

Comment modéliser l'impact financier d'un Projet Médical Partagé ?

Retour d'expérience sur le GHT de l'Artois

Evaluer l'impact d'un PMP sur les EPRD de chacun des établissements du GHT est critique pour la pérennité individuelle des établissements, mais n'a pas été demandé à l'élaboration des PMP

Pierre DAGEN
Associate Manager chez
Govhe

En 2016, l'ensemble des GHT ont eu à élaborer leur Projet Médical Partagé (PMP), avec un degré d'ambition élevé mais des contraintes de calendrier fortes. En toute logique, ce sont les porteurs médicaux, et non pas administratifs, qui ont été les principaux inspirateurs de ces documents dont l'objectif était avant tout la définition de nouveaux parcours de soins territoriaux.

Pour autant, ces réorganisations souvent ambitieuses de l'offre, dont la mise en œuvre a déjà bien avancé, ne seront pas sans impact sur l'équilibre médico-économique du GHT en général et de ses établissements en particulier. En réalité, plus le pari d'une transformation profonde a été réussi par un GHT, plus le risque est grand que sa mise en œuvre ne déséquilibre l'un des membres – puisque, rappelons-le, le GHT n'est pas une personne morale et chaque membre reste responsable de son propre équilibre médico-économique.

Se pose donc la question de savoir projeter l'impact des projets sur les EPRD de chaque établissement concerné, non seulement pour valider le chemin dans lequel on s'engage, mais aussi pour amender ou combiner ces projets afin de garantir à la fois la performance du GHT et la pérennité de chacun de ses membres.

Nous avons eu l'occasion de travailler avec le GHT de l'Artois (CH de Lens, CH de Béthune-Beuvry, CH de Hénin-Beaumont et CH de La Bassée), qui avait élaboré un PMP particulièrement structurant, pour répondre à ces questions. L'objectif n'étant certainement pas de remettre en cause les orientations médicales, mais bien au contraire de garantir qu'elles puissent être mises en place rapidement face à une situation sanitaire urgente tout en préservant la capacité des établissements à soutenir leurs projets de long terme (comme le Nouvel Hôpital de Lens en 2022 ou la réhabilitation du bloc à Béthune).

Dans les faits, réaliser ce travail paraît opportun, voir indispensable, pour tous les GHT dont au moins un membre présente un enjeu médico-économique fort : projet immobilier à financer, atteinte des objectifs d'un COPERMO performance...

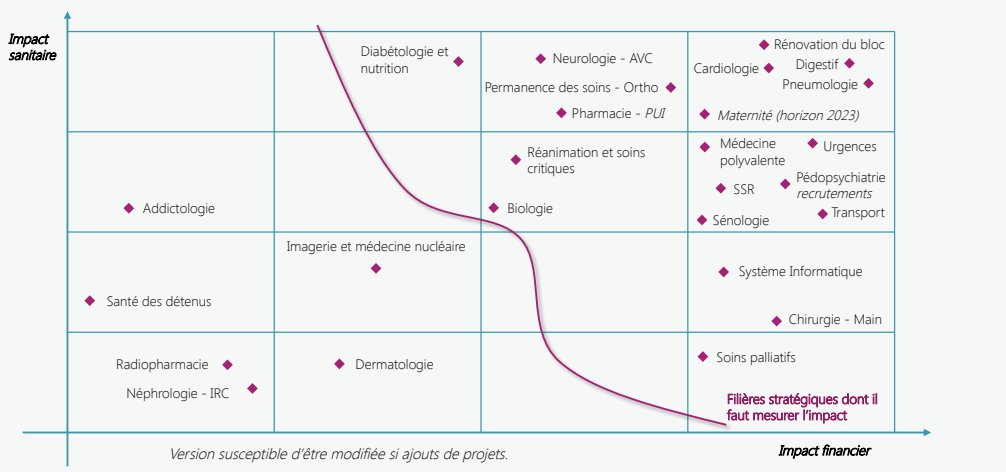
L'analyse d'impact consiste en la définition opérationnelle des projets, leur déclinaison sanitaire, la traduction en euros et enfin l'intégration dans la trajectoire des EPRD

Etape 1- Définir les projets impactants, et leurs composantes opérationnelles

L'objectif de l'étape 1 sera de sélectionner les projets susceptibles de fortement impacter les EPRD (en bien ou en mal) et de rendre possible leur quantification.

En premier lieu, un principe de réalité demande l'identification des projets suffisamment importants pour être ressentis dans les EPRD à l'échelle d'un établissement entier. Cette première étape est rapide, mais doit être faite en bonne intelligence avec la communauté médicale via une réunion de travail qui donnera lieu à la production d'une matrice de priorisation des projets selon leurs impacts sanitaires et financiers.

MATRICE DE POSITIONNEMENT DES PROJETS



Matrice des projets à évaluer

Cette première sélection réalisée, les projets retenus doivent être qualifiés. Quelle que soit la qualité du PMP, tous n'y seront pas définis avec le même degré de précision. Il manquera souvent des informations indispensables à une quantification, comme le nombre d'effectifs PNM nécessaires à l'ouverture de lits, le nombre moyen de consultations avancées réalisées sur une demi-plage... **Il est indispensable d'anticiper cette difficulté plutôt que de s'en étonner, et de prévoir un support synthétique unique type Fiche Projet** à remplir avec le porteur médical et le cadre de service, pour simplement lister les éléments nécessaires et les renseigner...ou les évaluer : une réponse exacte n'est ni toujours possible, ni toujours nécessaire, et il sera préférable de procéder avec des hypothèses raisonnables et clairement indiquées comme telles que de chercher à forcer une prédiction du porteur là où elle serait encore bien plus aléatoire.

| Etablissements | | |
|--------------------------------|------------------------------------|---|
| ETP | 0,4 | 6,5 |
| Lits et places (*unité fermée) | 30 HC/HPDD – 6 HDJ – 10 polysomno* | 22 HC/HPDD – 6 HS – 8 HDJ – 2 polysomno |

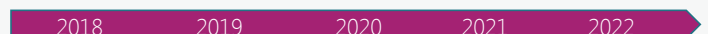
Dans un contexte territorial de demande importante pour cette spécialité (l'Indice Comparatif de Mortalité par maladies respiratoires du Nord-Pas-de-Calais étant significativement au dessus de 100), et de recrutement médical difficile, le service de pneumo du [redacted] comptant 30 lits d'HC, 6 places d'HDJ et 10 lits de polysomnographie a fermé le 1^{er} novembre 2017 faute de personnel médical. Le risque est ici non seulement financier, s'agissant d'une unité de grande taille, mais aussi sanitaire : la demande territoriale en pneumologie est importante sur le territoire (Environ 9000 séjours sur la ZA en 2016).

Dans un tel contexte il paraît nécessaire et urgent d'assurer la permanence des soins.

C'est ce que souhaite réaliser le GHT par la mise un place d'un PIE et d'une équipe mobile territoriale de pneumologie, permettant la présence continue sur les deux sites.

A terme, après finalisation du nouvel hôpital [redacted] un service de pneumologie pourra rouvrir pour pérenniser cette activité.

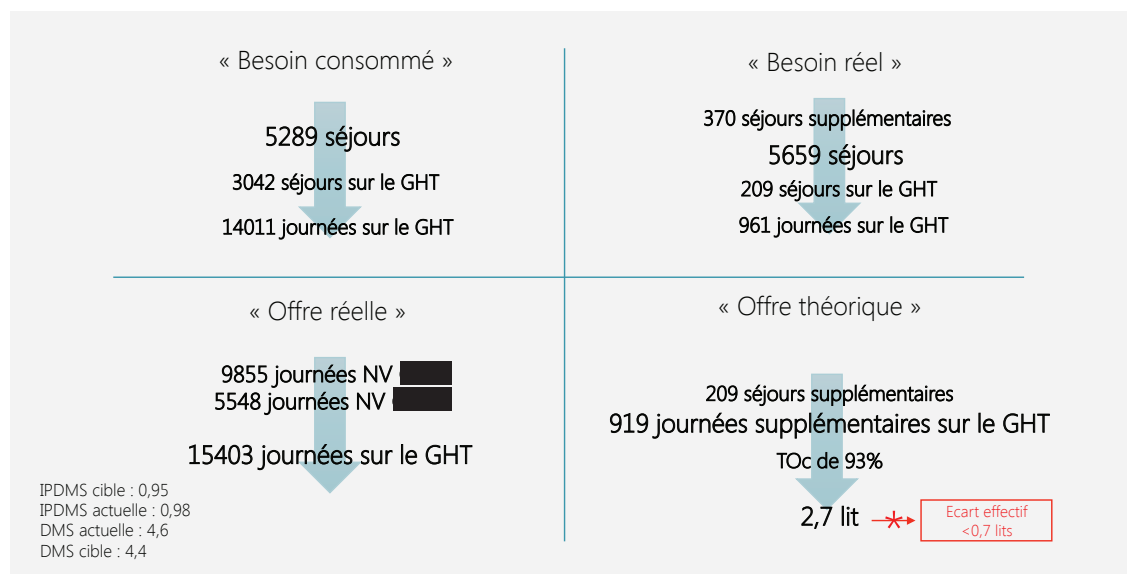
- A effectif médical constant :**
 - Au 1^{er} avril 2018, maintien des 6 lits hôpital de semaine de pneumologie ouverts sur [redacted] en janvier 2018
- A compter de 7 ETP :**
 - Ouverture d'une unité HS [redacted] de 14 lits (récupérés de la cardio) dont 8 de polysomnographie moyennant des travaux d'adaptation des locaux et l'installation des équipements spécifiques (projection pour 01/11/2018)
 - Ouverture de 8 places de polysomnographie à domicile 5 nuits / semaine
- A compter de 9 ETP :**
 - Permanence de jour et de nuit [redacted] assurée par l'équipe médicale commune. Selon l'évaluation du dispositif, une mutualisation de l'astreinte pourra être étudiée
 - 2 ½ journées de consultations par semaine au CHL
- A compter de 11 ETP :**
 - Ouverture de 15 lits d'HC de pneumologie, des places d'HJ et de programmés au CHL
 - 2nde ligne d'astreinte
 - Augmentation des plages de consultations externes [redacted]
- A 12 ETP :**
 - Renforcement de la réhabilitation respiratoire sur le GHT



Etape 2- Evaluer l'impact sanitaire pour mesurer l'activité-cible

L'objectif de l'étape 2 est de valider que les projets correspondent bien au besoin sanitaire du territoire, et d'en déduire le taux d'occupation-cible associé au capacitaire du projet.

Il est crucial de valider que les lits ouverts correspondent au besoin sanitaire, à la fois pour s'assurer de ne pas aboutir à une sous-prise en charge territoriale, et pour éviter d'ouvrir des lits vides. Pour mesurer le besoin, on s'appuie sur le Taux d'Hospitalisation Standardisé (i.e. le niveau de recours de la population au soin concerné) comparé au Niveau d'Incidence sur le même bassin, pour déterminer le volume de séjours théoriques sur le bassin pour une bonne prise en charge. On y applique ensuite la part d'activité-cible du GHT (qui peut être l'existant, pour être au plus proche de la réalité) afin de déterminer le nombre de séjours nécessaires par établissement aujourd'hui. On fait ensuite varier ce besoin à l'horizon du projet en fonction des données de population de l'INSEE et des projections de tendances sanitaires de la DREES pour avoir le volume de séjours du GHT à la cible. Avec cette information, un calcul simple sur le Taux d'Occupation cible et l'IPDMS cible (93% et 0,95 pour des objectifs COPERMO standards) permet de déduire le capacitaire-cible pour le comparer au projet.



Conclusion d'une étude de capacitaire-cible

Etape 3- Traduire en euros les données de cout (obtenues en étape 1) et d'activité (obtenues en étape 2)

L'objectif de l'étape 3 est de retranscrire en euros l'ensemble des coûts et recettes générés par le projet dans le temps.

Les données nécessaires à la mise en place opérationnelle jouent le rôle de données de coût, qui doivent donc être quantifiées précisément avec chaque acteur de l'hôpital, à savoir :

- DRH, DAM, Direction des soins :
 - Variations des couts RH pour le PM / PNM
 - Cout des lignes de garde en plus ou en moins
 - Règles d'imputation sur exercice partagé entre plusieurs établissements (équipes territoriales)
 - Effet GVT

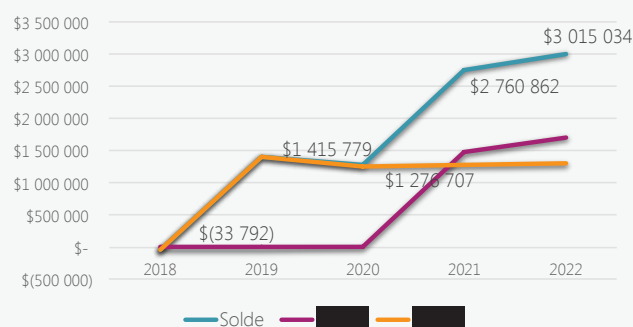
- DAF et Contrôle de Gestion :
 - Coûts variables par lit titre 2 et 3
 - Tarification chambres particulières
 - Taux de couverture Assurance Maladie (pour déduire le ticket modérateur)
 - Taux d'impayés non-recouverts
 - Gestion des DMI
 - Durées d'amortissement et modalités de financement des investissements
- DIM :
 - DMS par service
 - Tarification par séjour et par GHM

Notre recommandation est de consolider toutes ces données dans un tableau d'hypothèses sur la base duquel est calculé le résultat par année du projet, afin qu'il suffise de modifier l'une de ces données dans le futur pour actualiser tout le tableau : on peut ainsi parfaitement traquer les données et leurs sources, sans avoir à refaire tout le tableau en cas de changement du projet ou de réévaluation ultérieure d'un élément structurant.

Bien entendu, le tableau doit mesurer le résultat par établissement et par année.

| Projet | | | | | |
|-----------------------|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| Charges | | | | | |
| Total titre 1 | - € | 776 900 € | 1 006 900 € | 2 127 700 € | 2 127 700 € |
| Total titre 2 | - € | 80 012 € | 83 906 € | 102 518 € | 105 106 € |
| Total titre 3 | - € | 20 800 € | 23 452 € | 26 157 € | 26 534 € |
| Total titre 4 | 33 792 € | 33 792 € | 33 792 € | 33 792 € | 33 792 € |
| Total charges | 33 792 € | 911 504 € | 1 148 050 € | 2 290 167 € | 2 293 132 € |
| ...sur | - € | - € | 63 016 € | 1 204 057 € | 1 205 896 € |
| ...sur | 33 792 € | 911 504 € | 1 085 034 € | 1 086 110 € | 1 087 235 € |
| Recettes | | | | | |
| Total titre 1 | - € | 2 152 432 € | 2 242 701 € | 4 666 426 € | 4 904 554 € |
| Total titre 2 | - € | 171 818 € | 179 023 € | 372 497 € | 391 505 € |
| Total titre 3 | - € | 3 032 € | 3 032 € | 12 106 € | 12 106 € |
| Total recettes | - € | 2 327 282 € | 2 424 757 € | 5 051 029 € | 5 308 165 € |
| ...sur | - € | - € | 78 162 € | 2 684 255 € | 2 920 288 € |
| ...sur | - € | 2 327 282 € | 2 346 595 € | 2 366 773 € | 2 387 877 € |
| Solde | - 33 792 € | 1 415 779 € | 1 276 707 € | 2 760 862 € | 3 015 034 € |
| ...sur | - € | - € | 15 146 € | 1 480 198 € | 1 714 392 € |
| ...sur | - 33 792 € | 1 415 779 € | 1 261 561 € | 1 280 664 € | 1 300 642 € |

EVOLUTION DE L'IMPACT FINANCIER DU PROJET



- Le projet est légèrement déficitaire la première année (2018) en raison de l'amortissement des travaux et de l'achat d'équipements au [REDACTED], l'ouverture de lits et places n'étant comptabilisée qu'en 2019 (en année pleine)
- L'ouverture de lits ou places en pneumologie se traduit par un impact fortement positif sur chacun des deux établissements et quel que soit le type de prise en charge, correspondant au fort besoin sanitaire sur le territoire
- A l'ouverture du [REDACTED], l'impact global sera positif à plus de 3 M€ (1,7 M€ pour le CHL, 1,3 M€ pour [REDACTED])

Conclusion d'une étude d'impact financier pour projet unique

Etape 4- Intégrer l'ensemble des projets dans un outil de mesure de leur impact sur les EPRD

L'objectif de l'étape 4 sera de permettre d'étudier l'impact d'un projet ou d'un groupe de projets sur les EPRD d'un établissement en particulier.

Il est important de ne pas s'en tenir aux résultats individuels des projets, mais bien de les distribuer dans les EPRD. D'une part, parce que c'est seulement comme cela que l'on pourra conclure sur les indicateurs structurants (marge brute, CAF...) et d'autre part parce que n'étudier les projets qu'un à un pourrait amener à en éliminer certains alors qu'ils sont parfaitement tenables dans le

cadre d'un équilibre plus global (le déplacement d'un service important, par exemple, peut être compensé par un autre de façon à améliorer le solde pour le GHT sans déséquilibrer aucun établissement).

Le plus efficace est de consolider les projets dans un unique outil Excel d'aide à la décision, qui permette d'en sélectionner certains à impacter sur les EPRD pour mesurer l'impact des projets par groupe et automatiquement.

En conclusion, l'étude d'impact financier doit à la fois sécuriser la mise en œuvre du PMP et permettre des amendements à la marge.

Le rôle premier de l'impact financier ne doit pas être oublié : il s'agit bien de valider que le projet participe à la pérennisation de l'offre du GHT et de chacune de ses parties, ce qui peut être grandement facilitant pour la mise en œuvre une fois objectivé. Pour autant, il ne faut pas perdre de vue qu'une analyse critique des impacts mesurés peut aussi amener à amender certains projets, d'où un besoin renforcé de mener la démarche en lien rapproché avec les porteurs médicaux pour que ces amendements soient des décisions collégiales et logiques, et non des contraintes inintelligibles imposées.

De même, et sur un plan purement logistique, il est important de souligner que si ce travail peut être mené sur une période courte (2 à 3 mois) il sollicite fortement les équipes de direction, à la fois pour donner des arbitrages sur la déclinaison du projet et pour répondre aux questions de l'étape 3 : un partenariat rapproché et réactif est donc un facteur clef de succès.