

# EPRD 2012

1. Budget principal - Prévisions d'activité et de recettes
2. Budget principal - Prévisions de dépenses
3. Budgets annexes
4. Investissement et endettement prévisionnels
5. Annexes





# Rappels réglementaires

## ■ Calendrier budgétaire 2012

- Circulaire de campagne tarifaire du 16 mars 2012
- Notifications de l'ARS en date du 11 mai 2012 et du 5 juin 2012 (FIR)
- Le directeur arrête l'EPRD dans les 30 jours qui suivent la notification
- Lorsque l'état des prévisions de recettes et de dépenses de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris est présenté en déséquilibre, le directeur général de l'agence régionale de santé peut l'approuver, après avis conforme des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget

## ■ Compétences

- Le conseil de surveillance** « se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement ». Il entend notamment le directeur sur l'EPRD (art. L 6143-1 CSP)
- Le directoire** « conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement » (art. L 6143-7 CSP)
- Le directeur** fixe l'EPRD, le plan global de financement pluriannuel (PGFP), les propositions de tarifs journaliers de prestation (art. L 6143-7-3 CSP)



# Introduction – Les grandes caractéristiques du budget 2012

## ■ Un contexte national difficile

### □ Un ONDAM hospitalier en hausse, mais une baisse des tarifs

- En 2012, l'Ondam hospitalier est en hausse de + 2,56% par rapport à 2011
- Cette progression se traduit par une légère baisse moyenne des tarifs
  - 0,19 % hors convergence ciblée
  - -0,21 % avec convergence ciblée
  - Cette évolution moyenne se retrouve à l'AP-HP

### □ Un nouveau gel (« mise en réserve ») des Migac, en vue de garantir le respect de l'ONDAM hospitalier

- 415 M€ au niveau national, dont : 298 M€ sur les dotations régionales
- montant IDF : 58 M€ (contre 65 M€ en 2011)
- Pour l'AP-HP : un gel de 19 M€ (contre 26 M€ l'an dernier)

### □ La poursuite du processus de convergence inter-sectorielle (« convergence ciblée »)

### □ Une modification de la réglementation sur l'AME, qui pénalise fortement l'AP-HP

## ■ Un budget qui reflète une politique volontariste

- Un objectif d'amélioration qui passe essentiellement par une dynamisation des recettes
- La mise en œuvre d'actions d'efficience permettant de financer les actions nouvelles
- Un effort réparti entre les groupes hospitaliers et les services centraux et généraux

# 1. Budget principal - Prévisions de recettes

## Recettes liées aux séjours

	<b>Prévisions 2012</b> (évolution 2011-2012)	<b>Recettes supplémentaires attendues au CRPP</b>
<b>MCO</b>	<b>+ 3 %</b>	<b>+ 73 M€</b>
<b>Externe</b>	<b>+ 1,2 %</b>	<b>+ 1,8 M€</b>
<b>HAD</b>	<b>+ 7,1 %</b>	<b>+ 2,8 M€</b>

- La prévision de recettes s'inscrit dans le respect des orientations ministérielles et intègre les nouveaux tarifs
- Elle s'appuie sur les objectifs des groupes hospitaliers et traduit les objectifs de positionnement de l'AP-HP

## Principales mesures nouvelles 2012

Fermeture de la maternité de St-Antoine et transfert de l'activité sur Trousseau et Tenon	- 210 séjours (en raison d'une fermeture en février et d'une reprise progressive)
Création de l'activité de chirurgie plastique et reconstructrice du Pr Lantieri à HEGP	+ 430 séjours en HC et + 200 séjours en HP
Transfert de l'activité de rythmologie entre Lariboisière et Bichat	+ 800 séjours
Montée en charge de la NRI de Beaujon	+ 150 séjours
Intégration de l'IPP à NCK	+ 700 séjours
Ouverture complémentaire à Rothschild-UGA MCO (Dr Meaume)	+ 470 séjours
Création d'une ZSTCD à Béclère	+1 000 séjours
Réouverture progressive de lits à A.Paré	+ 900 séjours
Impact de l'ouverture de Laennec sur NCK	diminution en raison du déménagement (- 400 séjours) + transfert de Trousseau (environ 800 séjours) + développement de l'activité sur Laennec
Transfert des brûlés de Cochin vers Saint Louis	hausse prévisionnelle d'activité



## Une politique volontariste d'activité

### ■ Hospitalisation complète : environ 8 000 séjours supplémentaires

#### □ Chirurgie : près de 1500 séjours supplémentaires en 2012

- +1.9% en chirurgie viscérale,
- +1% en chirurgie orthopédique,
- +3% en chirurgie thoracique,
- +5% en chirurgie cardio-vasculaire,
- -0.5% en urologie.

#### □ Gynéco-obstétrique : une augmentation de +1.4%

- liée principalement, pour l'obstétrique, à l'ouverture de PR1, ainsi que l'atteinte de la cible sur Bicêtre et l'augmentation sur R.Debré,
- en gynécologie (+2.7%) : forte augmentation sur Cochin, Lariboisière et Bicêtre.

#### □ Médecine

- augmentation de l'Hépatogastro-entérologie (+3%),
- augmentation diffuse de la médecine interne gériatrique (+7%),
- diminution de la pneumologie (-2.3%) avec impact ABC,
- soins palliatifs (+7%),
- stabilité de la cardiologie et de la médecine interne.
- services d'hospitalisations post urgence adultes et enfants : une augmentation sensible (+ 2,2%, notamment sur STARTT et Béclère)



## ■ Hospitalisation partielle : environ 10 000 séjours supplémentaires

### □ Séances

- Près de 1 400 séances de radiothérapie supplémentaires (en particulier à la Pitié)
- Augmentation très sensible des séances de dialyse (+1 100 séances)

### □ Chirurgie : augmentation de 600 séjours ( +3 %) sur les spécialités chirurgicales

- Chirurgie orthopédique : +2.5%
- Chirurgie ortho infantile : +6%
- Chirurgie viscérale +6%
- Chirurgie plastique et reconstructrice (Saint-Louis): +8%

### □ Médecine

- Augmentation de la rhumatologie (+5%)
- Augmentation de la médecine interne gériatrique (+8%)
- Augmentation de l'hépto-gastro (+2%)



■ **1.1. Recettes de Titre 1 (Recettes Assurance-maladie)**

□ **Rappel des effets de la campagne 2012**

<b>Evolution de l'échelle de classification et de l'échelle tarifaire</b>	<b>- 12,3 M€</b>
<b>Poursuite de la baisse du coefficient de transition</b>	<b>- 7M€</b>
<b>MIGAC</b>	<b>+ 6 M€</b>
<b>Evolution de la DAF (SSR et Psychiatrie)</b>	<b>+ 4 M€</b>
<b>Total</b>	<b>- 9,3 M€</b>

■ **Des forfaits en hausse**

<b>Forfait Urgences</b>	<b>En hausse de 0,9 M€ (+ 1,3 %), à 69 M€</b> Traduit la hausse des passages aux urgences constatée en 2011
<b>Forfait Greffes</b>	<b>En hausse de 1,4 M€ (+ 10 %), à 15,6 M€</b>
<b>Forfait Prélèvement d'organes</b>	<b>En hausse de 0,4 M€ (+ 10 %), à 4,4 M€</b>



## Récapitulatif-Recettes de titre 1

		Évolution 2011/2012
<b>Recettes d'hospitalisation</b>	<b>2 608 M€</b>	<b>+ 3 %</b>
<b>Molécules onéreuses</b>	<b>260 M€</b>	<b>+ 2 %</b>
<b>DMI</b>	<b>56 M€</b>	<b>+ 1,5 %</b>
<b>Migac + FIR</b>	<b>1 223 M€</b>	<b>+ 0,2 %</b>
<b>DAF</b>	<b>600 M€</b>	<b>+ 0,6 %</b>
<b>Forfaits</b>	<b>90 M€</b>	<b>+ 3,2 %</b>
<b>Consultations et activité externe</b>	<b>275 M€</b>	<b>+ 1,2 %</b>
<b>Total Titre 1 + FIR</b>	<b>5 112 M€</b>	<b>+ 1,9 %</b>



## ■ Zoom Réforme du FIR (Fonds d'intervention régional)

- Créé par l'article 65 de la LFSS 2012 et l'arrêté du 4 avril 2012
- Met en commun des dotations de la permanence de soins ambulatoires et en établissement (PDSA, PDSES), du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs), du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp), et des crédits de prévention
- Permet de financer des "actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures" concourant à huit types de missions:
  - la permanence des soins ambulatoire et en établissement (PDSA et PDSES)
  - l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins
  - l'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé
  - la modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins hospitalière
  - l'amélioration des conditions de travail des personnels hospitalier
  - la prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la sécurité sanitaire
  - la mutualisation régionale des moyens des structures sanitaires
  - la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie, la prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapées ou âgées dépendantes.
- Concrètement, pour l'AP-HP, se traduit par une bascule du Titre 1 (Migac) vers le Titre 3 (FIR) de :
  - 10 mois de permanence des soins, soit 49,6 M€
  - Les crédits relatifs à l'éducation thérapeutique, soit 17 M€
  - Les crédits relatifs aux CDAG, soit 1,4 M€
- Ces produits ont été notifiés le 5 juin, une notification complémentaire au titre notamment de la PDS est encore attendue

- 
- **Les produits attendus (MIG et FIR) non encore notifiés par l'ARS sont plus importants que les années précédentes**

<b>Permanence des soins</b>	<b>58,9 M€ (notifié 56,9)</b>
<b>ATU</b>	<b>25 M€</b>
<b>Internes</b>	<b>24 M€</b>
<b>Progrès médical</b>	<b>15,9 M€</b>
<b>Education thérapeutique</b>	<b>17 M€ (notifié)</b>
<b>Merri recours</b>	<b>10 M€</b>
<b>Hôpital 2012</b>	<b>7 M€</b>
<b>Consultants</b>	<b>4 M€</b>
<b>CDAG</b>	<b>1 M€ (notifié)</b>

- Cette politique de non délégation des dotations contribue aux tensions sur la situation de trésorerie de l'AP-HP



## ■ 1.2. Autres produits de l'activité hospitalière (recettes de titre 2)

□ Amélioration de la facturation de l'activité externe

□ Augmentation des tarifs journaliers de prestation de + 3,5 % au 1er juin 2012

□ Impact majeur de la réforme de l'AME

- 2010 : rapport conjoint IGAS-IGF montrant et expliquant le dynamisme des dépenses AME dans les hôpitaux
- 2011 : 1<sup>ère</sup> : étape : mise en place d'un droit de timbre
- 2012 : facturation non plus sur la base du TJP, mais sur la base du GHS
- Impact estimé pour l'AP-HP : 42 M€ en 2012 (44 M€ dans 2 ans, après disparition du coefficient de transition)

● **Atténuation des effets de la réforme de l'AME**

○ **Mise en place de 2 coefficients**

- Coefficient pérenne de 30% applicable à l'ensemble des établissements de santé quelque soit leur statut juridique,
- Coefficient de transition de 2% applicable aux seuls établissements ex-DGF pour les années 2012 et 2013

○ **Mise en place d'une AC non reconductible d'un montant de 30 millions d'euros, dont 10 M€ pour l'AP-HP**



### ■ 1.3. Autres recettes (recettes de titre 3)

- Poursuite du programme de facturation des chambres individuelles (5 M€ en 2012)
- Diminution des remboursements des budgets annexes
- Facturation des IDE en MAD (contrepartie : hausse de la masse salariale) (15 M€)
  - Devait être réglé sur l'exercice 2011
  - À l'occasion du changement statutaire des IDE, toutes les IDE en détachement passent en MAD
  - Conséquence : Rémunération par l'AP-HP et reversement par les structures concernées (y c. des frais de gestion)
- Création du FIR, qui se traduit par une hausse des recettes de titre 3 (par diminution des recettes Migac)
- Diminution des produits exceptionnels
  - Diminution prévisionnelle du produits des « Lamda » (produits AM des exercices précédents)
  - Baisse prévisionnelle des plus-values sur rattachements (meilleures prévisions avec le déploiement de SAP)
- Recette exceptionnelle grâce à un remboursement de taxe sur les salaires (+ 22 M€)



## Compte de résultat prévisionnel principal (CRPP) - PRODUITS

	Réalisation 2011	Prévision 2012	Évolution 2011/2012	Évolution 2011/2012
<b>1.Produits versés par l'assurance maladie</b>	5 018 M€	5 045 M€	+ 27 M€ *	+ 0,5 %
<b>2.Autres produits de l'activité hospitalière</b>	650 M€	630 M€	- 20 M€	- 3 %
<b>3.Autres produits</b>	850 M€	974 M€	+ 125 M€*	+ 15 %
<b>Total Produits</b>	<b>6 518 M€</b>	<b>6 650 M€</b>	<b>+ 132 M€</b>	<b>+ 2 %</b>

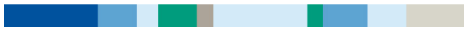
\* dont – 67,5 M€ au titre du FIR

\* dont + 67,5 M€ au titre du FIR et +15 M€ au titre de la facturation des IDE en MAD



## 2. Budget principal - Prévisions de dépenses

- **2.1. Des dépenses de personnel non médical maîtrisées**
    - **Une évolution tendancielle des dépenses qui résulte de plusieurs effets**
      - **À la hausse :**
        - extension en année pleine de mesures 2011 : protocole IDE ( + 5,8 M€), augmentation du Smic en décembre 2011 (+2,6 M€)
        - GVT (+ 5,1 M€)
        - Salaires des IDE en détachement (contrepartie : facturation du montant aux structures concernées) (+ 15 M€)
      - **À la baisse :** extension en année pleine des baisses de recrutement 2011
    - **Un périmètre plus large par rapport à 2011**
      - Intégration des personnels de l'IPP (+7,2 M€)
      - Intégration de prestataires informatiques (+ 0,7 M€)
      - Une prévision de monétisation des CET (+ 12,8 M€)
    - **Après neutralisation de ces effets, une dépense relativement stable qui traduit :**
      - Des efforts d'efficience
        - sur les fonctions supports
        - Sur l'intérim et les heures supplémentaires
      - Le développement de nouvelles activités de soins et le recrutement d'IDE
- L'AP-HP prévoit donc en 2012 une légère augmentation de ses effectifs par rapport à 2011



## ■ 2.2. Des dépenses de personnel médical qui restent sous tension

### □ Une évolution tendancielle des dépenses à la hausse

- extension année pleine des créations de postes 2011 (+ 3 M€)
- GVT (+ 4,3 M€)

### □ Des mesures catégorielles nouvelles

- Indemnités de service public – praticiens attachés temps plein et PH temps partiel à 100 % (+ 4,2 M€) (textes en attente)
- Abondement de la retraite des personnels HU (+ 4 M€, textes en attente)

### □ Des effets de périmètre

- Rattachement de la PDS de décembre 2011 à l'exercice 2011 (-6,8 M€)
- Intégration des personnels de l'IPP (+ 2 M€)
- Une prévision de monétisation des CET (+ 6,2 M€)

### □ Après neutralisation de ces effets, une dépense stable qui traduit :

- Des efforts d' »efficacité temporaire » (-1,2 M€)
- Une prévision de stabilité des dépenses de permanence des soins et les plages additionnelles
- Le développement de nouvelles activités (+0,6 M€)







## ■ 2.3. Autres dépenses

### □ Dépenses à caractère médical

- Tendancier : + 1,6 %
- Neutralisation de l'effet « reprise de stock » constaté en 2011, en raison du déploiement de SAP (+ 37 M€)

### □ Dépenses hôtelières et générales

- Tendancier : + 1,5 %
- Neutralisation de l'effet « reprise de stock » constaté en 2011, en raison du déploiement de SAP (+ 8 M€)
- Hausse des admissions en non-valeur par rapport à 2011 (« rattrapage » de 2011)

### □ Autres charges

- **Des charges financières en hausse (+ 5 M€)**
  - Conséquence de l'augmentation de l'endettement et de la remontée prévisionnelle des taux
- **Des charges exceptionnelles en hausse (+ 28 M€)**
  - Paiement exceptionnel à la Région (Ecoles) (+ 9 M€)
  - Hausse des charges de contentieux (+ 13 M€)
  - Rappel exceptionnel de TVA non collectée (+ 6,2 M€)
- **Des charges d'amortissement en hausse**
  - Conséquence de la mise en service d'opérations de travaux



## Compte de résultat prévisionnel principal (CRPP) - CHARGES

	Réalisation 2011	Prévision 2012	Évolution 2011/2012	Évolution 2011/2012
1. Charges de personnel	4 016 M€	4 072 M€	+ 56 M€ *	+ 1,4 %
2. Charges médicales hospitalières	1 246 M€	1 312 M€	+ 66 M€	+ 5,3 %
3. Charges hôtelières et générales	605 M€	630 M€	+ 26 M€	+ 4,3 %
4. Amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles	741 M€	709 M€	- 32 M€	- 4,4 %
<b>Total Charges</b>	<b>6 608 M€</b>	<b>6 723 M€</b>	<b>+ 116 M€</b>	<b>+ 1,8%</b>

■ \*dont 15 M€ de charges au titre des IDE en MAD



# Budget principal - Résultat prévisionnel 2012

**-Recettes totales : 6 649,6 M€**

**-Dépenses totales : 6 723,3 M€**

**-Soit un résultat prévisionnel de – 73,7 M€**



## 3. Budgets annexes

### ■ CRPA B (USLD)

- Budget déficitaire de – 4 M€
- Baisse de la dotation Soins, dans le cadre de la convergence à horizon 2016
- Baisse prévisionnelle des remboursements vers le budget principal (en raison de la baisse des charges communes notamment)

### ■ CRPA E (EHPAD)

- Anticipation d'une baisse de la dotation Soins, dans le cadre de la convergence à horizon 2016
- Budget très proche de l'équilibre

### ■ Dotation non affectée (CRPA A)

- Excédent prévisionnel qui traduit la politique de cessions immobilières

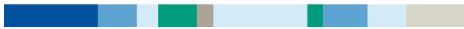
### ■ Ecoles (CRPA C)

- Budget équilibré

### ■ CSAPA (CRPA P)

- Budget équilibré





<b>Budget principal</b>	<b>- 74 M€</b>
<b>Budgets annexes</b>	<b>+36 M€</b>
<b>Résultat prévisionnel AP-HP, tous budgets confondus</b>	<b>- 38 M€</b>



## 4. Capacité d'autofinancement, investissement et endettement prévisionnels

- Une capacité d'autofinancement proche de **243 M€**
- Des investissements à hauteur de **485 M€**
- Des emprunts supplémentaires d'environ **96 M€**

### Situation par rapport aux critères de « déséquilibre financier » (article D 6143-39 CSP)

Critère 1 : déficit supérieur à 2 % (budget principal)	1,1 %
Critère 2 : en cas de déficit sur le CRPP, CAF inférieure à 2% du total des produits	3,5 %
Critère 3 : CAF inférieure au montant du remboursement annuel d'emprunts	+ 138 M€



# Les investissements 2012

- Un cadrage de crédits de paiement 2012 de 485 M€ au maximum
- Travaux : 319 M€ de CP 2012
  - 134 M€ déconcentrées (hors politique technique)
  - 127 M€ pour les opérations majeures concentrées
  - 58 M€ pour les mises en sécurité technique
- Equipements : 92 M€ de CP 2012
  - 28 M€ pour les nouveaux bâtiments
  - 64 M€ hors nouveaux bâtiments
- Système d'information : 74 M€ de CP 2012



## 5. Annexe - Risques 2012

### ■ Recettes

#### Activité

- 1 point d'activité = 25 M€
- Différentes causes possibles de moindre réalisation de l'activité par rapport aux prévisions :
  - Recrutement insuffisant d'IDE
  - Situation concurrentielle

#### Importance de Migac en attente

- Risque de non délégation au niveau attendu (progrès médical notamment)

#### Impact de la réforme de l'AME

#### Cessions immobilières

- Hypothèse EPRD : 40 M€ de cessions immobilières

### ■ Charges

#### Niveau de l'intérim et des heures supplémentaires

#### Niveau des recrutements en cas de non réalisation de l'activité

#### Niveau de variation stocks des sites (premier exercice de gestion des stocks sur toute l'année)