



Direction Générale de l'AP-HP

Direction de l'Economie des Finances de l'Investissement et du Patrimoine

LEVIER 30 :

Dispositif « retour économique vers les services »

NOTRE OBJECTIF :
ACCOMPAGNER NOS EFFORTS D'AMÉLIORATION DE NOTRE
TRAJECTOIRE BUDGÉTAIRE PAR LA MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF
DE RETOUR ECONOMIQUE VERS LES SERVICES

A) Pourquoi ce dispositif de « retour économique vers les services » ?

L'AP-HP s'est engagée dans une trajectoire de redressement progressif de sa situation économique qui devra nous conduire d'ici 2027 à retrouver les conditions d'un équilibre financier, gage de notre capacité à porter une dynamique de projets dans la durée.

Les leviers sur lesquels nous nous appuyons portent pour l'essentiel sur la mobilisation des équipes médicales, médico-techniques et soignantes pour recruter et fidéliser davantage nos professionnels, redresser notre activité de soins, améliorer notre codage et notre facturation ou encore veiller à la pertinence et la maîtrise de nos consommations.

Dès lors il est légitime que le fruit de ces efforts soit partagé et qu'à mesure que nous réussirons chaque année à réduire notre déficit, une partie de cette amélioration fasse l'objet d'un retour économique vers les services sous la forme d'une enveloppe financière dédiée à des dépenses collectives et décidées au niveau de l'équipe (ex. formations, équipements, petits travaux, autres projets, etc.).

Ce mécanisme s'appliquera à **tous les services de soins** (cliniques et medico-techniques) indépendamment de leur modèle de financement.

Il se met en place à partir de 2024.

B) Quels sont les principes fixant les règles du dispositif ?

Ce dispositif est lié à l'amélioration de la situation économique de l'AP-HP.

Ce dispositif de retour économique se déclenche à la condition que l'AP-HP arrive à réduire son déficit global. L'enveloppe redistribuée représentera 20 % de l'amélioration de notre solde recettes/dépenses, avec un versement aux services bénéficiaires en début d'année N+1. A titre d'exemple, si notre déficit se réduit en 2024, comme prévu, de 100 M€, le retour économique vers les services portera sur 20 M€ et sera versé début 2025.

Le montant global de l'enveloppe redistribuée variera donc chaque année puisqu'il sera calculé à partir de l'amélioration du résultat observé au fil de chacun des prochains exercices. Il est à noter cependant que notre trajectoire financière projetée pour les années 2024 à 2027 prévoit des marches de réduction de notre déficit d'une centaine de millions d'euros par an, ce qui devrait permettre, si nous y parvenons, de ne pas trop faire varier la part redistribuée.

Une fois calculée l'enveloppe annuelle à redistribuer au niveau des services, les règles de répartition obéiront à quatre principes :

- **Universalité** : tous les services de soins seront éligibles quand bien même leur activité ne génère pas de recettes directes (ex. biologie, PUI, imagerie, blocs, etc.)
- **Solidarité** : une part minoritaire de l'enveloppe bénéficiera à l'ensemble des services de l'AP-HP quelle que soit l'évolution de leur situation économique propre, afin de reconnaître que le résultat atteint est pour une part le fruit d'un travail collectif ;
- **Reconnaissance** : une part majoritaire de l'enveloppe sera répartie entre les services ayant directement contribué à l'amélioration du résultat. **Cette notion n'est pas liée au fait que le service soit excédentaire ou déficitaire mais au fait que le solde recettes / dépenses évolue positivement.** Les modalités de répartition de cette part proportionnelle devront, pour être justes, inclure des règles qui tiennent compte des effets de taille ou de structure tarifaire des services.
- **Qualité** : à partir de la 2^{ème} année (résultat 2025 versé en 2026), une partie de l'enveloppe (environ 20%) pourra être répartie sur la base de critères qui seront liés à l'atteinte d'indicateurs « qualité » (issus notamment d'IFAQ). Ces indicateurs seront définis d'ici fin 2024 pour l'ensemble des services éligibles au dispositif.

Ces crédits pourront être utilisés dans les **12 mois suivants leur versement** pour des **dépenses d'exploitation à l'exclusion de la masse salariale** (par exemple : des formations, des équipements, des événements d'équipes, etc.) ou pour **des dépenses d'investissement** (petits travaux, équipements).

Afin que chaque service puisse suivre sa performance, il s'accompagnera de la mise à disposition régulière au niveau des services d'indicateurs mesurant la performance atteinte et l'évolution de la performance obtenue.

ARCHITECTURE GLOBALE DU DISPOSITIF DE RETOUR ECONOMIQUE AUX SERVICES

Le dispositif mis en place vise un objectif de cohérence, d'équité et de simplicité. Il est bâti sur l'amélioration annuelle des résultats budgétaires de l'institution et sur une répartition interne selon des règles à la fois universelles et proportionnelles qui concernent tous les services ou collectifs de soins, y compris medico-techniques.

A) Comment déterminer le montant de l'enveloppe « retour économique vers les services » ?

Le dispositif de « retour économique vers les services » repose sur l'amélioration annuelle du résultat budgétaire de notre institution, c'est à dire la réduction de notre déficit. Cela signifie que si le déficit s'accroît d'une année sur l'autre, le mécanisme ne se déclenche pas. L'enveloppe redistribuée représentera 20% de l'amélioration observée chaque année.

- ⇒ Si notre résultat s'améliore par rapport à celui de l'année précédente, l'enveloppe à redistribuer sera égale à 20 % du montant lié à cette amélioration, c'est à dire la différence entre le résultat N et le résultat N-1.
- ⇒ En revanche, si notre résultat ne s'améliore pas ou a fortiori se dégrade, le dispositif de retour économique ne se déclenche pas.

Pour le calcul de l'évolution du résultat, c'est le résultat global de l'AP-HP qui est pris en compte. Ce résultat intègre forcément d'éventuels facteurs exogènes négatifs (inflation, mesures salariales réglementaires ou catégorielles) mais aussi les aides exceptionnelles reçues (750 M€ d'aides cumulées au titre du PGFP 2023-2027). Il est ainsi le juste reflet de l'évolution de la réalité économique de l'AP-HP.

A titre d'illustration :

Si le résultat 2024 de l'AP-HP s'améliore de 100 M€ par rapport au résultat 2023, alors l'enveloppe à redistribuer sera de 20 M€ (20%).

Si le résultat 2024 reste stable ou se dégrade par rapport au résultat 2023, le dispositif ne se déclenche pas.

B) Comment redistribuer l'enveloppe « retour économique » aux services ?

Une fois déterminé le montant de l'enveloppe globale à redistribuer, les règles de répartition doivent permettre de concilier une double logique de solidarité et de reconnaissance de la contribution respective des différents services à ce résultat.

Le dispositif cible reposera sur un modèle de redistribution fondée sur 3 enveloppes :

- Une enveloppe **VIE DU SERVICE (Lever 17)** représentant 20% du total : elle sera distribuée entre tous les services cliniques et médico techniques (au prorata de leur effectif) quelle que soit l'évolution positive ou négative de leur performance économique ;
- Une enveloppe **CONTRIBUTION ECONOMIQUE** représentant 60% du total à redistribuer qui sera allouée aux seuls services ayant contribué à l'amélioration du solde budgétaire de l'AP-HP ;
- Une enveloppe **QUALITE** représentant 20% du total à redistribuer qui sera allouée aux seuls services présentant une évolution positive de leurs indicateurs de mesure de la qualité des soins.

Ce dernier critère qualité ne s'appliquera pas dès la 1^{ère} année car il nécessite un travail de quelques mois pour définir pour chacun des services de soins et des services médico-techniques des indicateurs qualité qui soient à la fois pertinents, peu nombreux, faciles à suivre et rapidement mesurables.

Ce compartiment QUALITE démarrera donc à partir de 2025.

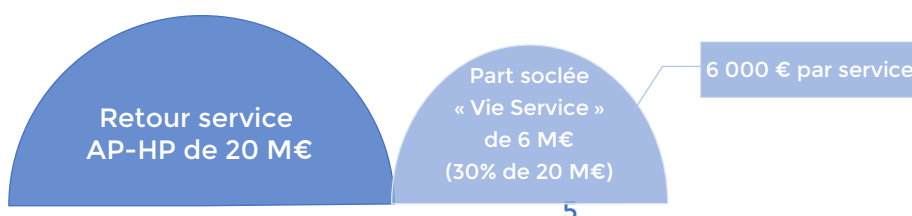
Le dispositif 2024 commencera donc avec les deux premiers VIE DU SERVICE et CONTRIBUTION ECONOMIQUE dont le poids relatif pour cette année sera respectivement de 30 % et 70 %.

1) L'enveloppe VIE DU SERVICE (levier 17) constitue une "part socle" uniforme pour tous les services, basée sur l'amélioration globale du résultat budgétaire de l'APHP, allouée indépendamment de leur performance et destinée à sécuriser un budget minimal de service pour accroître leurs marges de manœuvre au quotidien.

- Tous les services de soins (cliniques et medico-techniques) sont éligibles au versement de la part socle.
- La part socle représente 30 % du total de l'enveloppe institutionnelle à redistribuer en 2025 au titre de 2024 (part ramenée à 20 % de l'enveloppe totale les années suivantes, une fois l'enveloppe qualité mise en place).
- La part socle allouée à tous les services est calculée par division du montant total au prorata des effectifs des services.
- Il est rappelé qu'en avance de phase sur ce dispositif, un premier budget de 2000€ par service sera allouée dès cette année.

Illustration :

→ *Le graphique ci-dessous illustre les modalités de fixation de l'enveloppe socle "vie service" sur la base d'une enveloppe macro de retour économique estimée à hauteur de 20 M€. Le niveau global de l'enveloppe serait de 6 M€ (soit 30% de 20 M€), ce qui revient à distribuer 6 000 € par service en moyenne pour environ 1 000 services.*



2) L'enveloppe CONTRIBUTION ECONOMIQUE constitue une part réservée aux services dont les résultats obtenus ont directement contribué à l'amélioration du solde économique de l'AP-HP. Cette notion n'est pas liée au fait que le service soit excédentaire ou déficitaire mais au fait que le solde recettes / dépenses évolue positivement.

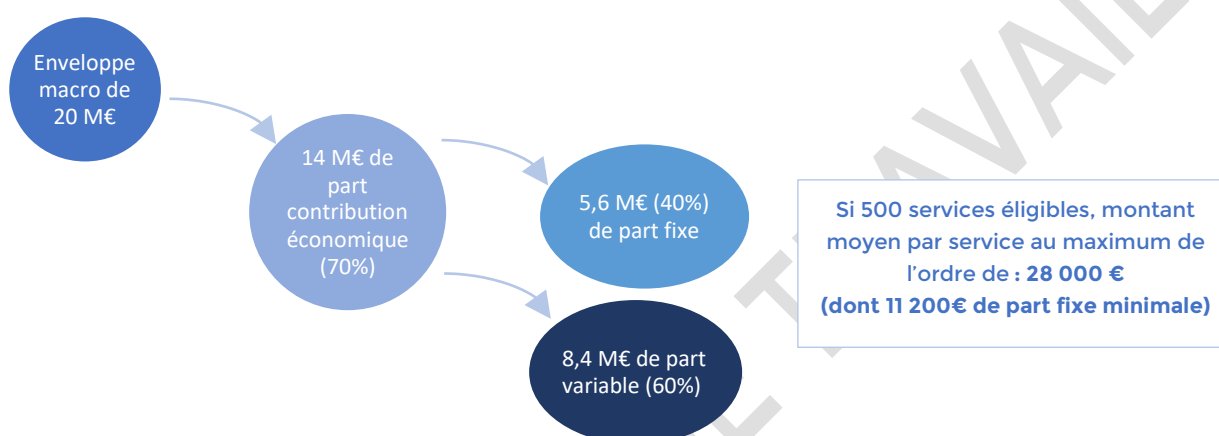
- La part "contribution économique" représente **en 2024, 70 % de l'enveloppe totale, part qui sera ramenée à 60 % à partir de 2025** une fois mis en place l'enveloppe qualité.
- Cette part est redistribuée entre les seuls services éligibles sur la base d'un **mécanisme de péréquation** permettant de corriger les biais liés aux différences de valorisation des actes issus des règles de tarification en vigueur. Sont ainsi distinguées deux sous-enveloppes :
 - **40% de l'enveloppe « contribution économique » sera répartis sous la forme d'une « part fixe »** : cette enveloppe dite « part fixe » sera redistribuée **de façon égalitaire** par division du montant total de la sous-enveloppe par le nombre total de services éligibles. Ce modèle permet de corriger les biais de case-mix, de taille, de ressources disponibles et de construction tarifaire entre les différents services et spécialités.
 - **60% de l'enveloppe « contribution économique » sera redistribuée de façon proportionnelle** aux résultats de la performance relative de chaque service. Le montant sera alloué au prorata de l'évolution positive du solde économique calculé aux bornes de chaque service éligible entre $n/n-1$. Ce modèle de distribution permet de redistribuer majoritairement aux services ayant contribué à l'amélioration de la performance économique de l'AP-HP et ce de façon proportionnelle à leur performance relative.

Cette "contribution économique" est mesurée aux bornes de chaque service éligible sur la base de la **contraction entre les charges (dépenses) et les produits (recettes)** directement rattachables à l'activité du service et du constat de **l'évolution positive de ce solde entre $n/n-1$** .

- Le modèle charges/produits applicable aux services cliniques en MCO est adapté de manière à réintégrer en charges les flux croisés des prescriptions générées entre les services cliniques et les services médico-techniques : cf. annexes 2 pour les services cliniques en MCO.
 - Une adaptation complémentaire du modèle charges/produits des services cliniques MCO est prévue pour les recettes d'activité des services en SMR, en PSY, Urgences, SAMU/SMUR et en USLD : cf. annexe 3.
 - Une adaptation du modèle est prévue pour les services de biologie, anapath, radiologie et anesthésie : cf annexe 4.
 - Une adaptation du modèle est prévue pour les blocs opératoires et les plateaux ambulatoires mutualisés : cf annexe 5.
 - Une adaptation du modèle est prévue pour les services médico-techniques assimilés (DIM, PUI, etc.) : cf annexe 6.
- Pour 2024, la part "contribution économique" sera attribuée aux services lors du premier trimestre 2025. Toutefois, des tableaux de bords medico-économiques mensuels à la maille du service seront mis à disposition sur le portail PILOTE afin de permettre aux services de mesurer l'évolution de leurs charges et produits ainsi que l'évolution de leurs indicateurs de performance. Une revue trimestrielle sera effectuée sur l'évolution du solde charges/produits.

Illustration :

→ Le graphique ci-dessus illustre les modalités de fixation de l'enveloppe « contribution économique » sur la base d'une enveloppe globale de retour de 20 M€. Dans cet exemple, le niveau global de l'enveloppe « contribution économique » à destination des seuls services présentant une amélioration de leur solde budgétaire N/N-1 serait au maximum de 14 M€ sur la base du pourcentage attribué à la part économique en 2024 (soit 70% de 20 M€). Cette enveloppe comprend 5,6 M€ (40%) au titre de la part fixe distribuée de façon égalitaire aux services éligibles et 8,4 M€ (60%) au titre de la part variable distribués au prorata de la performance propre à chaque service. Si l'on prend l'hypothèse que 500 services sont éligibles au regard de l'évolution de leur solde budgétaire, le montant moyen distribué par service pourrait être de 28 000 € dont un minimum garanti de 11 200€ par service via la part fixe.



3) L'enveloppe QUALITE constitue une "part modulable" allouée aux seuls services éligibles en fonction des résultats obtenus sur les indicateurs institutionnels définis sur ce champ.

- Seuls les services présentant une amélioration de leurs indicateurs institutionnels entre n/n-1 seront éligibles à cette enveloppe.
- A compter de 2025, la part "qualité" représentera 20% du total de l'enveloppe institutionnelle à redistribuer au titre du retour économique aux services calculée aux bornes de l'AP-HP.
- La part "qualité" sera répartie sur les services éligibles au prorata de l'amélioration constatée (score d'évolution n/n-1) sur chacun des indicateurs retenus pour chaque service éligible.

Compte tenu de la nécessité de stabiliser les indicateurs qualité de référence, la part "qualité" sera attribuée lors du retour économique aux services au titre de l'année 2025. La part 2024 correspondante à la qualité sera redistribuée à part égale entre l'enveloppe socle "vie du service" qui passera de 20% à 30% et l'enveloppe "contribution économique" qui passera de 60% à 70%.

C) Quels sont les éléments pris en compte pour déterminer la contribution économique d'un service ?

La notion de contribution au résultat économique de l'AP-HP ne vise pas à savoir si un service est intrinsèquement déficitaire ou excédentaire mais cherche à mesurer si sa situation s'améliore ou se dégrade d'une année sur l'autre.

Le dispositif retenu pour y parvenir prévoit un mécanisme le plus simple possible visant calculer l'évolution des recettes et des dépenses de chaque service en coûts directs.

Une annexe détaille les périmètres de calcul ainsi que les choix méthodologiques faits pour tous les services medico techniques qui ne disposent pas de recettes directement facturées à l'Assurance maladie.

Un suivi infra-annuel d'évolution est possible sur la base de tableau de bord par services mise à disposition sur le portail PILOTE depuis le début de l'année 2024.

1. RECETTES :

Sont retenues uniquement les recettes directement rattachables à l'activité de soins générée par les services. Les autres recettes ne sont pas retenues.

Sont retenues :

- les recettes d'activité.
- les recettes facturables directement rattachées à l'évolution de l'activité économique des services (ex : chambres individuelles).

Ne sont pas retenues :

- Les dotations forfaitaires (MIGAC, MERRI, DAF PSY et SSR, FIR, dotations populationnelles) sont exclues du dispositif car elles n'évoluent que marginalement d'une année sur l'autre et ne jouent pas sur l'amélioration du solde recettes/dépenses n/n-1.
- Les recettes en remboursement de la liste en sus (et les médicaments rétrocédés par les PUI) sont exclues du dispositif.
- Les recettes diverses de types conventions et subventions sont exclues du périmètre en raison de la complexité de rattachement.

2. DEPENSES :

Sont retenues les dépenses en charges directes à la main des services : masse salariale, charges médicales et hôtelières directement imputées sur les services, ainsi que les charges induites directement liées à l'activité et aux prescriptions des services. Les charges indirectes et de structure et les produits de santé onéreux ne sont pas retenues dans le dispositif.

Sont retenues :

- La **masse salariale** correspond aux éléments de paie des effectifs médicaux et non médicaux rattachés et les éléments de rémunération liés aux gardes, astreintes, heures supplémentaires et dépenses d'intérim et de remplacement.
- Les **charges directes** liées aux consommations de produits de santé (in GHS : spécialités médicales et dispositifs médicaux) et des prestations hôtelières (CT3) seront valorisées en fonction des consommations constatées

- Le modèle prévoit de **réintégrer les charges induites liées à l'activité** dans les charges des services cliniques afin de leur faire supporter le coût des actes et examens de biologie et de radiologie et de recours aux plateaux medico-techniques ainsi que les prestations de transports et toutes les prestations externalisées (maintenance, location de matériel, commandes de prestations de biologie et actes auprès d'établissements extérieurs).

Ne sont pas retenues :

- Les charges liées aux consommations de **produits de santé** (médicaments et dispositifs médicaux) **facturables en sus du GHS** dans le cadre de la liste en sus sont exclues du périmètre.
- Les **charges indirectes** (frais de gestion générale et de logistique) et de **structure** (amortissements, frais financiers) et les **charges énergétiques** (consommations non rattachables directement à un service) sont exclues du dispositif pour rester dans un mécanisme pragmatique de charges directes et non dans une comptabilité analytique en coût complet.

3. CALCUL DU SOLDE ENTRE LES RECETTES ET LES DEPENSES :

Le dispositif repose sur le calcul d'un solde entre les recettes et les dépenses annuelles pour chaque service et sur l'appréciation de l'évolution de ce solde économique entre l'année N et l'année N-1 (à méthodologie et périmètre constants).

- Seuls les services générant une évolution positive du solde recettes/dépenses entre N et N-1 seront éligibles à une redistribution au titre de la part "performance économique"

Le signe du solde entre les recettes et les dépenses est indépendant de l'éligibilité à la redistribution des crédits :

- Un service déficitaire est éligible s'il améliore son solde entre N et N-1
- Un service excédentaire n'est pas éligible s'il dégrade son solde entre N et N-1.

D) Quels sont les services éligibles au dispositif :

Le dispositif est ouvert à tous les services de soins, indépendamment de leur modèle de financement sur les recettes d'activité et sur tous les champs d'activité (MCO, SMR, SLD, PSY).

Tous les collectifs formant une équipe de soins sont éligibles indépendamment de leur qualification : un travail de clarification du fichier structure de l'AP-HP sera conduit pour déterminer dans chaque GHU la liste des services et collectifs de soins assimilables à un service.

Pour les services non cliniques, tous les services contributeurs aux activités de soins sont éligibles :

- Services de biologie et anapath
- Services d'imagerie et d'anesthésie/réanimation (pour la partie hors réanimation), blocs opératoires et plateaux mutualisés d'ambulatoire
- Urgences ; SAMU ; SMUR
- PUI ; DIM.

LES MODALITES D'UTILISATION DES CREDITS « RETOUR SERVICES »

A) Quelles sont les dépenses pouvant être utilisées avec les crédits ?

- **Les crédits pourront être utilisés pour des dépenses d'exploitation hors personnel /masse salariale :**
 - Masse salariale : ces dépenses sont exclues par principe du périmètre d'utilisation des crédits ; concrètement aucun recrutement de personnel, aucune prime, aucun élément de paie ne peut être autorisé sur cette enveloppe.
 - Le financement de formations
 - Travaux : petits travaux d'entretiens ou de réparation.
 - Équipements : petits équipements hôteliers ou logistiques et matériels pour l'amélioration du quotidien des services
 - Remboursements de frais de déplacement, séminaires et formations non pris en charge par les circuits classiques.
- **Les crédits pour être utilisés pour des dépenses d'investissement courants :**
 - Travaux : petits travaux d'entretien ou de rénovation
 - Équipements hôteliers ou médicaux

B) Quelles sont les modalités d'utilisation des crédits

- Les crédits seront notifiés à l'encadrement du service (chef de service et cadre), copie directeur du DMU, par la direction du GHU. Ils constituent le budget affecté au bon fonctionnement du service. S'agissant des collectifs de soin (blocs, plateaux mutualisés) les crédits seront notifiés au Conseil de bloc et pour les plateaux mutualisés à l'encadrement du plateau.
- L'opportunité des dépenses sur les crédits notifiés relève des responsabilités (cadre et chef de service), qui peut consulter son collectif de soins pour prioriser son utilisation. Aucun contrôle d'opportunité ne sera effectué par la direction sous réserve du contrôle du respect des règles d'utilisation définies ci-après.
- Principe d'annualité budgétaire : les GHU devront utiliser les crédits au plus tard le 30 juin de l'année n+1. Le report ne pourra pas être accepté au-delà et les crédits non consommés seront perdus.
- Respect de la commande publique et des processus d'approvisionnement : les demandes devront respecter les circuits internes de commande et d'approvisionnement en place dans les sites hospitaliers. Afin de faciliter les usages, il peut être fait usage des dispositifs de simplification des demandes existant dans le cadre de l'outil MAEL (Mes achats en ligne) et de la carte achat. En dehors de ces outils, les processus de commandes usuels des sites doivent être mobilisés.
- Le cadre administratif du DMU est chargé d'assurer le bon engagement de la commande et son suivi en réception et affectation en lien avec la direction des services économiques et/ ou des investissements en charge de sa prise en charge.
- Un élément de suivi dédié dans l'outil de gestion économique et financière SAP sera effectué pour assurer la traçabilité des consommations sur ces crédits.

CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE EN 2024 ET MODALITES DE SUIVI

- Le **2eme trimestre 2024** sera consacré à la mise à disposition auprès des acteurs de tableaux de bord médico-économiques par service permettant d'effectuer un suivi des charges directes et des produits de l'activité et à la délégation d'une avance « budget vie du service » de 2 k€/service.
- **D'ici la fin du 3^{ème} trimestre 2024**, seront définies plus finement les modalités de gestion des crédits ainsi que les circuits de gestion et outils ; rôles DMU/services, consignes et contrôles.
- **D'ici la fin du 1er trimestre 2025**, sera calculée l'enveloppe globale à redistribuer au vu des résultats prévisionnels de la clôture de l'exercice 2024 en vue de pouvoir **déléguer fin avril 2025 les crédits aux services** après présentation aux instances (Directoire, CME).

A noter: en cas de clôture tardive pour des raisons externes (crédits de fin d'année tardifs par ex.) comportant un risque significatif sur le résultat AP-HP, il sera procédé au versement de la moitié de l'intéressement estimé à titre prudentiel sur la base de l'évaluation du résultat ; le solde sera alors délégué dès finalisation de la clôture 2024 si les conditions de sécurisation du résultat final sont levées.

Annexe 1 / Illustration du mécanisme de retour économique par service sur la base d'une enveloppe de 16 M€ au global AP-HP et des 3 parts

Hypothèses retenues pour l'illustration

Sur l'enveloppe globale de 20 M€ à redistribuer auprès des services, il a été arbitré la répartition suivante :

- 20 % au titre de l'enveloppe sociée « vie service » soit 4 M€ ;
- 60 % au titre de l'enveloppe « contribution économique » soit 12 M€ ;
- 20 % au titre de l'enveloppe « qualité » soit 4 M€.

Service 1 : éligible uniquement à la part sociée « vie service »

- Dans cet exemple, ce service dégrade son solde budgétaire et dégrade sa qualité des soins et son empreinte carbone. Il n'est donc éligible qu'à **une seule des 3 composantes** à savoir la part sociée « vie service » et perçoit un retour économique de **4 000 €** dont 2 000€ versés en avance de phase et 2 000€ versés en fin de campagne sous réserve de l'amélioration du résultat de l'AP-HP.

Service 2 : éligible à toutes les composantes et dans la moyennes des autres services éligibles :

- Dans cet exemple, ce service est éligible à toutes les composantes car il s'améliore sur l'ensemble des volets proportionnellement à la moyenne des autres services éligibles aux deux parts modulables. Il recevra au total une notification de crédits de **32 K€** dont 4 K€ au titre de la part « vie du service », 24 K€ sur la part « contribution économique » et 4 K€ au titre de la part « qualité ».

Service 3 : éligible à toutes les composantes mais avec une part contribution économique prépondérante :

- Dans cet exemple, ce service est éligible à toutes les composantes car il s'améliore proportionnellement à la moyenne des autres services éligibles sur la part « qualité » et deux fois plus que les autres services éligibles sur la part « contribution économique ». Il recevra au total une notification de crédits de **56 K€**, dont 4 K€ au titre de la part « vie du service », 48 K€ sur la part « contribution économique » et enfin 4 K€ au titre de la part « qualité ».

Service 4 : éligible à toutes les composantes mais avec une part qualité prépondérante :

- Dans cet exemple, ce service est éligible à toutes les composantes car il s'améliore proportionnellement à la moyenne des autres services éligibles sur la part « contribution économique » et deux fois plus que la moyenne des autres services éligible sur la part « qualité ». Il recevra au total une notification de crédits de **36 K€** dont 4 K€ au titre de la part « vie du service », 24 K€ sur la part « contribution économique » et 8 K€ au titre de la part « qualité ».

Annexe 2 : Détail des produits et charges prises en compte pour calculer la contribution économique des SERVICES CLINIQUES EN MCO

Le dispositif retenu prévoit un mécanisme pragmatique, simple à mettre en oeuvre et lisible permettant un suivi infra-annuel d'évolution sur la base de tableau de bord par services et un calcul du solde entre les recettes et les dépenses directes.

- **RECETTES : Le dispositif retient les recettes directement rattachables à l'activité de soins générée par les services.**

Sont retenues :

- **Recettes d'activité** : les recettes d'activité seront converties en € en 100% Assurance maladie (assurance maladie obligatoire + complémentaire santé pour le ticket modérateur) tant pour les séjours que pour les soins externes facturés pour simplifier le calcul et le suivi régulier.

Il ne sera donc pas nécessaire d'attendre la clôture définitive des comptes pour valoriser économiquement l'activité, qui sera calculée à partir des états PMSI à M12 et des données de ventilation interne par service disponibles dans l'outil institutionnel PILOTE.

- **Recettes diverses** : les recettes des chambres particulières facturables aux mutuelles ont vocation à être intégrées dans le dispositif car directement rattachées à la dynamique d'activité, sous réserve d'une étude de faisabilité technique.

Ne sont pas retenues :

- **Les dotations forfaitaires (MIGAC, MERRI, DAF PSY et SSR, FIR, dotations populationnelles)** sont exclues du dispositif car elles n'évoluent que marginalement d'une année sur l'autre et ne contribuent pas à l'amélioration du solde recettes/dépenses n/n-1. Leur ventilation par service répond à des clefs de répartition en comptabilité analytique incompatibles avec un délai de production court permettant de calculer un solde recette/dépense. Par ailleurs, un intéressement à l'activité de recherche (levier 25) existe déjà par ailleurs qui est adossé à l'évolution des recettes MERRI.

- Les recettes en **remboursement de la liste en sus** sont exclues du dispositif afin de ne pas générer d'effet d'éviction, parallèlement à l'exclusion des charges correspondantes (cf. infra).

- Les recettes diverses de types **conventions et subventions** sont exclues du périmètre en raison de la complexité de leur rattachement à un service et de leur caractère non évolutif d'une année sur l'autre.

- **DEPENSES : le dispositif retient les charges directes à la main des services.**

Sont retenues :

- La **masse salariale** correspond aux éléments de paie des effectifs médicaux et non médicaux rattachés directement sur les UG des services au prorata de leur affectation et de leur temps de travail rémunéré en réintégrant les éléments de rémunération liés aux gardes, astreintes, heures supplémentaires et dépenses d'intérim et de remplacement. S'agissant des jours non pris, un travail d'évaluation sera mis en place pour étudier la faisabilité technique d'une réintégration forfaitaire à terme.

Un travail sur la fiabilisation des imputations RH et des consommations devra être mené avec un suivi régulier par les cadres administratifs des DMU en cours d'année devra être effectué sur la base des TBB medio-économiques par service.

- Les **charges directes** liées aux consommations de produits de santé (in GHS : spécialités médicales et dispositifs médicaux) ainsi que les loyers et la maintenance des équipements biomédicaux et les prestations hôtelières (CT3) seront valorisées en fonction des consommations constatées en imputation directe sur les UG sur la base de la comptabilité analytique.
- Le modèle prévoit de **réintégrer les charges induites liées à l'activité** dans les charges des services cliniques afin de leur faire supporter le coût des actes et examens de biologie et de radiologie et de recours aux plateaux medico-techniques au prorata du coût moyen AP-HP des Unités d'Œuvre UO "prescrites" multiplié par les volumes d'actes prescrits par les services ainsi que les prestations de transports et toutes les prestations externalisées (maintenance, location de matériel, commandes de prestations de biologie et actes auprès d'établissements extérieurs).

Cette méthode permet de réintégrer les coûts des charges indirectes financées dans le GHS valorisés en recettes dans les services cliniques.

Ne sont pas retenues : les charges indirectes et de structures et les produits de santé onéreux sont exclues du dispositif.

- Les charges liées aux consommations de **produits de santé** (médicaments et dispositifs médicaux) **facturables en sus du GHS** dans le cadre de la liste en sus sont exclues du périmètre. Par conséquent, et parallèlement, les produits des remboursements sont aussi exclus dans l'attente que les travaux sur les interfaces SI sur la fiabilisation des appariements aux séjours soient sécurisés afin de ne pas défavoriser un service d'un élément indépendant de sa gestion.
- Les **charges indirectes** (frais de gestion générale et de logistique) et de **structure** (amortissements, frais financiers) et les **charges énergétiques** (consommations non rattachables directement à un service) sont exclues du dispositif pour rester dans un mécanisme pragmatique de charges directes et non dans une comptabilité analytique en coût complet.

• CALCUL DU SOLDE ENTRE LES RECETTES ET LES DEPENSES :

Le dispositif repose sur le calcul d'un solde entre les recettes et les dépenses annuelles pour chaque service et sur l'appréciation de l'évolution de ce solde économique entre l'année N et l'année N-1 (à méthodologie et périmètre constants).

- Seuls les services générant une évolution positive du solde recettes/dépenses entre N et N-1 seront éligibles à une redistribution au titre de la part "performance économique"
- Le signe du solde est indépendant de l'éligibilité à la redistribution des crédits :
 - o Un service déficitaire est éligible s'il améliore son solde entre N et N-1 ;
 - o Un service excédentaire n'est pas éligible s'il dégrade son solde entre N et N-1.

Annexe 3 : Détail des produits et charges prises en compte pour calculer la contribution économique des SERVICES CLINIQUES en SMR, PSYCHIATRIE, URGENCES/SAMU/SMUR et USLD.

Le dispositif retenu prévoit un mécanisme pragmatique, simple à mettre en oeuvre et lisible permettant un suivi infra-annuel d'évolution sur la base de tableau de bord par services et un calcul de solde entre les recettes et les dépenses en coûts directs.

Principe général : le modèle des recettes d'activité applicable aux services cliniques en MCO est adapté aux autres services cliniques hors champs de la T2A, en s'appuyant sur le modèle de valorisation économique du compartiment de financement à l'activité propre à chaque service.

- **RECETTES :** Le dispositif retient les recettes directement rattachables à l'activité de soins générée par les services.

Adaptation du modèle des recettes d'activité

- La valorisation des recettes d'activité des **services SMR** sera effectuée à partir du PMSI tarifant (désormais disponible à compter de 2023 dans le nouveau modèle de financement des SMR) et extrapolé en 100% assurance maladie.
- La valorisation des recettes d'activité des **services de psychiatrie** sera effectuée à partir du compartiment DFA ("dotation file active" désormais disponible à compter de 2023 dans le nouveau modèle de financement de la psychiatrie) et extrapolé en 100% assurance maladie.
- La valorisation des recettes d'activité des **services d'USLD** sera effectuée à partir de la facturation réelle des journées d'hébergement et de dépendance et d'un forfait/lit pour la section soins pondéré par le taux d'occupation réel des lits afin de tenir compte de l'occupation réelle des lits.
- La valorisation des recettes d'activité des **services d'urgence** sera effectuée en fonction des recettes facturables en droit commun (séjours hospitalisés et forfaits par passage non suivis d'hospitalisation). La quote-part de la valorisation des séjours hospitalisés aux urgences suivis d'une hospitalisation dans un service clinique d'aval sera redistribuée aux urgences en fonction du poids relative des multi-rum.
- La valorisation des recettes d'activité des services **SAMU et SMUR** sera effectuée en fonction du nombre d'appels (SAMU) et du nombre de sorties (SMUR) dont l'unité d'oeuvre sera valorisée sur la base d'un référentiel national de moyens.
- **Recettes diverses :** les recettes des chambres particulières facturables aux mutuelles ont vocation à être intégrées dans le dispositif car directement rattachées à la dynamique d'activité, sous réserve d'une étude de faisabilité technique.

Ne sont pas retenues :

- Les dotations forfaitaires (MIGAC, MERRI, DAF PSY et SSR, FIR, dotations populationnelles) sont exclues du dispositif car elles n'évoluent que marginalement d'une année sur l'autre et ne contribuent pas à l'amélioration du solde recettes/dépenses n/n-1. Leur ventilation par service répond à des clefs de répartition en comptabilité analytique incompatibles avec un délai de production court permettant de calculer un solde recette/dépense. Par ailleurs, un

intéressement à l'activité de recherche (levier 25) existe déjà par ailleurs qui est adossé à l'évolution des recettes MERRI.

- Les recettes en **remboursement de la liste en sus** sont exclues du dispositif afin de ne pas générer d'effet d'éviction, parallèlement à l'exclusion des charges correspondantes (cf. infra).

- Les recettes diverses de types **conventions et subventions** sont exclues du périmètre en raison de la complexité de leur rattachement à un service et de leur caractère non évolutif d'une année sur l'autre.

- **DEPENSES : le dispositif retient les dépenses en charges directes à la main des services.**

Sont retenues :

- La **masse salariale** correspond aux éléments de paie des effectifs médicaux et non médicaux rattachés directement sur les UG des services au prorata de leur affectation et de leur temps de travail rémunéré en réintégrant les éléments de rémunération liés aux gardes, astreintes, heures supplémentaires et dépenses d'intérim et de remplacement. S'agissant des jours non pris, un travail d'évaluation sera mis en place pour étudier la faisabilité technique d'une réintégration forfaitaire à terme.

Un travail sur la fiabilisation des imputations RH et des consommations devra être mené avec un suivi régulier par les cadres administratifs des DMU en cours d'année devra être effectué sur la base des TBB medio-économiques par service.

- Les **charges directes** liées aux consommations de produits de santé (hors Liste en sus : spécialités médicales et dispositifs médicaux) ainsi que les loyers et la maintenance des équipements biomédicaux et les prestations hôtelières (CT3) seront valorisées en fonction des consommations constatées en imputation directe sur les UG sur la base de la comptabilité analytique.
- Le modèle prévoit de **réintégrer les charges induites liées à l'activité** dans les charges des services cliniques afin de leur faire supporter le coût des actes et examens de biologie et de radiologie et de recours aux plateaux medico-techniques au prorata du coût moyen AP-HP des Unités d'Œuvre UO "prescrites" multiplié par les volumes d'actes prescrits par les services ainsi que les prestations de transports et toutes les prestations externalisées (maintenance, location de matériel, commandes de prestations de biologie et actes auprès d'établissements extérieurs).

Cette méthode permet de réintégrer les coûts des charges indirectes financées dans le GHS valorisés en recettes dans les services cliniques

Ne sont pas retenues :

- Les charges liées aux consommations de **produits de santé** (médicaments et dispositifs médicaux) **facturables en sus du GHS** dans le cadre de la liste en sus sont exclues du périmètre. Par conséquent, et parallèlement, les produits des remboursements sont aussi exclus dans l'attente que les travaux sur les interfaces SI sur la fiabilisation des appariements aux séjours soient sécurisés afin de ne pas défavoriser un service d'un élément indépendant de sa gestion.
- Les **charges indirectes** (frais de gestion générale et de logistique) et de **structure** (amortissements, frais financiers) et les **charges énergétiques** (consommations non rattachables directement à un service) sont exclues du dispositif pour rester dans un mécanisme pragmatique de charges directes et non dans une comptabilité analytique en coût complet.

- **CALCUL DU SOLDE ENTRE LES RECETTES ET LES DEPENSES :**

Le dispositif repose sur le calcul d'un solde entre les recettes et les dépenses annuelles pour chaque service et sur l'appréciation de l'évolution de ce solde économique entre l'année N et l'année N-1 (à méthodologie et périmètre constants).

- Seuls les services générant une évolution positive du solde recettes/dépenses entre N et N-1 seront éligibles à une redistribution au titre de la part "performance économique"
- Le signe du solde est indépendant de l'éligibilité à la redistribution des crédits :
 - Un service déficitaire est éligible s'il améliore son solde entre N et N-1 ;
 - Un service excédentaire n'est pas éligible s'il dégrade son solde entre N et N-1.

Annexe 4 : Détail des produits et charges prises en compte pour calculer la contribution économique des SERVICES MEDICO-TECHNIQUES.

Le dispositif retenu prévoit un mécanisme pragmatique, simple à mettre en oeuvre et lisible permettant un suivi infra-annuel d'évolution sur la base de tableau de bord par services et un calcul de solde entre les recettes et les dépenses en coûts directs.

Principe général : le modèle des recettes d'activité applicable aux services cliniques est adapté en redistribuant une quote-part des recettes T2A incluses dans les GHS des services prescripteurs au prorata des clefs de répartition retenues dans l'échelle nationale des coûts (ENC) servant à la construction tarifaire.

RECETTES : Le dispositif retient les recettes

Adaptation du modèle de recettes d'activité

- Les recettes d'activité T2A des services de **biologie et anapath** seront composées des recettes des soins externes (actes et consultations) facturées en valorisation 100% assurance maladie ainsi qu'une quote part des recettes T2A incluse dans les GHS facturés par les services cliniques ayant prescrit les actes lors du séjour (au prorata des clefs de l'Echelle des couts nationale ENC tarifaire).
- Les recettes d'activité T2A des services de **radiologie et d'anesthésie** seront composées des recettes des soins externes (actes et consultations) facturées en valorisation 100% assurance maladie ainsi qu'une quote part des recettes T2A incluse dans les GHS facturés par les services cliniques ayant prescrit les actes lors du séjour au prorata des clefs de l'ENC tarifaire.

- Recettes diverses :

Pour les services de biologie et anapath. : les prestations inter-établissements facturables (biologie extérieure), seront intégrées dans le périmètre des recettes calculées pour le calcul du solde ; par assimilation à des recettes facturables et par dérogation à l'exclusion des dotations MIG/MERRI (cf ci-dessous), l'activité des **actes hors nomenclature RIHN/BHN** produits par les services de biologie sur prescription interne des services AP-HP sera valorisée à l'acte pondéré par le taux de prise en charge de la MERRI dans les recettes des services de biologie;

Ne sont pas retenues :

- Les dotations forfaitaires (MIGAC, MERRI, DAF PSY et SSR, FIR, dotations populationnelles) sont exclues du dispositif car elles n'évoluent que marginalement d'une année sur l'autre et ne contribuent pas à l'amélioration du solde recettes/dépenses n/n-1. Leur ventilation par service répond à des clefs de répartition en comptabilité analytique incompatibles avec un délai de production court permettant de calculer un solde recette/dépense. Par ailleurs, un intéressement à l'activité de recherche (levier 25) existe déjà par ailleurs qui est adossé à l'évolution des recettes MERRI.
- Les recettes diverses de types **conventions et subventions** sont exclues du périmètre en raison de la complexité de leur rattachement à un service et de leur caractère non évolutif d'une année sur l'autre.

DEPENSES : le dispositif retient les dépenses en charges directes à la main des services :

Sont retenues :

- La **masse salariale** correspond aux éléments de paie des effectifs médicaux et non médicaux rattachés directement sur les UC des services au prorata de leur affectation et de leur temps de travail rémunéré en réintégrant les éléments de rémunération liés aux gardes, astreintes, heures supplémentaires et dépenses d'intérim et de remplacement. S'agissant des jours non pris, un travail d'évaluation sera mis en place pour étudier la faisabilité technique d'une réintégration forfaitaire à terme.

Un travail sur la fiabilisation des imputations RH et des consommations devra être mené avec un suivi régulier par les cadres administratifs des DMU en cours d'année devra être effectué sur la base des TBB medio-économiques par service.

- Les **charges directes** liées aux consommations médicales (réactifs, produits de contraste) ainsi que les loyers et la maintenance des équipements biomédicaux et les prestations hôtelières (CT3) seront valorisées en fonction des consommations constatées en imputation directe sur les UC sur la base de la comptabilité analytique.

Ne sont pas retenues :

- Les **charges indirectes** (frais de gestion générale et de logistique) et de **structure** (amortissements, frais financiers) et les **charges énergétiques** (consommations non rattachables directement à un service) sont exclues du dispositif pour rester dans un mécanisme pragmatique de charges directes et non dans une comptabilité analytique en coût complet.

CALCUL DU SOLDE ENTRE LES RECETTES ET LES DEPENSES :

Le dispositif repose sur le calcul d'un solde entre les recettes et les dépenses annuelles pour chaque service et sur l'appréciation de l'évolution de ce solde économique entre l'année N et l'année N-1 (à méthodologie et périmètre constants).

- Seuls les services générant une évolution positive du solde recettes/dépenses entre N et N-1 seront éligibles à une redistribution au titre de la part "performance économique"
- Le signe du solde est indépendant de l'éligibilité à la redistribution des crédits :
 - o Un service déficitaire est éligible s'il améliore son solde entre N et N-1 ;
 - o Un service excédentaire n'est pas éligible s'il dégrade son solde entre N et N-1.

Annexe 5 : Détail des produits et charges prises en compte pour calculer la contribution économique des BLOCS OPERATOIRES et PLATEAUX AMBULATOIRES MUTUALISES.

Le dispositif retenu prévoit un mécanisme pragmatique, simple à mettre en oeuvre et lisible permettant un suivi infra-annuel d'évolution sur la base de tableau de bord par services et un calcul de solde entre les recettes et les dépenses en coûts directs.

Principe général : le modèle des recettes d'activité applicable aux services cliniques est adapté en redistribuant une quote-part des recettes T2A incluses dans les GHS des services prescripteurs au prorata des clefs de répartition retenues dans l'échelle nationale des coûts (ENC) servant à la construction tarifaire.

- **RECETTES :** Le dispositif retient les recettes directement rattachables à l'activité de soins générée par les services.

Adaptation du modèle des recettes d'activité

- Les recettes d'activité T2A correspondant aux séjours HC/HdJ pris en charge dans les collectifs de soins des **blocs opératoires et des plateaux HDJ ambulatoires mutualisés** seront valorisées à partir d'une quote-part des recettes T2A incluse dans les GHS au prorata des clefs de l'ENC tarifaire issue des services cliniques ayant hébergé le séjour (HC ou HdJ).

- **DEPENSES :** le dispositif retient les dépenses en charges directes à la main des services :

Sont retenues :

- La **masse salariale** correspond aux éléments de paie des effectifs médicaux et non médicaux rattachés directement sur les UG des services au prorata de leur affectation et de leur temps de travail rémunéré en réintégrant les éléments de rémunération liés aux gardes, astreintes, heures supplémentaires et dépenses d'intérim et de remplacement. S'agissant des jours non pris, un travail d'évaluation sera mis en place pour étudier la faisabilité technique d'une réintégration forfaitaire à terme.

Un travail sur la fiabilisation des imputations RH et des consommations devra être mené avec un suivi régulier par les cadres administratifs des DMU en cours d'année devra être effectué sur la base des TBB medio-économiques par service.

- Les **charges directes** liées aux consommations de produits de santé (in GHS : spécialités médicales et dispositifs médicaux), ainsi que les loyers et la maintenance des équipements biomédicaux et les prestations hôtelières (CT3) seront valorisées en fonction des consommations constatées en imputation directe sur les UG sur la base de la comptabilité analytique.

Ne sont pas retenues :

- Les charges liées aux consommations de **produits de santé** (molécules onéreuses dispositifs médicaux) **facturables en sus du GHS** dans le cadre de la liste en sus sont exclues du périmètre. Par conséquent, et parallèlement, les produits des remboursements sont aussi exclus dans l'attente que les travaux sur les interfaces SI sur la fiabilisation des appariements aux séjours soient sécurisés afin de ne pas défavoriser un service d'un élément indépendant de sa gestion.

- Les **charges indirectes** (frais de gestion générale et de logistique) et **de structure** (amortissements, frais financiers) et les **charges énergétiques** (consommations non rattachables directement à un service) sont exclues du dispositif pour rester dans un mécanisme pragmatique de charges directes et non dans une comptabilité analytique en coût complet.

- **CALCUL DU SOLDE ENTRE LES RECETTES ET LES DEPENSES**

Le dispositif repose sur le calcul d'un solde entre les recettes et les dépenses annuelles pour chaque service et sur l'appréciation de l'évolution de ce solde économique entre l'année N et l'année N-1 (à méthodologie et périmètre constants).

- Seuls les services générant une évolution positive du solde recettes/dépenses entre N et N-1 seront éligibles à une redistribution au titre de la part "performance économique"
- Le signe du solde est indépendant de l'éligibilité à la redistribution des crédits :
 - Un service déficitaire est éligible s'il améliore son solde entre N et N-1 ;
 - Un service excédentaire n'est pas éligible s'il dégrade son solde entre N et N-1.

Annexe 6 : Détail des produits et charges prises en compte pour calculer la contribution économique des SERVICES PHARMACEUTIQUES ET DES SERVICES D'INFORMATION MEDICALE

Le dispositif retenu prévoit un mécanisme pragmatique, simple à mettre en oeuvre et lisible permettant un suivi infra-annuel d'évolution sur la base de tableau de bord par services et un calcul de solde entre les recettes et les dépenses en coûts directs.

RECETTES :

Adaptation du modèle des recettes d'activité

- ***Les recettes d'activité des PUI sont difficiles à estimer. Il pourrait être envisagé de redistribuer une quote-part des GHS sur la base des règles de l'ENC tarifante mais cette méthode ferait varier l'évolution de recettes de façon non proportionnelle à celle des charges directes imputées sur les PUI avec un risque de biais dans le calcul du solde économique entre les recettes et les dépenses. Il est envisagé de valoriser la contribution économique des PUI en recettes via la marge facturée par code UCD sur les médicaments rétrocédés et via un calcul économique sur la gestion des stocks. Un groupe de travail sera mis en place pour définir cette méthodologie.***
- ***Les recettes d'activité des DIM sont difficiles à estimer s'agissant d'un centre de coût et de modèles organisationnels du codage variables (centralisé ou décentralisé) dont l'impact contributif ne peut être mesuré de façon homogène. Il est envisagé de valoriser la contribution économique des DIM en recettes à partir d'une quote-part des recettes générées par les services cliniques des sites qu'ils couvrent en retraitant les effets extrinsèques à l'activité du DIM à savoir les effets prix intégrés dans les tarifs, les effets volume et case-mix, le solde étant considéré comme la quote-part des recettes T2A intrinsèquement corrélée au codage. Un groupe de travail a été mis en place pour définir les critères de calcul.***

DEPENSES :

Sont retenues :

- La **masse salariale** correspond aux éléments de paie des effectifs médicaux et non médicaux rattachés directement sur les UG des services au prorata de leur affectation et de leur temps de travail rémunéré en réintégrant les éléments de rémunération liés aux gardes, astreintes, heures supplémentaires et dépenses d'intérim et de remplacement. S'agissant des jours non pris, un travail d'évaluation sera mis en place pour étudier la faisabilité technique d'une réintégration forfaitaire à terme.

Un travail sur la fiabilisation des imputations RH et des consommations devra être mené avec un suivi régulier en cours d'année devra être effectué.

- Les **charges directes** liées aux consommations médicales, aux loyers et charges de maintenance des équipements et les prestations hôtelières (CT3) seront valorisées en fonction des consommations constatées en imputation directe sur les UG sur la base de la comptabilité analytique.
- *Pour les PUI : les stocks et pertes (périmés).*

Ne sont pas retenues :

- Les charges liées achats de **produits de santé facturables en sus du GHS et aux médicaments rétrocedés**.
- Les **charges indirectes** (frais de gestion générale et de logistique) et de **structure** (amortissements, frais financiers) et les **charges énergétiques** (consommations non rattachables directement à un service) sont exclues du dispositif pour rester dans un mécanisme pragmatique de charges directes et non dans une comptabilité analytique en coût complet.

CALCUL DU SOLDE ENTRE LES RECETTES ET LES DEPENSES :

Le dispositif repose sur le calcul d'un solde entre les recettes et les dépenses annuelles pour chaque service et sur l'appréciation de l'évolution de ce solde économique entre l'année N et l'année N-1 (à méthodologie et périmètre constants).

- Seuls les services générant une évolution positive du solde recettes/dépenses entre N et N-1 seront éligibles à une redistribution au titre de la part "performance économique"
- Le signe du solde est indépendant de l'éligibilité à la redistribution des crédits :
 - o Un service déficitaire est éligible s'il améliore son solde entre N et N-1 ;
 - o Un service excédentaire n'est pas éligible s'il dégrade son solde entre N et N-1.

Annexe 7 : schéma récapitulatif du dispositif applicable à compter de 2025

