

Proposition de plan global de financement pluriannuel 2014-2019

Version	CTE-CME
Date	07-07-2014

Le plan global de financement pluriannuel prend en compte les éléments réglementaires connus et chiffrables au moment de son élaboration. Cet exercice est réactualisé chaque année dans le cadre des travaux de l'EPRD. Il vise à démontrer la capacité de l'hôpital à assurer de manière équilibrée le financement de ses projets, tant en exploitation qu'en investissement. La première année correspondant à l'EPRD auquel il est annexé, reprend la même structure que celle de l'EPRD le compte de résultat prévisionnel principal (CRPP) :

- les 5 comptes de résultat prévisionnel annexes :
- le compte de résultat prévisionnel annexe A (CRPA – A) ;
- le compte de résultat prévisionnel annexe B (CRPA – B) ;
- le compte de résultat prévisionnel annexe C (CRPA – C) ;
- le compte de résultat prévisionnel annexe E (CRPA – E) ;
- le compte de résultat prévisionnel annexe P (CRPA – P)
- un tableau de passage du résultat prévisionnel à la CAF ;
- un tableau de financement prévisionnel.

Le plan global de financement pluriannuel proposé pour la période 2014-2019 est actualisé par rapport au PGFP 2013-2018 approuvé le 25 juillet 2013 par le Directeur de l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France et constitue l'accompagnement du plan stratégique de l'AP-HP pour la période 2015-2019 en cours d'approbation et notamment son projet médical.

Pour l'AP-HP, le PGFP présenté vise ainsi à traduire les enjeux économiques et financiers de la période. Ces enjeux combinent un haut besoin d'investissements à une nécessaire maîtrise du cycle d'exploitation fortement impacté par l'évolution modérée de l'ONDAM hospitalier prévue sur les années 2015 à 2017.

1er enjeu : un nécessaire besoin d'investissements courants, garantie de la qualité des prises en charge et de la performance de notre offre de soins.

Le précédent plan stratégique a été marqué par de fortes tensions sur les investissements liés aux petits travaux et aux équipements, générant pertes d'activités, dégradation des conditions de travail et d'accueil et accroissement de la vétusté de nos installations. Dans la droite ligne de ce qui a été initié depuis 2013, le PGFP présenté pour 2014-2019 a pour enjeu de garantir un niveau suffisant d'investissements courants pour l'institution dans les domaines suivants :

■ *Travaux*

- ✓ Des investissements pour répondre **aux enjeux de mise aux normes des bâtiments et de mise en sécurité des installations** (de l'ordre de 55 M€ / an sur la période) : *schémas incendie, amiante, ascenseurs, réseaux de chauffage, réseaux d'eau, accessibilité des personnes à mobilité réduite etc.*
- ✓ Des investissements nécessaires, *via* les plans travaux des groupes hospitaliers, à **l'entretien courant des bâtiments** (de l'ordre de 50 M€ /an sur la période).

■ *Equipements*

- ✓ Renouvellement d'équipements (notamment équipements lourds)
- ✓ Innovation (salles hybrides, radiothérapie, imagerie, robotisation, etc.)
- ✓ Accompagnement du projet médical (exemple du plan cancer et urgences)

- *Systèmes d'information* : les investissements doivent en particulier permettre la mise en œuvre du SI patients ainsi que les mises à niveau de notre système de gestion RH et SI finances et des infrastructures.

Le montant idoine pour ces investissements est compris entre 3,5% et 4% /an des produits, soit de l'ordre de 275M€ /an en moyenne sur la période.

2ème enjeu : Des enjeux d'investissements importants pour l'adaptation et la transformation des structures de soins comprenant la réhabilitation et la construction de nouveaux bâtiments

Le PGFP prévoit d'inclure le financement des investissements à forte efficience qui participent de la transformation de nos structures de soins.

En premier lieu il s'agit de financer les **opérations restructurantes de travaux** qui concernent tant la mise en œuvre des schémas directeurs de sites (densification bâtiments / regroupements d'activités), l'accompagnement de l'évolution des prises en charge (unités ambulatoires), la réalisation du plan d'urgences de l'AP-HP et le réagencement de bâtiments historiques.

Ces opérations nécessitent une enveloppe de 80 M€ par an en moyenne. Ainsi, sur le début de la période 2014-2016, près de 160 opérations d'investissements sont actuellement engagées dont le montant de chacune est estimé entre 1M€ et 15 M€ et dont l'objectif est la réorganisation des soins à des fins d'efficience et d'amélioration de la qualité des prises en charge. Parmi ces opérations de travaux les plus importantes sont :

- Cochin : regroupement de l'ophtalmologie (14,7 M€)
- Transfert des activités de Charenton vers Charles Foix (en cours de stabilisation et avec perspectives de cession)
- Ambroise Paré : restructuration des réanimations (10,1 M€)
- Bichat : restructuration des cuisines (7,5 M€)
- Bicêtre : restructuration du service d'accueil des urgences (7,3 M€)
- Pitié : regroupement des laboratoires de biologie (7,3 M€)
- Tenon : restructuration du bâtiment Le Lorier (7 M€)
- Saint Louis : imagerie (6,9 M€)
- Mondor : construction d'un plateau d'odontologie (6,1 M€)
- Pitié : regroupement des services de médecine (6,1 M€)
- Hendaye : réhabilitation et humanisation du pavillon Strauss (6,1 M€)
- Robert Debré : extension de la capacité de greffe dans la drépanocytose et humanisation de la chirurgie (5,7 M€)
- Saint-Louis : centre expert maladie du sein (5,5 M€)
- Bicêtre : USIC (5,8 M€)
- Corentin Celton : finalisation du schéma directeur immobilier (5,1 M€)
- Beaujon : mise en œuvre schéma intermédiaire / restructuration d'un étage de la tour (5 M€)
- Cochin : regroupement de la pneumologie à Cornil Brissaud (4,7 M€)
- Antoine Béclère : mise aux normes de la réanimation (4,1 M€)
- Saint-Antoine : projet biologie (première phase à 3,9 M€)
- Cochin : création d'une unité de chirurgie ambulatoire (3,7 M€)
- HEGP : création d'un hôpital de jour en chimiothérapie (3M€)

En second lieu, le PFGP a pour ambition d'accompagner les **grands chantiers bâtimentaires** identifiés sur la période. Les options de financement sont différentes en fonction des bâtiments concernés. Parmi les opérations très majoritairement financées par l'AP-HP, on trouve :

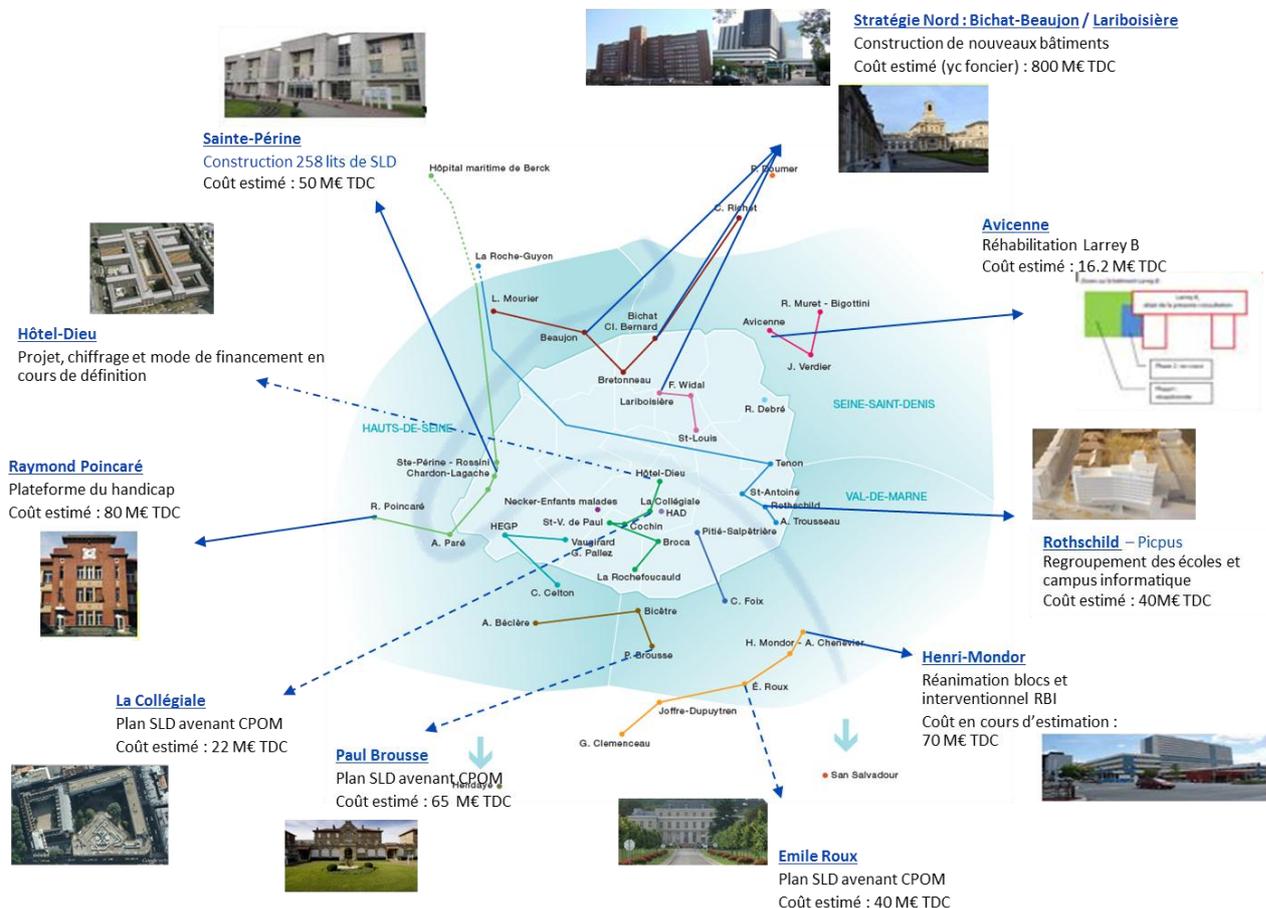
- la remise aux normes des blocs et de la réanimation de l'hôpital de Mondor ;
- l'achèvement des opérations à Avicenne sur le bâtiment Larrey ainsi qu'à Necker finalisant le schéma directeur du site ;
- la rénovation de la structure dédiée au handicap ;
- la réhabilitation du bâtiment Picpus désaffecté en 2011 et qui a pour vocation de reloger les écoles de formation et la direction des systèmes d'information.

La mise en chantier des bâtiments situés au Nord-Ouest de Paris est également incluse : le projet de construction d'un nouveau bâtiment sur le site de Lariboisière entre la gare de l'est et la gare du nord constituera la première étape de la refonte de l'offre soins à orchestrer sur le Nord Parisien suivie de la construction d'un second site hospitalo-universitaire qui a vocation à être adossé à un campus. Ces investissements sont assis sur une hypothèse de 50% de cofinancement par subvention, soit 400 M€.

Le PGFP accompagne en outre le programme de rénovation des USLD afin de poursuivre l'adéquation aux normes des chambres, en particulier la restructuration du site de Sainte-Périne sur la première période. Ces investissements sont assis sur une subvention de 40 M€ de l'Agence Régionale de Santé prévus au CPOM.

Concernant le projet de transformation de l'Hôtel Dieu, il convient de préciser que son coût en investissement, et par symétrie les revenus de cessions fléchés vers cette opération, ne sont pas déterminés dans le présent PGFP, compte tenu des travaux encore en cours sur les objectifs du projet et les équilibres économiques associés. Ce projet, une fois ses contours stabilisés, pourra être précisé dans le plan de financement pluriannuel à l'occasion de son actualisation prévue chaque année avec la présentation de l'EPRD.

Grandes opérations bâtementaires : perspectives du PGFP



3ème enjeu, l'enjeu du PGFP est de garantir le maintien des grands équilibres financiers -notamment un niveau maîtrisé et soutenable de l'endettement contracté avec la nécessité de garantir un recours au marché dans des conditions privilégiées.

Les agences de notation Standard & Poors et Fitch ont respectivement confirmé les notations AA et AA+ validant le bon positionnement de l'APHP au regard des standards du marché. Au 31 décembre 2013, les ratios sont conformes au décret du 14 décembre 2011. L'enjeu du PGFP sera d'œuvrer à la poursuite des grands équilibres financiers et de conserver une capacité d'autofinancement nette sur la période.

	2008	2009	2010 cfu	2011 cfu	2012 cfu	2013 RIA 3
Indépendance financière <50%						
K restant du / cap permanent	39,61%	44,68%	48,30%	50,96%	48,99%	46,85%
Durée apparente de la dette <10ans						
K restant du / CAF	6,15	5,73	7,83	6,34	5,68	7,02
Taux d'endettement <30%						
K restant du / Produit consolidé	23,80%	28,31%	32,38%	35,29%	32,69%	31,25%
dette modifié (K du - trésor) / Produit consolidé	25,89%	29,49%	33,84%	35,30%	34,34%	30,82%

Le 4ème enjeu qui résulte des trois précédents enjeux concerne le retour à l'équilibre du compte principal en 2016 et l'amélioration corrélative régulière de la capacité d'autofinancement de l'AP-HP et de la marge brute non aidée.

Par courrier en date du 25 juillet 2013, le directeur général de l'ARS demande une progression jusqu'à 8% de la marge brute non aidée à l'échéance du PGFP 2014-2019. Compte tenu de la dégradation spontanée de la marge brute, résultant de la baisse des tarifs et de l'effet prix spontané des charges, cet objectif de marge brute reste toutefois ambitieux et induit un effort d'efficacité continu pour l'institution allant au-delà des besoins de financement des investissements. Il est donc proposé de minorer cette contrainte.

Le PGFP ainsi présenté retient donc un scénario d'évolution soutenable pour l'institution qui vise l'équilibre entre niveau de CAF et de marge brute nécessaire aux investissements et préservation des marges d'exploitation internes.

1. Hypothèses de construction du compte de résultat principal – Evolution spontanée

1.1. Hypothèses d'évolution des recettes 2014-2019

Les hypothèses ont été dégradées par rapport au PGFP présenté en 2013. Cette dégradation résulte de deux effets :

- la prise en compte des tensions sur les finances publiques et des annonces relatives à l'évolution de l'ONDAM au cours des prochaines années,
- les changements réglementaires intervenus depuis 2013 concernant en particulier :
 - o la valorisation de l'AME, avec la disparition sur deux ans du coefficient correcteur de 1,30 ;
 - o la maîtrise des tarifs journaliers de prestation.

Recettes –Titre 1

	2013 (réalisé)	2014 (EPRD)	2015	2016	2017	2018	2019
Recettes							
1. Recettes T1							
Produits des séjours	1,90%	2,37%	1,45%	1,25%	0,95%	0,95%	0,95%
Produits des séjours - PGFP 2013			2,05%	1,55%	1,55%	1,55%	1,55%
effet volume	0,96%	2,24%	1,70%	1,50%	1,00%	1,00%	1,00%
effet volume - PGFP 2013			1,50%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%
effet PMCT	1,72%	0,67%	0,75%	0,75%	0,75%	0,75%	0,75%
effet PMCT - PGFP 2013			0,75%	0,75%	0,75%	0,75%	0,75%
effet tarifs	-0,78%	-0,54%	-1,00%	-1,00%	-0,80%	-0,80%	-0,80%
effet tarifs - PGFP 2013			-0,20%	-0,20%	-0,20%	-0,20%	-0,20%
Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique							
consult-PGFP 2013	5,31%	5,30%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%
Forfaits	2,00%	-1,50%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%
Forfaits-PGFP 2013			1%	1%	1%	1%	1%
Migac-Merri	-1,23%	0,07%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%
Migac-Merri - PGFP 2013			0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%
DAF	1,06%	0,59%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%
DAF - PGFP 2013			0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%
Molécules onéreuses	8,37%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
Molécules onéreuses-PGFP 2013			2%	2%	2%	2%	2%
Dispositifs médicaux	1,65%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
Dispositifs médicaux - PGFP 2013			2%	2%	2%	2%	2%
Lamda	72 M€	27 M€	25 M€	20 M€	15 M€	10 M€	10 M€
Lamda - PGFP 2013			25 M€	20 M€	15 M€	10 M€	10 M€

Les subventions de service public (financement par MIG -missions d'intérêt général-, AC – aide à la contractualisation- ou FIR –fonds d'intervention régional-) représentent 1 189 M€ en 2013. Elles ont connu pour l'AP-HP une décroissance de -4,6% entre 2010 et 2013 contre une augmentation nationale de 9%.

en M€	2010	2011	2012	2013	évolution 2010-2013
National					
Montant enveloppe Migac + FIR	8 029	8 278	8 563	8 754	725
Evolution		3,1%	3,4%	2,2%	9,0%
AP-HP					
Montant enveloppe Migac + FIR	1 246	1 219	1 203	1 189	- 57
Evolution		-2,2%	-1,3%	-1,2%	-4,6%

Après trois années consécutives de baisse significative, l'AP-HP rappelle qu'un certain nombre de missions de service public ne sont pas valorisées à leur juste niveau. Dans ces conditions, l'hypothèse de progression annuelle de +0,5 % paraît raisonnable et réaliste.

Recettes – Titre 2 et titre 3

	2013 (réalisé)	2014 (EPRD)	2015	2016	2017	2018	2019
Recettes							
2.Recettes T2							
Hausse des TJP	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
<i>Hausse des TJP-PGFP 2013</i>		3%	2%	0%	0%	0%	0%
AME	1,90%	-11,5 M€	-11,5 M€	0 M€	0 M€	0 M€	0 M€
<i>AME-PGFP 2013</i>			0 M€	0 M€	0 M€	0 M€	0 M€
Autres		0%	0%	0%	0%	0%	0%
3.Recettes T3							
Produits des rétrocessions	-4,5%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
Autres, hors reprises sur provisions	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Les hypothèses du PGFP entérinent la demande des tutelles de ne pas majorer les tarifs journaliers de prestations sur la période.

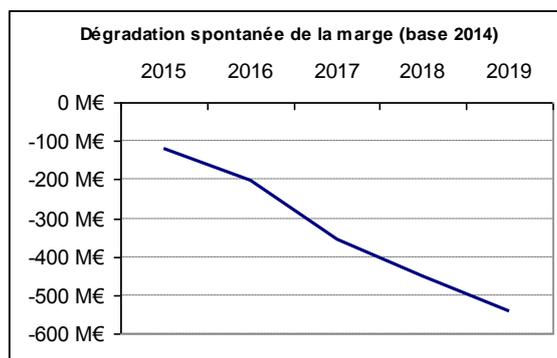
1.2. Hypothèses d'évolution des dépenses 2014-2019

	2013 (réalisé)	2014 (EPRD)	2015	2016	2017	2018	2019
1.Dépenses T1	2,12%	2,43%	1,47%	1,30%	1,46%	1,21%	1,20%
2.Dépenses T2	2,68%						
DT2 avant efficience		2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%
<i>DT2 avant efficience - PGFP 2013</i>			2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%
3.Dépenses T3, hors ANV	4,7%						
DT3 hors ANV, avant efficience		2%	2%	2%	2%	2%	2%
<i>DT3 hors ANV, avant efficience - PGFP 2013</i>			2%	2%	2%	2%	2%

Par comparaison avec le PGFP présenté en 2013, l'hypothèse d'évolution spontanée des charges de personnel a été revue, en intégrant notamment des hypothèses sur :

- diverses mesures catégorielles à venir (30 M€ par an, soit 0,76 points de progression par an) ;
- une hypothèse de majoration indiciaire et de titularisation des contractuels (+2,5 M€ par an, soit 0,06 point de progression) ;
- l'effet de la nouvelle réglementation (arrêté du 18 novembre 2013) sur le temps médical :
 - o +3,5 M€ en 2014 (+0,08 point de progression),
 - o + 1,5 M€ supplémentaires en 2015 (+0,02 point de progression) ;
- une hypothèse de GVT, se traduisant par une hausse de +14,5 M€ par an (soit 0,34 point de progression) ;
- les derniers effets de la hausse des cotisations CNRACL en 2015 (+4 M€) et en 2016 (+ 1 M€) ;
- une hypothèse de revalorisation du Smic (+3,5 M€ par an, à compter du 1^{er} juillet 2016) ;
- une hypothèse de revalorisation du point d'indice en 2017 (+9,9 M€ en 2017) ;
- une augmentation en volume concernant :
 - o les internes, jusqu'en 2017,
 - o les contrats d'avenir jusqu'en 2015.

Il résulte de cette évolution spontanée des produits et des charges une dégradation tendancielle du résultat et de la marge brute.



1.3. Hypothèses de financement

- Le levier de l'endettement

L'institution a poursuivi depuis 2011 une stratégie de désendettement : le taux d'endettement s'est ainsi établi à 31,3% fin 2013, après avoir connu un pic à 35,3% à fin 2011. Il s'est agi, dans ces conditions, de se redonner des marges de manœuvre pour assurer les grandes opérations bâtementaires nécessaires à la restructuration de l'offre de soins sur la période qui s'ouvre avec le présent PGFP. Sur toute la période, le niveau d'endettement reste soutenable.

- La politique patrimoniale

En plus des efforts assurés au titre de la CAF et de la politique d'endettement, l'effort de l'AP-HP passe par la poursuite d'une politique dynamique de valorisation de son patrimoine, conduite notamment en lien avec la mise en œuvre des schémas directeurs immobiliers des groupes hospitaliers, et dans une stratégie de densification de l'offre de soins et de libération de surfaces associées. La mise en œuvre de cette politique constitue une contribution majeure de l'institution à l'effort d'investissement, et implique la réalisation d'opérations d'ampleur importante.

- L'accompagnement en subventions

Le financement des opérations de mise aux normes, de restructuration et d'innovation ne peut se concevoir sans un soutien significatif sous forme de subventions. En particulier, le financement du grand projet Hôpital Nord devra s'accompagner d'une aide substantielle qui est ici estimée à 50 M€ par an sur une période de 8 années courant à partir de 2018. La CAF demeure néanmoins la ressource première du tableau de financement et la part des financements externes demeure globalement très maîtrisée.

2. Les perspectives d'efficience

2.1. Les perspectives d'augmentation des recettes

Le potentiel de croissance d'activité proposé est prudent a +1,7% en 2015, +1,5 % en 2016 puis +1% les années suivantes et se situe en deçà des évolutions observées ces dernières années. La tendance sur les 7 dernières années des recours à l'hospitalisation en Ile de France met en évidence des situations très contrastées par discipline d'activité. Les facteurs conditionnant la demande de soins, épidémiologiques (cancers), facteurs environnementaux et comportementaux (nutrition, addictions...), innovations thérapeutiques majeures (VIH, hépatites), montrent des augmentations et baisses de la prévalence des prises en charges.

L'évolution de l'environnement concurrentiel, notamment du secteur commercial est incertain (mise en redressement de cliniques) et peut influencer sur le volume d'offre de soins. Si les dernières années ont montré une augmentation des parts d'activité en chirurgie, elle résulte du recentrage des cliniques lucratives vers l'ambulatoire et d'un meilleur codage des activités chirurgicales pour l'AP-HP avec la T2A. Cette hausse de la chirurgie est à mettre en regard avec l'évolution à la baisse de l'activité de médecine. La dynamique d'activité des ESPIC en médecine a fait reculer le positionnement de l'AP-HP. La réorganisation territoriale de l'offre de soins du SROS3 (prise en charge de proximité des soins) a également été un facteur de perte de marché notamment sur la grande couronne.

Enfin ces hypothèses pourraient être amodiées des perspectives de croissance externe dépendant de la fermeture d'établissements de petite couronne ou de la recomposition de l'offre de soins telle qu'issue du Service Central des Armées.

L'amélioration du codage et de la facturation, facteurs importants d'augmentation des produits ces dernières années, constitue un gisement encore mobilisable jusqu'en 2016. Il va ensuite s'éteindre avec mise en place de la forclusion à 12 mois glissant pour l'Assurance Maladie, la montée en charge de la facturation au fil de l'eau (projet FIDES) en 2016 pour l'activité externe, 2018 pour les séjours et l'amélioration de la professionnalisation du codage.

Parallèlement, il convient de passer **un contrat de résultat avec la direction spécialisée des finances publiques dans l'exercice de sa mission de recouvrement.**

- Les ressources annexes

L'AP-HP a un potentiel de recettes liées à la facturation de services supplémentaires comme par exemple la facturation des chambres individuelles, ou d'autres services additionnels. Par ailleurs, les activités de recherche représentent un potentiel important de recettes. Les brevets pourraient être mieux valorisés, tout comme les productions de l'AGEPS, les données, notre matériel mis à disposition, ou nos partenariats avec les industriels mieux encadrés.

Enfin, la correcte valorisation de notre domaine public à travers les contrats d'occupation ou les baux à réhabilitation constituera un levier de ressources additionnelles pour l'institution.

Tous leviers combinés, l'efficience attendue sur les produits est estimée à 475 M€ sur la période.

2.2. Une efficacité également par la maîtrise des charges

2.2.1. La maîtrise des charges par l'optimisation de nos soins et de nos organisations

Les leviers classiques des taux d'occupation (TO) et de la durée moyenne de séjour (DMS) ont un impact sur des capacités historiquement surdimensionnées. L'amélioration de la gestion des séjours et des filières d'aval permettent d'optimiser le parcours du patient et impactent la gestion des structures.

Le développement de la chirurgie ambulatoire constitue une novation majeure des organisations médicales orientées vers le patient. Il s'accompagne d'un alignement tarifaire désormais effectif depuis 2014 et de dispositifs plus coercitifs de mises sous entente préalable. L'objectif visé par le plan stratégique d'un taux de chirurgie ambulatoire à 45 % en fin de période invite à une restructuration profonde de nos organisations qui, lorsqu'elle est substitutive à l'hospitalisation complète, se traduit par une baisse de charges de personnel et hôtelières.

L'optimisation des services de soins et les restructurations dont certaines sont déjà engagées constituent enfin un levier continu de l'efficacité.

2.2.2. L'optimisation des activités médico-techniques

La comptabilité analytique montre une grande hétérogénéité des coûts des activités médico techniques entre les établissements de l'AP-HP. Par ailleurs, ces activités sont confrontées à des enjeux de démographie médicale. Au vu de ces enjeux et en cohérence avec le projet médical, plusieurs leviers sont mobilisables sur la période :

- **L'organisation de la biologie** : le regroupement des activités initié lors du précédent plan stratégique permettra des gains d'efficacité via les projets de restructuration en cours. La poursuite des réorganisations au sein des groupes hospitaliers constitue le premier axe de travail d'une part ; l'engagement des restructurations supra-GH est le deuxième levier de performance d'autre part. Enfin des travaux sur la juste prescription doivent être poursuivis ;

- **Les autres activités médico techniques** - blocs opératoires, imagerie, PUI-. L'optimisation des blocs opératoires pilotée depuis trois ans a déjà permis une amélioration des taux d'occupation, mais des marges de progression restent encore sur certains sites. Des rationalisations sont à engager dans le domaine de l'imagerie confrontée à des enjeux démographiques et d'évolution technologique. La mutualisation des moyens peut être étendue aux pharmacies.

Les fonctions médico-techniques peuvent aussi être sources de recettes supplémentaires en augmentant les examens faits pour l'externe (laboratoires et imagerie).

2.2.3. Les achats et le bon usage/ la juste prescription

L'AGEPS, ACHAT et les économats des GH font chaque année des gains « achat » au sens du programme PHARE sur les dépenses de titre 2 et 3. A ce titre, 27M€ ont été constatés en 2013. Un potentiel de 80M€ *a minima* est évalué sur la période 2014-2019. Ce montant pourra être atteint grâce à un renforcement de la performance achat de ces différentes entités. Certains leviers sont déjà identifiés :

- La poursuite de la massification - au niveau GH pour les achats locaux (déjà engagée depuis la fusion des économats) ou supra GH pour quelques catégories (par exemple les autocoms) ;
- la rationalisation des commandes ;
- le contrôle des achats dits « hors marché »,

- Sur le médicament, les nouveaux génériques et bio-similaires.

Outre les effets prix, la maîtrise des volumes reste un levier majeur de la performance économique : les opportunités sur les médicaments, dispositifs médicaux (bon usage, juste prescription) ou la consommation énergétique par exemple restent à confirmer.

2.2.4. La masse salariale et l'organisation du travail

Plusieurs actions pourraient être engagées :

- Poursuite des actions sur les dépenses de remplacement ;
- Optimisation de nos organisations de travail en lien avec l'organisation des soins ;
- Optimisation du fonctionnement des fonctions support ;
- Alignement de la gestion des œuvres sociales.

Tous leviers combinés, l'efficacité attendue sur les charges est estimée à 246 M€ dont 128M€ sur les charges médicales, hôtelières et générales sur la période 2014-2019.

3. Grands équilibres proposés pour le PGFP 2014-2019

De manière synthétique, les grands équilibres du PGFP 2014-2019 sont les suivants :

efficacité 2014-2019	721 M€
<i>dont efficacité Dépenses</i>	<i>246 M€</i>
résultat 2016 (CRPP)	8 M€
résultat 2019 (CRPP)	4 M€
CAF 2019	358 M€
Marge brute 2019	447 M€
taux de marge brute hors aides 2019	6,0%
investissements 2014-2025	5717 M€
taux d'endettement 2025	31,7%
taux max d'endettement sur 2014-2025	34,1%
cessions 2014-2025	420 M€

Ces équilibres figurent dans le compte de résultat prévisionnel pluriannuel.

CHARGES		2 014	2 015	2 016	2 017	2 018	2 019	2 020
Titre 1	Charges de personnel	4 226 M€	4 264 M€	4 290 M€	4 324 M€	4 347 M€	4 365 M€	4 385 M€
Titre 2	Charges à caractère médical	1 403 M€	1 417 M€	1 431 M€	1 447 M€	1 464 M€	1 480 M€	1 496 M€
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et général	676 M€	644 M€	645 M€	648 M€	651 M€	664 M€	677 M€
Titre 4	Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	637 M€	621 M€	636 M€	641 M€	646 M€	646 M€	646 M€
TOTAL DES CHARGES		6 942 M€	6 945 M€	7 001 M€	7 059 M€	7 109 M€	7 156 M€	7 204 M€
PRODUITS		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Titre 1	Produits versés par l'assurance maladie	5 174 M€	5 226 M€	5 312 M€	5 321 M€	5 367 M€	5 418 M€	5 469 M€
Titre 2	Autres produits de l'activité hospitalière	685 M€	678 M€	682 M€	685 M€	688 M€	690 M€	693 M€
Titre 3	Autres produits	1 031 M€	1 003 M€	1 015 M€	1 018 M€	1 037 M€	1 052 M€	1 058 M€
TOTAL DES PRODUITS		6 890 M€	6 907 M€	7 009 M€	7 024 M€	7 092 M€	7 160 M€	7 221 M€
RESULTAT CRPP		-52 M€	-38 M€	8 M€	-35 M€	-17 M€	4 M€	17 M€
RESULTAT CONSOLIDE		-10 M€	1 M€	45 M€	21 M€	38 M€	48 M€	45 M€

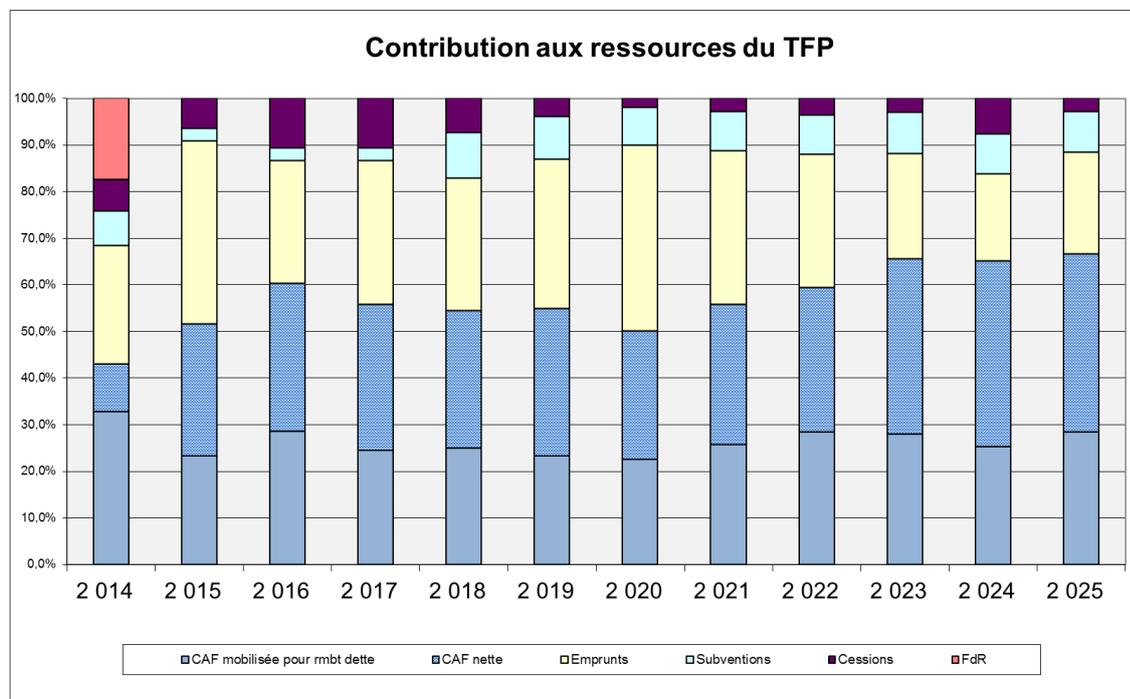
La garantie de cette trajectoire d'exploitation induit une répartition de l'efficience suivante :

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL 2014 - 2019
Dépenses	19 M€	49 M€	46 M€	42 M€	42 M€	48 M€	246 M€
Recettes	106 M€	87 M€	81 M€	68 M€	69 M€	64 M€	476 M€
Efficience	125 M€	136 M€	127 M€	110 M€	111 M€	112 M€	721 M€

Les équilibres financiers sont garantis et traduits dans le tableau suivant :

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total 2014-2025
Ressources du TFP	486 M€	545 M€	562 M€	562 M€	616 M€	651 M€	745 M€	708 M€	705 M€	672 M€	712 M€	696 M€	7 660 M€
CAF	253 M€	282 M€	339 M€	314 M€	335 M€	358 M€	373 M€	396 M€	419 M€	441 M€	464 M€	464 M€	4 438 M€
Emprunts	150 M€	214 M€	148 M€	173 M€	176 M€	208 M€	297 M€	232 M€	202 M€	151 M€	133 M€	152 M€	2 234 M€
Dotations et subventions	43 M€	15 M€	15 M€	15 M€	60 M€	568 M€							
Cessions d'immobilisations	40 M€	35 M€	60 M€	60 M€	45 M€	25 M€	15 M€	20 M€	25 M€	20 M€	55 M€	20 M€	420 M€
													-
Emplois du TFP	486 M€	545 M€	562 M€	562 M€	616 M€	651 M€	745 M€	708 M€	705 M€	672 M€	712 M€	696 M€	7 660 M€
Remboursements de dette	193 M€	127 M€	161 M€	138 M€	154 M€	153 M€	168 M€	182 M€	201 M€	188 M€	181 M€	198 M€	2 045 M€
Immobilisations	395 M€	418 M€	401 M€	424 M€	462 M€	499 M€	577 M€	526 M€	504 M€	484 M€	531 M€	498 M€	5 717 M€
Apport / prélèvement au FR	-102 M€	0 M€	0 M€	0 M€	0 M€	0 M€	0 M€	0 M€	0 M€	0 M€	0 M€	0 M€	-102 M€

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Encours total de la dette (yc CLTR)	2 195 M€	2 281 M€	2 268 M€	2 303 M€	2 325 M€	2 380 M€	2 509 M€	2 559 M€	2 559 M€	2 522 M€	2 474 M€	2 427 M€
Taux d'endettement	30,3%	31,4%	31,0%	31,3%	31,4%	32,2%	33,6%	34,1%	33,9%	33,3%	32,5%	31,7%
CAF nette	60 M€	154 M€	178 M€	176 M€	181 M€	205 M€	205 M€	214 M€	217 M€	253 M€	283 M€	266 M€
Ratio dette / CAF nette (en années)	36,84	14,80	12,71	13,09	12,83	11,60	12,23	11,97	11,78	9,97	8,73	9,13
Ratio dette / CAF (en années)	8,68	8,10	6,69	7,32	6,94	6,65	6,72	6,47	6,11	5,71	5,33	5,23



Au total, l'effort d'investissement se répartirait comme suit :

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total 2014-2025
Travaux	195 M€	233 M€	226 M€	249 M€	290 M€	324 M€	397 M€	341 M€	325 M€	306 M€	329 M€	286 M€	3 501 M€
Equipements	120 M€	105 M€	105 M€	105 M€	105 M€	108 M€	114 M€	118 M€	112 M€	111 M€	136 M€	145 M€	1 384 M€
SI	80 M€	80 M€	70 M€	70 M€	67 M€	832 M€							
Total	395 M€	418 M€	401 M€	424 M€	462 M€	499 M€	577 M€	526 M€	504 M€	484 M€	531 M€	498 M€	5 717 M€

Cette trajectoire n'est réaliste que si cet effort important sur le plan de l'exploitation s'accompagne d'engagements forts de nos tutelles à quatre niveaux :

- Le maintien des dotations autour de l'accord suivant : toute perte liée à un rebasage est compensée par l'accompagnement financier d'une autre mission à son juste niveau. Cela se traduit par une progression, modérée mais indispensable, des dotations Migac et FIR, de + 0,5 % par an,
- Un accompagnement nécessaire à la restructuration de l'offre de soins que l'AP-HP engagera sur le Nord francilien notamment, évalué à 50 M€ par an pendant 8 ans;
- L'acceptation d'un niveau de marge brute non aidée sur la période garantissant les investissements et la soutenabilité de la trajectoire d'exploitation ;
- Un soutien continu dans la valorisation de nos cessions, fruits de la restructuration hospitalière. En ce sens, la vigilance est de mise face au potentiel décret issu de la loi du 18 janvier 2013 portant mobilisation du foncier public ainsi que la valorisation de Saint-Vincent de Paul.

Ces engagements sont la condition indispensable d'une amélioration continue de la qualité des soins donnés aux patients franciliens, conjuguée à une maîtrise de la dépense publique.