- Elles travaillent probablement en vase clos et en se répartissant les tâches.

Le PMSI : comparaison à des références, détection d'atypie



- I. Sources de comparaisons
- II. Exemples d'indicateurs
- III. Regrouper les GHM

Source de comparaison

- Sources variées
 - Base régionale des RSA
 - Base nationale des RSA
 - Historique de l'établissement
 - Références des autres établissements du groupe
 - Tables de référence de DATIM
 - Échelle nationale des coûts
- Problèmes
 - Évolution des nomenclatures
 - Évolution des pratiques
 - Disponibilité des bases
 - Activités spécifiques des établissements
 - Agrégation de l'information

Exemples d'indicateurs PMSI

Sans référence

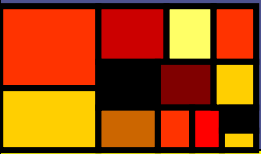


- Exhaustivité
 - % exhaustivité = $\text{nb_rss_validés} / \text{nb_séjours_administratifs}$
 - délai moyen ou médian de codage
- Occupation de l'unité médicale
 - Taux d'occupation brut
 - Taux d'occupation tenant compte des ouvertures et fermetures
 - Nombre d'entrées refusées
 - Nombre de lits disponibles pour les urgences...
- Part des recettes de l'établissement VS part des dépenses (si compta ana...)
- Codage et groupage
 - % de séjours en CM90
 - % de séjours avec erreurs spécifiques de codage. Ex :
 - Codes O chez le fœtus, codes P chez la mère
 - DR présent sans DP en Z
 - Codes interdits...

Exemples d'indicateurs PMSI vs échelle nationale des coûts

- Durée du séjour
 - Écart relatif entre la durée moyenne de séjour et la DMS nationale
- Réanimation
 - Écart entre le nombre moyen de jours de réanimation et la moyenne nationale du GHM
 - Écart entre le % de passage en réanimation et le % national du GHM
- Dépenses diverses : pour une UM, écart entre le montant total constaté et le montant moyen calculé en fonction du casemix depuis l'ENC
 - En prescriptions de médicaments (vs prescriptions)
 - En personnel (vs RH)
 - En imagerie (vs actes CCAM valorisables en interne)

Exemples d'indicateurs PMSI vs références DATIM



- CMA, CMAS : écart aux références nationales
 - % de séjours avec CMA dans le couple {GHM_sans_CMA; GHM_avec_CMA}
 - % de séjours avec CMAS dans la CMD
- Atypies spécifiques de codage :
 - écart aux références nationales
 - Anomalies de codage à corriger
 - Atypies à intéressantes à contrôler
 - Atypies peu intéressantes a priori mais
 - Diminution du score d'atypie => diminution de la probabilité du contrôle
 - Diminution des dossiers suspects => augmentation de la part de tirage au sort lors du contrôle

Indicateurs : recherche du juste équilibre...



Indicateur « national », issu de recommandations :

Qualités générales :

- validé, exportable auprès des tutelles
- difficultés d'extraction et d'appréciation documentées
- comparabilité transversale (entre établissements) et longitudinale (dans le temps)

Défauts généraux :

- répond parfois un peu à côté de la question

Indicateur « bas niveau », proche des données natives :

Qualités générales :

- facile à extraire et à automatiser
- maintenance et pérennité aisées
- robuste aux changements de nomenclature et de contexte
- maîtrise des risques sous-jacents

Défauts généraux :

- répond mal à la question
- l'interprétation nécessite une forte connaissance implicite ou l'intégration de plusieurs indicateurs

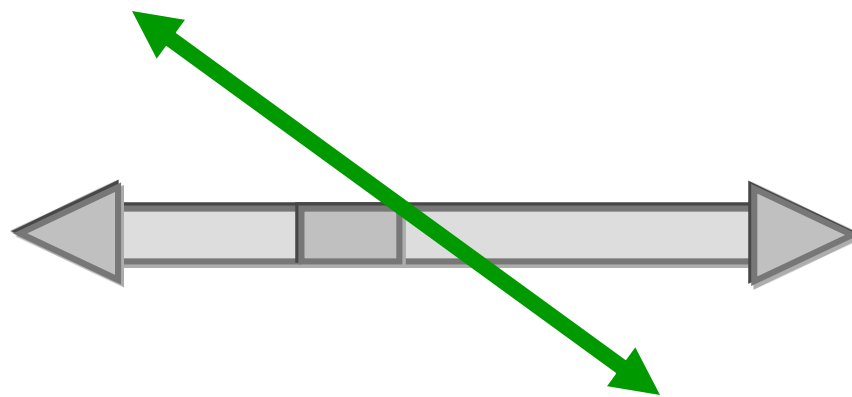
Indicateur « haut niveau », proche du concept humain :

Qualités générales :

- répond bien à la question
- plus synthétique en général
- interprétation immédiate par un novice ou un décideur (contrat de confiance avec le fournisseur)

Défauts généraux :

- Extraction difficile, peu automatisable
- maintenance et pérennité en danger (acceptable pour les TDB de courte durée, plans d'action)
- Très sensible aux changements de nomenclature et de contexte



Indicateur « local », imaginé sur mesure :

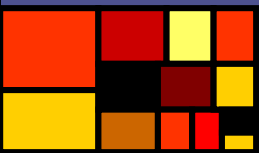
Qualités générales :

- entraîne l'adhésion des acteurs locaux
- répond précisément à la question

Défauts généraux :

- tout le reste !

Les indicateurs proposés par le GMSIH



http://www.gmsih.fr/fre/nos_publications/articles_publications/kit_de_base_des_tableaux_de_bord_pour_les_etablissements_de_sante

Famille	Nombre
Efficacité Opérationnelle et Qualité des Soins	198
Efficience économique	160
Ressources et Organisation	102
Satisfaction Clients	9

[43] DMS (jour)

Définition : La durée moyenne de

[47] Indice de Performance Globale (nombre)

Définition : Somme des durées de séjour de l'établissement rapporté à la somme des durées de séjour de la base de l'échelle nationale des coûts

Objectif : Maîtriser la performance de l'activité

Périodicité : Annuel

Règle de calcul : a=somme des durées de séjour établissement, b= somme des durées de séjour de l'ENC

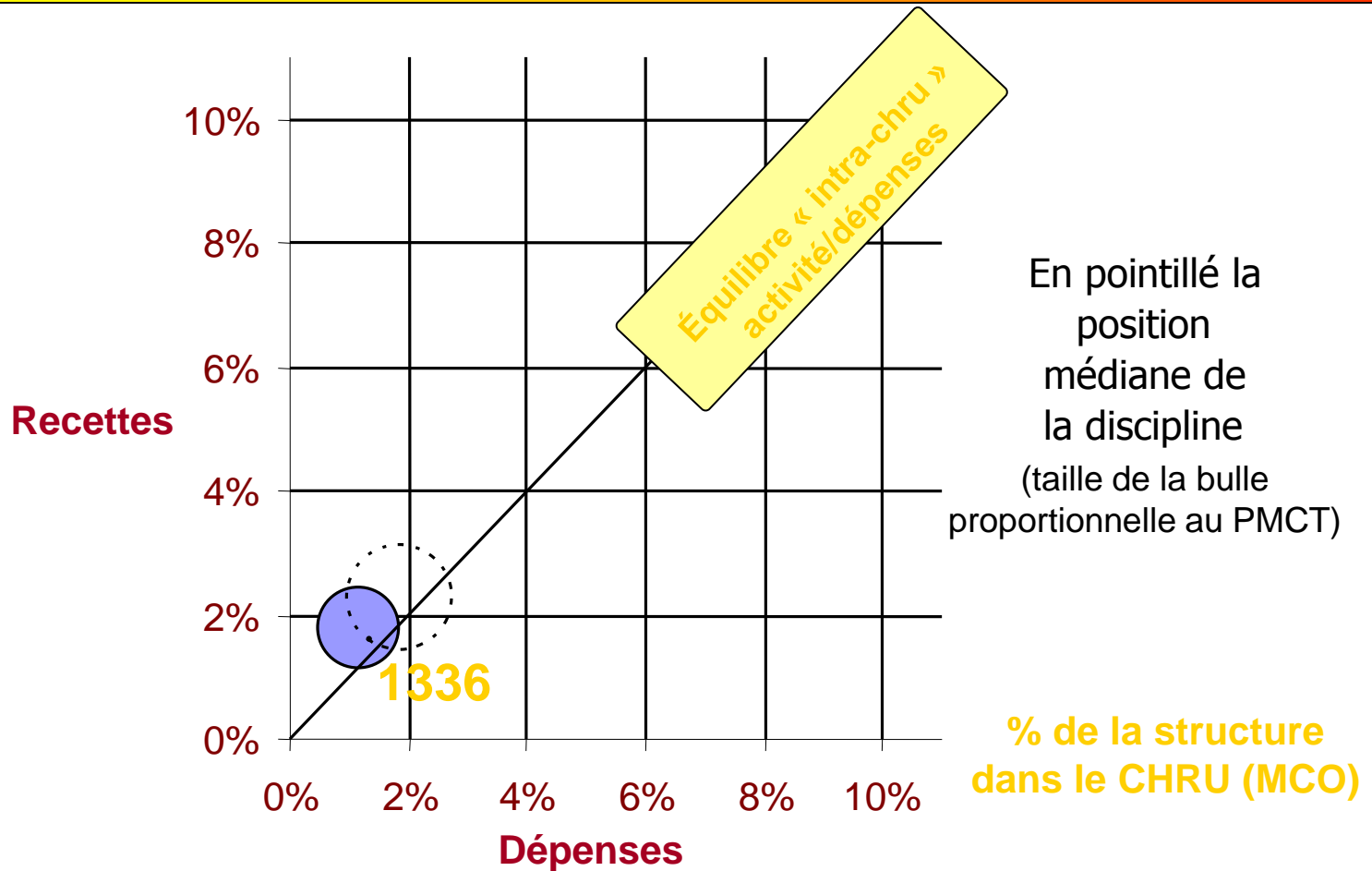
Source : Rapprochement analyse PMSI et ENC

Source : Systeme d'Information Administratif

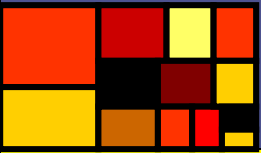
Exemple d'indicateur complexe

Dr Cécile Grave, DIM

& M. Éric Sénéchal, DCGS - © CHRU Lille



Pourquoi regrouper les GHM



- Problème du nombre de catégories
 - V10 : 780 GHM => trop de catégories, effectifs trop faibles
 - V11 : 611 racines de GHM, 2296 GHM
 - 29 CMD => catégories trop grossières
- Problème de la stabilité
 - Changements de la classification des GHM : trop fréquents, survenant en plein milieu d'année
 - La construction d'un indicateur sur une année pleine est souvent délicate
 - La comparaison entre deux années est biaisée
- Problème de l'adéquation avec les spécialités de soin

CMD 11 - Affections du rein et des voies urinaires	Néphrologie (spéc médicale)
	Urologie (spéc chirurgicale)
CMD 12 - Affections de l'appareil génital masculin	

L'outil d'Analyse du PMSI

OAP de l'APHP



- Regroupements des 778 GHM v10 (v11 en gestation)
 - 23 segments regroupant 194 lignes de produits
 - 2 niveaux de lourdeur
 - 3 disciplines médico-tarifaires ou ASO (MCO)
- Fournit un découpage pratique
 - Stable dans le temps
 - Nombre de groupes analysable
 - Groupes correspondant à la réalité des spécialités médicales
 - Possibilités de combiner ces regroupements en fonction du nombre de groupes souhaités
 - Ex : segments * lourdeur => 44 catégories
 - Ex : pôles et lignes de produits => 194 catégories hiérarchisées
 - Ex : lignes de produits * lourdeurs => 236 catégories

L'Outil d'Analyse du PMSI

Exemple

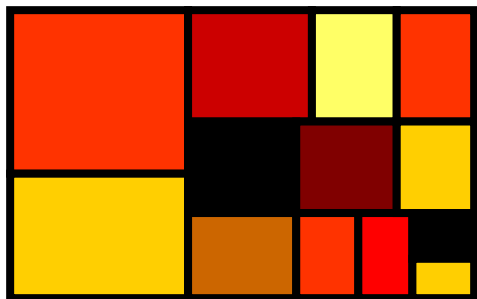


Regroupements OAP

Classification ATIH

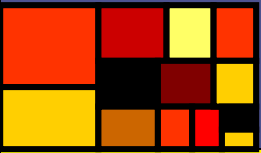
Regroupements OAP			Classification ATIH		
oap_pole	oap_ligne_prod	oap_lourdeur	dmt	CMD	GHM
AD - Système nerveux	AD11 - Affections système nerveux avec CMAS	Lourdeur A : séjours lourds	DMT chirurgicale	CMD 01 - Affections du système nerveux	GHM 01C01S - Interventions pour affections du système nerveux, sauf craniotomie, avec CMAS
	AD07 - Chirurgies SNC trauma				GHM 01C03V - Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans sans CMA
	AD08 - Chirurgies SNC hors trauma (rachis et moelle)				GHM 01C03W - Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans avec CMA
	AD09 - Chirurgies rachis/moelle				GHM 01C04V - Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans sans CMA
		GHM 01C04W - Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans avec CMA			
		GHM 01C05V - Interventions sur le rachis et la moelle pour des affections neurologiques sans CMA			
		GHM 01C05W - Interventions sur le rachis et la moelle pour des affections neurologiques avec CMA			
		GHM 01C06V - Interventions sur le système vasculaire précérébral sans CMA			
		GHM 01C06W - Interventions sur le système vasculaire précérébral avec CMA			
AF - Vasculaire périphérique	AF04 - Autres chirurgies vasculaires				
AD - Système nerveux	AD12 - Affections nerfs périphériques	Lourdeur B : séjours non lourds			GHM 01C08W - Interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques et autres interventions sur le système

Tableaux de bord avec Excel : quelques recommandations



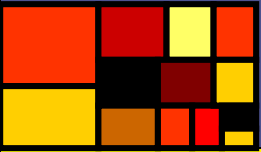
Principe de base = ne pas confondre
« ce que je veux imprimer » et « ce
grâce à quoi je peux travailler »

Quelques recommandations...



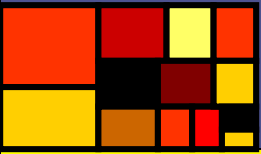
- Codes et libellés des lignes :
 - Ne jamais fusionner code et libellé
 - => autoriser les retraitements et jointures
 - Prêter attention aux codes numériques
 - => zéros initiaux, conversion implicite ou explicite en nombre

Quelques recommandations...



- Ne jamais fusionner des cellules à la main (catégories)
 - C'est une pratique dangereuse
 - Impossibilité de réexploiter les tableaux
 - Lourde tâche à réitérer à chaque changement des données
 - C'est une pratique inutile
 - Les tableaux croisés dynamiques servent à cela
 - Une mise en forme conditionnelle permet le même aspect

Sigles



AE	Affection Etiologique (SSR)
ALD	Affection de Longue Durée
AM, AMO	Assurance Maladie Obligatoire
AMC	Assurance Maladie Complémentaire
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ATIH	Agence Technique de l'Information Hospitalière
ATU	Forfaits d'Accueil et de Traitement des Urgences (MCO)
AVQ	Activités de la Vie Quotidienne
CM, CMD	Catégorie Majeure (Diagnostique) (MCO)
CMA	Complications et Morbidités Associées (MCO)
CMAS	Complications et Morbidités Associées Sévères (MCO)
CMC	Catégories Majeures Cliniques (SSR)
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
DAD	Diagnostics Associés Documentaires (MCO)

Sigles



DAS	Diagnostics Associés Significatifs
DATIM	Détection des ATypies de l'Information Médicale
DGF	Dotation globale de financement (ex-DGF désigne public et PSPH)
DMI	Dispositifs Médicaux Implantables
DP	Diagnostic principal
DR	Diagnostic relié
ENC	Échelle Nationale des Coûts
ENT	Échelle Nationale des Tarifs
FFM	Forfaits petit matériel
FINESS	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
FOIN	Fonction d'Occulation des Identifiants Nominatifs
FP	Finalité Principale de prise en charge (SSR)
GHJ	Groupes Homogènes de Journées (SSR)
GHM	Groupe Homogène de Malades (MCO)
GHPC	Groupe Homogène de Prise en Charge (HAD)

Sigles



GHS	Groupe Homogène de Séjours (MCO)
GHT	Groupe Homogène de Tarifs (HAD)
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité en Santé
IK	Indice de Karnofsky (HAD)
IPP	Identifiant Permanent du Patient
IPT	Indice de Pondération Totale (HAD)
LPP	Liste des Produits et Prestations
MA	Motif de prise en charge Associé (HAD)
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MMP	Manifestation Morbide Principale (SSR)
MON, MOLON	Molécules Onéreuses
MP	Motif de prise en charge Principal (HAD)
MSA	Mutualité Sociale Agricole
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels

Sigles



OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OQN	Objectif quantifié national (ex-OQN désigne le privé lucratif)
PEC	Prise En Charge (=taux couverture assurance maladie)
PERNNS	Pôle d'expertise et de référence national des nomenclatures de santé
PMSI	Plan de Médicalisation des Systèmes d'Information
PSPH	Secteur privé participant au service public hospitalier (privé non lucratif)
RAPSS	Résumé Anonymisé Par Sous-Séquence (HAD)
REA	supplément Réanimation (MCO)
RIMP	Recueil de l'Information Médicale en Psychiatrie
RPSS	Résumé Par Sous-Séquence (HAD)
RSA	Résumé de Sortie Anonymisé (MCO)
RSF	Résumé de Facturation Standardisé
RSFA	Résumé de Facturation Standardisé Anonymisé
RSS	Résumé de Sortie Standardisé (MCO)
RUM	Résumé d'Unité Médicale (MCO)

Sigles



SE	Forfaits Sécurité et Environnement
SI	supplément Soins Intensifs (MCO)
SLD	Soins de Longue Durée
SNIIR	Système National de l'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
STC	Suppression du Taux de Conversion (=valorisation au tx réel de PEC patient)
T2A	Tarifification à l'Activité
TJP	Tarif Journalier de Prestation
TM	Ticket Modérateur
UCD	Unités Communes de Dispensation
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UM	Unité Médicale
VAP	Valorisation de l'Activité de Psychiatrie
ZSTCD	Zones de Surveillance de Très Courte Durée