



Circulaire DHOS/F2 n° 2007-248 du 15 juin 2007 relative à la mise en œuvre du plan Hôpital 2012

15/06/2007

Cette circulaire confirme la prolongation du volet investissement du plan Hôpital 2007. Les ARH sont donc invitées à préparer une première tranche de projets pour un montant de 5 milliards d'euros (soit la moitié de l'enveloppe globale) portant sur les opérations de recomposition hospitalière et de mise en œuvre des SROS, ainsi que sur le développement des systèmes d'information hospitaliers. Les projets retenus devront satisfaire à des critères d'efficience détaillés dans la présente circulaire.

Date d'application :
immédiate.

Annexes :

- Annexe I. - Cadrage administratif du plan Hôpital 2007 ;
- Annexe II. - Tableau de répartition régionale de l'objectif d'investissements de la première tranche du plan ;
- Annexe III. - Méthodologie d'instruction des projets ;
- Annexe IV. - Dossier type indicatif de réponse des établissements à l'appel d'offre régional.

La ministre de la santé, de la jeunesse et des sports à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour mise en œuvre) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de départements (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]).

Mon prédécesseur Xavier Bertrand a annoncé, le 13 février dernier, la prolongation du volet Investissement du plan Hôpital 2007 par le plan Hôpital 2012, qui permettra de maintenir, sur les cinq années à venir, le haut niveau d'investissements qu'avait permis d'atteindre, sur la période 2003/2007, le plan Hôpital 2007.

Je souhaite que la mise en œuvre de ce plan puisse s'engager sans tarder, de façon à ce que, dans le cadre des arbitrages du PLFSS 2008, les premières opérations éligibles puissent être financées, en fonction de leur degré d'avancement, dès l'année prochaine.

La présente circulaire vous invite à initier, dans les prochaines semaines, avec les établissements de santé publics et privés, le travail d'inventaire des opérations potentiellement éligibles au plan Hôpital 2012.

Vous êtes invités à préparer une première tranche de projets correspondant à la moitié de l'enveloppe du plan Hôpital 2012 (cinq milliards d'euros d'opérations, financés à 50 % sur aides directes de l'assurance-maladie, le solde - 2,5 milliards d'euros - bénéficiant par ailleurs d'une enveloppe d'un milliard d'euros de prêts de la Caisse des dépôts et consignations à taux préférentiels, dans des conditions qui vous seront précisées ultérieurement). Cette première tranche a été répartie sur la base des perspectives démographiques à horizon 2020, corrigées du coefficient géographique et d'un coefficient d'insularité (DOM et Corse).

Les annexes jointes à la présente circulaire vous précisent les conditions techniques auxquelles devront répondre les projets pour pouvoir être sélectionnés en région par les ARH, puis validés au plan national.

J'appelle directement votre attention sur les points essentiels qui seront examinés lors de cette procédure de validation.

Caractère additif du plan.

Comme pour Hôpital 2007, l'effort d'investissements de dix milliards d'euros qui est un montant plafond, s'entend comme un effort supplémentaire, s'ajoutant aux investissements qui auraient été réalisés sans nouveau plan ; en pratique, le niveau d'investissements régional constaté sur la période de réalisation du plan Hôpital 2007 doit être maintenu dans les cinq années à venir.

Nature des opérations éligibles

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosf2-n-2007-248-du-15-juin-2007-relative-a-la-mise-en-oeuvre-du-plan-hospital-2012/>



Deux catégories d'opérations sont éligibles au plan sur les crédits qui vous sont délégués :

- les opérations de recomposition hospitalière et de mise en oeuvre des SROS (schémas régionaux d'organisation sanitaire). Vous privilégieriez les regroupements de plateaux techniques publics et privés en veillant à la valorisation optimale des cessions immobilières qui en résulteraient ;
- vous serez également attentifs à l'innovation et notamment aux projets partenariaux de recherche, développés au sein des CHU et pouvant justifier des équipements et, par exception, un investissement immobilier ;
- l'accélération de la mise en oeuvre des SIH (systèmes d'information hospitaliers), dès lors qu'elle correspond à une informatisation du processus de soins.

Par ailleurs, les surcoûts des opérations de mise aux normes exceptionnelles (normes parasismiques, désamiantage) peuvent faire l'objet d'un financement spécifique accordé au niveau national par prélèvement sur l'enveloppe de la seconde tranche du plan.

Les mises aux normes ne présentant pas un caractère d'exceptionnelle ampleur, dépassant la capacité normale de financement des établissements de santé, ne sont pas éligibles au plan. De même, ne sont pas éligibles les opérations déjà engagées ayant donné lieu à un ordre de service.

Critères d'efficience

Tout projet doit intégrer la recherche de l'efficience par la mobilisation des ressources propres - et notamment le produit des cessions immobilières -, le caractère réaliste de la programmation budgétaire et la cohérence avec les enjeux d'équilibre financier d'exploitation ; le retour sur investissement doit être assuré par le volume des ressources issues de l'activité.

En outre, les opérations immobilières retenues devront satisfaire aux critères d'efficience suivants :

- sociaux (qualité du travail, participation des personnels au projet, crèches, logements...) ;
- sécurité des accès à l'hôpital et, par suite, de l'accueil des personnes, des personnels et des biens ;
- qualité environnementale : compatibilité avec l'objectif du développement durable, tant au niveau de l'investissement que du fonctionnement ;
- organisationnels et d'amélioration des soins : priorité donnée aux opérations de coopération ou de mutualisation entre établissements ; recours aux outils mis en place par la MEAH...

S'agissant des systèmes d'information hospitaliers, une attention particulière sera portée aux projets de télémédecine visant à optimiser l'utilisation des ressources médicales.

J'attire votre attention sur l'effet levier que doit produire ce plan d'investissement pour accompagner la modernisation des établissements de santé. Vous veillerez donc particulièrement à éviter tout saupoudrage et à privilégier les projets qui impliquent des restructurations et concernent, par conséquent, plusieurs établissements : ces projets ne peuvent être autofinancés par un seul établissement et justifient, dans le cadre du schéma régional d'organisation sanitaire, un soutien financier spécifique.

*

* *

Vous êtes invités, sur ces bases, à transmettre les annexes ci-jointes aux établissements de santé ; les dossiers répondant à l'ensemble de ces critères - complétés, le cas échéant, par les dossiers de mises aux normes exceptionnelles - pourront être adressés par vos soins à la MAINH, pour le 30 novembre prochain, en vue d'une validation par la DHOS.

L'élaboration du programme régional, la sélection des projets prioritaires à partir des projets des établissements, relèvent de votre responsabilité. A cet effet vous vous attacherez à respecter la démarche et à utiliser les référentiels, répertoriés en annexe, étant précisé que vous disposez, au sein de vos équipes, des compétences nécessaires avec les chargés de mission « investissement, SIH, efficience ».

Je vous précise expressément que si cette première « vague » de dossiers n'épuise pas la dotation qui vous a été déléguée, le montant de la dotation régionale vous reste acquis quel que soit l'échéancier d'engagement des opérations dans vos régions ; vous pourrez dès lors faire remonter une deuxième vague pour la fin du premier semestre 2008, à moins que vous ne souhaitiez cumuler le solde disponible avec la deuxième dotation régionale, qui ne devrait pas être déléguée avant 2009 et qui représenterait un total de cinq milliards d'euros à l'échelon national avant déduction de l'enveloppe de mise aux normes exceptionnelles.

Je vous saurais gré de bien vouloir rendre compte à la DHOS selon le calendrier établi de l'utilisation des crédits qui seront délégués et de signaler toute difficulté rencontrée dans l'application de ces mesures.

ANNEXE I



CADRAGE ADMINISTRATIF GÉNÉRAL DU PLAN HÔPITAL 2012

I. - CADRAGE GÉNÉRAL DU PLAN

1. Les orientations

Ce plan a pour objectif d'améliorer l'efficacité de l'offre hospitalière et de poursuivre la modernisation technique des établissements de santé.

Deux priorités sont fixées :

- l'accompagnement de la reconstitution hospitalière et de la mise en oeuvre des schémas régionaux d'organisation des soins de troisième génération, au regard notamment de l'objectif d'égalité d'accès aux soins au sein du territoire de santé et de la finalisation du plan de modernisation des sites d'accueil des urgences et des SAMU ;
- l'accélération de la mise en oeuvre des systèmes d'information hospitaliers, orientés sur l'informatisation des processus de soins, et privilégiant les échanges d'informations tant internes qu'externes aux établissements ;
- Par ailleurs, les travaux de mise aux normes de sécurité dont le coût, par leur ampleur, dépasse la capacité normale de financement des établissements de santé (exemple des mises aux normes antisismiques, de certaines opérations majeures de désamiantage), seront financés dans le cadre d'une enveloppe nationale, au vu des projets que les ARH vont remonter à la MAINH.

2. Les structures et opérations éligibles

Sont éligibles :

- les établissements de santé publics et privés pour leurs activités sanitaires d'hospitalisation dont les alternatives à l'hospitalisation, et, sous réserve qu'elles remplissent certaines conditions, les structures de coopération. Sont donc exclus les établissements du champ médico-social. Il est précisé que les sociétés propriétaires de bâtiments affectés à des établissements de santé mais non exploitantes, n'étant pas détentrices d'autorisation, ne sont pas dans le champ des aides mentionnées ci-après ;
- dans ce cadre, pourront être financées des opérations réalisées par les établissements de santé soit directement, soit par des montages juridiques faisant appel en tout ou partie à des partenaires extérieurs (PPP, BEH notamment) ;
- les opérations ou tranches d'opérations clairement identifiées d'investissements immobiliers, ou systèmes d'information, devant s'engager rapidement, et à tout le moins, être en cours de réalisation avant la fin du plan. Par contre sont exclues du plan, les opérations déjà engagées ayant donné lieu à un ordre de service ;
- pour les opérations SIH, à titre exceptionnel et temporaire, les dépenses nécessaires à la conduite et la mise en oeuvre des projets.

3. Les critères d'éligibilité

Outre le respect d'une des orientations générales, le projet devra répondre aux critères suivants :

- être fondé sur la recherche de l'efficacité :
- dans la conduite des projets :
 - par le caractère réaliste de la programmation budgétaire évaluée en valeur fin de chantier ;
 - par la mobilisation optimale des ressources propres dont un éventuel patrimoine « dormant » ;
 - pour les EPS, par une utilisation adaptée des montages innovants (marché conception réalisation, PPP) ;
 - par l'association des personnels à l'élaboration des projets ;
- dans le choix des investissements :
 - par la maîtrise de leur impact économique et qualitatif. Pour atteindre cet objectif, vous vous appuyerez sur les outils d'analyse préconisés dans l'annexe III « méthodologie d'instruction des projets par l'ARH » ;
 - par une démarche visant l'optimisation des organisations notamment par le recours aux outils mis en place par la MEAH et répertoriés dans l'annexe III et par la priorité donnée aux projets répondant aux besoins de l'ensemble du territoire d'implantation. Vous veillerez à cet effet à encourager tout particulièrement les opérations menées en coopération entre deux ou plusieurs établissements ;
- prendre en compte les conditions de travail dans les solutions retenues, dans les domaines architecturaux et systèmes d'information et favoriser ainsi l'attractivité des métiers hospitaliers ;
- respecter l'objectif de développement durable : tant au niveau de l'investissement que des aspects relatifs à l'exploitation.



II. - LES MODALITÉS DE FINANCEMENT

L'objectif de 10 milliards d'investissements fixé par le plan fait l'objet pour un montant de 5 milliards d'investissements d'un soutien spécifique de l'assurance maladie. Ce dispositif est complété à hauteur de 2 milliards d'euros, par des crédits à taux préférentiels de la Caisse des dépôts et consignations dont les modalités de gestion seront précisées ultérieurement.

Le volume global d'investissement supplémentaire susceptible de bénéficier du plan sera de 10 milliards d'euros ; ce montant est un plafond.

1. La définition des enveloppes régionales, le calendrier de mise en oeuvre

La mise en oeuvre effective du plan interviendra en 2008.

Une première tranche indicative correspondant à une programmation de 5 milliards d'investissements (annexe II) est répartie dès 2007 entre les régions sur la base du critère populationnel dynamique (horizon 2020), en tenant compte d'une part des coefficients géographiques et d'autre part d'un coefficient d'insularité pour les DOM et la Corse.

Cette première répartition vous permet :

- d'entreprendre un travail en amont avec les établissements de santé pour préparer la sélection des projets qui seront suffisamment prêts pour être éligibles à la première tranche du plan et de prévoir ceux qui seront présentés au titre de la seconde tranche ;
- d'élaborer votre programme régional pluriannuel d'investissement, en cohérence avec les investissements hors plan ;
- l'objectif consiste à consacrer dans chaque région, un minimum de 15 % d'investissements pour les SIH sur la totalité du plan. Pour la première tranche, le taux plancher sera de 10 % mais vous lancerez dès cette phase les actions de préparation susceptibles de permettre une nouvelle accélération des investissements en SIH pour la deuxième tranche ;
- vous transmettez à la MAINH, avant le 30/11/2007, sur la base d'un dossier type en cours de préparation, un premier état des lieux des projets éligibles qui seront classés par ordre de priorité suivant leur degré de maturité. Vous n'avez aucune obligation de répartir la totalité de votre enveloppe régionale de la première tranche dès cette date ;
- vous aurez la possibilité d'ajuster vos premières propositions et d'en ajouter d'autres jusqu'à la fin du premier semestre 2008 ;
- deux étapes seront prévues pour la validation des dossiers de cette première tranche : l'une dans les deux premiers mois de l'année 2008 et la seconde en septembre 2008 ;
- le solde de ce droit de tirage pourra être cumulé avec la seconde tranche.

Une deuxième tranche sera ventilée au plus tard au premier semestre 2009 sur la même base, après prélèvement d'une enveloppe calculée sur la base des surcoûts des projets de mise aux normes identifiés lors de la première remontée. Cette enveloppe particulière est gérée au niveau national.

2. Le soutien financier au plan

Le soutien financier prévu dans le cadre du plan repose sur deux sources de financement :

- des aides en capital FMESPP attribuées sous forme de subventions ou d'avances remboursables ;
- des aides en fonctionnement attribuées sous forme de MIGAC ou de DAF, permettant de compenser des surcoûts liés au recours à l'emprunt pour le financement des investissements, ou à l'utilisation de montages juridiques tels le BEH, PPP, contrat de services partagés pour les systèmes d'information...

Par ailleurs, des prêts à taux préférentiels seront accordés par la Caisse des dépôts et consignations selon des modalités précisées ultérieurement.

La décision d'aide pour tous les projets est guidée par le principe de base qui est celui de l'équilibre financier qui doit être assuré à une échéance donnée par les produits de l'activité. Le soutien financier accordé doit donc être justifié notamment par la période de montée en charge de l'activité, la période de mise en oeuvre nécessaire pour l'aboutissement d'un projet de restructuration dans la configuration prévue.

3. Les contreparties demandées aux établissements bénéficiaires de soutiens financiers Hôpital 2012

Les soutiens financiers octroyés dans le cadre du plan et, les contreparties attendues en termes de nature et volume d'activités, de qualité, de population desservie, d'égal accès aux soins, d'équilibre économique, s'inscrivent dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'ARH et l'établissement. Pour les établissements privés notamment ceux en situation de monopole, l'égal accès aux soins de la population doit être assuré par l'existence d'une filière de soins en secteur 1. Le non-respect des engagements souscrits peut conduire à des sanctions sous forme de restitution de l'aide consentie.

III. - LE PILOTAGE DU PLAN



1. Au niveau régional : instruction et arbitrage par les ARH

L'élaboration du programme régional, la sélection des projets prioritaires à partir des propositions des établissements, la notification individuelle après validation nationale et le suivi de la mise en oeuvre relèvent de votre responsabilité.

Vous bénéficiez d'un temps d'instruction allongé, d'une démarche et de référentiels répertoriés en annexe, enfin de compétences internes structurées avec les chargés de mission, « investissement, SIH, efficience ».

2. Au niveau national : validation et évaluation

La DHOS assure la conduite globale du plan, assistée par la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) qui prépare et coordonne techniquement ces travaux en lien pour les aspects organisationnels avec la Mission d'expertise et d'audits hospitaliers (MEAH). La validation du programme régional s'assure de la cohérence de vos choix avec la grille d'analyse et d'aide à la décision de l'annexe III. Elle peut, par exception, conduire à un examen du dossier au fond.

Chaque année une revue annuelle des projets permet le suivi du plan et éventuellement son adaptation.

Après la mise en service des équipements, un bilan comparatif sera assuré entre les indicateurs pris en compte lors de la décision d'aide avec ceux constatés à la fin de l'opération.

Pour vous permettre de préparer ce plan dans de bonnes conditions, un accompagnement spécifique sur l'utilisation des outils d'aide à la décision d'investir sera organisé par la MAINH et la DHOS à destination des équipes projets des ARH. Un module de formation sera proposé mi-juillet 2007 pour une mise en oeuvre en septembre-octobre 2007.

ANNEXE II À LA CIRCULAIRE DE LANCEMENT HÔPITAL 2012 RÉPARTITION DE LA PREMIÈRE TRANCHE DE L'OBJECTIF D'INVESTISSEMENT



ANNEXE III DE LA CIRCULAIRE DE MISE EN OEUVRE DU PLAN HÔPITAL 2012 MÉTHODOLOGIE D'INSTRUCTION DES PROJETS PAR L'ARH

Démarche proposée

Les projets HOPITAL 2012 relèvent de trois catégories très différentes :

- les investissements immobiliers ciblés tout particulièrement sur les recompositions hospitalières, les dynamiques de coopérations et la mise en oeuvre des SROS 3 ;
- les investissements dans les systèmes d'information et de communication ;
- les investissements de mise aux normes des établissements, notamment au regard des risques amiante, sismiques.

La grille d'instruction de l'efficience des projets devra être adaptée à chacune de ces catégories. Cependant celles-ci ont en commun de devoir s'insérer dans les objectifs stratégiques de l'établissement de santé, du territoire de santé et de la région et d'être compatibles avec les équilibres économiques et financiers de l'établissement.

Dans le nouveau paradigme de financement des établissements, ce sont les recettes qui conditionnent les charges et non l'inverse : un investissement surdimensionné, ou inapproprié, même subventionné, qui ne contribue pas globalement à la génération de recettes d'exploitation, engage l'établissement dans le cercle pervers du déséquilibre financier structurel.

Dans ce contexte, la recherche de l'efficience nécessite une démarche commune à toutes les catégories d'investissements sur la base de trois modules interactifs intégrant l'analyse de la dimension « établissement porteur du projet ».

Un premier module sera destiné à analyser la situation de l'établissement et sa capacité à porter ses projets futurs ainsi que la pertinence stratégique du projet présenté dans ce cadre global.

Un deuxième module propose une démarche interactive d'analyse de l'efficience des projets présentés. Des développements et critères plus spécifiques pour chacune des trois grandes catégories seront présentés pour prendre en compte leurs particularités.

Enfin dans un troisième module devra être pris en compte l'impact du projet sur les équilibres généraux budgétaires et financiers de l'établissement et simuler les conditions de financement du projet optimisé.





établissements et l'ARH, et de l'interaction des différentes composantes de la grille. Elle devra également constituer la base du suivi du projet.

La méthodologie d'instruction proposée peut être d'application différenciée en fonction de l'ampleur du projet et de la taille des établissements.

MODULE 1

Etablissement

Il s'agit de mesurer l'opportunité du projet au travers de la situation de l'établissement ainsi que la pertinence stratégique du projet.

1.1. Diagnostic de l'établissement et de sa capacité à porter ses projets futurs

Objectifs : soutenir uniquement les investissements des établissements qui présentent les garanties de pérennité suffisantes ou dont les projets s'inscrivent dans des activités reconnues pour leurs perspectives.

1.1.1. Diagnostic financier porté sur l'établissement : (se rapporter aux fiches techniques 1 et 2 de la présente annexe)

Ce diagnostic peut s'appuyer sur trois outils principaux : le diagnostic flash, les comptes financiers et le PGFP.

L'outil « diagnostic flash » comporte 43 indicateurs classés en deux catégories : ceux qui sont disponibles dans les bases ATIH et ARH et ceux qui, pour l'instant, ne peuvent être recueillis qu'au niveau de l'établissement.

Le diagnostic flash permet un premier diagnostic d'ensemble de l'établissement et de ses perspectives. Il utilise pour cela un nombre minimum d'indicateurs financiers mais également de productivité et d'efficacité confrontés aux référentiels professionnels ou positionnés sur les bases statistiques issues de la généralisation de cet outil de première analyse. Il ne se substitue en aucun cas aux outils plus spécialisés (audits, analyses comptables, financiers, organisationnels ou de performance...)

Les indicateurs relèvent de quatre catégories de questionnements (présentation de la liste des indicateurs en fiche technique 1 de l'annexe III) :

- obtenir une image fidèle de la situation financière de l'établissement et détecter sur ce champ les principaux problèmes ;
- appréhension de la performance des processus majeurs de l'établissement ;
- situer le type d'activité, le dynamisme et l'attractivité de l'établissement ;
- représenter le profil en ressources humaines de l'établissement et dégager des opportunités d'optimisation. L'intérêt du diagnostic flash réside à la fois dans le recoupement des résultats obtenus sur les différents champs et indicateurs mais également dans la phase de restitution des résultats quantifiés entre l'établissement et l'ARH.

Ces indicateurs sont systématiquement présentés avec des références permettant de positionner l'établissement dans sa catégorie juridique. Ces référentiels aujourd'hui largement statistiques ont pour vocation de muter vers de véritables référentiels de performance avec les consolidations des diagnostics menés avec les établissements et les ARH.

Les comptes financiers des trois années précédentes ; l'examen de ces comptes permet de connaître :

- l'évolution des résultats d'exploitation : CRP (compte de résultat principal) et CRA (comptes de résultats annexes) sur les trois années ;
- le rapport du résultat du CRP/les recettes du CRP ;
- l'évolution de la CAF (capacité d'autofinancement) ;
- la part de la dette dans les ressources long terme ;
- le rapport de la CAF/capital à rembourser chaque année ;
- le niveau du fonds de roulement à la fin de chaque exercice.

L'EPRD de l'année en cours, le PPI (plan pluriannuel d'investissement) et le plan global de financement pluriannuel (PGFP) :

- l'EPRD qui est considéré comme une tranche annuelle de l'exécution du PGFP ouvre la vision sur la situation projetée pour le futur ;
- le PPI comporte notamment une liste exhaustive des investissements prévus tant au plan immobilier qu'en équipements et en informatique, qu'il s'agisse d'opérations nouvelles ou d'entretien et de renouvellement courant. Le PPI permet de mesurer les incidences financières propres aux opérations d'investissements (amortissements, emprunts, etc.). Les données qui en découlent sont reprises de façon synthétique dans le PGFP ;
- le PGFP (plan global du financement pluriannuel) : c'est à la fois un élément constitutif du projet d'établissement et une annexe à l'EPRD. En tant que volet du projet d'établissement, il est soumis à la délibération du CA et à l'approbation de l'ARH. Par contre, l'annexe PGFP à l'EPRD n'est pas soumise à approbation. Les établissements devront faire clairement figurer les hypothèses retenues pour établir leurs projections, notamment concernant :
 - le taux d'actualisation des opérations ;



- les durées d'amortissement retenues ;
- les hypothèses de taux et de durée des emprunts ;
- le montant du GVT retenu ;
- le taux d'inflation ;
- la progression de l'activité et des recettes.

Le PGFP ou plan global de financement pluriannuel permet de connaître les prévisions faites par l'établissement sur cinq ans des ressources qu'elle espère tirer de l'exploitation (CAF), des « emplois » qu'elle envisage de réaliser et des modalités qu'elle prévoit pour leur financement (tableau des emplois-ressources) et enfin du différentiel « emplois-ressources » restant à couvrir par prélèvement sur fonds de roulement.

EPRD et PGFP sont des outils d'analyse comptables et financiers spécialisés qui ont le double avantage d'être appropriés par les acteurs, et tout à fait adaptés au nouveau mode de financement des hôpitaux. La constitution de séries historiques et leurs développements pluriannuels permettent de plus de garantir transparence et sincérité des comptes.

A l'issue de cette démarche, on peut établir un diagnostic des forces et des faiblesses de l'établissement sur la base de la grille d'analyse qui est proposée en fiche technique 2 de ce guide méthodologique.

1.1.2. Analyse de l'activité et pérennité des parts de marché

Analyse de l'activité et hypothèses à 5/10 ans du maintien des lignes de produits (répartition actuelle entre les principaux acteurs, raisons d'une éventuelle évolution...).

- activité : celle connue et celle prévue dans les années à venir au regard de l'OQOS (objectif quantifié de l'offre de soins) ;
- part de l'activité assurée au sein du territoire de santé dans les disciplines de l'établissement (ceci au regard du réalisé) ;
- argumentation objectivée de toute prévision d'augmentation d'activité : est-ce en relation avec un projet de restructuration de cette activité au sein du territoire ? Sinon, comment est-elle justifiée ? Part d'activité gagnée sur qui ? Explications des écarts à l'objectif prévu dans le SROS ?

Il est impératif de garantir l'instruction des projets de prévisions d'activité qui seraient irréalistes. S'il apparaît difficile de cadrer strictement toute prévision sur les OQOS qui d'ailleurs ne couvrent pas toutes les disciplines, il devra être demandé d'expliquer, en apportant toutes les justifications et études chiffrées, tout écart significatif, soit par rapport à l'existant, soit par rapport aux OQO (cartes d'attractivité médicalisées sur la base des séjours GHM, ou regroupements pertinents...).

Pérennité de l'activité

Il est impératif de veiller lors de l'instruction à ce que les prévisions d'activité qui fondent le projet soient réalistes et durables. A cet effet, les critères suivants pourront être utilisés :

a) Existence d'un socle suffisant d'activité

Les seuils d'activité généralement admis sont atteints ou dépassés (exemple : 2 000 interventions annuelles pour la chirurgie...)

b) Existence d'un bassin de recrutement approprié à l'activité :

- le bassin de recrutement drainé par l'implantation d'activité est d'au moins X habitants (chiffre variable selon l'activité concernée) ;
- l'offre locale fixe au moins X % de la population du bassin (id) ;
- l'absence de projet concurrent susceptible de renforcer le taux de fuite hors du bassin.

c) Présence pérenne dans l'établissement des « producteurs de soins » :

- âge des praticiens assurant le recrutement (chirurgiens, obstétriciens...) ;
- taux de postes vacants et rapidité à les pourvoir.

1.2. Opportunité stratégique du projet

1. Objectifs du projet.

Il est impératif que soit formulé précisément et de manière explicite l'objectif du projet avec une cible quantifiée.

2. Pertinence stratégique :

- intégration dans la stratégie de l'établissement, apport et attentes (cohérence avec le projet d'établissement) ;
- apport dans l'amélioration de l'accès aux soins et de la performance de l'offre territoriale ou régionale (référence SROS).

3. Présentation des alternatives stratégiques au projet :

Il y a-t-il des alternatives, la question a-t-elle été posée, des études ont-elles été faites ?

La mutualisation ou l'externalisation ont-elles été étudiées ?



4. Situation, articulation et classement du projet par rapport à l'ensemble des projets de l'établissement.

1.3. Capacité globale de l'établissement à porter ce projet

Equilibres financiers généraux

La logique du modèle T2 A conditionne le financement d'un investissement à la capacité de l'établissement à dégager une capacité de financement, c'est-à-dire un solde positif recettes-dépenses. L'étude préalable de sa capacité de financer ses investissements et de dégager des résultats relève du principe de précaution. La situation des établissements entrés dans un plan de retour à l'équilibre devra faire l'objet d'une attention toute particulière.

Compétences mobilisables

Pertinence de faire porter le projet par l'établissement concerné : environnement médical et technique existant au sein de l'établissement, caractère de complémentarité de ce projet par rapport aux activités assurées par l'établissement.

Conduite de projet

Structures en place au niveau de la conduite des projets, expérience dans ce domaine.
Portage par des acteurs : médecins, personnel, conseil d'administration, élus locaux.
Cas particulier des projets, notamment informatiques, avec portage multiple.

L'analyse de ce premier module peut conduire à conclure que certains projets doivent être écartés dès ce stade si la pertinence de la stratégie de l'établissement n'est pas acquise pour le portage du projet.

MODULE 2

Projet

2.1. Approche générale de l'efficience d'un projet

Analyse générale

A priori tout projet, immobilier, technologies, système d'information a vocation à l'efficacité et à l'équilibre financier. C'est le contraire qui est l'exception.

Pourquoi un nouvel hôpital conçu dans un dimensionnement adéquat, optimisé dans ses circulations et ses process de fonctionnement, à contraintes identiques, serait-il plus coûteux ?

Sauf à considérer que les contraintes d'optimisation et d'efficience de celle-ci n'ont pas été intégrées dès la conception du projet, pourquoi une nouvelle technologie, à utilisation partagée s'il le faut, ne serait pas rentable ?

Les retours d'expériences ont montré que maîtrise du budget et délais étaient très liés. Au-delà d'un cycle court, un projet est difficilement maîtrisable du fait de la complexité et de la rapidité de l'évolution de l'environnement. La tenue et le suivi des délais constituent des indicateurs stratégiques du suivi des opérations.

Composantes de l'efficience

Les dimensions conjointes de productivité et d'équilibre financier d'un investissement sont essentielles. Elles constituent dans la problématique de l'instruction d'une aide au financement, la dimension quasi exclusive de la démarche sous réserve de la validation stratégique du projet au regard notamment du SROS et de l'égalité d'accès aux soins au sein du territoire de santé.

Cependant, une approche globale de l'efficience nécessite de qualifier l'impact du projet sur des champs aujourd'hui difficilement quantifiables.

Plusieurs axes peuvent être dégagés sur lesquels des indicateurs devront être fixés :

- dimension sociale ;
- sécurité du malade et qualité de la prise en charge.

Pour ajouter à la qualification du projet et en complément à son analyse financière, trois axes - axe social, développement durable, sécurité du malade et qualité de la prise en charge - devront faire l'objet d'une instruction complémentaire, dissociée de l'instruction financière, par la recherche et le chiffrage d'indicateurs assurant une meilleure qualification du projet.

2.2. Analyse de l'efficience du projet

Tout projet d'investissement, quelle que soit sa nature, son dimensionnement, son objectif ne pourra être qualifié



d'efficace que si son instruction a respecté au minimum deux démarches :

1. Etre correctement dimensionné et adossé à un véritable projet organisationnel ;
2. Avoir fait l'objet d'un chiffrage de son impact financier sur la base d'une balance coûts /recettes et ou gains d'exploitation.



2.3. La dimension organisationnelle : approche par catégorie

Le premier champ du dimensionnement du projet relève de démarches d'organisation, de mises à plat des process, de simulation et de conduite de projet dans lesquelles la dimension économique est systématiquement intégrée. Cependant les orientations et référentiels devront être différenciés entre les grandes catégories d'investissements éligibles et notamment immobiliers et systèmes d'information.

Le modèle développé par la MEAH sur l'organisation et le dimensionnement des blocs opératoires avec un logiciel de simulation et d'aide à la décision illustre parfaitement le type de démarche à promouvoir. Ils seront progressivement étendus à d'autres champs (cf. fiche technique 3 du guide méthodologique).

Les outils et références de ces démarches d'analyse d'efficace seront déclinés et présentés par catégorie d'investissements, compte tenu de leurs spécificités : investissements de mise en sécurité, investissements immobiliers, SIH (systèmes d'information hospitaliers).

2.3.1 Investissements de mise en sécurité

Le champ concerné est celui des mises aux normes de sécurité dont l'ampleur dépasse le niveau pouvant être assuré dans le cadre du financement normal des établissements. Cela vise en particulier les risques relatifs à la présence d'amiante et aux risques sismiques. L'ARH devra procéder à une évaluation précise, à la fois technique et financière, de ces opérations, en faisant apparaître les surcoûts spécifiques.

Dans le cadre de l'instruction des projets, il est indispensable de s'assurer que les mises aux normes obligatoires sont bien intégrées dans les PGFP des établissements de santé avec les coûts correspondants.

Dans tous les cas, les établissements auront intérêt à faire réaliser un schéma directeur technique (SDT) permettant de s'assurer que les investissements prévus s'inscrivent dans une démarche logique garantissant la meilleure utilisation des fonds alloués.

Voir liste des outils ci-après.

2.3.2. Investissements immobiliers

Dimensionnement correct du projet par rapport aux besoins

Eléments d'appréciation des besoins :

- examen de l'activité réalisée au cours des 3 précédentes années ;
- adéquation avec les OQOS (objectif quantifié d'offre de soins) ;
- s'il s'agit d'une activité nouvelle, appréciation du niveau des besoins du territoire de santé par l'ARH ;
- références bases de données MAINH sur les surfaces.

Coût estimé de l'opération cohérente avec les référentiels disponibles

Eléments d'appréciation :

- référentiels MAINH ;
- coûts d'opérations analogues dans la région ;
- indication des coûts du projet : coûts des travaux HT et TTC avec indication de la date d'évaluation ; coûts TDC (toutes dépenses confondues) avec indication de la date d'évaluation et coût en valeur finale (avec indication de la date prise en compte pour cette estimation).

Tableau des outils et indicateurs utilisables pour l'instruction des projets "immobiliers"

OBJECTIFS	OUTIL - INDICATEURS PRODUITS	DISPONIBILITE
Estimation de la dimensionnement de l'investissement.	Observatoire des coûts de la construction : - ratios coût HT travaux/mètres carrés/famille ; - ratio surface par lit et place/famille.	Rapport n° 5 du avril 2007 sur les traitements sur 200 opérations publiques et privées, accessible sur le site internet de la MAINH.



Mise aux normes de sécurité.	Guide de mise en oeuvre du schéma directeur technique. N.B. - Ce guide, dans lequel les aspects réglementaires ne constituent qu'un sujet parmi les autres, pourra être utilement consulté pour situer le projet de mise en sécurité dans le contexte global de la maintenance technique de l'établissement.	Juin 2007, disponible sur le site internet de la MAINH.
Choix d'une procédure pour la réalisation des travaux.	Guides d'utilisation des montages innovants (marché conception-réalisation - BEH et PPP).	Disponibles sur le site internet de la MAINH.
Valorisation des actifs immobiliers.	Le guide Dynamisation des actifs immobiliers des établissements hospitaliers.	1 ^{re} édition d'octobre 2005, disponible sur le site internet de la MAINH.
Mesurer l'efficacité du projet.	Répertoires d'indicateurs : - organisation des services d'imagerie. Indicateurs de structure et d'utilisation des salles de blocs opératoires ; - temps d'attente et de passage aux urgences ; - organisation des services de radiothérapie dans les hôpitaux et cliniques ; - organisation de la restauration dans les hôpitaux et cliniques.	Disponible sur le site de la MEAH.
Mettre en oeuvre des projets d'organisation.	Référentiels « organisation » : - blocs opératoires ; - radiothérapie ; - temps d'attente aux urgences ; - restauration ; - temps médical.	Disponible sur le site de la MEAH.
	Dossiers méthodologiques : - modèle « organisation et investissement » applicable aux blocs opératoires.	A partir de mai 2007 à la MEAH.

2.3.3. Les systèmes d'information

L'enjeu est de créer, par l'exemplarité, un effet d'entraînement dans l'informatisation des établissements et l'émergence d'une véritable offre industrielle : seront éligibles les projets de référence réunissant les conditions de réussite et susceptibles de créer une dynamique effective de succès.

Les aides seront ciblées sur des opérations d'informatisation d'établissements.

L'accent sera mis sur des démarches de mutualisation susceptibles de dégager les ressources nécessaires à la conduite des projets et d'en optimiser les gains. Dans ce cadre, pourront être également soutenues des opérations visant à l'informatisation des services d'urgences préhospitaliers ou à la mise en oeuvre de plates-formes d'interopérabilité.

Pour des raisons d'efficacité et de réalisme, les projets proposés n'intègrent pas nécessairement tout le périmètre fonctionnel possible de l'informatisation des processus hospitaliers. Cependant, ils devront répondre à trois conditions :

- intégrer un dossier informatisé de production de soins ;
- assurer la communication interne et externe par l'utilisation d'infrastructures techniques et fonctionnelles (identifiant patient, services d'annuaires, services de sécurité...) intégrant les référentiels nationaux disponibles ;
- être compatibles avec les échanges d'informations exigés par la modernisation du système de santé : alimentation et consultation du dossier médical personnel et facturation directe des soins aux caisses d'assurance maladie.

Principes à suivre

Favoriser les projets des établissements qui mettent en oeuvre une réorganisation de l'ensemble des processus de l'établissement, optimisant les apports des TIC, avec une approche de gestion de ressources humaines de soutien (accompagnement au changement, compétences, formation...).

Favoriser les projets d'informatisation des processus de soins s'appuyant sur des solutions reproductibles et communicantes. Les solutions mises en oeuvre seront fondées sur des référentiels ouverts et des standards reconnus répondant aux exigences requises par la réglementation en termes de sécurité, de continuité de service et de confidentialité de l'accès aux données de santé. Une attention particulière sera donnée à l'évolutivité des solutions et à leur capacité de s'adapter aux changements, notamment à l'évolution de la réglementation.

Favoriser les établissements qui s'engagent sur des objectifs à court terme, avec un calendrier maîtrisé, (prime aux projets à cycles courts de trois ans), avec des méthodes de conduite de projets adaptées. Seront privilégiés les projets d'informatisation de fonctions homogènes à l'échelle d'un établissement, permettant de produire des effets tangibles à court terme. Les financements seront débloqués, phase par phase, en fonction des déploiements effectivement constatés.

Favoriser les établissements qui investissent de manière significative.

La MAINH fournira par grande catégorie d'établissements, sur la base d'un *benchmarking*, des fourchettes hautes et basses d'opération.

Favoriser les projets qui s'inscrivent dans des démarches de complémentarités interétablissements à l'échelon d'un territoire de santé ou de la région. Ces démarches pourront porter :

- sur la mise en commun des maîtrises d'ouvrage pour l'achat d'une solution commune et/ou de prestations de services externalisées de systèmes d'information de type infogérance (ASP) ou haute disponibilité ;
- sur le partage de moyens techniques et humains nécessaires pour assurer la continuité de service et la sécurité des systèmes déployés.

Un projet SIH doit être soumis *a priori* à une contrainte d'équilibre économique de ses surcoûts ; l'étude organisationnelle



sur laquelle il est nécessairement construit devra mettre en évidence les engagements de gains organisationnels qu'il permet.

Pour faciliter la démarche, seront mises à disposition fin juin, au sein d'un dossier « investissements SIH », deux grilles de références : une sur l'état des lieux des systèmes d'information et une autre sur l'organisation du projet.

Tableau des outils et indicateurs utilisables pour l'instruction des projets « SIH »

OBJECTIFS	OUTIL - INDICATEURS PRODUITS	DISPONIBILITÉ
Réorganiser les process de l'établissement optimisant les apports des NTIC.	Etudes d'organisation : - blocs opératoires ; - urgences ; - radiothérapie ; - recouvrement ; - restauration.	Sur le site MEAH études disponibles en 2007.
S'inscrire dans un cadre d'interopérabilité interne et externe.	Référentiels interopérabilité et infrastructures : - cadre d'interopérabilité, RGI, RGS... ; - normes et nomenclatures d'échanges ; - annuaires structures, professionnels de santé... ; - identité patient ; - sécurité ; - mobilité...	Sur les sites du GMSIH, GIP CPS, GIP DMP, MAINH.
Présentation du dossier SIH. Analyse de l'approche économique et des risques d'un projet SIH.	Guide de programmation SIH : - indicateurs de progression de maturité des SI dans les ES ; - montages du dossier SIH aux plans technique (dimensionnement, lot...) et financier (mutualisation, PPP, externalisation) ; - évaluation économique : méthodes d'analyse de la valeur (Mareva), approche ROI... - évaluation des budgets SI selon le type d'ES.	disponible fin juin sur le site de la MAINH.

2.4. La dimension économique de l'équilibre du projet par l'activité ou business plan

Le retour sur investissement consiste à éclairer le rapport entre le coût d'un projet et les bénéfices apportés à l'organisation.

Le plan d'équilibre du projet par l'activité ou *business plan* par projet (nouvelle activité ou réorganisation) doit mettre en évidence le niveau d'attente du seuil de rentabilité c'est-à-dire à partir de quelle activité supplémentaire ou économies de charges l'établissement couvre ses charges fixes et dégage une marge une fois qu'il a couvert ses charges variables (le taux de marge conditionne le financement du programme d'investissement). Certaines activités peuvent être déficitaires mais doivent être rééquilibrées au sein de l'établissement par des activités à plus forte rentabilité ou par des financements dédiés et pérennes.

Une large gamme d'outils mettant en liaison coûts évalués et bénéfices attendus d'un projet sont disponibles, des plus simples comme le retour sur investissement, le délai de retour, le *cash flow* actualisé jusqu'aux plus complexes comme le ROI, outil financier intégrant une actualisation des flux financiers de l'entreprise. dont le champ d'application est réservé à des projets très importants générateurs de flux financiers de grande ampleur.

Tableau des outils et indicateurs utilisables pour l'instruction économique des projets

Coût et dimensionnement de l'investissement.	Observatoire des coûts de la construction : - ratios coût HT travaux/mètre carré/famille ; - ratio surface par lit et place/famille.	Rapport n° 5 avril 2007 sur les traitements sur 200 opérations publiques et privées, accessible sur le site Internet de la MAINH.
Estimation des coûts d'exploitation des bâtiments.	Relation entre les coûts d'investissements et les coûts d'exploitation d'un bâtiment.	Rapport de mars 2006, disponible sur le site Internet de la MAINH.
Indicateurs de rentabilité : - analyse coûts-bénéfices ; - délai et taux interne de retour ; - analyse de la rentabilité économique d'un projet (ROI) ; - valeur intrinsèque du projet ; - ce projet est-il économiquement pertinent ? Cet outil ne doit être utilisé en première intention que pour des projets immobiliers importants générateurs d'activité.	Evaluation des impacts financiers d'un investissement hospitalier : - guide d'utilisation de l'outil EIFIC-HOS ; - évaluation des impacts financiers d'un investissement dans le cadre hospitalier.	Disponible sur le site Internet de la MAINH. Une formation à l'utilisation de cet outil pourra être assurée selon les besoins des ARH.

Il semble cependant pertinent de rappeler les règles économiques de base aux promoteurs de projets qui pourraient être portés au perfectionnisme ou tentés par le surdimensionnement : un projet qui n'est pas équilibré doit être compensé dans l'établissement et il existe toujours des variantes pour optimiser.

MODULE 3

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosf2-n-2007-248-du-15-juin-2007-relative-a-la-mise-en-oeuvre-du-plan-hospital-2012/>



Le projet au sein de l'établissement

Calendrier de réalisation du projet :

Coût du projet :

- coût des travaux (HT) et (TTC) avec indication du temps T de l'évaluation ;
- coût de l'opération TDC (toutes dépenses confondues) au moment T d'appréciation du coût des travaux ;
- valeur finale de l'opération (indication de la date prise en compte pour cette estimation) ;
- comparateur de coûts pour les BEH et montages de partenariats public-privé.

Classement de ce projet par l'établissement par rapport à l'ensemble de ses projets :

Plan de financement proposé par l'établissement :

Plan proposé avec une hypothèse d'absence d'aide Hôpital 2012 oui non

Analyse de l'impact du projet sur l'exploitation (simulations) : ces simulations doivent au minimum indiquer les coûts prévisionnels par catégories de charges (titres) et les recettes attendues de l'activité avec l'indication du moment où l'équilibre dépenses/recettes sera atteint après la mise en service du bien :

prévisions d'activité cohérentes avec celles des 3 dernières années oui non

- calcul des produits tarification sur la base 100 % tarifs de l'année en cours oui non
- montant des charges d'exploitation hors titre IV montant
- charges d'exploitation titre IV montant

Résultat de l'étude d'impact sur l'exploitation :

- si résultat excédentaire voir réponse adaptée ;
- si résultat déficitaire > titre IV, revoir adaptation des moyens autres que titre IV ;
- si malgré l'optimisation de l'adaptation des moyens aux prévisions d'activité, un déficit persiste, passage à l'étape suivante de l'analyse en distinguant la part de déficit imputable au titre IV et celle relative aux autres titres de dépenses.

Outils utilisables lors de cette étape :

- tableau d'activité des trois dernières années (pour la cohérence des prévisions d'activité) ;
- étude des coûts et surcoûts d'exploitation après mise en service du bien ; distinction par catégories de charges (titres) et modalités de leur compensation par recettes ou autres modalités à préciser. Cette étude doit être pluriannuelle et couvrir la période à l'issue de laquelle le projet parvient à son équilibre intrinsèque recettes/dépenses ;
- outil d'étude de rentabilité financière du projet (type ROI). Cette étude sera utilisée pour les opérations importantes et/ou les établissements les plus fragiles, à l'initiative des ARH.

Appréciation de l'équilibre global de l'établissement :

L'établissement, ayant inséré le projet dans le PGFP, peut-il intégrer le déficit prévisionnel du projet dans l'équilibre global assuré par les autres activités : oui, non
si non, passage à l'étape suivante.

Outils d'analyse :

- résultats d'exploitation CRPP des 3 dernières années ;
- CAF des 3 dernières années ;
- tableaux financiers du diagnostic flash ;
- PGFP.

A l'issue de cette étape :

L'établissement ne peut pas absorber le déficit induit par le projet décision d'aide.

Montant de l'aide :

- calculé sur la base du résultat déficitaire du projet imputable au titre IV (intérêts financiers et amortissements) que l'établissement ne peut pas absorber dans le cadre de son équilibre global ;



- aide accordée sous condition d'engagement de mesures prises par l'établissement de santé pour absorber le déficit éventuel persistant après intégration de l'aide Hôpital 2012 (mesures à préciser).

Outils :

- PGFP ;
- études des surcoûts du projet.

Taux d'aide décidée après cette phase :

Modalités de l'aide : (subventions FMESPP, avances remboursables ou aides aux surcoûts d'emprunts) :

- subventions FMESPP : en cas de surendettement de l'établissement ; si la nature du projet le justifie (SIH) ;
- avances remboursables lorsque la productivité de l'équipement est certaine à court terme et permet de dégager des plus values qui rendront possible le remboursement des avances consenties ;
- aides en fonctionnement des surcoûts d'emprunts souscrits.

Bilan à prévoir lors de la mise en service du projet :

Bilan comparatif des éléments pris en compte lors de la décision d'aide avec ceux constatés à la fin de l'opération : au niveau du coût final de l'opération, de son calendrier de réalisation ; des modalités de financement ; des modalités d'amortissement.

Bilan « un an après » avec l'introduction des charges et produits d'exploitation :

- mesures des écarts ;
- explication des écarts.



FICHE TECHNIQUE 2 DE L'ANNEXE III

FICHE DE DIAGNOSTIC DE L'ÉTABLISSEMENT

Grille d'analyse d'opportunité du projet au regard de la situation de l'établissement et évaluation de sa capacité à porter le projet.

1. Données du diagnostic flash : indiquer les années utilisées pour ce diagnostic

FORCES DE L'ÉTABLISSEMENT	INDICATEURS UTILISÉS	DONNÉES FOURNIES PAR CES INDICATEURS				INTERPRÉTATION des données
		2004	2005	2006	2007	
	1) ...					
	2) ...					
Faiblesses	Indicateurs utilisés	Données fournies par ces indicateurs				Interprétation des données
		2004	2005	2006	2007	
Risques à court et moyen terme	Dans le délai de 5 ans	Dans le délai de 10 ans				remarques
Pyramide d'âge du personnel médical						

2. Diagnostic financier de l'établissement

Outils utilisés : comptes financiers des trois précédentes années.

Résultats d'exploitation du CRP (compte de résultat principal) :

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosf2-n-2007-248-du-15-juin-2007-relative-a-la-mise-en-oeuvre-du-plan-hospital-2012/>



CRP	2004	2005	2006	EPRD. 2007
Résultat : excédent ou déficit				
Montant des déficits				
Montant des excédents				
Montant des produits				
Rapport résultat s/produits				


Résultats d'exploitation des CRA :

CRA	2004	2005	2006	EPRD. 2007
Résultat : excédent ou déficit				
Montant des déficits				
Montant des excédents				
Montant des produits				
Rapport déficits s/produits				

Evolution de la CAF (capacité d'autofinancement) :


CAF	2004	2005	2006	CAF 2007 PREVU A L'EPRD
Montant des CAF positives				
Montant des IAF				
Montant des produits (CRP + CRA)				
Rapport CAF ou AIF/produits				

Niveau d'endettement de l'établissement :

	2004	2005	2006	EPRD. 2007
Part de la dette dans les ressources long terme				
Montant du capital à rembourser				
Rapport CAF/capital à rembourser				




Niveau du fonds de roulement dans le bilan de sortie des trois années précédentes :

	2004	2005	2006	PRÉVISIONNEL 2007
Fonds de roulement global				
BFR				


3. Projection sur la situation financière future de l'établissement

Outils : EPRD de l'année en cours et PGFP présenté en annexe de l'EPRD et OQOS.


Evolution de l'activité prévisionnelle sur les 5 années à venir :

	2008	2009	2010	2011
Prévisions activité de l'établissement en pourcentage d'évolution				
Indiquer les OQOS				
Appréciation ARH sur ces prévisions				

Evolution prévisionnelle de la situation financière

	2008	2009	2010	2011
Résultats prévisionnels CRP				
CAF ou IAF prévisionnelle				
Prélèvement prévisionnel sur FR				
Apport prévisionnel au FR				

Evolution prévisionnelle du niveau d'endettement de l'établissement dans le cadre de son PGFP.

	2008	2009	2010	2011
Montant des emprunts long terme				
Part des emprunts long terme/ressources long terme				
Capital à rembourser				
CAF/capital à rembourser				



A l'issue de cette analyse, un diagnostic peut être porté sur le niveau de risque financier de l'établissement :

- risque 0 : la situation financière de l'établissement est maîtrisée et sa production est dynamique ;
- risque 1 : la situation financière de l'établissement est incertaine et activité fluctuante ;
- risque 2 : déséquilibre financier persistant et activité en baisse ;
- risque 3 : niveau de déséquilibre atteint le niveau de saisine de la chambre régionale des comptes.

FICHE TECHNIQUE 3 DE L'ANNEXE III

MODÈLE D'OPTIMISATION MEAH

Construction des projets d'investissement du plan Hôpital 2012 : combiner qualité et efficience en articulant activité, dimensionnement, organisation et financement

Un projet d'investissement, quelle que soit son ambition, ne sera efficient que s'il est correctement dimensionné et s'il s'adosse à un projet organisationnel précis.

La capacité de l'établissement à maîtriser ces deux sujets va avoir un impact direct sur la dépense d'investissement et sur les conditions futures d'exploitation.

L'efficience devra être recherchée à tous les niveaux et intégrer la dimension « qualité de service » : délais de prise en charge, nombre d'étapes et d'interlocuteurs pour le patient, sécurité, accessibilité et visibilité, disponibilité des informations, confort et confidentialité, etc.

Il est réaliste d'envisager de faire tourner le « modèle » sur chaque activité majeure de l'hôpital : services cliniques, services médico-techniques, services logistiques, et d'envisager dans un second temps un bouclage général englobant les BP (*business plan*) sectoriels en y additionnant les moyens communs pour vérifier *in fine* la viabilité du projet d'ensemble sur l'équilibre économique de l'hôpital.

Il faudra probablement faire tourner le « modèle » plusieurs fois avant de parvenir à un équilibre satisfaisant pour chaque activité et pour l'établissement dans son ensemble. Les responsables médicaux et soignants de chaque secteur devront être associés directement à la construction de toutes les hypothèses. Celles-ci seront précisément documentées car elles seront à la base du dossier que l'établissement transmettra à l'ARH à l'appui de sa demande de financement dans Hôpital 2012.

*

* *

La démarche comporte cinq étapes conduisant des prévisions d'activité à la construction de plusieurs hypothèses de *business plans*. A chacune de ces étapes, l'établissement apporte des données internes ou des données communes qu'il va chercher dans les bases de la FHF, de l'ATIH ou de la MEAH.

1. Prévisions d'activité

Activité réalisée sur les trois dernières années ; variations d'activité infra-annuelles, par mois, par jour de la semaine (éventuellement par heure de la journée pour repérer pics et creux).

Répartition actuelle de l'activité du territoire entre les différents établissements ; parts de marché de l'établissement ; hypothèses d'évolution des principaux concurrents.

Hypothèses d'évolution de l'activité pour l'établissement : à cinq ans ; à dix ans.

Exemple : l'activité de radiothérapie a été en nombre annuel de nouveaux traitements de :

2004	670
2005	750
2006	830

Soit une augmentation annuelle de plus de 6 %.

Les prévisions montrent une augmentation des cas de cancer de 5 % par an. A cinq ans, l'activité passera donc à un peu plus de 1 000 nouveaux cas par an et en 2017 à 1 300 nouveaux cas par an.

On considère que l'établissement ne prendra pas d'activité à ses concurrents sur le territoire.

2. Dimensionnement global



Ratios de productivité actuels de l'établissement : par salle, par machine, par ETP médical, non médical.
Ratios de productivité observés dans les chantiers MEAH.
Choix d'un objectif cible pour l'établissement.
Exemple : en radiothérapie, le service produit actuellement ses 670 nouveaux traitements annuels sur deux accélérateurs. Il observe dans la base de données MEAH que cette productivité va selon les sites de 310 à 640 traitements annuels par machine. Il fixe son objectif à 500 nouveaux traitements par an et par machine.

3. Processus et organisation

Définir le chemin du patient en veillant à ce que chaque étape ait une valeur ajoutée, à minimiser le nombre d'intervenants et d'interfaces, à enchaîner les étapes le mieux possible pour éviter les délais, à fixer des critères de qualité de la prise en charge à chaque étape...
Organiser la gestion du flux de patients attendus quotidiennement : fixer le volume à traiter à chaque étape en fonction du volume global attendu, en tenant compte des variations observées (sur l'année, la semaine, etc.).
Envisager les modalités de traitement des pics d'activité.
Définir les horaires de fonctionnement, la présence des personnels par catégorie, le contenu des fonctions, les compétences requises...
Définir les modalités de prise de rendez-vous, d'édition des comptes rendus, de rythme des actes sur les machines, etc.
Recenser les services amont, aval ou médico-techniques avec lesquels le service travaille et les prestations attendues de chacun : nature, volume, périodicité, rythme, exigence de délais, de qualité...
Exemple de gestion de flux : chemin du patient en radiothérapie



Traiter 1 000 nouveaux patients par an revient à en accueillir tous les jours cinq à chaque étape du traitement : consultation, simulation, dosimétrie, mise en traitement.
Sur la base de 22 séances par traitement, avec 200 jours d'activité réelle par an (pour tenir compte des maintenances et aléas divers), le volume quotidien de séances doit être de 110 à réaliser sur deux machines.
Le rythme de programmation de séances observé dans les établissements MEAH est compris entre cinq et six par heure. L'établissement se fixe une cible de cinq par heure. Il doit donc faire fonctionner ses machines 11 heures par jour.
Chaque accélérateur est actionné par deux manipulateurs. Le besoin en manipulateurs peut être estimé à quatre par jour sur chaque machine, etc.
Relations :
- avec l'imagerie pour le scanner ;
- avec l'anapathologie et la chirurgie pour la fixation de la première consultation.

4. Scénarios d'organisation et de dimensionnement

Il s'agit de construire des scénarios tenant compte des éléments précédents et débouchant sur le chiffrage des moyens à mettre en oeuvre. Plusieurs hypothèses peuvent être envisagées en faisant varier le niveau d'activité, les modalités d'emploi des ressources (horaires d'ouverture, rythme horaire de programmation, etc.).
Ces données vont alimenter directement les *business plans* de la phase 5.
Exemple de scénario en radiothérapie : deux accélérateurs, huit manipulateurs chaque jour pendant 220 jours, ouverture de 7 h 30 à 19 h 30, réalisation des dosimétries pendant le chevauchement quotidien des équipes, etc.

5. Business plan

Trois variables vont intervenir pour construire différents *business plans* :
- le volume d'activité : il fait l'objet d'hypothèses tenant à l'évolution de la morbidité, de la concurrence, etc. ;
- les tarifs (ou autres sources de financement externe) qui peuvent varier eux aussi (convergence, ajustement de la classification...) ; il peut s'agir aussi (pour les plateaux techniques par exemple) des coûts observés dans la base nationale de coûts par séjour, ou encore dans la base d'Angers ;
- les ressources nécessaires : salaires, amortissements des matériels, consommables...
Plusieurs *business plans* peuvent être construits en combinant différentes hypothèses sur l'activité, les ressources et les moyens ; ils aboutiront à des résultats différents. Ils permettront de vérifier la viabilité économique du projet, d'ajuster certains éléments d'organisation ou de ressources et de construire un projet d'investissement.

FICHE TECHNIQUE 4 DE L'ANNEXE 3

LISTE DES DOCUMENTS ET OUTILS DE RÉFÉRENCE



Documents joints à ce dossier

Diagnostic flash hospitalier - Bases de comparaison - Version provisoire 6 du 9 février 2007.
Objectifs quantifiés (venues) en volume 2006-2011 - illustrations.
Territoire au sens du SROS.3 - Flux territoriaux « MCO » au sens de la classification ATIH.
Répartition des parts de marché 2005/territoire - Découpage « MCO » au sens de l'ATIH.
Répartition des parts de marché 2005/activité - Découpage « MCO » au sens de l'ATIH.

Documents disponibles sur les sites

utilisables pour l'analyse de l'efficacité des projets « Immobilier ».
www.mainh.sante.gouv.fr

Observatoire des coûts de la construction - Rapport n° 5 mai 2007.
Etude sur la relation entre les coûts d'investissements et les coûts d'exploitation d'un bâtiment - Rapport mars 2006.
Guide de mise en oeuvre du schéma directeur technique - Mai 2007.
Guides d'utilisation des montages innovants (BEH, PPP, conception/réalisation).
Guide de dynamisation des actifs immobiliers des établissements hospitaliers. 1^{re} édition - Octobre 2005.
Evaluation des impacts financiers d'un investissement hospitalier - Guide d'utilisation de l'outil EIFIC-HOS - Evaluation des impacts financiers d'un investissement dans le cadre hospitalier - Mai 2007.
www.meah.gouv.fr
Organisation des services d'imagerie - Répertoire d'indicateurs.
Indicateurs de structure et d'utilisation des salles de blocs opératoires.
Temps d'attente et de passage aux urgences - Répertoire d'indicateurs.
Organisation des services de radiothérapie dans les hôpitaux et cliniques - Répertoire d'indicateurs.
Organisation de la restauration dans les hôpitaux et cliniques - Répertoire d'indicateurs utilisables pour l'analyse de l'efficacité des projets « Systèmes d'information ».
www.mainh.sante.gouv.fr : rubrique MAINH/SIH
Indications sur les référentiels d'interopérabilité pour les programmes Tarification à l'activité - Dossier médical personnel - Urgences.
A paraître : guide d'investissement SIH.
www.gmsih.fr : référentiels et méthodes GMSIH

Infrastructures :

- Accompagnement à la rédaction de la politique d'identification des établissements de santé ;
- Annuaire (professionnels, structures, offre de soins) ;
- Guide d'aide à l'élaboration du cahier des charges d'acquisition d'un annuaire ;
- Etude sur la CPS : état des lieux et recommandations ;
- Etude sur l'identification du patient ;
- Sécurité des systèmes d'information des établissements de santé.

Production des soins :

- Analyse comparative des offres du marché de SI destinées aux établissements de santé sous OQN ;
- Analyse de l'existant et des besoins des systèmes d'information de production de soins ;
- Analyse du marché des PGI et modalités d'application dans les établissements de santé ;
- Mobilité et l'ergonomie du poste de travail dans les établissements de santé ;
- Système d'information de production de soins : analyse des expériences des établissements de santé.

Pilotage et réformes :

- Etat des lieux sur le système d'information de pilotage des établissements de santé ;
- Kit de base des tableaux de bord pour les établissements de santé ;
- Etude sur l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ;
- Analyse de l'offre du marché concernant les logiciels de gestion du temps ;
- Etude sur la CCAM ;
- Impact de la T2A dans les systèmes d'information ;
- Profil fonctionnel de sécurité relatif à la dématérialisation des échanges entre les établissements de santé et les AMO ;
- Etude sur le dossier médical personnel.

Méthodes :

- Alignement stratégique du système d'information ;
- Méthodes et outils de conduite du changement dans les projets de système d'information ;
- Etude sur l'évaluation du ROI des SI ;
- Architecture et urbanisation des systèmes d'informations la production des soins.



Mode d'utilisation des documents et outils de référence

CHAMP Type d'opération	FINANCES ÉCONOMIE	ORGANISATION	TECHNIQUE
1. Toutes catégories	Diagnostic flash hospitalier Documents comptables : EPRD, PGFP ATIH : répartition des parts de marché		
2. Hôpital ou pôles complets	Evaluation des impacts financiers d'un investissement : Outil EIFIC-HOS (référentiel MAINH)	Référentiels MEAH, Organisation : imagerie, blocs opératoires, urgences, services de radiothérapie restauration	IMMOBILIER Référentiels MAINH, observatoire des coûts de la construction
3. Projet sectoriel	Etudes des surcoûts	Méthodologie : organisation et investissement dans les blocs	Guides : montages innovants, dynamisation des actifs, coûts d'exploitation d'un bâtiment, mise en oeuvre du schéma directeur technique
4. SIH		Référentiels organisation MEAH, Organisation : imagerie, blocs opératoires, urgences, services de radiothérapie restauration Référentiels GMSIH : infrastructures, production de soins, pilotage, Méthodes dont ROI	SIH Guide d'investissement SIH, disponible en juin (MAINH)

ANNEXE IV



Source : Bulletin officiel n° 2007/11 du 15 décembre 2007, p. 37 et s.