

Analyse trajectoire AP-HP/CHU

CME du 3 MAI 2022

1. PERSPECTIVES BUDGÉTAIRES

UNE CAPACITÉ À INVESTIR MISE EN QUESTION ?

■ L'année 2021 s'inscrit dans le prolongement 2020 :

- ▶ À date, un résultat du budget principal prévu à - 289 M€ et un résultat consolidé de -242 M€, proche du résultat 2021
- ▶ **Les surcoûts Covid ont été *in fine* compensés à hauteur des demandes de l'AP-HP**, à un niveau supérieur à 2020 (**420,7 M€** contre 393,9 M€ en 2020),
- ▶ Les principaux écarts au budget initial 2021 (déficit prévisionnel de -156 M€) portent sur :
 - *Des recettes de séjours, couverts par la garantie de financement, inférieur à la cible initiale (-50 M€)*
 - *Des amortissements plus élevés (20 M€)*
 - *Les provisions CET en forte hausse (39 M€)*
 - *Un reste à financer Ségur de 10 M€*
- ▶ À noter que **sans la garantie de financement, ce déficit serait encore majoré de 237 M€**

■ La trajectoire actuelle d'activité présente un risque significatif pour 2022 en recettes et en dépenses :

- ▶ Même sous garantie de financement au premier semestre (108 M€), la non-réalisation des recettes représente un écart à la cible de l'EPRD d'environ **-145 M€ pour le premier semestre**
- ▶ **Le second semestre sera hors garantie de financement**
- ▶ **Un recours à l'intérim important, au delà des prévisions**
- ▶ **Des risques en charges liées à l'inflation**

IMPACT SUR NOTRE CAPACITÉ À INVESTIR

■ Rappels :

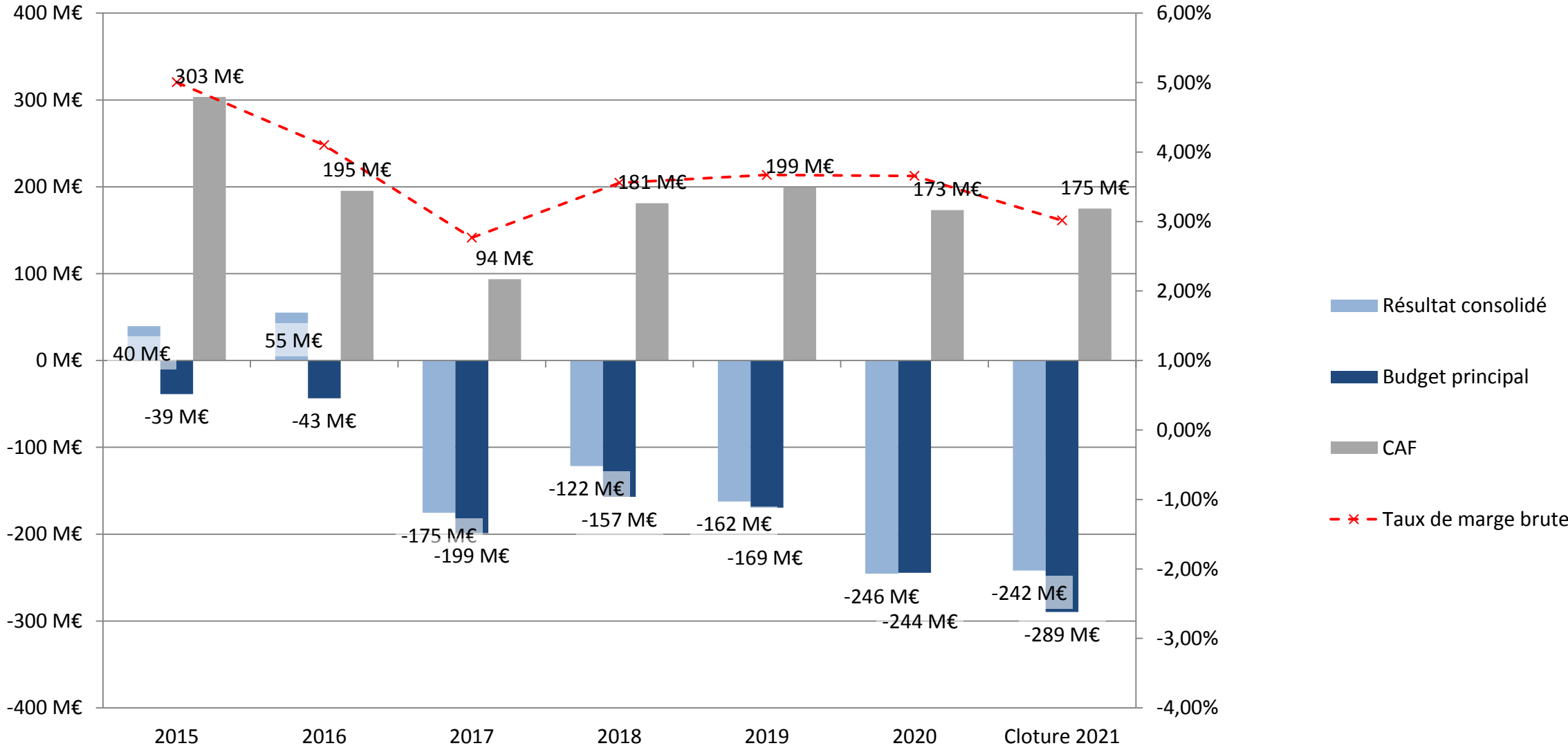
- ▶ **CAF** = capacité à financer nos investissements
- ▶ **CAF nette** = capacité à financer nos investissements sans emprunter

■ Données 2021 :

- ▶ CAF anticipée autour de **175 M€**, stable par rapport à 2020 (173 M€), mais avec 159 M€ de remboursements d'emprunt
- ▶ CAF nette anticipée : **16 M€**
- ▶ Investissement réalisé : **506 M€** en 2021

■ En clair :

- ▶ **Notre fonctionnement quotidien 2021 ne finance que 16 M€ d'investissement sans emprunt, soit 3% des dépenses d'investissement**, malgré l'aide de la garantie de financement.



2. POURQUOI CE CONSTAT ?

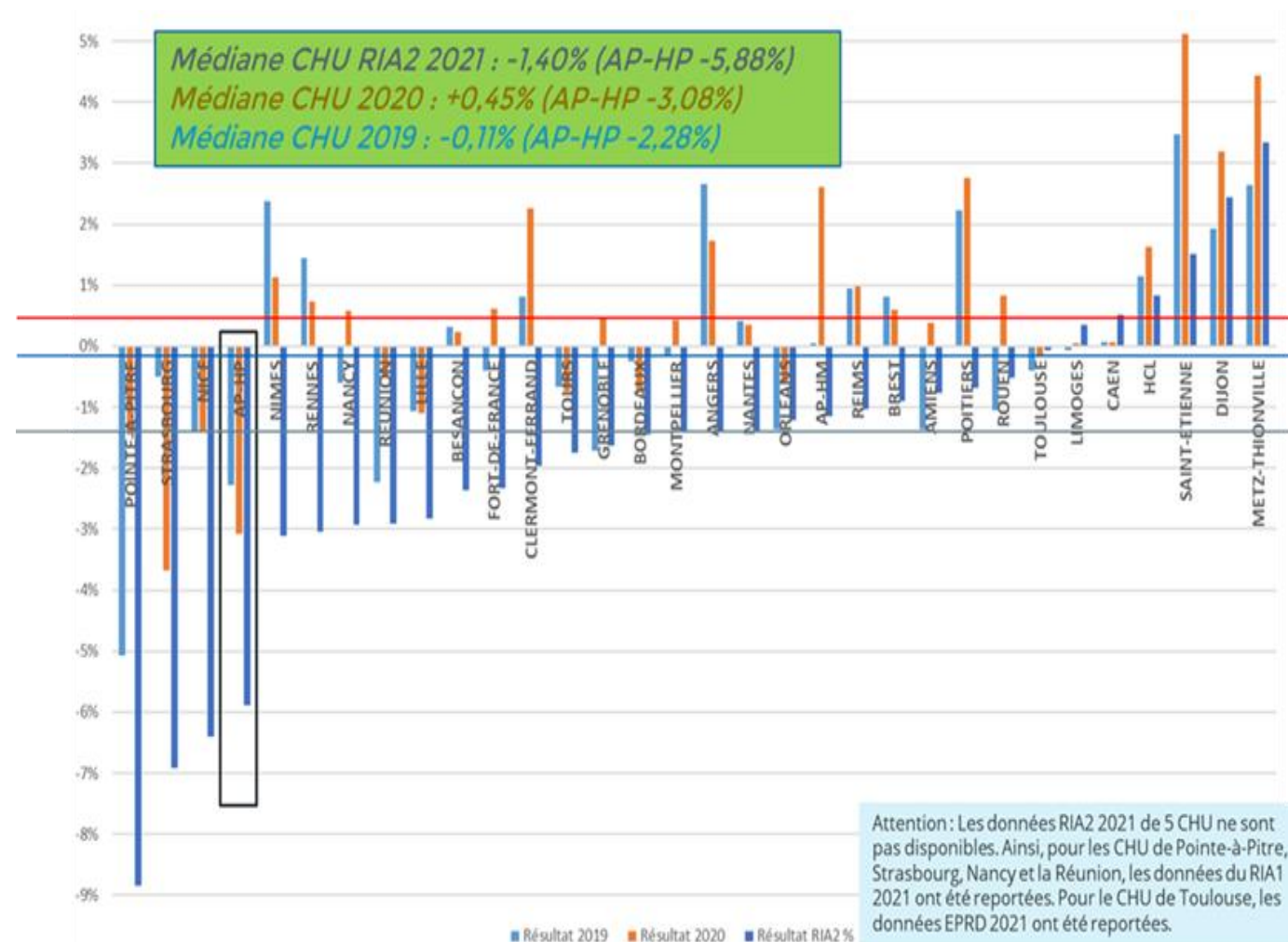
**Premiers éléments d'analyse
comparative CHU**

- **Nous avons essayé ici d'identifier les facteurs explicatifs et les pistes d'action potentielles par :**
 - ▶ Une analyse comparative, notamment par rapport aux autres CHU
 - ▶ Une analyse rétrospective, sur l'évolution de notre offre de soins et de ses déterminants.
- **Les éléments préliminaires d'analyse présentés ici sont issus d'un premier travail de mesure des ordres de grandeur des écarts internes ou externes de performance, ou d'atypies de l'AP-HP. Ces éléments ont vocation :**
 - ▶ À questionner et à donner des indications de potentiels
 - ▶ À être discutés et complétés par un travail d'analyse partagé avec les GHU et l'ensemble des acteurs concernés
 - ▶ À être challengés pour en identifier les biais méthodologiques inévitables.
- **Ces chiffrages sont donc à prendre dans cette attente pour ce qu'ils sont : des ordres de grandeur perfectibles.**

PREMIER CONSTAT : COMPARATIF BUDGÉTAIRE D'ENSEMBLE

- **L'AP-HP présente un des résultats en termes relatifs les plus dégradés des CHU. Hors AP-HP, le total des autres CHU est globalement à l'équilibre**
- **Principales différences avec la moyenne des CHU (2019 : méthode : écart de structures de charges et de recettes, ramené au même niveau global de charges) :**

Recettes d'activité à niveau de charges équivalent (malgré coeff. géographique en notre faveur de 7%)	-393 M€
Charges de titre 3 : proportionnellement plus élevées, notamment pour les services extérieurs. <i>A conforter au regard du poids de la sous-traitance à l'AP-HP, corroboré par une part du personnel technique et ouvrier plus faible.</i>	+112 M€
Masse salariale : proportionnellement plus élevée. Notamment PNM, PM senior contractuel et intérim	+80 M€
Charges de titre 2 InGHS : proportionnellement plus élevées, modulo les effets de stocks, difficilement comparables.	
Recettes MIGAC/FIR : dans la moyenne, sauf pour 2021 où l'AP-HP est favorisée par l'intégration du projet social	
Recettes de facturation patients/mutuelles : proportionnellement plus élevées, mais à risque avec la réforme TNJP.	+165 M€ dont 74 M€ patients étrangers



■ En première analyse

- ▶ L'APHP souffrirait donc comparativement de recettes d'activité trop faibles à niveau de moyens comparable.

3. Pourquoi un tel décalage sur les recettes ?

Analyse de notre offre de soins et sa valorisation

- **Entre 2018 et 2021, l'AP-HP a connu une baisse d'activité plus forte que celle observée chez les autres acteurs du secteur à l'exception du SSA :**
 - ▶ **-12% d'activité** contre -8% pour la région et -7,2% pour le reste de la France
- **Conséquence : baisse de la part d'activité de l'AP-HP**
 - ▶ l'APHP représente désormais **28,3% de l'offre régionale** contre 29,2% en 2018.
- **Dans le détail, conséquences sur certains segments d'activité notamment sur certains pans de l'offre de recours et/ou de référence?**
 - ▶ **Analyse de l'activité 2017-2019 et 2019-2021** : sélection des activités en difficulté avant la période Covid et qui ont particulièrement souffert de la période épidémique : diminution des séjours et des journées d'hospitalisation, diminution du PMCT...
 - ▶ Exemples (non exhaustifs) sur trois groupes de discipline
 - **Cancérologie** (-10% HC et IP>1,10, -4,3% de patients et -10% de séjours avec au moins un acte de chirurgie) ; **radiothérapie** (-5% de séance avec un nombre de patients stable – hypofractionnement) ; **chirurgie oncologique** : -14% en gynéco, -7% seno, -7% uro et -3% en digestif (mais -11% des séjours chirurgicaux : colon rectum -8%, Foie de VB : -17%, œsophage : -32% dans un contexte où la chirurgie digestive perd 18% de séjours d'HC)
 - **Gériatrie** (IP 1,26 en 2018, 1,17 en 2021 et activité 2017-2021 : -17% HC et -12% HP)
 - **Ostéo-articulaire** : orthopédie (IP~1,10 et activité 2017-2021 : -21% HC et -10%HP) et rhumatologie (IP~1,04 et activité 2017-2021 : -25% HC et 0%HP)

VALORISATION de l'ACTIVITÉ : CODAGE

- Entre 2018 et 2021, le RMCT (recette moyenne d'un séjour) de l'AP-HP a reculé de -2,5% (hors effet tarifs)

- Pour estimer la part du codage dans cette évolution :

▶ Le calcul des recettes hors tarifs et hors volume montre un effet négatif sur 2018/2021 dans tous les GHU sauf Sorbonne (tableau 1)

▶ Cet « effet structure » combine donc l'effet du case-mix et l'effet de l'optimisation du codage

▶ Sur l'HC seule, l'écart est encore plus significatif

▶ Si tous les GHU avait suivi cette tendance, le surcroît théorique de recettes pour l'APHP aurait été de 145 M€

	Volume structure				2021/2018	
	2019/2018	2020/2019	2021/2020	2022/2021		
CUP - AP-HP.CENTRE-UNIVERSITE PARIS	-8 295 951 €	17 305 021 €	-34 739 237 €	8 185 374 €	-25 730 167 €	-4,4%
HMN - AP-HP.HU HENRI MONDOR	-8 829 286 €	9 265 298 €	-12 727 906 €	7 646 648 €	-12 291 894 €	-5,9%
NUP - AP-HP.NORD UNIVERSITE DE PARIS	-11 065 317 €	17 436 812 €	-21 388 835 €	20 591 663 €	-15 017 340 €	-2,2%
PSD - AP-HP.HU PARIS SEINE-SAINT-DENIS	-5 655 837 €	5 611 082 €	-6 423 584 €	5 959 381 €	-6 468 339 €	-4,7%
SUN - AP-HP.SORBONNE UNIVERSITE	20 229 469 €	7 700 224 €	-3 996 955 €	24 694 124 €	23 932 738 €	3,4%
UPS - AP-HP.UNIVERSITE PARIS SACLAY	-6 524 800 €	20 438 266 €	-29 770 103 €	11 150 368 €	-15 856 638 €	-3,7%

	Volume structure HC				2021/2018	
	2019/2018	2020/2019	2021/2020	2022/2021		
CUP - AP-HP.CENTRE-UNIVERSITE PARIS	-2 784 706 €	21 324 022 €	-14 693 458 €	18 733 560 €	3 845 858 €	0,8%
HMN - AP-HP.HU HENRI MONDOR	-1 959 135 €	8 977 897 €	-7 091 100 €	12 623 138 €	-72 339 €	0,0%
NUP - AP-HP.NORD UNIVERSITE DE PARIS	813 182 €	14 845 357 €	-10 201 064 €	4 606 242 €	5 457 476 €	0,9%
PSD - AP-HP.HU PARIS SEINE-SAINT-DENIS	-3 329 444 €	8 624 284 €	-614 394 €	3 208 026 €	4 680 447 €	4,1%
SUN - AP-HP.SORBONNE UNIVERSITE	19 957 906 €	26 664 565 €	12 841 973 €	15 437 250 €	59 464 443 €	9,9%
UPS - AP-HP.UNIVERSITE PARIS SACLAY	2 834 446 €	20 832 078 €	-11 168 994 €	-4 229 781 €	12 497 531 €	3,4%

- L'estimation faite ici se base sur des comparaisons intra-APHP
- Une analyse complémentaire en regard du codage des autres CHU sera nécessaire.
 - ▶ Travaux à mener avec DIM / DAF des GHU

■ L'AP-HP présente des DMS supérieures à la moyenne nationale (IPDMS)

- ▶ Avec un écart croissant sur la période 2018-2021 (IP)
- ▶ Désormais proche de 10%.

■ À DMS identique à la moyenne nationale, le surcroît de recettes est estimé à 235 M€ (base 2019)

- ▶ En chirurgie, des écarts majeurs en orthopédie, digestive, cardio-vasculaire et neuro
- ▶ En médecine, en hémato, pneumo et vasculaire

■ En première analyse, la DMS peut être impactée :

- ▶ Par l'organisation de nos parcours (fluidité de l'aval, circuits ambulatoires, organisation des sorties, etc.)
- ▶ Par un effet codage » (absence de niveaux de sévérité codé, etc.)

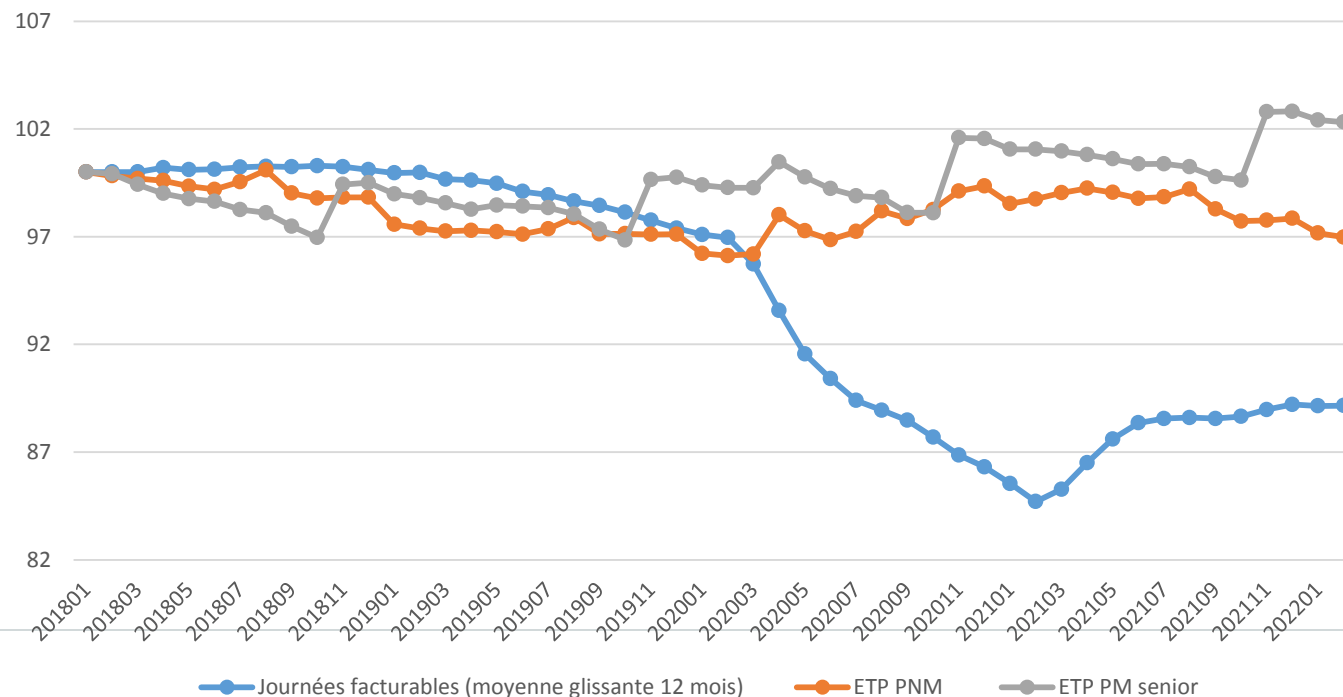
Année	Nb de séjours et séances	DMS	DMS (+ de 1 nuit)	Index de performance	Index de performance (+ de 1 nuit)
2017	624 305	6,0	7,8	1,06	1,07
2018	622 513	6,0	7,8	1,07	1,09
2019	593 471	6,1	7,9	1,08	1,09
2020	527 498	6,3	8,1	1,09	1,10
2021	554 384	6,0	8,0	1,09	1,11

PREMIÈRE APPROCHE GLOBALE : ÉVOLUTION ACTIVITÉ / EFFECTIFS

■ En regardant l'évolution comparée des effectifs et de l'activité depuis janvier 2018 (base 100), on constate :

- ▶ Un **décrochage de l'activité** (nb journées HC et HP), léger depuis 2019 puis massif avec le Covid, sans retour à ce stade à la situation antérieure
- ▶ Pour les effectifs PNM, un retour au niveau de janvier 2018 à la mi-2021. Et une diminution depuis, concentrée sur les métiers en tension (niveau IDE au plus bas depuis 4 ans, voir infra).
- ▶ Un dynamisme des effectifs PM notamment depuis novembre 2020.

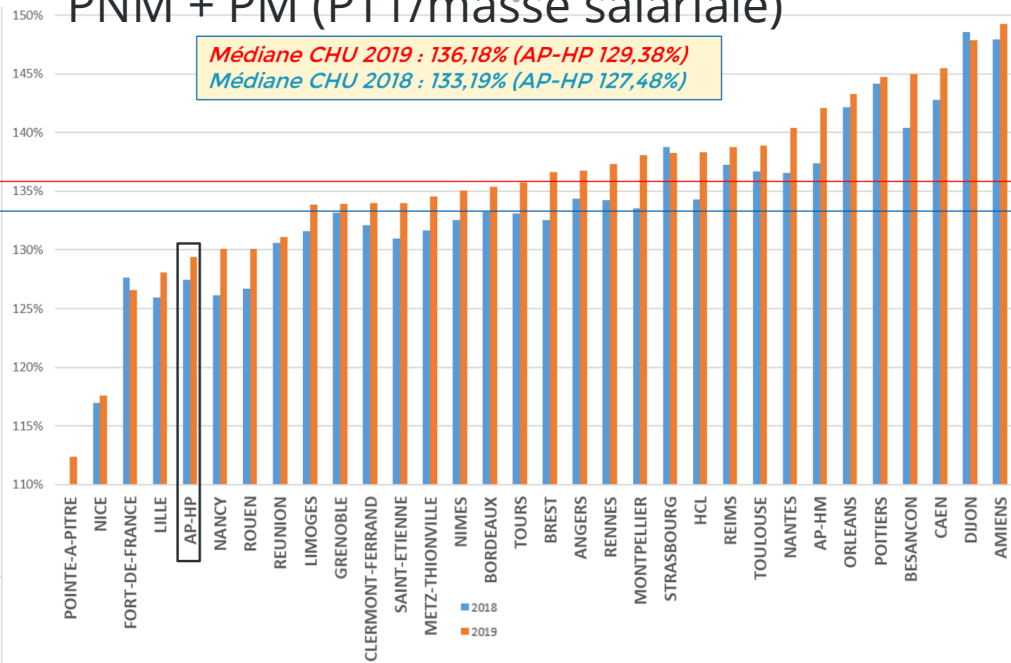
Evolution comparée volume de séjours (moyenne glissante 12 mois)
vs. ETP PNM et ETP PM, base 100 janvier 2018



■ En première analyse

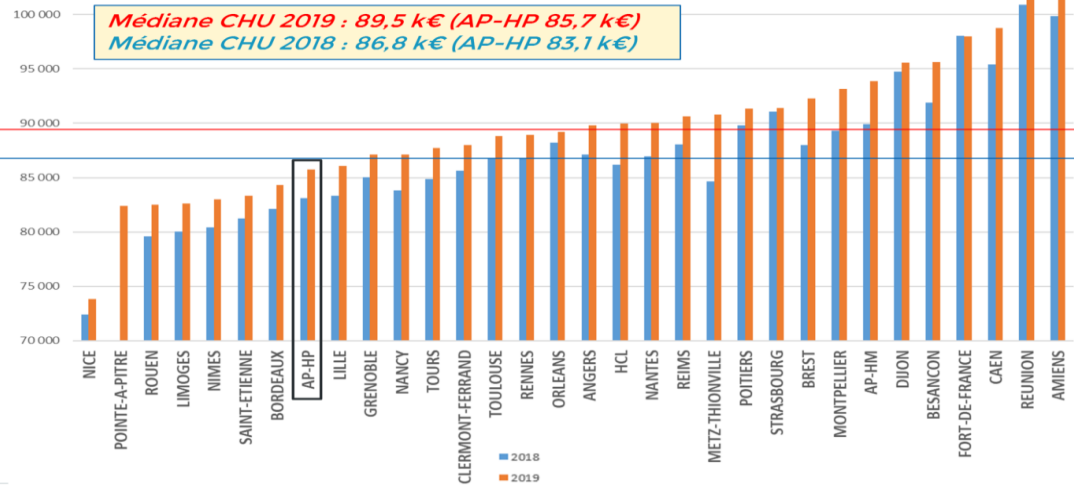
- ▶ Semble confirmer le constat fait plus haut : une offre d'activité qui a décroché par rapport aux moyens alloués.
- ▶ Un effet covid
- ▶ Une difficulté à retrouver les niveaux antérieurs depuis.

PNM + PM (PT1/masse salariale)

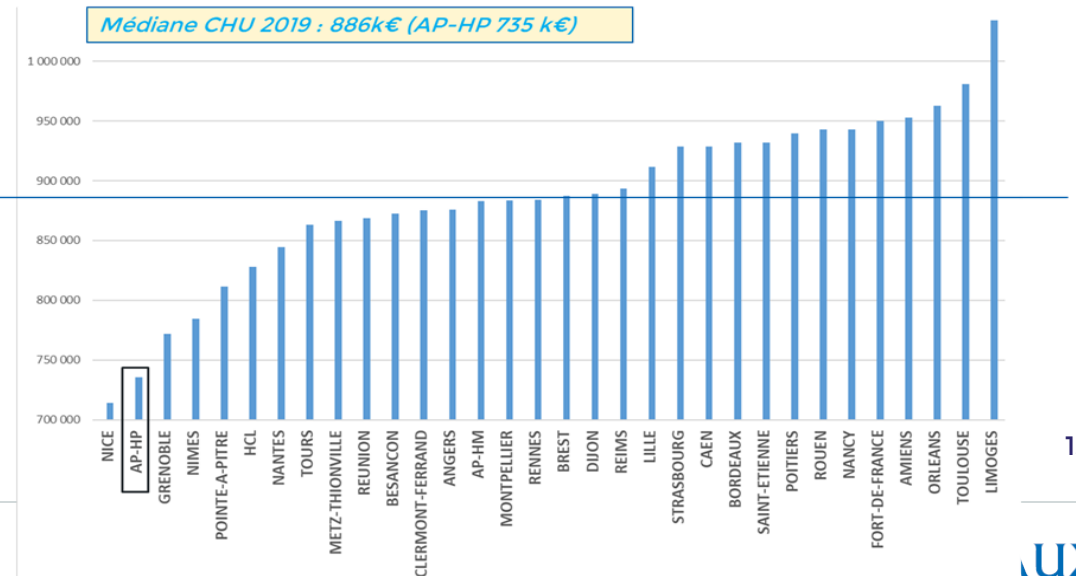


■ Par comparaison à la médiane des CHU, les recettes assurance maladie (soins + recherche + activités spécifiques) rapportées à nos effectifs réels sont

- ▶ Inférieures de 6,8 points pour l'ensemble des effectifs
- ▶ Inférieures de 4,2 points en rapportant au PNM seul
- ▶ Inférieures de 17 points en rapportant au PM senior seul



PNM (PT1/ETP)



PM (PT1/ETP)

Quelques constats complémentaires :

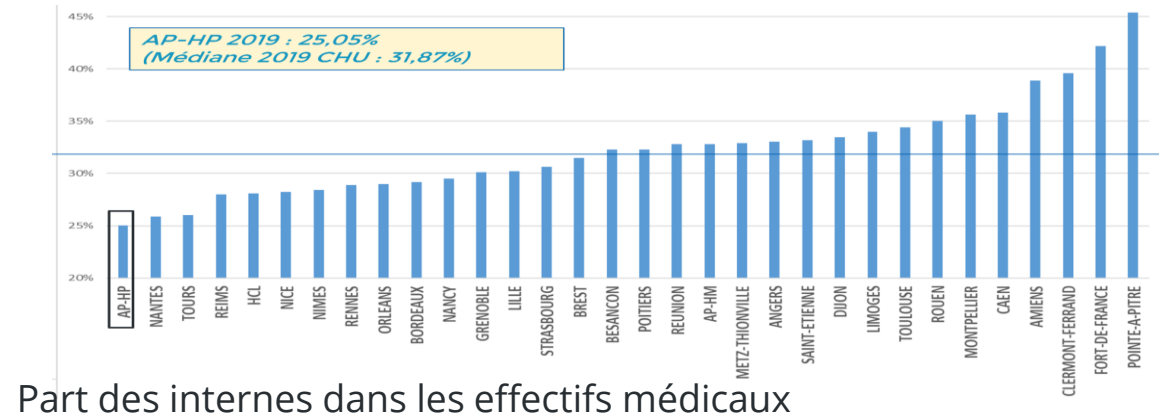
■ Coût unitaire du PNM est plus élevé (en 2019) à l'AP-HP :

- ▶ De 6% par rapport à la moyenne nationale (+7,4% par rapport aux établissements en zone à coefficient géographique 0%)
- ▶ La compensation massive en 2021 de la diminution des effectifs IDE par le recours aux HS et à l'intérim a creusé une anomalie supplémentaire par rapport aux CHU

■ À l'AP-HP, le nombre moyen de professionnels au lit du patient par lit et place MCO occupés (SAE 2019)

- ▶ + 2 % pour les IDE et IDE spécialisés / CHU
- ▶ + 26 % pour les AS (pour le total AS + ASHQ : + 14%)

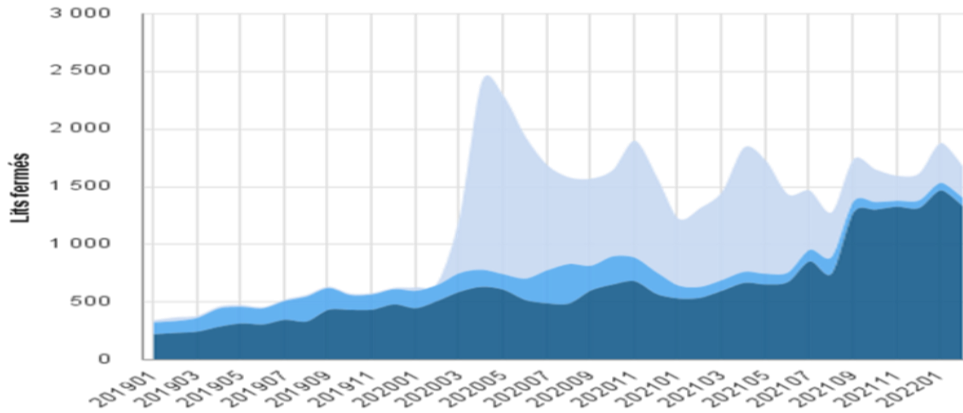
- La structure PM est marquée par une seniorisation très forte (+13 points vs moyenne des CHU), notamment lié au poids des attachés
- De manière contre intuitive, la part des internes apparait comme la plus faible de France. Ce chiffre est à retravailler sur un ratio au séjour, par exemple
- Ces constats devraient évoluer avec la réforme des contractuels et renchérir le cout de la masse salariale PM AP-HP



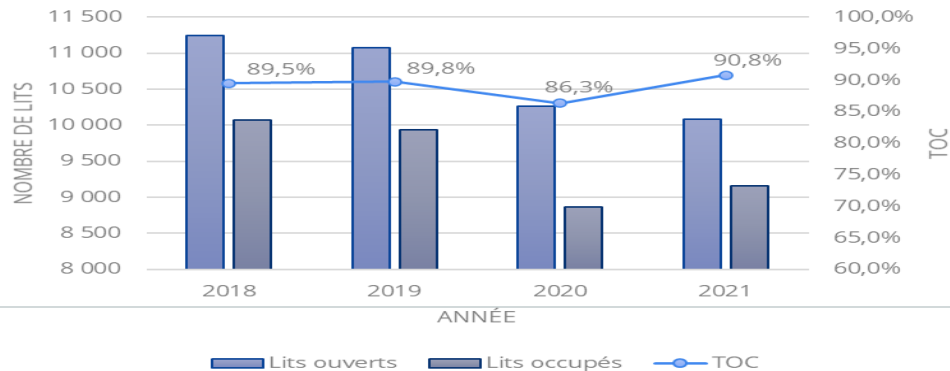
ÉVOLUTION CAPACITAIRE...

- 10,3% de lits ouverts entre 2018 et 2021, malgré un TO en hausse en 2021 (soit un manque de recettes de 232 M€)

- Lits fermés (motif : manque de personnel)
- Lits fermés (motif : travaux)
- Lits fermés (motif : désinfection)

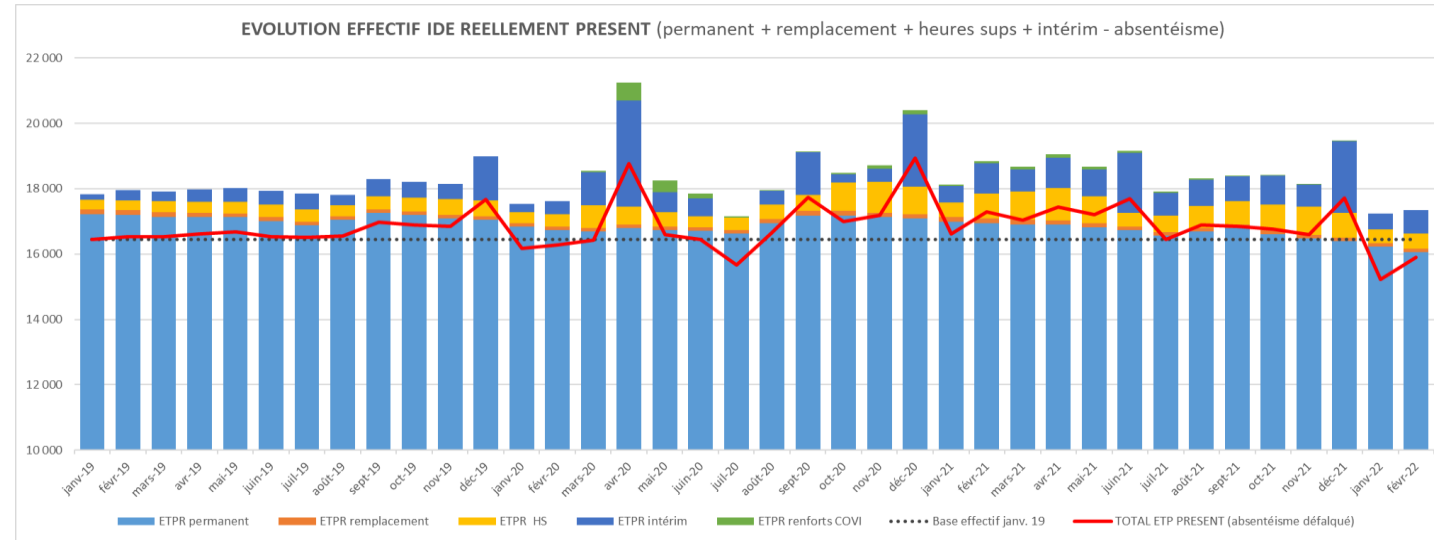


L'occupation des lits MCO



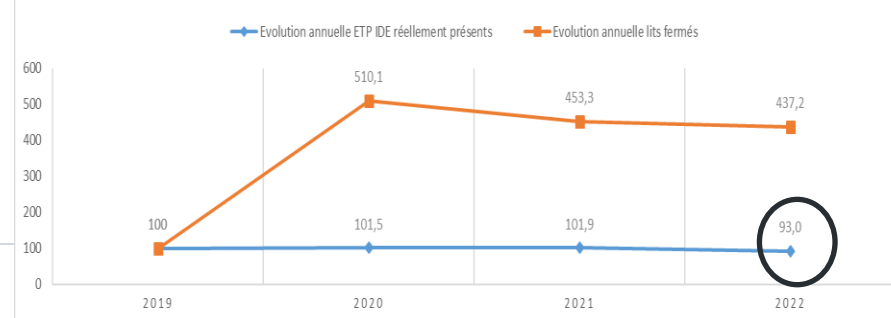
... ÉVOLUTION PRÉSENCE IDE EFFECTIVE

L'évolution des présences IDE effectives (incluant heures sup/ intérim / absentéisme) montre une situation 2021 en volume comparable à 2019.



La baisse constatée en janvier/février 2022 est majoritairement expliquée par l'absentéisme « Omicron »

Evolution comparée effectifs IDE réellement présents / lits fermés (base 100 en 2019)



Une composition qui est par contre moins qualitative pour les services :

- Augmentation forte de la part des heures supplémentaires, **mais aussi et surtout de l'intérim**,
- Avec les inconvénients connus de cette modalité (qualité collectif du service, turn over,...)

- **Activités logistiques et médico-techniques : les écarts de coût unitaire (RTC 2019) génère des potentiels d'efficience :**
 - ▶ **Biologie** : 35 à 92 M€ (coût du B AP-HP : 20 à 22 ct contre 18 en moyenne nationale)
 - ▶ **Services hôteliers** (nettoyage, gardiennage, sécurité, déchets etc.) : 62 à 73 M€ (attention dans d'autres chu ,ces activites peuvent être intégrées aux organisations de soins)
 - ▶ **Blanchisserie** : coût AP-HP de 3,4 € / kg de linge contre 1,33 € au niveau national, soit un écart de 20 M€
 - ▶ **Stérilisation** : coût unitaire de 0,35 € contre 0,23 € en moyenne nationale, soit un potentiel de 10 M€
 - ▶ **Crèches** : pas de comparaison CHU immédiatement disponible, mais un déficit 2021 de 42 M€ , cout employeur
- **Certaines activités apparaissent avec des ratios proches comme l'imagerie, l'anesthésie-réa**
- **Pour les activités financées en MIG/DAF/FIR, il ne ressort pas de sous-financement global (écart charge-recette), ni de différenciation majeure de dynamique par rapport aux CHU (à l'exception du projet social en 2021)**
- **Les activités les moins bien financées sont concentrées sur les activités spécifiques CHU :**
 - ▶ **Biologie HN** : écart de 128 M€ /cout analytique aphp, non couvert par le financement MERRI, reforme en 2022
 - ▶ **Etudes médicales** : + 30% internes , et un écart 115 M€ entre la dotation et les recettes générées l'activité clinique des internes
 - ▶ **MERRI recours** : enveloppe sous-financement figée depuis 2016, avec un nombre croissant de bénéficiaires
 - ▶ **Précarité** : mesuré en 2017 à 52 M€ ; la réactualisation devrait creuser cet écart

■ Une situation budgétaire qui nous expose :

- ▶ Fin de la garantie de financement sur les recettes assurance maladie prévue au 30 juin 2022
- ▶ Une situation de la CAF nette (proche de zéro) qui ne peut pas perdurer au-delà de cet exercice
- ▶ Vigilance accrue et forte des tutelles, notamment au vu de la situation atypique de l'APHP / autres CHU.

■ L'impératif d'éviter les conséquences sur :

- ▶ Notre capacité à investir
- ▶ La réalisation du projet social, notamment en matière d'attractivité et de recrutement des métiers en tension

■ Le besoin d'une mobilisation collective pour corriger nos points de fragilité

- ▶ Nous ne pouvons perdre des semaines à produire un diagnostic exact à la virgule près → Agir sur la base des constats macro qui sont suffisamment parlants, et qui seront affinés au fur et à mesure.
- ▶ Ne pas se perdre dans un grand plan type plan de transformation, au suivi laborieux
- ▶ Cibler quelques leviers majeurs où on met toute notre énergie collective et en intéressant les acteurs à ces résultats :
 - *Plan d'amélioration du codage, de la facturation et sortie de la garantie de financement*
 - *La poursuite du plan d'optimisation de notre capacité de soins*
 - *Poursuivre notre plan de recrutement des IDE (CAF°, engagements attractivité et fidélisation)*

■ Un travail mené avec les GHU :

- *Sur la base d'éléments de diagnostic à la maille GHU (voire sites quand c'est adapté), sur chacun des leviers identifiés.*
- *Se traduisant en des plans d'action précis permettant d'obtenir des résultats sur ces leviers dès 2022 et pour 20*

■ Au niveau AP-HP : une réunion de suivi hebdomadaire :

- ▶ Impliquant toutes les directions concernées
- ▶ En charge de faire le lien avec les plans d'action GHU
- ▶ Pour jouer un **rôle de facilitateur** et débloquer au niveau transversal les sujets qui le nécessitent et remontés par les GHU.

■ Un dialogue permanent :

- ▶ Partage des leviers d'action transversaux par le siège
- ▶ Déclinaison selon situation propre à chaque GHU
- ▶ Partage par les GHU des autres leviers d'action identifiés, et des points bloquants qu'il faut lever au niveau local ou transversal.

■ Synthèse au niveau AP-HP des cibles attendues et des calendriers, avec la désignation de référents / correspondants siège pour chaque action.

- Habituellement, les conférences CRPPM (compte de résultat modificatif) permettent d'ajuster les prévisions budgétaires en cours d'année.

- Dans le contexte 2022, il est proposé que ces conférences soient l'occasion :
 - ▶ De présenter et valider les grandes lignes du plan d'action de chaque GHU,
 - ▶ Intégrant les premiers leviers d'action identifiés et la manière dont ils peuvent s'appliquer en fonction de la situation locale propre à chaque GHU :
 - *Codage / facturation sur l'ensemble de la chaîne (médical / administratif / système d'information / DIM / etc.)*
 - *Médicaments / liste en sus / prescriptions hors AMM, etc.*
 - *Organisation des soins / parcours*
 - *Structure RH PM et PNM (enjeu d'attractivité / préférence pour les recrutements plutôt que pour l'intérim et les heures supplémentaires)*
 - *Fiabilisation de nos outils de suivi (capacitaire, recettes, etc.)*
 - *Tous autres points en fonction de l'approfondissement des constats : fonctions support, activités sous-financées, etc.*

■ Calendrier projeté :

- ▶ 5 mai : retour des GHU sur :
 - *L'évaluation du décalage budgétaire au regard des données à fin mars*
 - *Les grands axes de leur plan d'action*
- ▶ 13 au 25 mai : conférences
- ▶ Mi-juin : restitution des annexes budgétaires modificatives 2022
- ▶ Mi-juillet : notification des CRPPM
- ▶ Mi-juillet : lancement de la campagne budgétaire et stratégique 2023