

Annexe 3 - de la circulaire de mise en œuvre du Plan Hôpital 2012 Méthodologie d'instruction des projets par l'ARH

Démarche proposée

Les projets HOPITAL 2012 relèvent de trois catégories très différentes.

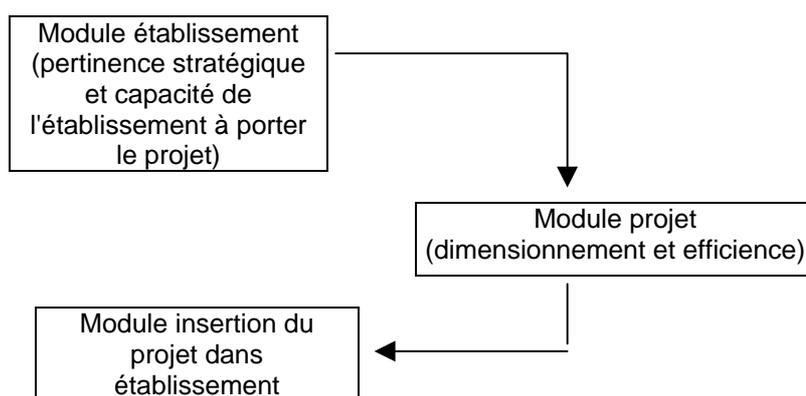
- o les investissements immobiliers ciblés tout particulièrement sur les recompositions hospitalières, les dynamiques de coopérations et la mise en œuvre des SROS 3.
- o les investissements dans les systèmes d'information et de communication
- o les investissements de mise aux normes des établissements, notamment au regard des risques amiante, sismiques

La grille d'instruction de l'efficience des projets devra être adaptée à chacune de ces catégories. Cependant celles-ci ont en commun de devoir s'insérer dans les objectifs stratégiques de l'établissement de santé, du territoire de santé et de la région et d'être compatibles avec les équilibres économiques et financiers de l'établissement.

Dans le nouveau paradigme de financement des établissements, ce sont les recettes qui conditionnent les charges et non l'inverse : un investissement surdimensionné, ou inapproprié, même subventionné, qui ne contribue pas globalement à la génération de recettes d'exploitation, engage l'établissement dans le cercle pervers du déséquilibre financier structurel.

Dans ce contexte, la recherche de l'efficience nécessite une démarche commune à toutes les catégories d'investissements sur la base de trois modules interactifs intégrant l'analyse de la dimension « établissement porteur du projet ».

- Un premier module sera destiné à analyser la situation de l'établissement et sa capacité à porter ses projets futurs ainsi que la pertinence stratégique du projet présenté dans ce cadre global.
- Un deuxième module propose une démarche interactive d'analyse de l'efficience des projets présentés. Des développements et critères plus spécifiques pour chacune des trois grandes catégories seront présentés pour prendre en compte leurs particularités.
- Enfin dans un troisième module devra être pris en compte l'impact du projet sur les équilibres généraux budgétaires et financiers de l'établissement et simuler les conditions de financement du projet optimisé.



Cette grille doit s'adapter à une démarche itérative tenant compte à la fois de l'étape d'instruction entre les établissements et l'ARH mais également de l'interaction des différentes composantes de la grille. Elle devra également constituer la base du suivi du projet.

La méthodologie d'instruction proposée peut être d'application différenciée en fonction de l'ampleur du projet et de la taille des établissements.

Module 1 Etablissement

Il s'agit de mesurer l'opportunité du projet au travers de la situation de l'établissement ainsi que la pertinence stratégique du projet

1.1. Diagnostic de l'établissement et de sa capacité à porter ses projets futurs

Objectifs : soutenir uniquement les investissements des établissements qui présentent les garanties de pérennité suffisantes ou dont les projets s'inscrivent dans des activités reconnues pour leurs perspectives.

1.1.1. Diagnostic financier porté sur l'établissement : (se rapporter aux fiches techniques 1 et 2 de la présente annexe)

Ce diagnostic peut s'appuyer sur trois outils principaux : le diagnostic flash, les comptes financiers et le PGFP .

- L'outil « diagnostic flash » comporte 43 indicateurs classés en deux catégories : ceux qui sont disponibles dans les bases ATIH et ARH et ceux qui, pour l'instant, ne peuvent être recueillis qu'au niveau de l'établissement.

Le diagnostic flash permet un premier diagnostic d'ensemble de l'établissement et de ses perspectives. Il utilise pour cela un nombre minimum d'indicateurs financiers mais également de productivité et d'efficacité confrontés aux référentiels professionnels ou positionnés sur les bases statistiques issues de la généralisation de cet outil de première analyse. Il ne se substitue en aucun cas aux outils plus spécialisés (audits, analyses comptables, financiers, organisationnels ou de performance....)

Les indicateurs relèvent de 4 catégories de questionnements (présentation de la liste des indicateurs en fiche technique 1 de l'annexe 3) :

- Obtenir une image fidèle de la situation financière de l'établissement et détecter sur ce champ les principaux problèmes
- Appréhension de la performance des processus majeurs de l'établissement
- Situer le type d'activité, le dynamisme et l'attractivité de l'établissement
- Représenter le profil en ressources humaines de l'établissement et dégager des opportunités d'optimisation L'intérêt du diagnostic flash réside à la fois dans le recoupement des résultats obtenus sur les différents champs et indicateurs mais également dans la phase de restitution des résultats quantifiés entre l'établissement et l'ARH.

Ces indicateurs sont systématiquement présentés avec des références permettant de positionner l'établissement dans sa catégorie juridique. Ces référentiels aujourd'hui largement statistiques, ont pour vocation de muter vers de véritables référentiels de performance avec les consolidations des diagnostics menés avec les établissements et les ARH.

- Les comptes financiers des trois années précédentes : l'examen de ces comptes permet de connaître :
 - l'évolution des résultats d'exploitation : CRP (compte de résultat principal) et CRA (comptes de résultats annexes) sur les trois années ;
 - Le rapport du résultat du CRP / les recettes du CRP ;
 - l'évolution de la CAF (capacité d'autofinancement) ;
 - la part de la dette dans les ressources long terme ;
 - le rapport de la CAF/Capital à rembourser chaque année ;
 - le niveau du fonds de roulement à la fin de chaque exercice ;
- l'EPRD de l'année en cours, le PPI (plan pluriannuel d'investissement) et le plan global de financement pluriannuel (PGFP) :
 - l'EPRD qui est considéré comme une tranche annuelle de l'exécution du PGFP ouvre la vision sur la situation projetée pour le futur ;

- o le PPI comporte notamment une liste exhaustive des investissements prévus tant au plan immobilier qu'en équipements et en informatique, qu'il s'agisse d'opérations nouvelles ou d'entretien et de renouvellement courant. Le PPI permet de mesurer les incidences financières propres aux opérations d'investissements (amortissements, emprunts etc...). Les données qui en découlent sont reprises de façon synthétique dans le PGFP.

- o Le PGFP (plan global du financement pluriannuel) : c'est à la fois un élément constitutif du projet d'établissement et une annexe à l'EPRD. En tant que volet du projet d'établissement, il est soumis à la délibération du CA et à l'approbation de l'ARH. Par contre, l'annexe PGFP à l'EPRD n'est pas soumise à approbation. Les établissements devront faire clairement figurer les hypothèses retenues pour établir leurs projections, notamment concernant :

- o le taux d'actualisation des opérations ;
- o les durées d'amortissement retenues ;
- o les hypothèses de taux et de durée des emprunts ;
- o le montant du GVT retenu ;
- o le taux d'inflation ;
- o la progression de l'activité et des recettes

Le PGFP ou plan global de financement pluriannuel permet de connaître les prévisions faites par l'établissement sur 5 ans des ressources qu'elle espère tirer de l'exploitation (CAF), des « emplois » qu'elle envisage de réaliser et des modalités qu'elle prévoit pour leur financement (tableau des emplois –ressources) et enfin du différentiel « emplois- ressources » restant à couvrir par prélèvement sur Fonds de roulement

EPRD, PGFP sont des outils d'analyse comptables et financiers spécialisés qui ont le double avantage d'être appropriés par les acteurs, et tout à fait adaptés au nouveau mode de financement des hôpitaux. La constitution de séries historiques et leurs développements pluri annuels permettent de plus de garantir transparence et sincérité des comptes.

A l'issue de cette démarche, on peut établir un diagnostic des forces et des faiblesses de l'établissement sur la base de la grille d'analyse qui est proposée en fiche technique 2 de ce guide méthodologique.

1.1.2. Analyse de l'activité et pérennité des parts de marché

- Analyse de l'activité et hypothèses à 5/10 ans du maintien des lignes de produits (répartition actuelle entre les principaux acteurs, raisons d'une éventuelle évolution.....).
 - o activité : celle connue et celle prévue dans les années à venir au regard de l'OQOS (objectif quantifié de l'offre de soins
 - o part de l'activité assurée au sein du territoire de santé dans les disciplines de l'établissement (ceci au regard du réalisé)
 - o argumentation objectivée de toute prévision d'augmentation d'activité : est-ce en relation avec un projet de restructuration de cette activité au sein du territoire ? Sinon comment est-elle justifiée ? Part d'activité gagnée sur qui ? explications des écarts à l'objectif prévu dans le SROS ?

Il est impératif de garantir l'instruction des projets de prévisions d'activité qui seraient irréalistes. S'il apparaît difficile de cadrer strictement toute prévision sur les OQOS qui d'ailleurs ne couvrent pas toutes les disciplines, il devra être demandé d'expliquer, en apportant toutes les justifications et études chiffrées, tout écart significatif, soit par rapport à l'existant, soit par rapport aux OQO (cartes d'attractivité médicalisées sur la base des séjours GHM, ou regroupements pertinents ...).

- Pérennité de l'activité

Il est impératif de veiller lors de l'instruction à ce que les prévisions d'activité qui fondent le projet soient réalistes et durables. A cet effet, les critères suivants pourront être utilisés:

a) Existence d'un socle suffisant d'activité.

Les seuils d'activité généralement admis sont atteints ou dépassés (ex 2000 interventions annuelles pour la chirurgie...)

- b) Existence d'un bassin de recrutement approprié à l'activité.
 - o Le bassin de recrutement drainé par l'implantation d'activité est d'au moins x habitants (chiffre variable selon l'activité concernée)
 - o L'offre locale fixe au moins x % de la population du bassin (id)
 - o L'absence de projet concurrent susceptible de renforcer le taux de fuite hors du bassin.
- c) Présence pérenne dans l'établissement des "producteurs de soins".
 - o Age des praticiens assurant le recrutement (chirurgiens, obstétriciens...)
 - o Taux de postes vacants et rapidité à les pourvoir.

1.2. Opportunité stratégique du projet

1. Objectifs du projet
Il est impératif que soit formulé précisément et de manière explicite l'objectif du projet avec une cible quantifiée.
2. Pertinence stratégique :
 - o intégration dans la stratégie de l'établissement, apport et attentes (cohérence avec le projet d'établissement)
 - o apport dans l'amélioration de l'accès aux soins et de la performance de l'offre territoriale ou régionale (référence SROS)
3. Présentation des alternatives stratégiques au projet
Il y a t-il des alternatives, la question a t-elle été posée, des études ont-elles été faites?
La mutualisation ou l'externalisation ont-elles été étudiées?
4. Situation, articulation et classement du projet par rapport à l'ensemble des projets de l'établissement

1.3. Capacité globale de l'Etablissement à porter ce projet

- Equilibres financiers généraux

La logique du modèle T2A conditionne le financement d'un investissement à la capacité de l'établissement à dégager une capacité de financement c'est à dire un solde positif recettes dépenses. L'étude préalable de sa capacité de financer ses investissements et de dégager des résultats relève du principe de précaution. La situation des établissements entrés dans un plan de retour à l'équilibre devra faire l'objet d'une attention toute particulière

- Compétences mobilisables

Pertinence de faire porter le projet par l'établissement concerné : environnement médical et technique, existant au sein de l'établissement, caractère de complémentarité de ce projet par rapport aux activités assurées par l'établissement

- Conduite de projet

Structures en place au niveau de la conduite des projets, expérience dans ce domaine

- Portage par des acteurs : médecins, personnel, conseil d'administration, élus locaux.
- Cas particulier des projets notamment informatiques avec portage multiple

L'analyse de ce premier module peut conduire à conclure que certains projets doivent être écartés dès ce stade si la pertinence de la stratégie de l'établissement n'est pas acquise pour le portage du projet.

Module 2 Projet

2.1. Approche générale de l'efficacité d'un projet

Analyse générale

A priori tout projet, immobilier, technologies, système d'information a vocation à l'efficacité et à l'équilibre financier. C'est le contraire qui est l'exception.

Pourquoi un nouvel hôpital conçu dans un dimensionnement adéquat, optimisé dans ses circulations et ses processus de fonctionnement, à contraintes identiques, serait-il plus coûteux ?

Sauf à considérer que les contraintes d'optimisation et d'efficacité de celle-ci n'ont pas été intégrées dès la conception du projet, pourquoi une nouvelle technologie, à utilisation partagée s'il le faut, ne serait pas rentable. ?

Les retours d'expériences ont montré que maîtrise du budget et délais étaient très liés. Au-delà d'un cycle court, un projet est difficilement maîtrisable du fait de la complexité et de la rapidité de l'évolution de l'environnement. La tenue et le suivi des délais constituent des indicateurs stratégiques du suivi des opérations.

Composantes de l'efficacité

Les dimensions conjointes de productivité et d'équilibre financier d'un investissement sont essentielles. Elles constituent dans la problématique de l'instruction d'une aide au financement, la dimension quasi exclusive de la démarche sous réserve, de la validation stratégique du projet au regard notamment du SROS et de l'égalité d'accès aux soins au sein du territoire de santé.

Cependant, une approche globale de l'efficacité nécessite de qualifier l'impact du projet sur des champs aujourd'hui difficilement quantifiables.

Plusieurs axes peuvent être dégagés sur lesquels des indicateurs devront être fixés :

Dimension sociale	Développement durable	Sécurité du malade et qualité de la prise en charge
-------------------	-----------------------	---

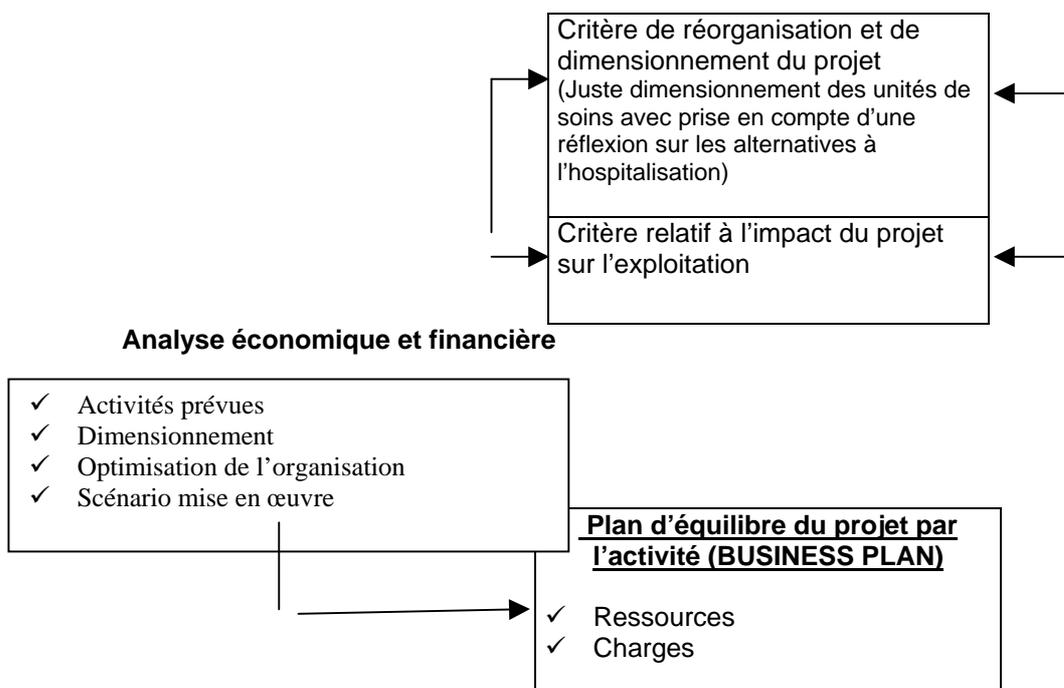
Pour ajouter à la qualification du projet et en complément à son analyse financière, trois axes - axe social, développement durable, sécurité du malade et qualité de la prise en charge - devront faire l'objet d'une instruction complémentaire, dissociée de l'instruction financière, par la recherche et le chiffrage d'indicateurs assurant une meilleure qualification du projet

2.2 . Analyse de l'efficacité du projet

Tout projet d'investissement, quelle que soit sa nature, son dimensionnement, son objectif ne pourra être qualifié d'efficace, que si son instruction a respecté au minimum deux démarches

1) être correctement dimensionné et adossé à un véritable projet organisationnel

2) Avoir fait l'objet d'un chiffrage de son impact financier sur la base d'une balance coûts /recettes et ou gains d'exploitation



2.3.La dimension organisationnelle : approche par catégorie

Le premier champ du dimensionnement du projet relève de démarches d'organisation, de remises à plat des process, de simulation et de conduite de projet dans lesquelles la dimension économique est systématiquement intégrée. Cependant les orientations et référentiels devront être différenciés entre les grandes catégories d'investissements éligibles et notamment immobiliers et systèmes d'information.

Le modèle développé par la MEAH sur l'organisation et le dimensionnement des blocs opératoires avec un logiciel de simulation et d'aide à la décision illustre parfaitement le type de démarche à promouvoir. Ils seront progressivement étendus à d'autres champs (cf fiche technique 3 du guide méthodologique).

Les outils et références de ces démarches d'analyse d'efficacité seront déclinés et présentés par catégorie d'investissements, compte tenu de leurs spécificités : investissements de mise en sécurité, investissements immobiliers, SIH (systèmes d'information hospitaliers).

2-3-1 Investissements de mise en sécurité

Le champ concerné est celui des mises aux normes de sécurité dont l'ampleur dépasse le niveau pouvant être assuré dans le cadre du financement normal des établissements. Cela vise en particulier les risques relatifs à la présence d'amiante et aux risques sismiques. L'ARH devra procéder à une évaluation précise, à la fois technique et financière, de ces opérations, en faisant apparaître les surcoûts spécifiques.

Dans le cadre de l'instruction des projets, il est indispensable de s'assurer que les mises aux normes obligatoires sont bien intégrées dans les PGFP des établissements de santé avec les coûts correspondants.

Dans tous les cas, les établissements auront intérêt à faire réaliser un schéma directeur technique (SDT) permettant de s'assurer que les investissements prévus s'inscrivent dans une démarche logique garantissant la meilleure utilisation des fonds alloués.

Voir liste des outils ci-après.

2.3.2. Investissements immobiliers

Dimensionnement correct du projet par rapport aux besoins

Eléments d'appréciation des besoins :

- examen de l'activité réalisée au cours des 3 précédentes années ;
- adéquation avec les OQOS (objectif quantifié d'offre de soins) ;
- s'il s'agit d'une activité nouvelle, appréciation du niveau des besoins du territoire de santé par l'ARH ;
- références bases de données MAINH sur les surfaces.

Coût estimé de l'opération cohérente avec les référentiels disponibles

Eléments d'appréciation :

- référentiels MAINH ;
- coûts d'opérations analogues dans la région ;
- indication des coûts du projet :coûts des travaux HT et TTC avec indication de la date d'évaluation; coûts TDC (toutes dépenses confondues) avec indication de la date d'évaluation et coût en valeur finale (avec indication de la date prise en compte pour cette estimation).

Tableau des outils et indicateurs utilisables pour l'instruction des projets « immobiliers »

OBJECTIFS	OUTIL – indicateurs produits	DISPONIBILITE
Estimation de la dimensionnement de l'investissement	Observatoire des coûts de la construction - ratios coût ht travaux/m2/famille - ratio surface par lit et place/famille	Rapport n°5 d'avril 2007 sur les traitements sur 200 opérations publiques et privées, accessible sur le site internet de la MAINH
Mise aux normes de sécurité	Guide de mise en œuvre du Schéma directeur technique N. B. : Ce guide, dans lequel les aspects réglementaires ne constituent qu'un sujet parmi les autres, pourra être utilement consulté pour situer le projet de mise en sécurité dans le contexte global de la maintenance technique de l'établissement.	Juin 2007, disponible sur le site Internet de la MAINH
Choix d'une procédure pour la réalisation des travaux	Guides d'utilisation des montages innovants (marché conception-réalisation – BEH et PPP).	Disponibles sur le site Internet de la MAINH
Valorisation des actifs immobiliers	Le guide Dynamisation des actifs immobiliers des établissements hospitaliers.	1 ^{ère} édition d'Octobre 2005, disponible sur le site Internet de la MAINH
Mesurer l'efficience du projet	Répertoires d'indicateurs ➤ Organisation des services d'imagerie. Indicateurs de structure et d'utilisation des salles de blocs opératoires. ➤ Temps d'attente et de passage aux urgences ➤ Organisation des services de radiothérapie dans les hôpitaux et cliniques ➤ Organisation de la restauration dans les hôpitaux et cliniques -	Disponible sur le site de la MEAH
Mettre en œuvre des projets d'organisation	Référentiels « Organisation » ➤ Blocs opératoires, ➤ Radiothérapie ➤ Temps d'attente aux Urgences ➤ Restauration ➤ Temps médical Dossiers méthodologiques • Modèle « Organisation et investissement » applicable aux blocs opératoires	Disponible sur le site de la MEAH A partir de Mai 2007 à la MEAH

2-3-3 les systèmes d'information

L'enjeu est de créer, par l'exemplarité, un effet d'entraînement dans l'informatisation des établissements et l'émergence d'une véritable offre industrielle : seront éligibles les projets de référence réunissant les conditions de réussite, et susceptibles de créer une dynamique effective de succès.

Les aides seront ciblées sur des opérations d'informatisation d'établissements.

Un accent sera mis sur des démarches de mutualisation susceptibles de dégager les ressources nécessaires à la conduite des projets et d'en optimiser les gains. Dans ce cadre, pourront être également soutenues des opérations visant à l'informatisation des services d'urgences pré-hospitaliers ou à la mise en œuvre de plates-formes d'interopérabilité.

Pour des raisons d'efficacité et de réalisme, les projets proposés n'intègrent pas nécessairement tout le périmètre fonctionnel possible de l'informatisation des processus hospitaliers. Cependant, ils devront répondre à trois conditions :

- intégrer un dossier informatisé de production de soins ;
- assurer la communication interne et externe par l'utilisation d'infrastructures techniques et fonctionnelles (identifiant patient, services d'annuaires, services de sécurité...) intégrant les référentiels nationaux disponibles ;
- être compatibles avec les échanges d'informations exigés par la modernisation du système de santé : alimentation et consultation du Dossier médical personnel et facturation directe des soins aux caisses d'assurance maladie.

Principes à suivre

- o Favoriser les projets des établissements qui mettent en œuvre une réorganisation de l'ensemble des processus de l'établissement, optimisant les apports des TIC, avec une approche de gestion de ressources humaines de soutien (accompagnement au changement, compétences, formation...)
- o Favoriser les projets d'informatisation des processus de soins s'appuyant sur des solutions reproductibles et communicantes. Les solutions mises en œuvre seront fondées sur des référentiels ouverts et des standards reconnus répondant aux exigences requises par la réglementation en terme de sécurité, de continuité de service et de confidentialité de l'accès aux données de santé. Une attention particulière sera donnée à l'évolutivité des solutions et à leur capacité de s'adapter aux changements, notamment à l'évolution de la réglementation.
- o Favoriser les établissements qui s'engagent sur des objectifs à court terme, avec un calendrier maîtrisé, (prime aux projets à cycles courts de 3 ans) avec des méthodes de conduite de projets adaptées. Seront privilégiés les projets d'informatisation de fonctions homogènes à l'échelle d'un établissement, permettant de produire des effets tangibles à court terme. Les financements seront débloqués, phase par phase, en fonction des déploiements effectivement constatés.
- o Favoriser les établissements qui investissent de manière significative.
La MAINH fournira par grande catégorie d'établissements, sur la base d'un benchmarking, des fourchettes hautes et basses d'opération.
- o Favoriser les projets qui s'inscrivent dans des démarches de complémentarités inter- établissements à l'échelon d'un territoire de santé ou de la région. Ces démarches pourront porter :
 - sur la mise en commun des maîtrises d'ouvrage pour l'achat d'une solution commune et/ou prestations de services externalisées de systèmes d'information de type infogérance (ASP) ou haute disponibilité.
 - sur le partage de moyens techniques et humains nécessaires pour assurer la continuité de service et la sécurité des systèmes déployés.

Un projet SIH doit être soumis a priori à une contrainte d'équilibre économique de ses surcoûts ; l'étude organisationnelle sur laquelle il est nécessairement construit, devra mettre en évidence les engagements de gains organisationnels qu'il permet.

Pour faciliter la démarche, seront mises à disposition fin juin, au sein d'un dossier « Investissements SIH », deux grilles de références, une sur l'état des lieux des systèmes d'information et une autre sur l'organisation du projet.

Tableau des outils et indicateurs utilisables pour l'instruction des projets « SIH »

OBJECTIFS	OUTIL – indicateurs produits	DISPONIBILITE
Réorganiser les process de l'établissement optimisant les apports des NTIC	Etudes d'organisation <ul style="list-style-type: none"> • blocs opératoires, • urgences, • radiothérapie, • recouvrement, • restauration 	Sur le site MEAH études disponibles en 2007
S'inscrire dans un cadre d'interopérabilité interne et externe	Référentiels Interopérabilité et Infrastructures : <ul style="list-style-type: none"> • Cadre d'interopérabilité, RGI, RGS, .. • Normes et nomenclatures d'échanges, • Annuaire Structures, Professionnels de santé,... • Identité Patient, • Sécurité • Mobilité ... 	Sur les sites du GMSIH, GIP CPS, GIP DMP, MAINH
Présentation du dossier SIH Analyse de l'approche économique et des risques d'un projet SIH	Guide de programmation SIH <ul style="list-style-type: none"> • Indicateurs de progression de maturité des SI dans les ES • Montages du dossier SIH aux plans technique (dimensionnement, lot..) et financier (mutualisation, PPP, externalisation). • Evaluation économique : méthodes d'analyse de la valeur (Mareva), approche ROI... • Evaluation des budgets SI selon le type d'ES 	disponible fin juin sur le site de la MAINH

2.4. La dimension économique de l'équilibre du projet par l'activité ou « business plan »

Le retour sur investissement consiste à éclairer le rapport entre le coût d'un projet et les bénéfices apportés à l'organisation.

Le Plan d'équilibre du projet par l'activité ou "business plan" par projet (nouvelle activité ou réorganisation) doit mettre en évidence le niveau d'attente du seuil de rentabilité c'est à dire à partir de quelle activité supplémentaire ou économies de charges l'établissement couvre ses charges fixes et dégage une marge une fois qu'il a couvert ses charges variables (le taux de marge conditionne le financement du programme d'investissement). Certaines activités peuvent être déficitaires mais doivent être rééquilibrées au sein de l'établissement par des activités à plus forte rentabilité ou par des financements dédiés et pérennes.

Une large gamme d'outils mettant en liaison coûts évalués et bénéfices attendus d'un projet sont disponibles, des plus simples comme le retour sur investissement, le délai de retour, le cash flow actualisé jusqu'aux plus complexes comme le ROI, outil financier intégrant une actualisation des flux financiers de l'entreprise. dont le champ d'application est réservé à des projets très importants générateurs de flux financiers de grande ampleur.

Tableau des outils et indicateurs utilisables pour l'instruction économique des projets

Coût et dimensionnement de l'investissement	Observatoire des coûts de la construction : - ratios coût ht travaux/m2/famille - ratio surface par lit et place/famille	Rapport n°5 d'avril 2007 sur les traitements sur 200 opérations publiques et privées, accessible sur le site Internet de la MAINH
Estimation des coûts d'exploitation des bâtiments	- Relation entre les coûts d'investissements et les coûts d'exploitation d'un bâtiment	Rapport de mars 2006, disponible sur le site Internet de la MAINH
Indicateurs de rentabilité : -analyse coûts- bénéfices -délai et taux interne de retour -analyse de la rentabilité économique d'un projet (ROI) - <i>valeur intrinsèque du projet</i> - <i>ce projet est-il économiquement pertinent</i> Cet outil ne doit être utilisé en première intention que pour des projets immobiliers importants générateurs d'activité.	Evaluation des impacts financiers d'un investissement hospitalier- Guide d'utilisation de l'outil EIFIC-HOS -évaluation des impacts financiers d'un investissement dans le cadre hospitalier	Disponible sur le site Internet de la MAINH Une formation à l'utilisation de cet outil pourra être assurée selon les besoins des ARH

Il semble cependant pertinent de rappeler les règles économiques de base aux promoteurs de projets qui pourraient être portés au perfectionnisme ou tentés par le surdimensionnement : un projet qui n'est pas équilibré doit être compensé dans l'établissement et il existe toujours des variantes pour optimiser.

Module 3 Le projet au sein de l'établissement

Calendrier de réalisation du projet :

Coût du projet :

- coût des travaux H.T et TTC avec indication du temps T de l'évaluation
- coût de l'opération TDC (toutes dépenses confondues) au moment T d'appréciation du coût des travaux
- valeur finale de l'opération (indication de la date prise en compte pour cette estimation)
- comparateur de coûts pour les BEH et montages de partenariats public/privé

Classement de ce projet par l'établissement par rapport à l'ensemble de ses projets :

Plan de financement proposé par l'établissement :

Plan proposé avec une hypothèse d'absence d'aide Hôpital 2012	oui	non
---	------------	------------

Analyse de l'impact du projet sur l'exploitation (simulations) : ces simulations doivent au minimum indiquer les coûts prévisionnels par catégories de charges (titres) et les recettes attendues de l'activité avec l'indication du moment où l'équilibre dépenses/recettes sera atteint après la mise en service du bien ;

- | | | |
|--|------------|------------|
| ○ prévisions d'activité cohérentes avec celles des 3 dernières années | oui | non |
| ○ calcul des produits tarification sur la base 100% tarifs de l'année en cours | oui | non |
| ○ montant des charges d'exploitation hors titre IV | montant | |
| ○ charges d'exploitation titre IV | montant | |

Résultat de l'étude d'impact sur l'exploitation :

- si résultat excédentaire voir réponse adaptée
- si résultat déficitaire > titre IV, revoir adaptation des moyens autres que titre IV ;
- si malgré l'optimisation de l'adaptation des moyens aux prévisions d'activité, un déficit persiste, passage à l'étape suivante de l'analyse en distinguant la part de déficit imputable au titre IV et celle relative aux autres titres de dépenses

Outils utilisables lors de cette étape :

- tableau d'activité des 3 dernières années (pour la cohérence des prévisions d'activité) ;
- étude des coûts et surcoûts d'exploitation après mise en service du bien ; distinction par catégories de charges (titres) et modalités de leur compensation par recettes ou autres modalités à préciser. Cette étude doit être pluriannuelle et couvrir la période à l'issue de laquelle le projet parvient à son équilibre intrinsèque recettes /dépenses.
- outil d'étude de rentabilité financière du projet (type ROI)- Cette étude sera utilisée pour les opérations importantes et/ou les établissements les plus fragiles, à l'initiative des ARH ;

Appréciation de l'équilibre global de l'établissement :

- l'établissement, ayant inséré le projet dans le PGFP, peut-il intégrer le déficit prévisionnel du projet dans l'équilibre global assuré par les autres activités :

oui	non
	si non, passage à l'étape suivante

Outils d'analyse :

- résultats d'exploitation CRPP des 3 dernières années ;
- CAF des 3 dernières années ;
- tableaux financiers du diagnostic flash ;
- PGFP ;

A l'issue de cette étape :

- o l'établissement ne peut pas absorber le déficit induit par le projet

décision d'aide

Montant de l'aide :

=calculé sur la base du résultat déficitaire du projet imputable au titre IV (intérêts financiers et amortissements) que l'établissement ne peut pas absorber dans le cadre de son équilibre global ;

=aide accordée sous condition d'engagement de mesures prises par l'établissement de santé pour absorber le déficit éventuel persistant après intégration de l'aide Hôpital 2012 (mesures à préciser)

Outils :

- o PGFP,
- o études des surcoûts du projet ;

Taux d'aide décidée après cette phase :**Modalités de l'aide :** (subventions FMESPP, avances remboursables ou aides aux surcoûts d'emprunts)

- o subventions FMESPP : en cas de surendettement de l'établissement ; si la nature du projet le justifie (SIH) ;
- o avances remboursables lorsque la productivité de l'équipement est certaine à court terme et permet de dégager des plus values qui rendront possible le remboursement des avances consenties ;
- o aides en fonctionnement des surcoûts d'emprunts souscrits ;

Bilan à prévoir lors de la mise en service du projet :

- o bilan comparatif des éléments pris en compte lors de la décision d'aide avec ceux constatés à la fin de l'opération : au niveau du coût final de l'opération, de son calendrier de réalisation ; des modalités de financement ; des modalités d'amortissement ;

bilan « un an après » avec l'introduction des charges et produits d'exploitation :

- o mesures des écarts ;
- o explication des écarts ;

Fiche technique n°1 de l'annexe 3 : Indicateurs du diagnostic flash

Quels sont les indicateurs financiers qui me permettent d'obtenir une image fidèle de l'Etablissement et de détecter les principaux problèmes?		Quels sont les indicateurs qui me permettent d'appréhender la performance des processus majeurs de l'Etablissement?		Quels sont les indicateurs Activité/ Client qui peuvent décrire le type d'activité, le dynamisme, l'attractivité de l'Etablissement?		Quels sont les indicateurs RH qui peuvent représenter le profil RH de l'Etablissement, comprendre les difficultés et dégager des opportunités d'optimisation	
Finance		Processus		Activité-Client		Ressources Humaines	
F1	Taux de marge brute R35* (ATIH)	P1	IP MCO Indicateur de productivité MCO (ATIH)	A1	Taux d'occupation net en Médecine (ATIH)	H1	Budget Intérim (ATIH)
F2	Report de charges d'exercices antérieurs R45* (ATIH)	P2	IP DMS global Indicateur de productivité DMS global (ATIH)	A2	Taux d'occupation net Chirurgie (ATIH)	H2	Budget CDD Personnel Non Médical (ATIH)
F3	Indicateur de durée apparente de la dette R20* (ATIH)	P3	IP DMS Médecine Indicateur de productivité DMS médecine (ATIH)	A3	Taux d'occupation net Obstétrique (ATIH)	H3	Budget CDD Personnel Médical (ATIH)
F4	Taux de renouvellement des Immobilisations R32* (ATIH)	P4	IP DMS Chirurgie Indicateur de productivité DMS Chirurgie (ATIH)	A4	PMCT relatif de l'Etablissement (ATIH)	H4	Structure d'âge des PH (Etab)
F5	Capacité de remboursement des emprunts R22* (ATIH)	P5	IP DMS Obstétrique Indicateur de productivité DMS Obstétrique (ATIH)	A5	PMCT relatif de l'Etablissement en Chirurgie (ATIH)	H5	Structure d'âge des Personnels Non Médicaux (Etab)
F6	Fonds de roulement d'Exploitation en jours R11* (ATIH)	P6	Indicateur de productivité clinique (ATIH)	A6	Part de marché Chirurgie (ATIH)	H6	Densité encadrement Personnels Non Médicaux (Etab)
F7	Besoin en fonds de roulement en jours de charges d'exploitation R14* (ATIH)	P7	Indicateur de productivité médico-technique (ATIH)	A7	Taux d'hospitalisation des passages aux urgences (ATIH)	H7	Poids des gardes et astreintes (Etab)
F8	Ratio de créances vers les particuliers émises dans l'année et non recouvrées (ATIH)	P8	Indicateur de productivité administrative et logisitique (ATIH)	A8	Productivité horaire IRM (Etab)	H8	Turn over des IDE (Etab)
F9	Respect/ amélioration du taux d'évolution des recettes et des dépenses/ EPRD (Etab)	P9	Recettes rapportées aux effectifs médicaux (ATIH)	A9	Productivité horaire Scanner (Etab)	H9	Taux d'absentéisme du personnel non médical (Etab)
		P10	Prix de revient du B (ATIH)	A10	Nombre de prothèses des membres inférieurs (hanche, (Etab)		
		P11	% de transfert de patients depuis les Urgences (Etab)				
		P12	Temps annuel de mise à disposition d' une salle d'opération hors garde et (Etab)				
		P13	Taux d'utilisation des salles d'opérations (Etab)				
		P14	Temps annuel de mise à disposition de l'IRM (Etab)				
		P15	Temps annuel de mise à disposition du scanner (Etab)				

*« RXX »: fait référence à la numérotation du ratio correspondant dans la circulaire TBFEPS

La source de chaque indicateur est entre parenthèse

Fiche technique 2 de l'annexe 3 : fiche de diagnostic de l'établissement

Grille d'analyse d'opportunité du projet au regard de la situation de l'établissement et évaluation de sa capacité à porter le projet

1) Données du diagnostic flash : indiquer les années utilisées pour ce diagnostic

Forces de l'établissement	indicateurs utilisés	données fournies par ces indicateurs				interprétation des données
		2004	2005	2006	2007	
	1).....					
	2)....					

Faiblesses	indicateurs utilisés	données fournies par ces indicateurs				interprétation des données
		2004	2005	2006	2007	

Risques à court et moyen terme	dans le délai de 5 ans	dans le délai de 10 ans	remarques
Pyramide d'âge du personnel médical			

2) Diagnostic financier de l'établissement :

Outils utilisés : comptes financiers des trois précédentes années

- Résultats d'exploitation du CRP (compte de résultat principal)

CRP	2004	2005	2006	EPRD 2007
résultat : excédent ou déficit				
montant des déficits				
montant des excédents				
montant des produits				
rapport résultat s/produits				

Résultats d'exploitation des CRA :

CRA	2004	2005	2006	EPRD 2007
résultat : excédent ou déficit				
montant des déficits				
montant des excédents				
montant des produits				
rapport déficits s/produits				

○ Evolution de la CAF (capacité d'autofinancement) :

CAF	2004	2005	2006	CAF 2007 prévu à l'EPRD
montant des CAF positives				
montant des IAF				
montant des produits (CRP+CRA)				
rapport CAF ou IAF/produits				

○ Niveau d'endettement de l'établissement :

	2004	2005	2006	EPRD 2007
part de la dette dans les ressources long terme				
montant du capital à rembourser				
rapport CAF/capital à rembourser				

○ Niveau du fonds de roulement dans le bilan de sortie des trois années précédentes :

	2004	2005	2006	prévisionnel 2007
Fonds de roulement global				
BFR				

3. Projection sur la situation financière future de l'établissement :

Outils : EPRD de l'année en cours et PGFP présenté en annexe de l'EPRD et OQOS

- Evolution de l'activité prévisionnelle sur les 5 années à venir

	2008	2009	2010	2011
prévisions activité de l'établissement en % d'évolution				
Indiquer les OQOS le cas échéant				
appréciation ARH sur ces prévisions				

- Evolution prévisionnelle de la situation financière :

	2008	2009	2010	2011
résultats prévisionnels CRP				
CAF ou IAF prévisionnelle				
Prélèvement prévisionnel sur FR				
Apport prévisionnel au FR				

- Evolution prévisionnelle du niveau d'endettement de l'établissement dans le cadre de son PGFP :

	2008	2009	2010	2011
montant des emprunts long terme				
part des emprunts long terme /ressources long terme				
capital à rembourser				
CAF/ capital à rembourser				

A l'issue de cette analyse, un diagnostic peut être porté sur le niveau de risque financier de l'établissement :

- risque 0 : la situation financière de l'établissement est maîtrisée et sa production est dynamique
- risque 1 : la situation financière de l'établissement est incertaine et activité fluctuante
- risque 2 : déséquilibre financier persistant et activité en baisse
- risque 3 : niveau de déséquilibre atteint le niveau de saisine de la Chambre Régionale des Comptes

Fiche technique 3 de l'annexe 3 MODELE D'OPTIMISATION MEAH

Construction des projets d'investissement du Plan Hôpital 2012 :

Combiner qualité et efficience en articulant activité, dimensionnement, organisation et financement

Un projet d'investissement, quelle que soit son ambition, ne sera efficient que s'il est correctement dimensionné et s'il s'adosse à un projet organisationnel précis.

La capacité de l'établissement à maîtriser ces deux sujets va avoir un impact direct sur la dépense d'investissement et sur les conditions futures d'exploitation.

L'efficience devra être recherchée à tous les niveaux et intégrer la dimension « qualité de service » : délais de prise en charge, nombre d'étapes et d'interlocuteurs pour le patient, sécurité, accessibilité et visibilité, disponibilité des informations, confort et confidentialité etc...

Il est réaliste d'envisager de faire tourner le « modèle » sur chaque activité majeure de l'hôpital : services cliniques, services médico-techniques, services logistiques et d'envisager dans un second temps un bouclage général englobant les BP (business plan) sectoriels en y additionnant les moyens communs pour vérifier in fine la viabilité du projet d'ensemble sur l'équilibre économique de l'hôpital.

Il faudra probablement faire tourner le « modèle » plusieurs fois avant de parvenir à un équilibre satisfaisant pour chaque activité et pour l'établissement dans son ensemble. Les responsables médicaux et soignants de chaque secteur devront être associés directement à la construction de toutes les hypothèses. Celles-ci seront précisément documentées car elles seront à la base du dossier que l'établissement transmettra à l'ARH à l'appui de sa demande de financement dans Hôpital 2012.

* * *

La démarche comporte cinq étapes conduisant des prévisions d'activité à la construction de plusieurs hypothèses de business plans. A chacune de ces étapes, l'établissement apporte des données internes ou des données communes qu'il va chercher dans les bases de la FHF, de l'ATIH ou de la MEAH.

1. Prévisions d'activité

- activité réalisée sur les trois dernières années ; variations d'activité infra annuelles, par mois, par jour de la semaine (éventuellement par heure de la journée pour repérer pics et creux)
- prévisions d'évolution générale de l'activité et de la discipline : incidence, évolutions démographiques, modalités de prise en charge etc...
- répartition actuelle de l'activité du territoire entre les différents établissements ; parts de marché de l'établissement ; hypothèses d'évolution des principaux concurrents
- hypothèses d'évolution de l'activité pour l'établissement : à 5 ans ; à 10 ans

Exemple : l'activité de radiothérapie a été en nombre annuel de nouveaux traitements de :

2004	670
2005	750
2006	830

Soit une augmentation annuelle de plus de 6 %.

Les prévisions montrent une augmentation des cas de cancer de 5 % par an. A cinq ans, l'activité passera donc à un peu plus de 1000 nouveaux cas par an et en 2017 à 1300 nouveaux cas par an. On considère que l'établissement ne prendra pas d'activité à ses concurrents sur le territoire.

2. Dimensionnement global

- ratios de productivité actuels de l'établissement : par salle, par machine, par ETP médical, non médical
- ratios de productivité observés dans les chantiers MEAH
- choix d'un objectif cible pour l'établissement

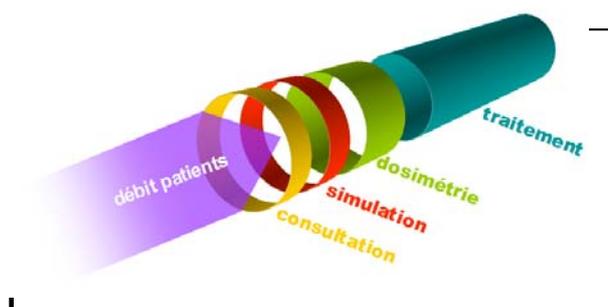
exemple : en radiothérapie, le service produit actuellement ses 670 nouveaux traitements annuels sur deux accélérateurs. Il observe dans la base de données MEAH que cette productivité va selon les sites de 310 à 640 traitements annuels par machine. Il fixe son objectif à 500 nouveaux traitements par an et par machine.

3. Processus et organisation

- définir le chemin du patient en veillant à ce que chaque étape ait une valeur ajoutée, à minimiser le nombre d'intervenants et d'interfaces, à enchaîner les étapes le mieux possible pour éviter les délais, à fixer des critères de qualité de la prise en charge à chaque étape ...
- organiser la gestion du flux de patients attendus quotidiennement : fixer le volume à traiter à chaque étape en fonction du volume global attendu, en tenant compte des variations observées (sur l'année, la semaine etc...) ;
- envisager les modalités de traitement des pics d'activité ;
- définir les horaires de fonctionnement, la présence des personnels par catégorie, le contenu des fonctions, les compétences requises... ;
- définir les modalités de prise de rendez-vous, d'édition des comptes-rendus, de rythme des actes sur les machines etc...
- recenser les services amont, aval ou médico-techniques avec lesquels le service travaille et les prestations attendues de chacun : nature, volume, périodicité, rythme, exigence de délais, de qualité...

Exemple de gestion de flux :

Chemin du patient en radiothérapie



Traiter 1000 nouveaux patients par an revient à en accueillir tous les jours 5 à chaque étape du traitement : consultation, simulation, dosimétrie, mise en traitement.

Sur la base de 22 séances par traitement, avec 200 jours d'activité réelle par an (pour tenir compte des maintenances et aléas divers) le volume quotidien de séances doit être de 110 à réaliser sur deux machines.

Le rythme de programmation de séances observé dans les établissements MEAH est compris entre 5 et 6 par heure. L'établissement se fixe une cible de 5 par heure. Il doit donc faire fonctionner ses machines 11 heures par jour.

Chaque accélérateur est actionné par deux manipulateurs. Le besoin en manipulateurs peut être estimé à 4 par jour sur chaque machine etc...

Relations

avec l'imagerie pour le scanner

avec l'anapathologie et la chirurgie pour la fixation de la première consultation

4. Scénarios d'organisation et de dimensionnement

Il s'agit de construire des scénarios tenant compte des éléments précédents et débouchant sur le chiffrage des moyens à mettre en œuvre. Plusieurs hypothèses peuvent être envisagées en faisant varier le niveau d'activité, les modalités d'emploi des ressources (horaires d'ouverture, rythme horaire de programmation etc...).

Ces données vont alimenter directement les business plans de la phase 5.

Exemple de scénario en radiothérapie : deux accélérateurs, 8 manipulateurs chaque jour pendant 220 jours, ouverture de 7h30 à 19h30, réalisation des dosimétries pendant le chevauchement quotidien des équipes etc...

5. Business Plan

Trois variables vont intervenir pour construire différents business plan :

- le volume d'activité : il fait l'objet d'hypothèses tenant à l'évolution de la morbidité, de la concurrence etc...
- les tarifs (ou autres sources de financement externe) qui peuvent varier eux aussi (convergence, ajustement de la classification, ...) ; il peut s'agir aussi, (pour les plateaux techniques par exemple), des coûts observés dans la base nationale de coûts par séjour, ou encore dans la base d'Angers.
- les ressources nécessaires : salaires, amortissements des matériels, consommables...

Plusieurs business plans peuvent être construits en combinant différentes hypothèses sur l'activité, les ressources et les moyens ; ils aboutiront à des résultats différents. Ils permettront de vérifier la viabilité économique du projet, d'ajuster certains éléments d'organisation ou de ressources et de construire un projet d'investissement

Fiche technique 4 de l'annexe 3 LISTE DES DOCUMENTS et OUTILS de REFERENCE

DOCUMENTS JOINTS A CE DOSSIER

- Diagnostic Flash hospitalier - Bases de comparaison - Version Provisoire 6 du 9 Février 2007.
- Objectifs quantifiés (venues) en volume 2006-2011 – Illustrations.
- Territoire au sens du SROS .3 - Flux territoriaux « MCO » au sens de la classification ATIH.
- Répartition des parts de marché 2005/Territoire - Découpage « MCO » au sens de l'ATIH
- Répartition des parts de marché 2005/Activité - Découpage « MCO » au sens de l'ATIH

DOCUMENTS DISPONIBLES SUR LES SITES

utilisables pour l'analyse de l'efficience des projets « Immobilier »

www.mainh.sante.gouv.fr

- Observatoire des coûts de la construction – Rapport n°5 mai 2007
- Etude sur la relation entre les coûts d'investissements et les coûts d'exploitation d'un bâtiment – Rapport mars 2006
- Guide de mise en œuvre du Schéma directeur technique – mai 2007
- Guides d'utilisation des montages innovants (BEH, PPP, Conception/Réalisation).
- Guide de dynamisation des actifs immobiliers des établissements hospitaliers. 1^{er} édition - Octobre 2005
- Evaluation des impacts financiers d'un investissement hospitalier – Guide d'utilisation de l'outil EIFIC-HOS – évaluation des impacts financiers d'un investissement dans le cadre hospitalier-mai 2007

www.meah.gouv.fr

- Organisation des services d'imagerie - Répertoire d'indicateurs.
- Indicateurs de structure et d'utilisation des salles de blocs opératoires.
- Temps d'attente et de passage aux urgences - Répertoire d'indicateurs.
- Organisation des services de radiothérapie dans les hôpitaux et cliniques - Répertoire d'indicateurs.
- Organisation de la restauration dans les hôpitaux et cliniques - Répertoire d'indicateurs utilisables pour l'analyse de l'efficience des projets « Systèmes d'information »

www.mainh.sante.gouv.fr : rubrique MAINH/SIH

- Indications sur les référentiels d'interopérabilité pour les programmes Tarification à l'activité – Dossier Médical Personnel - Urgences
- A paraître : Guide d'investissement SIH

www.gmsih.fr : Référentiels et Méthodes GMSIH

Infrastructures

- Accompagnement à la rédaction de la politique d'identification des établissements de santé.
- Annuaire (professionnels, structures, offre de soins)
- Guide d'aide à l'élaboration du cahier des charges d'acquisition d'un annuaire
- Etude sur la CPS : état des lieux et recommandations
- Etude sur l'identification du patient
- Sécurité des Systèmes d'Information des établissements de santé.

Production des soins

- Analyse comparative des offres du marché de SI destinées aux établissements de santé sous OQN
- Analyse de l'existant et des besoins des systèmes d'information de production de soins.
- Analyse du marché des PGI et modalités d'application dans les établissements de santé
- Mobilité et l'ergonomie du poste de travail dans les établissements de santé.
- Système d'information de production de soins : analyse des expériences des établissements de santé

Pilotage et Réformes

- Etat des lieux sur le système d'information de pilotage des établissements de santé
- Kit de base des tableaux de bord pour les établissements de santé
- Etude sur l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)
- Analyse de l'offre du marché concernant les logiciels de gestion du temps.
- Etude sur la CCAM.
- Impact de la T2A dans les systèmes d'information
- Profil fonctionnel de sécurité relatif à la dématérialisation des échanges entre les établissements de santé et les AMO
- Etude sur le Dossier Médical Personnel

Méthodes

- Alignement stratégique du système d'information.
- Méthodes et outils de conduite du changement dans les projets de système d'information.
- Etude sur l'évaluation du ROI des SI
- Architecture et urbanisation des systèmes d'informations la production des soins

MODE D'UTILISATION DES DOCUMENTS ET OUTILS DE REFERENCE

CHAMP Type D'opération	FINANCES ECONOMIE	ORGANISATION	TECHNIQUE
1. TOUTES CATEGORIES	Diagnostic flash hospitalier Documents comptables : EPRD, PGFP ATIH : répartition des parts de marché		
2. HOPITAL OU POLES COMPLETS	Evaluation des impacts financiers d'un investissement : Outil EIFIC-HOS (référentiel MAINH)	Référentiels MEAH, Organisation : imagerie, blocs opératoires, urgences, services de radiothérapie restauration	IMMOBILIER Référentiels MAINH, observatoire des coûts de la construction Guides : montages innovants, dynamisation des actifs, coûts d'exploitation d'un bâtiment, mise en œuvre du schéma directeur technique
3. PROJET SECTORIEL	Etudes de surcoûts	Méthodologie : organisation et investissement dans les blocs	
4. SIH		Référentiels organisation MEAH, Organisation : imagerie, blocs opératoires, urgences, services de radiothérapie restauration Référentiels GMSIH : infrastructures, production de soins, pilotage, Méthodes dont ROI	SIH Guide d'investissement SIH, disponible en juin (MAINH)