

EPRD 2016 et 2017

Éléments de cadrage 2016 et 2017

10 novembre 2015

DEFIP-DBC

Version	CME
Date	10/11/2015

1

Quel calendrier ?

■ Evolution du calendrier national

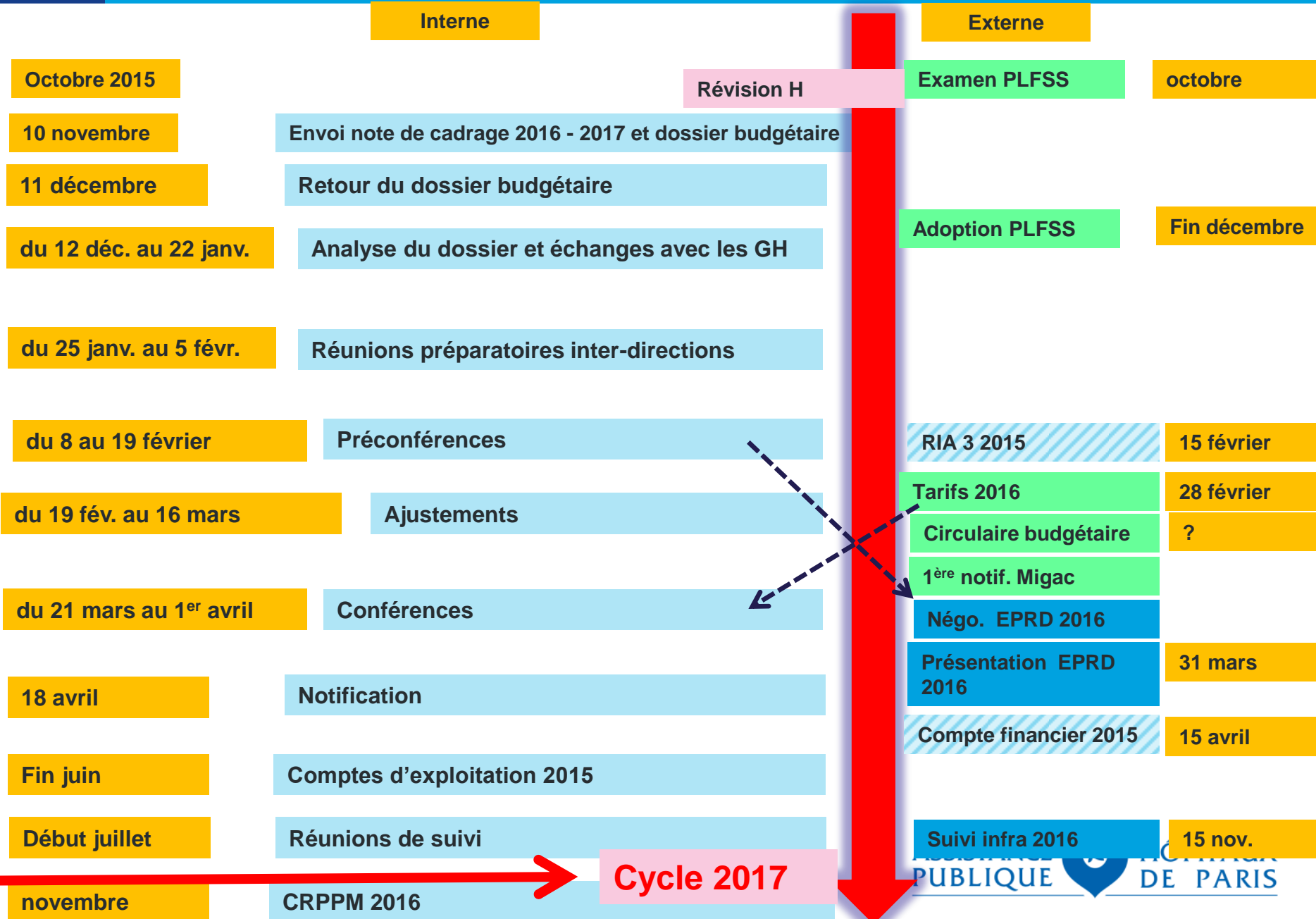
- ▶ **Constat DGOS** : le calendrier actuel des EPRD des établissements de santé
 - *Est en décalage avec un calendrier classique budgétaire (ex: calendrier budgétaire de l'Etat)*
 - *Ne permettrait pas un pilotage adéquat des établissements de santé dès le 1^{er} janvier*
- ▶ **Décret sur la refonte du calendrier en cours de signature**
 - *2016 : EPRD présenté au 31 mars 2016*
 - *2017 : EPRD présenté au 1^{er} janvier 2017*

■ Conséquences sur le dialogue de gestion interne de l'AP-HP

- ▶ conséquences sur le cycle budgétaire siège – GH
- ▶ conséquences sur les autres cycles
 - *Cycles internes aux GH - conférences de pôle*
 - *Cycles RH – révision des effectifs*

Cycle 2016

1. Quel calendrier ? (2/2)

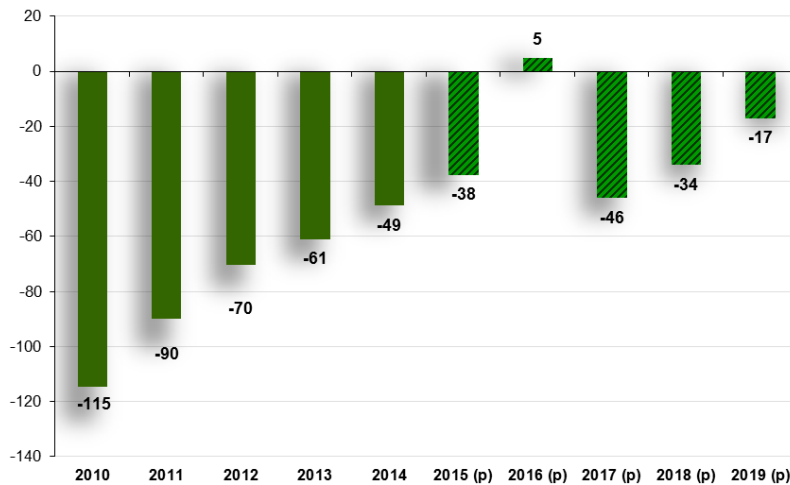


2

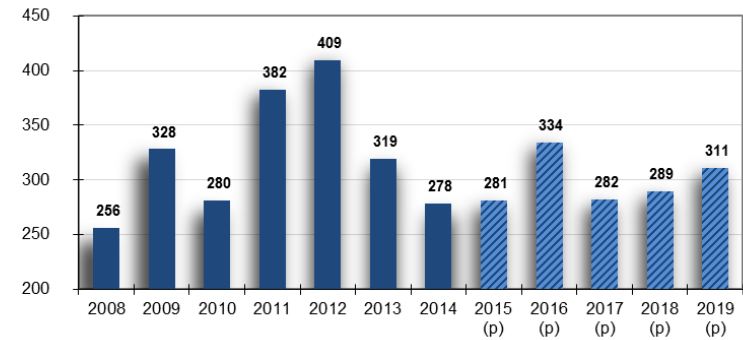
Quel niveau d'efficience ?

■ Sur la période du plan stratégique en cours, l'AP-HP entend maintenir ses capacités d'investissement

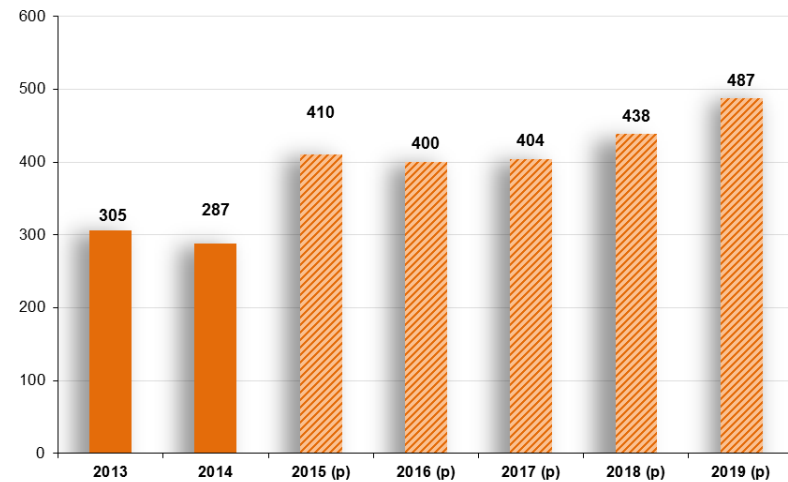
Résultats AP-HP (en M€)



évolution de la capacité d'autofinancement (en M€)

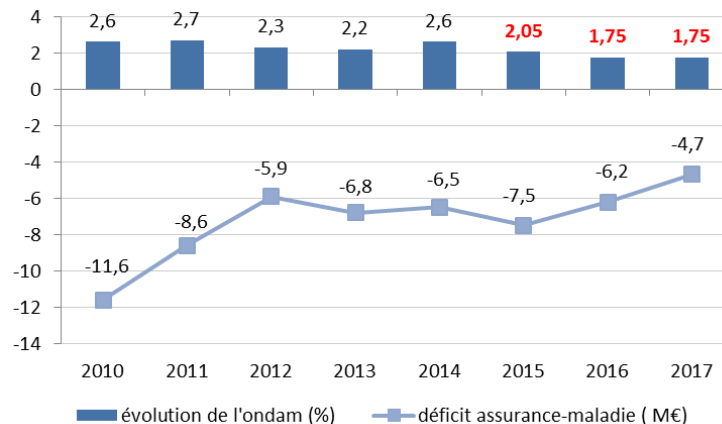


Investissements AP-HP (en M€)



■ En 2016 et 2017, dans un contexte de maîtrise des finances publiques, l'AP-HP doit rechercher les marges de manœuvre en matière de maîtrise de ses charges et d'activité

- ▶ **Au niveau national**, une prévision de baisse marquée de la progression de l'Ondam en 2016 et 2017, pour tenir les engagements en matière de déficit public



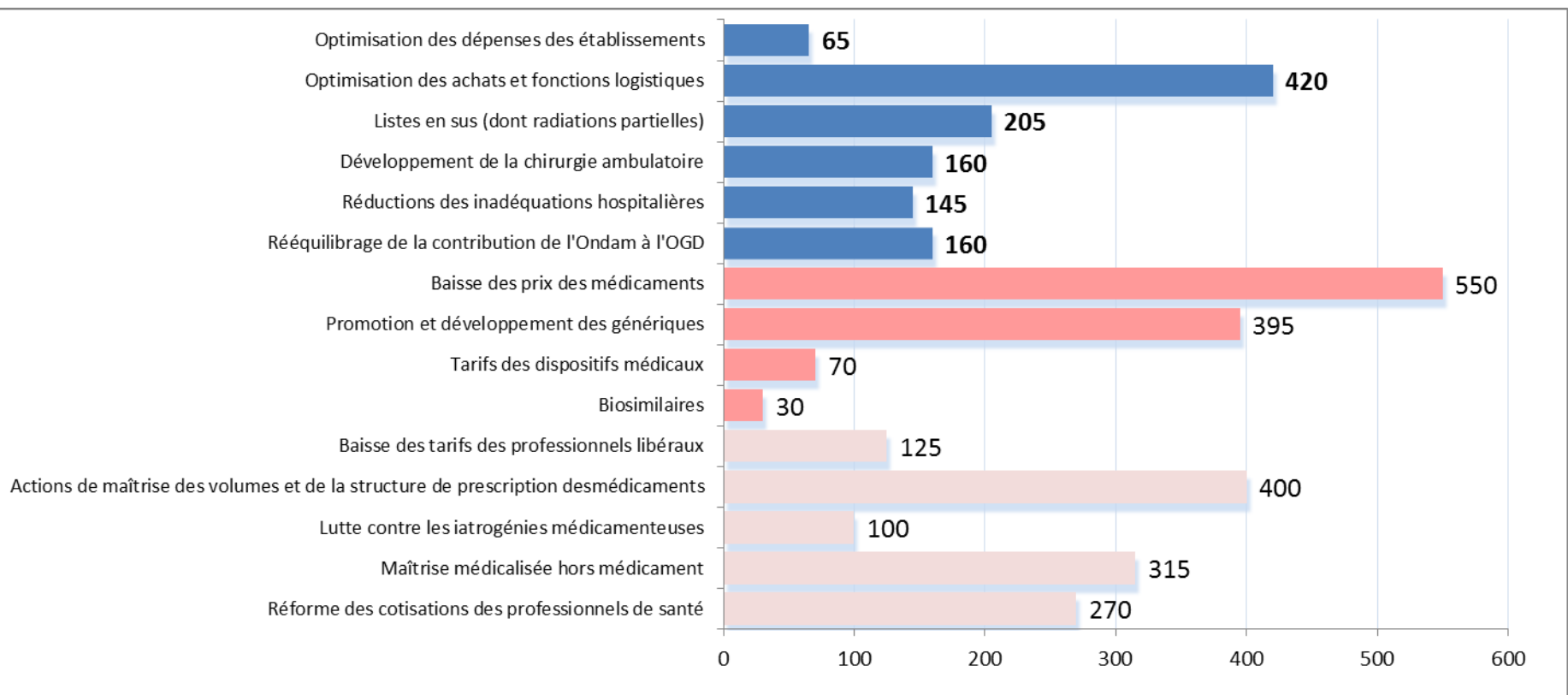
Données : dossier de presse PLFSS 2016

- ▶ Pour tenir l'objectif de progression de +1,75 % de l'Ondam, **un effort d'économie de plus de 3,4 Md € est nécessaire**

- *Évolution spontanée de la dépense : +3,6 %, à contenir par des mesures d'économie*

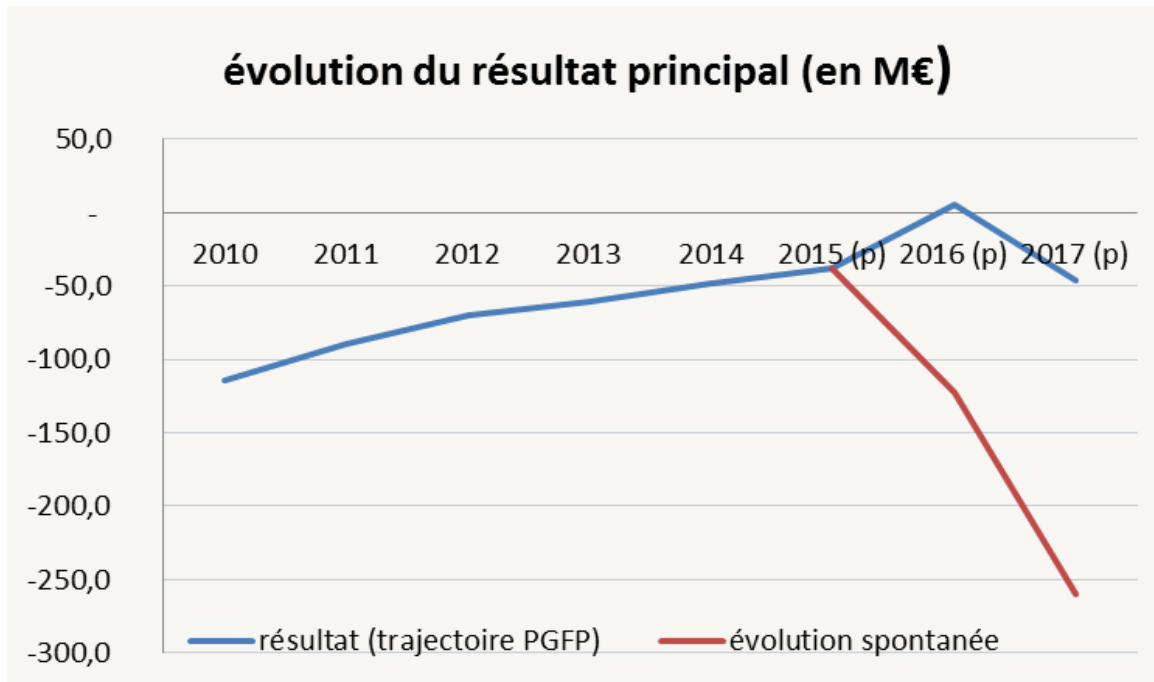
■ Au sein de l'effort de 3,4 Md €, la part prise par l'hôpital est particulièrement importante

- ▶ **1 155 M€** directement supportés par l'hôpital
- ▶ **1 045 M€** au titre des produits de santé, avec un effet partiel sur l'hôpital



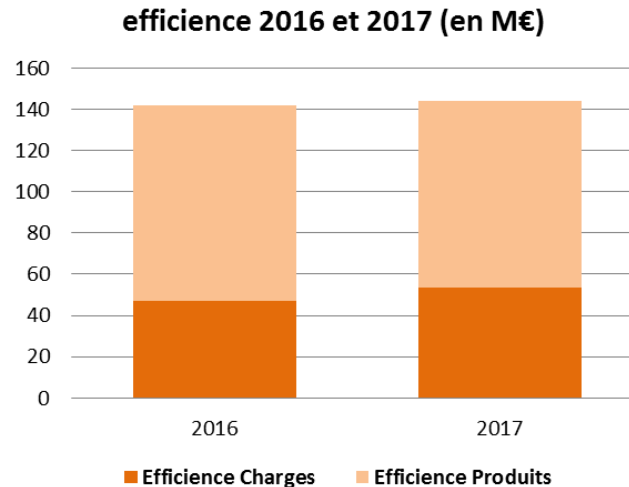
Source : dossier de presse PLFSS 2016, 24 septembre 2015

- **En l'absence d'efficience, le résultat de l'AP-HP se dégraderait très rapidement, remettant en cause les projets d'investissements de l'institution**



L'efficience demandée est la contrepartie d'un engagement de long terme de l'institution à travers des projets immobiliers majeurs

- Pour l'AP-HP, l'efficience attendue est estimée à 142 M€ en 2016 et 144 M€ en 2017



- Cette efficience doit permettre d'atteindre l'équilibre en 2016 et de sortir la CAF nécessaire aux investissements

- ▶ En faisant face à la dégradation spontanée du résultat

- Effet de ciseau baisse tarifaire / tendanciel de charges
- Effets des changements réglementaires (suppression facturation des AMI pour les passages aux urgences)

- **Une proposition d'efficience de 142 M€ et 144 M€, répartie entre groupes hospitaliers et services centraux et généraux**
(dont 5,5 M€ d'efficience pour les services centraux et généraux, uniquement sur les charges)
 - ▶ **Une évolution spontanée à 132 M€ comprenant la mesure AMI-ATU**
 - ▶ **Le financement des mesures institutionnelles majore l'efficience de 12,5M€**
 - *Évolution des systèmes d'information et amélioration du service rendu aux patients (wifi)*
 - *Engagements en termes de déprécarisation*
 - *Accompagnement des recompositions supra-GH par une enveloppe dédiée de 3M€*
 - ▶ **Des mesures institutionnelles viennent également minorer l'efficience**
 - *Financement des crèches de l'AP-HP : Conventionnement CAF des crèches*
 - *Baisse ARE liée à la déprécarisation*
 - *Maitrise des frais financiers*
 - ▶ **La certification des comptes en 2016 peut avoir un impact exceptionnel favorable**

3

Quelle répartition au sein de l'AP-HP ?

- **La répartition de l'efficience vise à répondre à trois exigences :**
 - ▶ **S'appuyer sur la responsabilité des groupes hospitaliers et les services centraux et généraux** en termes de logique de résultat

 - ▶ **Confirmer l'impératif de solidarité** au sein de l'AP-HP entre des structures qui n'ont pas
 - *les mêmes profils d'activité,*
 - *les mêmes types de patients*
 - *les mêmes configurations architecturales*

 - ▶ **Rechercher les mutualisations des activités supra-GH**
 - *Recours à l'HAD,*
 - *Regroupements d'activités,*
 - *Réflexions sur l'évolution du nombre de lits et la répartition des lits*

■ Modélisation de 3 compartiments pour répartir l'efficience :

- ▶ **Compartiment 1 – Retours sur investissements : 75% des ROI sont fléchés vers le GH concerné.**

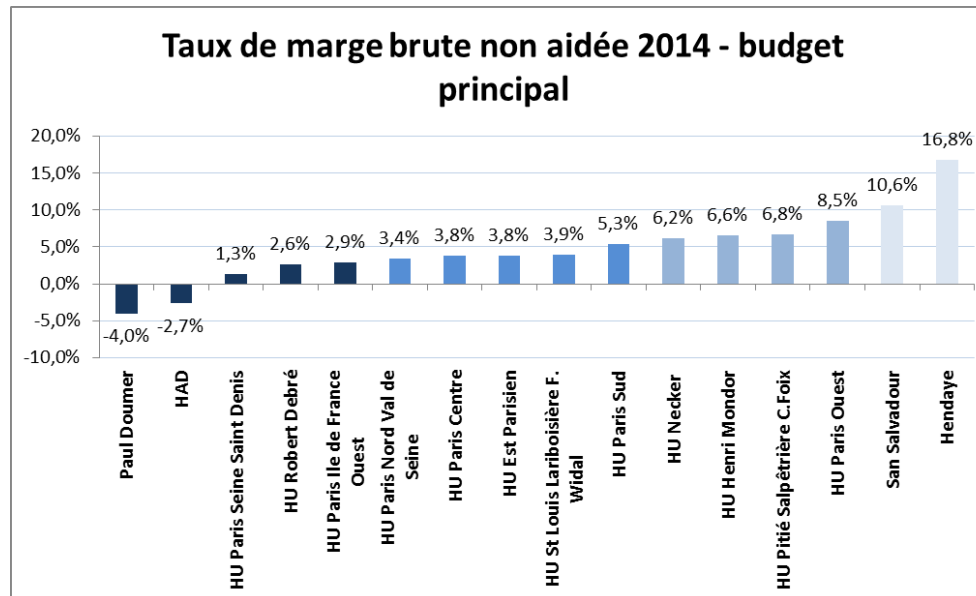
6% • *Prise en compte des investissements réalisés et devant générer de l'efficience*

- ▶ **Compartiment 2 – Dégradation spontanée du résultat**

82 % • *Utilisation des tendanciels utilisés pour définir le montant global d'efficience AP-HP*

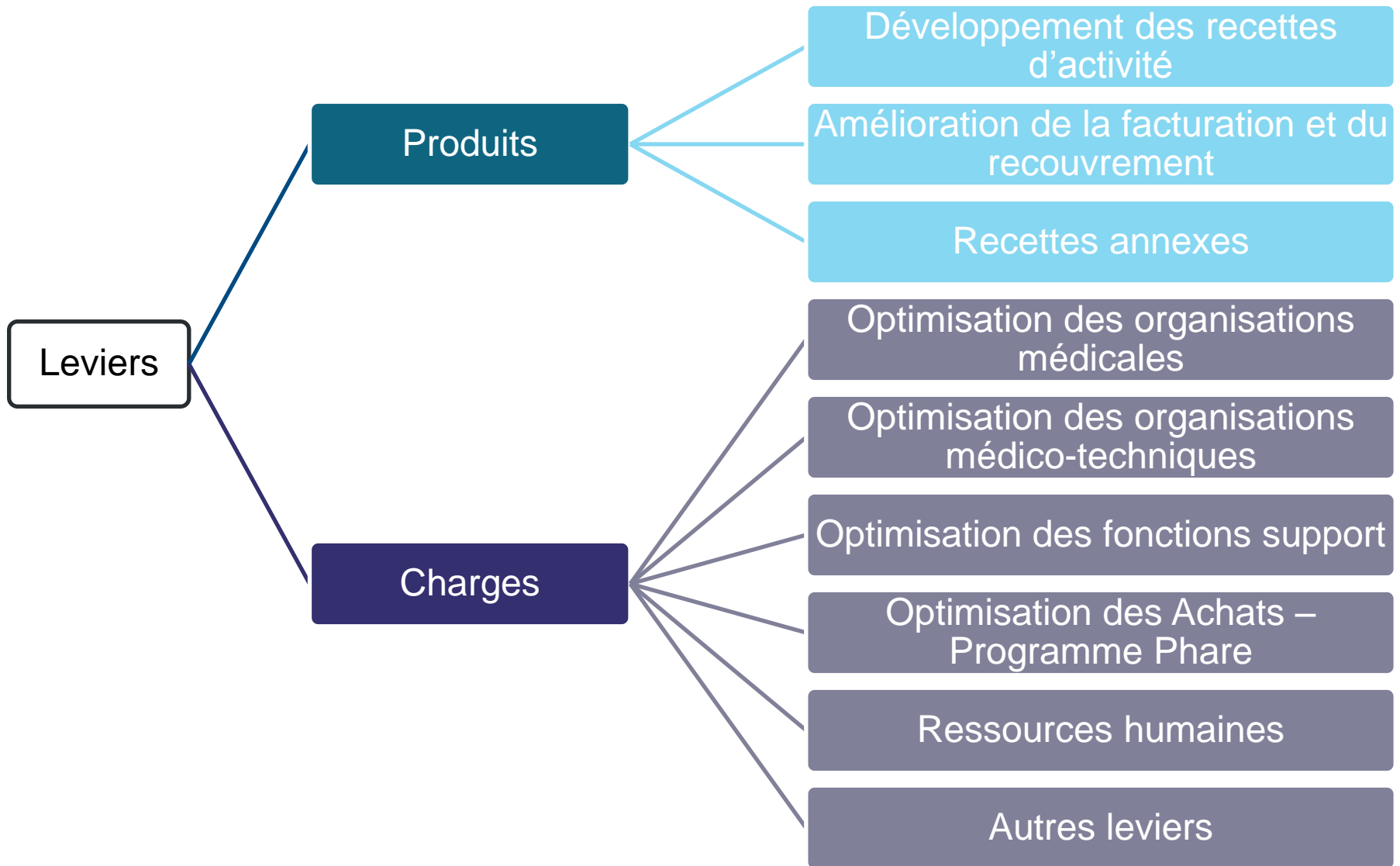
- ▶ **Compartiment 3 – taux de marge brute 2014**

12 % • *Permet d'approcher la performance économique, en neutralisant les effets exceptionnels : les GH éloignés d'un taux de marge brute de 6% sont appelés à faire évoluer leur taux de manière progressive*



4

Quels leviers mobiliser ?

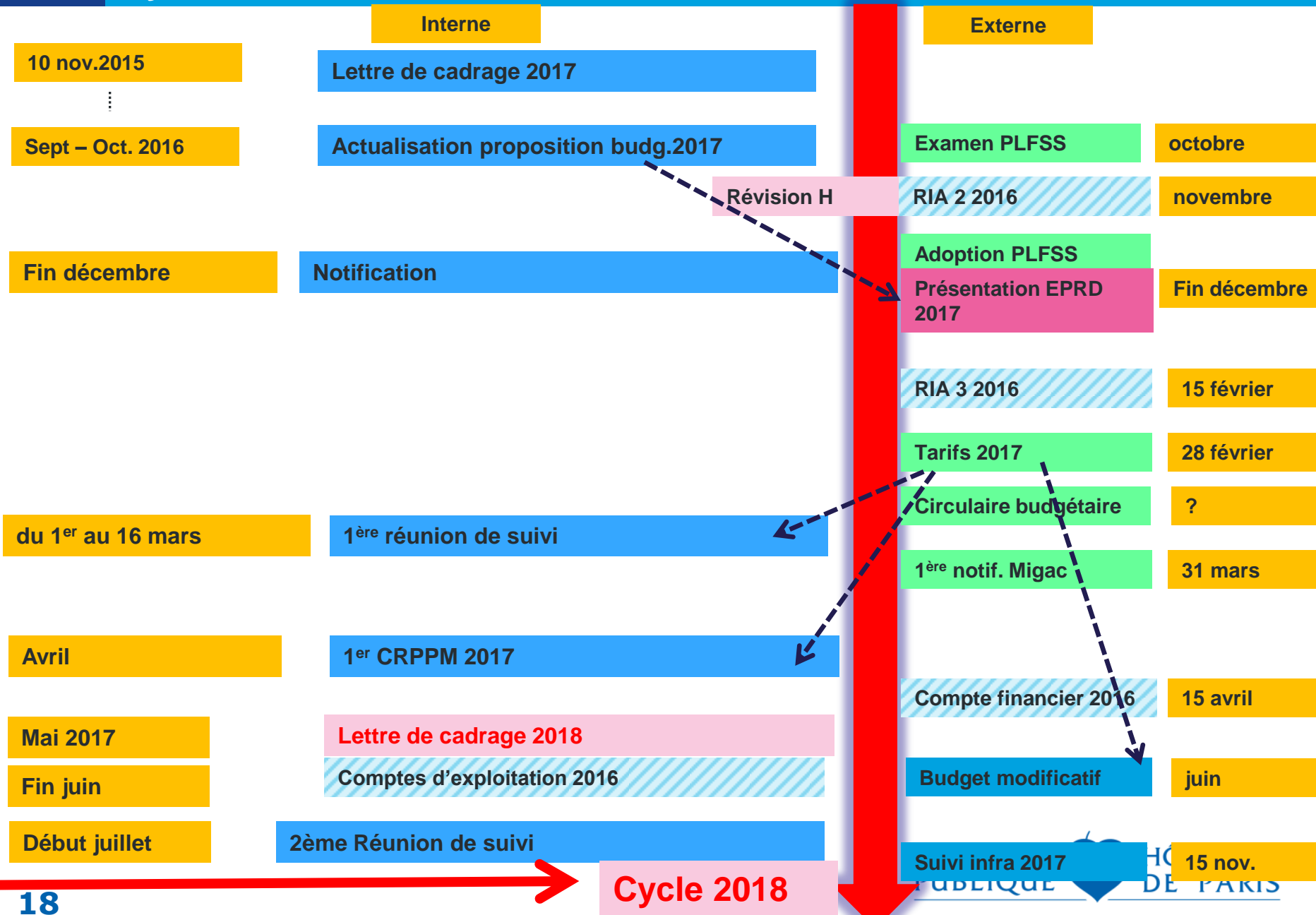


5

Annexes

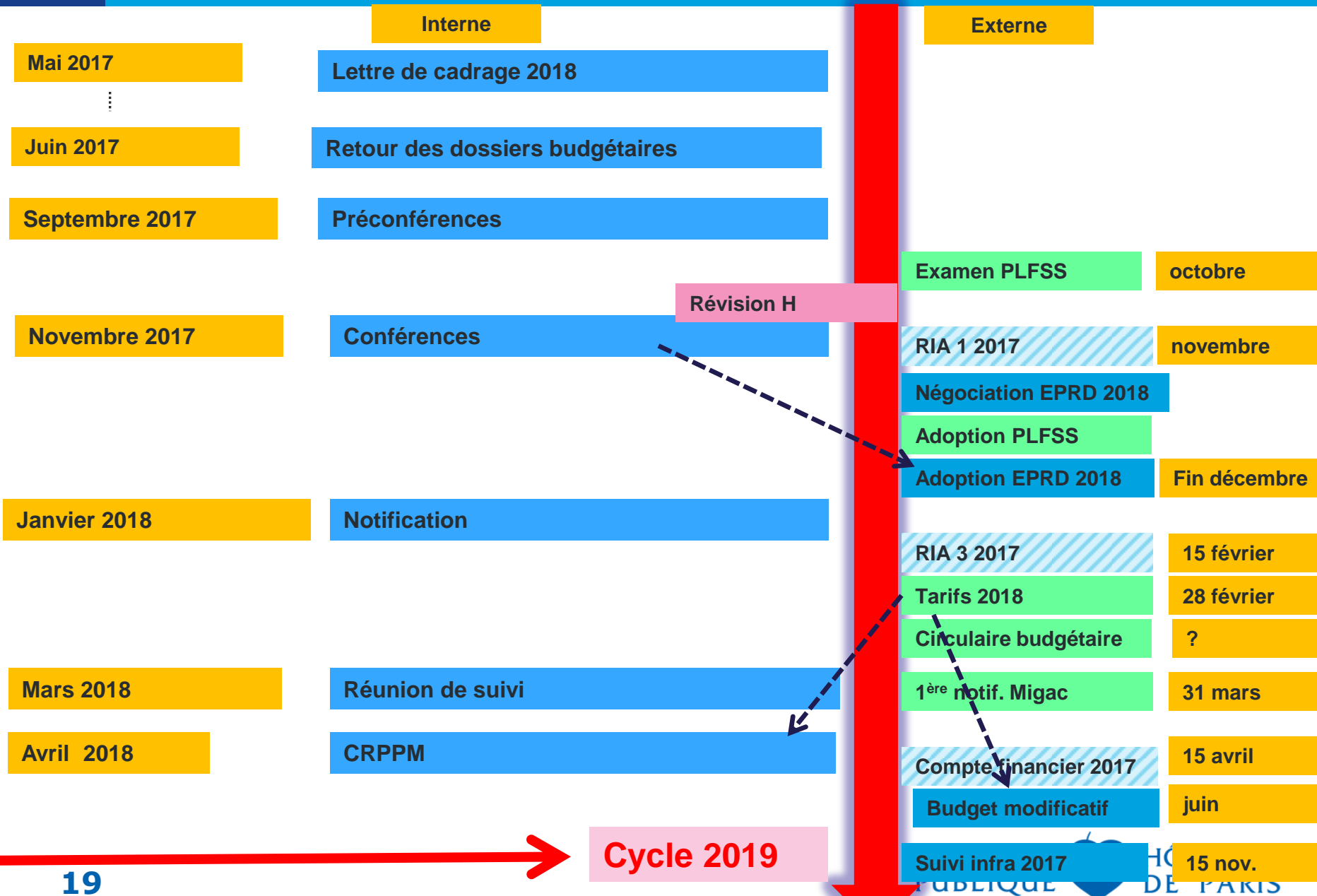
Cycle 2017

Quel calendrier 2017



Cycle 2018

Calendrier 2018



Cycle 2019

■ Détail des article – avant-projet PLFSS

▶ Article 47 – Facturation du ticket modérateur sur la base des tarifs journaliers de prestation

- *Maintien des règles actuelles jusqu'en 2020*
- *Attention particulière à l'évolution des TJP*

Efforts de réduction des TJP pour les établissements dont le tarif est supérieur au coût de production

Augmentation possible dans la limite d'un plafond pour les autres

- ***Incidence AP-HP : hypothèse de stabilité des TJP dans le PGFP***

▶ Article 48 – Financement du SSR

- *Mise en œuvre progressive d'une modulation des financements sur l'activité*

Mise en œuvre échelonnée entre 2017 et 2022 d'un nouveau modèle d'allocation de dotations modulées à l'activité

- *En 2016, financement dédié pour certaines missions d'intérêt général (scolarisation, réinsertion professionnelle des jeunes adultes) et les molécules onéreuses*
- ***Incidence très mineure en 2016 ; manque de visibilité pour 2017***

▶ **Article 49 – Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins**

- *Se substitue au contrat de bon usage et au CAQOS*
- *En cas de non signature, ou de non atteinte des objectifs, possibilité de minorer les remboursements assurance-maladie de 30 %*

▶ **Article 50 – Participation à l'échelle nationale des coûts**

- *Possibilité de désigner des hôpitaux pour participation à l'ENCC, afin d'améliorer la qualité des informations pour la détermination des tarifs*
- *Mécanisme de sanction en cas de refus de participation*

▶ **Prise en compte de nouvelles priorités de financement Migac-merri**

- *Incitation à la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire*
- *Développement des forfaits innovation*
- *Renforcement du financement de la précarité*
- ***Incidence AP-HP : argumentaires sur la précarité et l'innovation à faire valoir***