

SYNTHESE
« Benchmarking des
consultations externes 2011 »

↳ Rhône-Alpes

OFFRE & ORGANISATION DES SOINS



Introduction

Les consultations externes sont la vitrine des établissements : Préalable à l'hospitalisation programmée, elles représentent le mode d'entrée à privilégier car elles facilitent grandement l'organisation des séjours au sein de l'établissement.

Pourtant, l'analyse de l'organisation des consultations externes a souvent été délaissée au profit des plateaux médico-techniques et peu de littérature permet aujourd'hui d'améliorer les performances de ce secteur. De fait, les consultations externes sont trop souvent l'objet d'une mauvaise expérience pour les usagers (temps d'attente, pas de paiement, ...).

En 2011, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance a engagé un travail de structuration de l'offre de benchmarking (étude comparée) des établissements de santé. Pour cela, il a été décidé de s'appuyer sur une région pilote dans le but d'élaborer une capitalisation d'expériences de démarche « type » de benchmarking.

Dans ce cadre, l'ANAP a choisi de déployer une étude comparée sur les services de consultations externes en Rhône-Alpes avec l'appui de l'ARS. Cette région a été sélectionnée par l'ANAP du fait de son expérience sur les démarches de benchmarking et de sa volonté d'initier une étude sur les services de consultations externes.

L'ARS Rhône-Alpes mène, depuis plus de 4 ans, une politique de performance hospitalière basée sur les benchmarking. Elle a su développer une culture d'évaluation des performances au sein de ses établissements de santé avec un travail interactif entre l'ARS et les professionnels de santé. Dans cette dynamique, les établissements de santé de la région ont soulevé les problématiques des consultations externes et c'est sur ce fondement qu'un premier benchmark des consultations externes a été réalisé en 2011.

Initialement réservée aux participants à la démarche, la publication de ce rapport a été décidée par l'ARS en accord avec l'ANAP afin de relancer la réflexion à l'échelle régionale sur les améliorations possibles en matière de performance de l'activité ambulatoire des établissements de santé.

Céline VIGNE

Directrice de l'Efficiencia de l'Offre de Soins

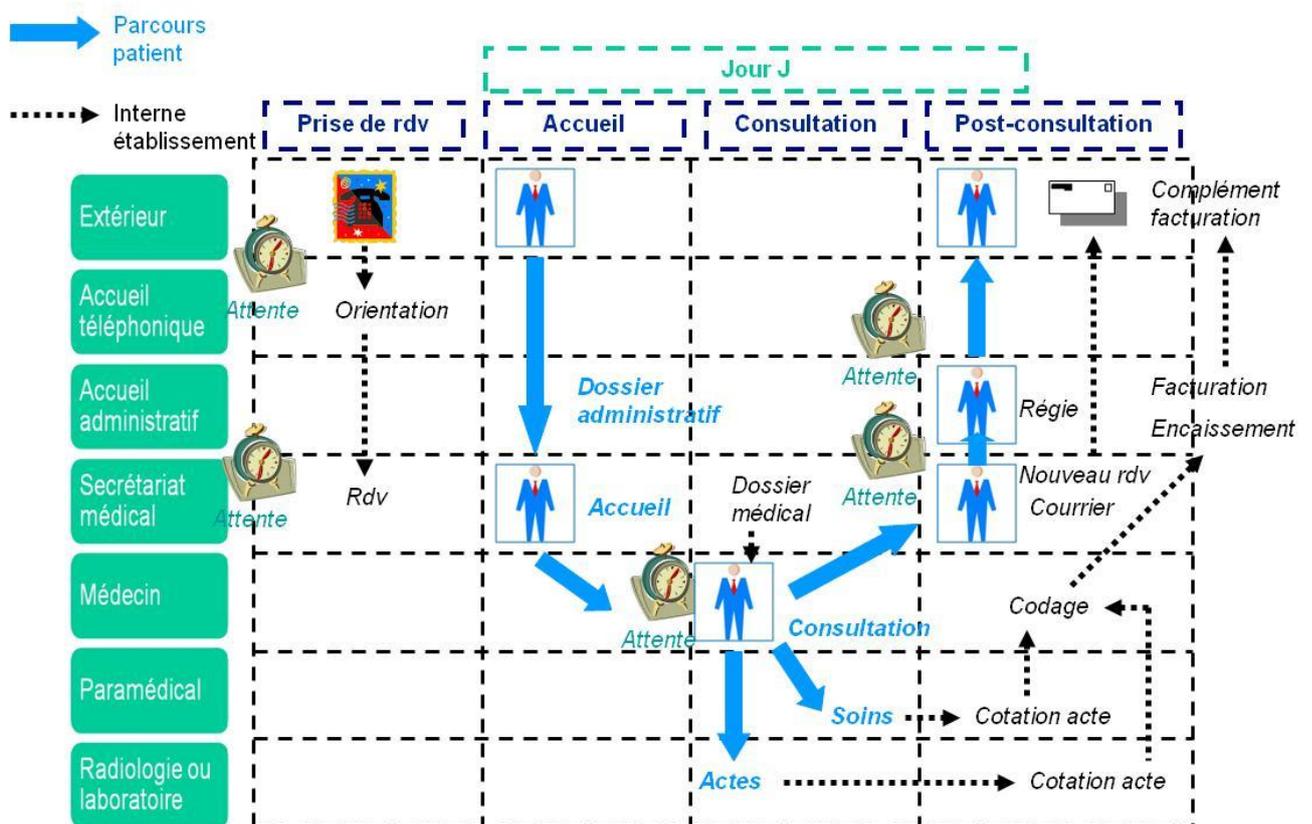
Sommaire

1	Présentation de la démarche 	5
1.1	Présentation générale	5
1.2	Planning	6
1.3	Participation	7
2	Auto-Evaluation des pratiques organisationnelles 	8
3	Résultats 	9
3.1	Présentation des indicateurs	9
3.2	Accueil du patient	10
3.3	Profil des consultants	12
3.4	Satisfaction patient	14
3.5	Activité	15
3.6	Finance	19
4	Conclusion 	22

1 Présentation de la démarche ↙

1.1 Présentation générale

Pour cette première démarche sur le thème des consultations externes, l'étude s'est portée sur l'intégralité du circuit patient au sein des consultations externes. Dans ce circuit, de nombreux acteurs participent à l'activité globale des consultations externes tant au contact du patient (Accueil, Prise en charge), qu'en back office (Facturation) :



Ainsi, le benchmarking permet une analyse globale de toutes les phases de prise en charge du patient. En particulier les analyses réalisées concernent :

- La Finance (au niveau établissement seulement)
- L'Accueil (Analyse des délais de prise en charge patient)
- Les profils des consultants
- La satisfaction des patients
- L'activité réalisée (renseignée au global)
- Une Auto-Evaluation des pratiques organisationnelles (Quickscan)

1.2 Planning

Le planning du projet est réalisé sur 6 mois entre le lancement de l'étude auprès des établissements et les réunions de restitution régionale clôturant la démarche. Il permet ainsi, une dynamique au sein des établissements.

Le planning est marqué par plusieurs temps forts :

- Une réunion de lancement le 5 juillet 2011
- 4 journées de formation aux outils de recueil pour l'ensemble des établissements
- Un recueil de données d'activité des points de consultations durant 4 semaines
- Une vérification des données saisies durant 1 mois
- Plusieurs réunions de restitution aux établissements de la région au cours des mois de janvier et février 2012

Le planning de l'ensemble du projet est présenté ci-dessous :

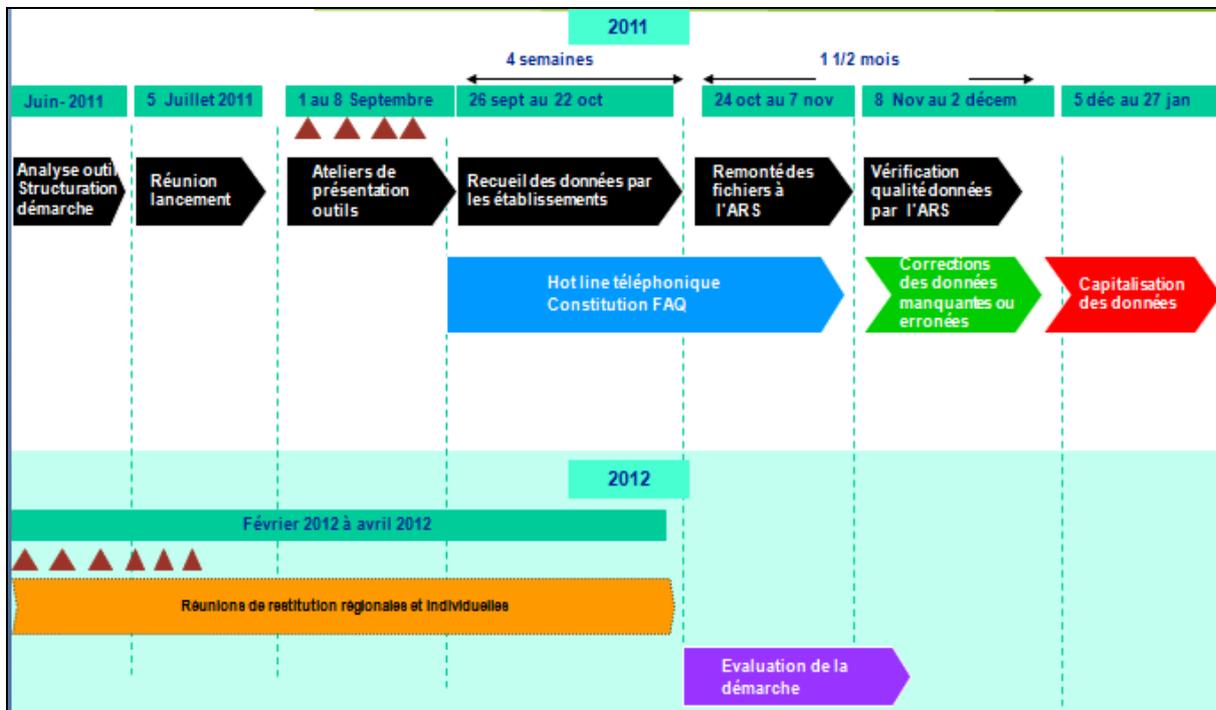


Figure 1 - Calendrier projet - Benchmark Consultations Externes

1.3 Participation

La participation des établissements a reposé sur le volontariat.

De plus, les établissements participants ont eu la possibilité de ne renseigner l'activité que de quelques points de consultations ciblés plutôt que sur l'ensemble de leur activité.

Sur ces principes directeurs, la participation des établissements est importante :

- **30 Etablissements MCO soit 177 Points de consultations étudiés :**
 - 22 Centres Hospitaliers
 - 3 Centres Hospitaliers Universitaires (comprenant les HCL, le CHU de Grenoble et le CHU de Clermont Ferrand invité pour la démarche)
 - 5 ESPIC

Définitions :

- **Point de consultations** : Lieu physique susceptible d'accueillir des patients en consultations externes au sein de l'établissement
- **Consultations** : Rendez-vous physique entre un patient non hospitalisé et un professionnel de santé (médecin, infirmier, psychologue, etc.). La consultation peut ensuite donner lieu à une facturation, à l'établissement d'un compte-rendu à l'attention du patient et/ou du médecin traitant, et une prescription. Dans le cadre du benchmarking sont exclues les consultations au service des urgences, en hôpital de jour, et les actes dans les blocs opératoires et de chirurgie interventionnelle. Deux types de consultation sont décrits dans cette étude : les consultations privées et les consultations publiques.

2 Auto-Evaluation des pratiques organisationnelles ↙

L'analyse des pratiques organisationnelles permet d'identifier les points de dysfonctionnement du service des consultations externes sur l'organisation générale.

Le questionnaire d'auto-évaluation des pratiques mis à disposition des équipes des différents services participants, permet de faire un bilan de l'organisation du service sur des thématiques différentes :

- Axe 1 : Le management global du secteur du CE
- Axe 2 : Le management du personnel au point de consultations
- Axe 3 : Adéquations besoins/ressources au point de consultations
- Axe 4 : Outils de pilotage de l'activité des CE au point de consultations
- Axe 5 : Optimiser le parcours du patient au sein du point de consult.

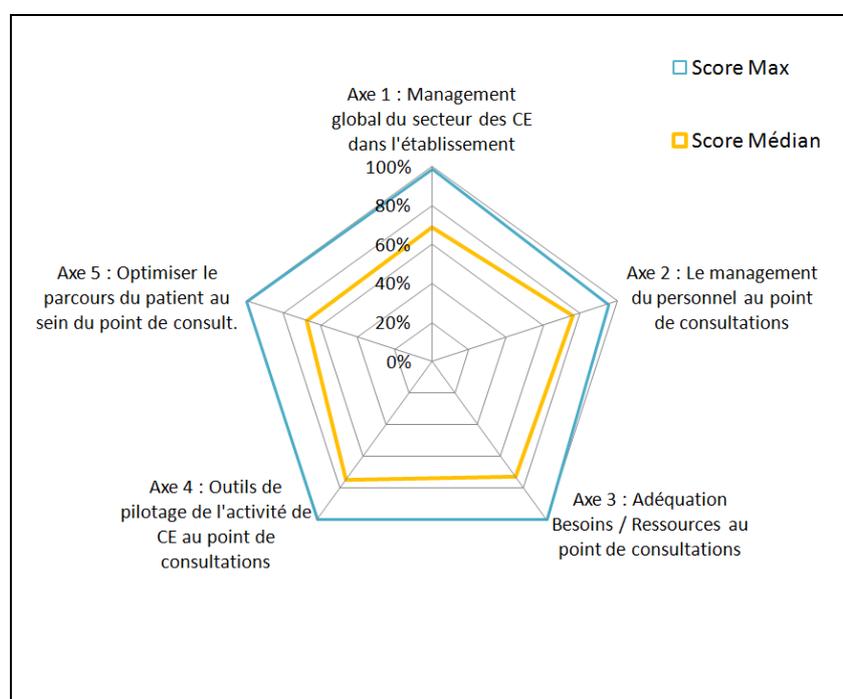


Figure 2 - Résultats Auto-Evaluation

Le score médian est relativement homogène tous axes confondus : environ un tiers des points d'évaluation ne sont pas satisfaits quel que soit l'axe observé, ce qui dénote les chantiers qui restent à mener dans chaque établissement.

3 Résultats ↙

Les indicateurs présentés ci-dessous correspondent aux indicateurs clés présentés sur les fiches de restitution remis à chaque établissement, par point de consultations.

3.1 Présentation des indicateurs

Pour chaque axe d'analyse, une liste d'indicateurs clés est présentée au format suivant, avec pour chaque indicateur :

- une partie « **Définition** » permet d'identifier l'indicateur
- une partie « **Résultats** » donne une indication de valeur médiane observée dans le cadre de l'étude.

Nom indicateur		
DEFINITION		
Définition	Définition de l'indicateur	
Objectif	Objectif de l'indicateur	
Calcul	Mode de calcul de l'indicateur	
Remarque	Si nécessaire, remarques à prendre en compte dans le calcul de cet indicateur	
RESULTATS BENCHMARKING RHONE-ALPES 2011		
Indicateur	Valeur médiane observée	Répartition
Nom indicateur	Valeur médiane	<p>Légende :</p> <p>Le diagramme illustre la répartition des établissements sur une échelle de 0% à 100%. La médiane est située à 50%. Le minimum (Min) est à environ 20% et le maximum (Max) est à 100%. La 2e décile est à 20% et la 8e décile est à 80%. Les zones entre Min et 2e décile, et entre 8e décile et Max, sont indiquées comme contenant 30% des établissements. Les zones entre 2e décile et médiane, et entre médiane et 8e décile, sont indiquées comme contenant 20% des établissements.</p>

3.2 Accueil du patient

L'analyse de l'accueil des patients permet d'identifier l'accessibilité des consultations externes aux patients. Cette analyse doit distinguer l'activité publique/privée (activité libérale des praticiens hospitaliers des établissements publics) pour lesquels les problématiques ne sont pas les mêmes et doit permettre d'identifier la file active du service en termes de patients primo-accédants. L'accessibilité des consultations externes pour le patient est également spécialité-dépendant et nécessite de se pencher sur les problématiques et spécificités de chacune.

Délai de RDV médian		
DEFINITION		
Définition	Le délai de RDV médian est le délai d'obtention de RDV en jours calendaires médians.	
Objectif	Le délai de RDV médian permet d'identifier l'accessibilité de votre service de consultations externes pour les patients.	
Calcul	Médiane de l'ensemble des délais de RDV mesurés sur la période de recueil	
Remarque	L'analyse doit porter sur l'ensemble des RDV pris sur la période quelle que soit la nature de la demande. Ce délai peut varier suivant la nature du RDV (spécialité, public/privé,...)	
RESULTATS BENCHMARKING RHONE-ALPES 2011		
Indicateur	Valeur médiane observée	Répartition
Délai de RDV médian (en j)	34,0 j	

Le délai médian paraît très long en première lecture ; il doit cependant être nuancé car il n'isole pas les rendez-vous de suivi pour lesquels une périodicité mensuelle peut être indiquée. L'analyse peut être affinée en regardant le délai médian par spécialité.

Délai de RDV médian pour patients primo-accédants

DEFINITION

Définition	Le délai de RDV médian pour patients primo-accédants est le délai d'obtention de RDV en jours médian pour les patients venant pour la première fois dans l'établissement.
Objectif	Le délai de RDV médian pour patients primo-accédants permet d'identifier l'accessibilité de votre service de consultations externes pour les nouveaux patients qui constituent la file active
Calcul	Médiane de l'ensemble des délais de RDV mesurés sur la période de recueil pour des patients primo-accédants.
Remarque	L'analyse doit porter sur l'ensemble des RDV pris sur la période quelque soit la nature de la demande. Ce délai peut largement varier suivant la nature du RDV (spécialité, public/privé,...)

RESULTATS BENCHMARKING RHONE-ALPES 2011

Indicateur	Valeur médiane observée	Répartition
Délai de RDV médian pour patients primo-accédants (en j)	32,0 j	

Cette analyse ciblée sur les patients primo-accédants confirme le délai long (seuls 2 jours de moins que l'indicateur précédent, soit environ - 7%) et le manque de réactivité moyen pour répondre à besoin de santé.

3.3 Profil des consultants

L'analyse des profils des consultants est indispensable pour identifier la population prise en charge au sein de son service (provenance et devenir patient). Elle permet, entre autres, de connaître la nature de son activité, sa file active (nouveaux patients) et d'analyser l'attractivité du service de consultations externes. Les profils des consultants du service est également spécialité-dépendant et nécessite de se pencher sur les problématiques et spécificités de chacune.

Part de nouveaux patients		
DEFINITION		
Définition	La part de nouveaux patients correspond au pourcentage de patients venant en consultations pour la première fois dans l'établissement.	
Objectif	La part de nouveaux patients permet de définir la file active du secteur des consultations externes. Un fort pourcentage de nouveaux patients signifie que la rotation des patients dans le service est très importante. Un faible taux signifie que l'activité est engendrée par du suivi, et non par le flux de nouveaux patients indispensable pour la continuité de l'activité à long terme.	
Calcul	Nombre de nouveaux patients venant en consultations pour la première fois dans l'établissement / Nombre de patients total pris en consultation.	
Remarque	La valeur cible d'un tel indicateur doit être ni trop élevée, ni trop faible mais se situe aux alentours de la valeur médiane ci-dessous. Cet indicateur peut varier suivant la nature du RDV (spécialité, public/privé,...)	
RESULTATS BENCHMARKING RHONE-ALPES 2011		
Indicateur	Valeur médiane observée	Répartition
Part de nouveaux patients	27,6%	

Un taux de l'ordre du quart de nouveaux patients sur une période de 4 semaines de recueil seulement dénote un niveau de rotation très élevé de la patientèle. Cet indicateur serait à compléter par une analyse de l'adressage depuis la médecine de ville (cf. ci-après).

Part des patients adressés par des médecins de ville

DEFINITION

Définition	La part des patients adressés par des médecins de ville correspond au nombre de patients pris en charge et adressés par des médecins de ville par rapport au nombre de patients pris en charge dans le secteur des consultations externes.
Objectif	La part des patients adressés par des médecins de ville permet d'identifier la nature de recrutement des patients au sein du secteur des consultations externes. Cet indicateur permet d'observer si l'établissement est bien ancré dans un réseau d'offre de soins bien défini et reconnu.
Calcul	Nombre de patients pris en charge et adressés par des médecins de ville / Nombre de patients pris en charge dans le secteur des consultations externes.
Remarque	Cet indicateur peut varier suivant la nature du RDV (spécialité, public/privé,...)

RESULTATS BENCHMARKING RHONE-ALPES 2011

Indicateur	Valeur médiane observée	Répartition
Part des patients adressés par des médecins de ville	32,4%	

Le taux d'adressage paraît faible et doit probablement être ajusté en fonction de la part d'auto-adressage par l'établissement (consultations de suivi en particulier). Dans l'optique d'un nouveau benchmark, cela invite à mieux affiner l'origine du choix du patient et d'identifier la part de la récurrence, notamment par comparaison avec le taux de nouveaux patients évoqué précédemment.

3.4 Satisfaction patient

L'analyse de la satisfaction des patients est d'autant plus importante qu'il s'agit d'une étude sur les consultations externes, vitrine de l'établissement. Elle a été réalisée à l'aide de questionnaires de satisfaction distribué à l'ensemble des usagers lors de leur venue dans le service. Cette analyse permet de recueillir le ressenti des patients sur des questions d'accessibilité, de clarté dans les réponses apportées,...

Taux de satisfaction global		
DEFINITION		
Définition	Le taux de satisfaction globale est un indicateur issu d'une enquête satisfaction patient interne au service et retraçant la satisfaction générale des patients venant en consultation.	
Objectif	Ce taux de satisfaction permet de mettre en avant l'impression des patients sur l'organisation du secteur des consultations externes.	
Calcul	Nombre d'enquêtes patient avec satisfaction générale à « Bien » ou « Très bien » / nombre d'enquêtes patient renseignées	
Remarque	Cet indicateur dépend directement de l'enquête réalisée et doit être utilisé en interne au service (pas de benchmark possible).	
RESULTATS BENCHMARKING RHONE-ALPES 2011		
Indicateur	Valeur médiane observée	Répartition
Taux de satisfaction global	96,3%	

Un plébiscite d'une telle ampleur invite avant tout à considérer que les patients sont peu critiques vis-à-vis de la qualité de l'offre externe proposée par les établissements.

On note cependant que certains établissements, d'un nombre certes limité, rencontrent de véritables difficultés en matière de qualité de prise en charge, avec un taux moyen à l'échelle de l'établissement qui descend jusqu'à 65% d'insatisfaits.

3.5 Activité

Cette analyse porte sur l'activité réalisée lors des consultations, en la rapprochant des plages d'ouverture du service. Cette analyse permet de mettre en avant le bon dimensionnement des ressources matérielles et humaines à l'activité réelle (rotation des patients, annulations). Les spécialités, le personnel en charge de la consultation et la salle, peuvent être des axes d'analyses complémentaires.

Taux d'ouverture		
DEFINITION		
Définition	Le taux d'ouverture est le ratio entre le temps de vacations offertes à l'activité de consultations et un temps conventionnel (basé sur 8h d'ouverture par jour et par salle)	
Objectif	Le taux d'ouverture permet d'identifier l'utilisation des salles de consultations et le potentiel d'augmentation de l'activité.	
Calcul	Temps de vacations offert à l'activité de consultations externes sur l'ensemble des salles de consultations / Temps conventionnel de 40h hebdomadaire par salle	
Remarque	L'ensemble des salles de consultations doivent être considérées dans le calcul du temps conventionnel, y compris les salles polyvalentes (ex : Bureau de médecins servant de salle de consultations)	
RESULTATS BENCHMARKING RHONE-ALPES 2011		
Indicateur	Valeur médiane observée	Répartition
Taux d'ouverture	24,2%	

Le temps d'ouverture utilisé de manière conventionnelle était pourtant positionné à un niveau relativement bas (8h par jour) ; les résultats dénotent une absence complète d'optimisation des consultations externes qui ne sont pas organisés comme des plateaux techniques. L'immobilier affecté aux consultations n'est pas saisi comme une ressource représentant un coût : de construction, d'entretien, de support administratif.

Taux d'occupation

DEFINITION

Définition	Le taux d'occupation est le ratio entre le temps d'occupation des plages de consultations et le temps de vacances offert à l'activité de consultations.
Objectif	Le taux d'occupation permet d'analyser l'utilisation des plages d'ouvertures offertes aux professionnels assurant des consultations.
Calcul	Somme des temps de consultations compris dans des plages horaires offertes à l'activité de consultations externes / Temps de vacances offert à l'activité de consultations externes sur l'ensemble des salles de consultations
Remarque	Le temps de consultations correspond au temps réel de consultation entre l'entrée en salle et la sortie de salle du patient.

RESULTATS BENCHMARKING RHONE-ALPES 2011

Indicateur	Valeur médiane observée	Répartition
Taux d'occupation	80,4%	

Le taux d'occupation paraît correct en moyenne ; il ne préjuge cependant de l'incidence des durées moyennes de consultation qui sont vues ci-après et qui invitent à nuancer le constat de l'occupation réelle des salles. Par ailleurs, certains établissements ont des niveaux d'occupation très bas, inférieur à 70%.

Durée moyenne de prise en charge

DEFINITION

Définition	La durée moyenne de prise en charge correspond à la durée moyenne d'une consultation.
Objectif	La durée moyenne de prise en charge permet d'identifier les temps de consultations. Cette notion est à utiliser pour identifier des durées de consultations de référence.
Calcul	Somme des durées de chaque consultation réalisée pendant la période / Nombre de consultations réalisées pendant la période.
Remarque	Le temps de consultations correspond au temps réel de consultation entre l'entrée en salle et la sortie de salle du patient. Cet indicateur peut varier suivant la spécialité.

RESULTATS BENCHMARKING RHONE-ALPES 2011

Indicateur	Valeur médiane observée	Répartition
Durée moyenne de prise en charge (en min)	28,4 min	

Une durée moyenne de consultation de l'ordre de la demi-heure paraît beaucoup trop longue ; un véritable travail sur l'optimisation de la ressource médicale est à prévoir dans ce cadre. 60 % des

établissements ont une durée moyenne comprise entre 20 et 37 minutes, alors qu'une part significative de consultations devrait être beaucoup plus courte.

Taux de débordement		
DEFINITION		
Définition	Le taux de débordement est le ratio entre le temps d'occupation de la salle consacré à la production de soins au-delà de la vacation et le temps de vacations offert à l'activité de consultations.	
Objectif	Le taux de débordement permet d'analyser l'activité réalisée hors des plages de consultations.	
Calcul	Somme des temps de consultations hors des plages horaires offertes à l'activité de consultations externes / Temps de vacations offert à l'activité de consultations externes sur l'ensemble des salles de consultations	
Remarque	Le temps de consultations correspond au temps réel de consultation entre l'entrée en salle et la sortie de salle du patient. Seule l'activité réalisée en-dehors de la période de vacation d'une salle ouverte est comptée dans le débordement.	
RESULTATS BENCHMARKING RHONE-ALPES 2011		
Indicateur	Valeur médiane observée	Répartition
Taux de débordement	11,0%	

Le taux de débordement paraît aberrant lorsqu'il est comparé avec les taux d'ouverture et les durées moyennes de consultation ; l'impact sur la mobilisation des secrétariats médicaux gagnerait à être explicité.

Taux d'annulation

DEFINITION

Définition	Le taux d'annulation correspond au nombre d'annulations de RDV sur une période rapporté au nombre de consultations réalisées sur la même période.
Objectif	Le taux d'annulation permet d'identifier si les annulations peuvent être un dysfonctionnement à corriger au sein de votre établissement.
Calcul	Nombre de RDV annulés sur la période de recueil / Nombre de consultations assurées sur la période de recueil.
Remarque	-

RESULTATS BENCHMARKING RHONE-ALPES 2011

Indicateur	Valeur médiane observée	Répartition
Taux d'annulation	8,0%	

Il est frappant de constater que la plage atteint 35% d'annulation pour certains établissements ; le taux moyen en est certes éloigné, avec une valeur qui se rapproche de ce que l'on peut attendre pour une activité qui est quasi-exclusivement programmée.

3.6 Finance

L'analyse financière permet d'analyser la santé du secteur des consultations externes de l'établissement. Dans le cadre du benchmarking, le recueil de données sur l'aspect financier est réalisé à l'échelle de l'établissement à l'aide de l'outil fourni par l'ANAP.

Délai moyen de recouvrement des consultations externes		
DEFINITION		
Définition	Le délai moyen de recouvrement permet d'analyser les délais de recouvrement spécifiques des consultations externes.	
Objectif	Le délai moyen de recouvrement a pour but d'analyser la pratique de recouvrement au sein de l'établissement en d'en détecter des améliorations potentielles.	
Calcul	Délai moyen de recouvrement en jour pour l'activité des consultations externes.	
Remarque	-	
RESULTATS BENCHMARKING RHONE-ALPES 2011		
Indicateur	Valeur médiane observée	Répartition
Délai moyen de recouvrement	40,0 j	

Le délai médian reste très élevé et découle de pratiques de facturation perfectibles.

Taux de recouvrement direct

DEFINITION

Définition	Le taux de recouvrement direct est la part du recouvrement employée directement auprès du patient.
Objectif	Le taux de recouvrement direct permet d'identifier si la pratique de recouvrement auprès des patients pris en charge est bien définie et efficace.
Calcul	Sommes versées par les patients / sommes dues par les patient à évaluer sur l'année
Remarque	NA

RESULTATS BENCHMARKING RHONE-ALPES 2011

Indicateur	Valeur médiane observée	Répartition
Taux de recouvrement direct	38,0 %	

L'indicateur permet surtout de constater une très forte disparité de pratiques en matière de recouvrement, reflet là encore des pratiques de facturation.

Recette moyenne d'une consultation

DEFINITION

Définition	La recette moyenne d'une consultation correspond aux recettes totales générées par le secteur de consultations externes rapportées au nombre de consultations réalisées.
Objectif	La recette moyenne par consultation permet de mettre en avant ce que rapporte une consultation. Cet indicateur est à mettre en relation avec le coût moyen par consultation.
Calcul	Sommes des recettes liées à l'activité de consultations externes sur une année / Nombre de consultations réalisées sur l'année.
Remarque	Cette valeur peut varier considérablement en fonction des spécialités et des équipements spécifiques nécessaires à certaines activités.

RESULTATS BENCHMARKING RHONE-ALPES 2011

Indicateur	Valeur médiane observée	Répartition
Recette moyenne d'une consultation	40,6 €	

Coût moyen d'une consultation

DEFINITION

Définition	Le coût moyen d'une consultation est le coût réel de réalisation d'une consultation prenant en compte l'ensemble des dépenses engagées dans l'activité.
Objectif	Le coût moyen par consultation permet de mettre en avant le coût en termes de ressources humaines et matérielles pour la réalisation d'une consultation. Il est à mettre en relation avec les recettes moyennes par consultation.
Calcul	Sommes des dépenses liées à l'activité de consultations externes (charges totales engagées par le secteur) sur une année / Nombre de consultations réalisées sur l'année.
Remarque	Cette valeur peut varier considérablement en fonction des spécialités et des équipements spécifiques nécessaires à certaines activités.

RESULTATS BENCHMARKING RHONE-ALPES 2011

Indicateur	Valeur médiane observée	Répartition
Coût moyen d'une consultation	51,7 €	

A la comparaison entre recettes et coûts, l'activité externe paraît non rentable : cette activité de « captage » de patientèle ne trouve sa justification que dans la réalisation subséquente de séjours. Cette première appréciation reste cependant tributaire du degré d'exhaustivité du codage des actes réalisés ; par ailleurs l'ensemble des prestations réalisées ne sont pas englobées dans le benchmark (notamment imagerie et examens de biologie).

Enfin, le degré de coût par consultation est directement lié aux niveaux d'occupation qui, comme évoqué précédemment, sont peu performants dans l'ensemble.

4 Conclusion ↙

Le benchmark mené en 2011-2012 a permis un premier regard sur la performance des consultations externes en Rhône-Alpes avec des constats forts :

- Au global, cette activité ressort comme une charge plutôt que comme une ressource pour l'hôpital, mais ce constat est fortement dû au manque radical d'optimisation des ressources mobilisées
- L'utilisation des ressources médicales est perfectible sur cette activité où le rythme et les cadencements influencent fortement la rémunération
- L'utilisation des ressources immobilières et administratives n'est pas suffisamment retracée, évaluée, optimisée,
- L'évaluation de la qualité perçue par le patient reste à développer.

Outre ces constats, la méthode expérimentée a fourni des analyses qui gagneront à complétées lors de démarches ultérieures : Indicateurs d'adéquation activité/ressources au niveau du personnel médical, soignant et administratif ; exhaustivité du codage ; durée d'attente en salle ; ...

 Agence régionale de santé Rhône-Alpes

241 rue Garibaldi
69418 Lyon cedex 03
04 72 34 74 00
www.ars.rhonealpes.sante.fr

Direction de l'efficience de l'offre de soins
Pôle Modernisation de l'offre de soins
Service Performance
Tél. : 04 27 86 56 21

www.ars.rhonealpes.sante.fr