

CAR 1<sup>er</sup> OCTOBRE 2013

Présent(e)s CME : Guy BENOIT, Anne BUISINE, Catherine BOILEAU, Anne GERVAIS, Martine MARCHAND, Valérie PERUT, Guy SEBAG

Présent(e)s CMEL : Cherifa TALEB

DEFIP : Carine CHEVRIER, Didier FRANDJI, Etienne LISSILOUR, Dominique MANACH, Laurence NIVET,

DMA : Didier LE STUM, Namik TARIGHT

Excusés : Michel ZERAH, Alain LUCIANI,

#### **Informations divers :**

Mme Chevrier commente les grandes orientations du PLFSS 2014. L'ONDAM progressera de 2,4% en 2014 pour les établissements tarifés à l'activité. Les hôpitaux devront participer à l'effort de maîtrise de la dépense à hauteur de 577 M€ dont 138 M€ pour les produits de santé TAA (88 M€ pour les médicaments et 50 M€ pour les DM), les autres économies seront à trouver par une amélioration de l'efficacité.

Le montant des investissements aidés (pilotee par le Copermo) est fixé à 300 millions d'euros par an. Le FIR (3,3 milliards d'euros en 2013) est individualisé dans l'ONDAM et suivra son évolution.

La dégressivité tarifaire des actes devrait entrer en vigueur et des forfaits aux parcours de soins seront expérimentés par exemple pour la radiothérapie (sein, prostate), l'insuffisance rénale chronique.

#### **Tableau de Bord fin Aout 2013 :**

Le volume de passage aux urgences est de 532 435 pour les adultes et de 205 553 pour la pédiatrie. On observe une progression de 5500 passages dont 4700 pour les urgences pédiatriques.

L'activité en hospitalisation complète (HC) baisse de 0,5% (- 9800 séjours par rapport à la cible). Les évolutions sont variables (-2,2% en chirurgie, +0,6% en médecine, +2,6% en gynéco-obs).

En hospitalisation partielle (HP) l'activité progresse de +1,16% mais n'atteint pas la cible (déficit de 3800 séjours) avec une augmentation de 2,2% en Chimiothérapie et de 2,1% chirurgie ambulatoire mais une diminution en radiothérapie (-1,7%) et dialyses (-3,6%).

Pour les SSR l'activité en HC progresse de 3,3 % en HC mais baisse de 5,2% en HP.

Les recettes s'élèvent à 1 703 M€ mais n'atteignent pas la cible (écart de 9,4 M€). Le défaut d'exhaustivité et les erreurs de codage, conduisent à la perte de 1311 séjours ce qui représente un montant estimé à 4 M€.

#### **EPRD fin juin 2013**

Les recettes étaient de 3 271 M€ soit une progression de 76 M€ par rapport à 2012 et assez proches des prévisions (-0,3%). Pour les recettes de titre I, il faut toutefois souligner que :

- celles liées à l'hospitalisation ont fortement chuté avec un écart de 19 M€ par rapport à la prévision.
- celles liées aux consultations, et activité externes, ont progressé de 2M€ du fait d'une meilleure facturation.
- les lambda ont dépassé les prévisions de 6 M€

- les MIGAC sont passées en FIR avec une diminution de 2012 à 2013 : 574 M€ (1<sup>er</sup> sem 2012 ) à 522 M€ en 2013, et 108 M€ n'ont pas encore été notifiées.

Les recettes ont été inférieures aux prévisions pour la rétrocession de médicaments (-12M€) et la facturation des chambres individuelles pour lesquelles l'objectif de 5 M€ n'a été atteint qu'à hauteur de 75%.

Les dépenses se sont élevées à 3 375 M€. Elles ont progressé de 108 M€ par rapport à 2012 et ont été globalement proches de celles prévues (-12 M€).

Concernant les dépenses de personnel il faut noter que :

- Pour le PNM elles s'élèvent à 1566 M€ et sont inférieures de 12 M€ à la prévision.
- Pour le PM elles s'élèvent à 462 M€ et sont supérieures de 2 M€.

Pour le PNM, il a été expliqué que ces résultats se plaçaient dans le cadre d'une situation de plein emploi. Des questions sur le recours à des CDD ou divers formes de contrat ont été posées. Il a été répondu que cette diminution pouvait s'expliquer par la différence des recrutements par rapport à la prévision, à la mise en place des contrats d'avenir.

Pour le PM l'augmentation de 2 M€ observée serait liée une augmentation du nombre de postes (40 ETP), ce qui a suscité des interrogations du fait que les emplois médicaux devaient normalement être financés pour être créés.

Le niveau des dépenses médicales (médicaments, DM et entretien médical) a baissé de 13,5 M€

En résumé les recettes d'hospitalisations et les dépenses en personnel sont inférieures aux prévisions mais l'objectif initial, à ce stade, n'est pas remis en cause. Les incertitudes pour l'avenir sont d'une part l'évolution de l'activité et, d'autre part, les 108 M€ non encore notifiés.

#### **Réflexions sur le « processus budgétaire » 2014**

Un groupe de travail réunissant des présidents de CMEL, des Directeurs de GH, des représentants de la DRH (siège), de la DMA, de la DEFIP a travaillé sur la simplification du cycle de gestion, la régulation interne de l'APHP (autour de la notion de pluri-annualité et de contractualisation), la répartition des règles de l'efficience.

Parmi les critères qui pourraient être pris en compte pour répartir l'efficience on peut citer : les niveaux de déficit tendanciels, objectifs en termes d'offre de soins, les investissements réalisés ou à venir.

Les participants demandent que des paramètres comme le niveau de prise en charge de la précarité, le caractère multi-site des GH, la comparaison de l'activité des sites (pourcentage d'activités programmées) soient des critères pris en compte dans la répartition.

Le but est d'améliorer les capacités d'investissement, d'aller vers une contractualisation pluriannuelle, de parvenir à une marge brut de 8% à l'horizon 2020.