

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Secrétariat général des ministères
chargés des affaires sociales

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction du pilotage de la performance
des acteurs de l'offre de soins

Bureau de l'efficacité des établissements
de santé publics et privés (PF1)

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement
du système de soins

Bureau des établissements de santé
et médico-sociaux (1A)

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES

Direction générale des finances publiques

Sous-direction du conseil fiscal,
financier et économique

Bureau du conseil fiscal
et de la valorisation financière du secteur
public local et du secteur public de santé
(CL2A)

Circulaire interministérielle DGOS/PF1/DSS/DGFIP n° 2013-271 du 5 juin 2013 relative à la mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO)

NOR : AFSH1317739C

Validée par le CNP le 26 avril. – Visa CNP 2013-90.

Catégorie : directives adressées par les ministres aux services chargés de leur application.

Résumé : la présente circulaire a pour objet la mise en place d'un comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers. Il sera chargé, d'une part, de définir la stratégie nationale en matière d'investissement hospitalier et d'amélioration de la performance des établissements de santé, d'autre part, d'accompagner, en lien avec les ARS, la transformation d'un nombre limité d'établissements présentant de forts enjeux notamment en termes de retour à l'équilibre financier et de portage des investissements.

Mots clés : établissements de santé – COPERMO – SRIS – stratégie nationale de santé – efficacité – investissement – qualité des soins – territoires – recompositions – contractualisation – équilibre financier.

Annexes :

- Annexe I. – Diagnostic rétrospectif et prospectif.
- Annexe II. – Synthèse du plan d'actions – volet « performance ».
- Annexe III. – Procédure d'examen des projets d'investissement hospitalier par le COPERMO.
- Annexe IV. – Contenu du dossier d'évaluation socioéconomique.
- Annexe V. – Rapport d'évaluation de l'ARS inclus dans le dossier d'évaluation socioéconomique.

La ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre de l'économie et des finances et le ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget, à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour mise en œuvre); Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux et départementaux des finances publiques (pour mise en œuvre).

Dans le contexte macro-économique actuel, le système de santé français est confronté à un défi majeur : celui de faire progresser de façon continue la qualité du service rendu tout en contribuant à l'effort national de maîtrise des dépenses publiques.

Ce défi ne peut être relevé qu'en approfondissant l'effort d'amélioration de la performance des acteurs de l'offre de soins, dans le cadre de la stratégie nationale de santé. Pour les établissements de santé auxquels sont consacrés chaque année environ 44 % de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), cet effort doit se traduire par la poursuite de leur transformation organisationnelle afin d'améliorer la qualité et l'efficacité de la réponse aux besoins de la population.

Cette transformation doit bénéficier aux patients par une amélioration continue des services rendus aux personnels par une amélioration des conditions de travail et au système de santé par une maîtrise des dépenses consacrées au secteur de l'hospitalisation.

À cette fin, il convient, en ce qui concerne les établissements de santé, de s'assurer en priorité que :

- les meilleures pratiques en termes d'organisation sont déployées sur l'ensemble du territoire ;
- les investissements sont conduits selon des critères exigeants en termes de soutenabilité financière, de juste dimensionnement et de valeur ajoutée pour l'offre de soins, s'insèrent dans une offre de soins optimisée sur un territoire et s'inscrivent dans le schéma régional d'investissement en santé (SRIS) ;
- les mesures nécessaires au retour à l'équilibre financier de certains établissements sont mises en œuvre.

Il incombe en premier lieu aux directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) et aux directeurs d'établissement, dans leurs domaines de compétences respectifs, de s'assurer de la réalisation de ces objectifs.

Afin d'assurer la cohérence de cette démarche et sa diffusion sur tout le territoire, la ministre a décidé de mettre en place un comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO).

La présente circulaire a pour objet de décrire les objectifs, le champ d'intervention et les modalités de fonctionnement du comité.

I. – LES OBJECTIFS ET LE PÉRIMÈTRE D'INTERVENTION DU COMITÉ

I.1. Les objectifs

En lien avec les ARS, les établissements de santé ont réalisé ces dernières années d'importants efforts pour améliorer l'efficacité de leur organisation.

Cet effort s'est traduit par une amélioration progressive de leur situation financière malgré un contexte macroéconomique contraint. Ainsi, pour l'ensemble des établissements antérieurement sous dotation globale, le déficit est passé de 0,51 % des produits en 2008 à 0,46 % en 2011. Les premières estimations concernant l'exercice 2012 confirment cette tendance.

Malgré cette amélioration, des situations financières fortement dégradées perdurent pour plusieurs établissements. Par ailleurs, la capacité d'autofinancement de certains établissements reste insuffisante pour faire face à leurs besoins d'investissement.

Ces établissements sont :

- ceux qui conduiront dans les prochaines années un projet d'investissement majeur et dont il convient de maîtriser les enjeux financiers, le dimensionnement et l'insertion dans l'offre de soins territoriale ;
- ceux dont la situation budgétaire obère la capacité à se projeter vers l'avenir et qui doivent s'engager dans un processus de redressement rapide.

À ce titre, le comité a pour objectifs prioritaires :

- de valider en lien avec les ARS les projets d'investissement, les modalités de leur réalisation et la trajectoire financière correspondante, de diffuser les référentiels et les outils susceptibles de faire progresser les modalités d'évaluation des projets et de favoriser la mise en œuvre des SRIS par les ARS ;
- d'assurer la coordination des programmes nationaux d'amélioration de la performance des établissements de santé (programme PHARE, gestion des lits, projets performance...). Il contribuera à la définition des objectifs de ces politiques publiques et veillera à évaluer leur impact en termes d'amélioration du service rendu aux patients, des conditions de travail des professionnels et d'efficacité de la gestion des établissements ;
- d'arrêter, en lien avec les ARS, les modalités du retour à l'équilibre financier des établissements les plus en difficulté et du respect de la trajectoire fixée.

Le comité se substitue au comité des risques financiers, au comité national de validation des projets d'investissement et au comité de pilotage des projets performance.

1.2. Le périmètre d'intervention

Concernant le suivi individuel de certains établissements, le comité conduit sa mission dans le strict respect du principe de subsidiarité, c'est-à-dire en traitant uniquement des situations pour lesquelles une intervention de l'échelon national est absolument nécessaire et utile et dans le respect des missions confiées aux ARS, échelon de droit commun pour traiter ces sujets.

Il aura ainsi en charge d'intervenir dans les situations suivantes :

- s'agissant du volet investissement, seront suivis les projets des établissements de santé dont le montant dépasse 50 M€ HT travaux. À titre exceptionnel et à la demande des ARS, les projets n'atteignant pas ce seuil mais dont le plan de financement ne peut être finalisé sans un soutien sous forme de subventions nationales ou de conditions d'emprunt préférentielles pourront être également suivis par le comité ;
- s'agissant des situations financières dégradées, seront prioritairement suivis les établissements antérieurement sous dotation globale avec un total des produits d'au moins 80 M€ au compte principal du dernier exercice clos. La sélection des établissements s'appuiera notamment sur les indicateurs issus du dispositif du réseau d'alerte mis en place par la DGOS et la DGFIP¹ ainsi que sur la liste des établissements suivis dans le cadre du comité de veille active sur la situation de trésorerie².

La supervision nationale est ainsi réservée aux situations les plus complexes et à fort enjeu. Le nombre d'établissements suivis par le comité devra donc rester limité (au maximum une cinquantaine).

La liste des établissements sera établie puis actualisée chaque année par le comité, sur proposition conjointe de la DGOS et des ARS concernées. À la demande expresse des directeurs généraux d'ARS ou des directeurs régionaux des finances publiques et à titre exceptionnel, cette liste peut être étendue à des établissements ne remplissant pas strictement les critères mais dont la situation pourrait justifier un examen par le comité.

II. – LA COMPOSITION DU COMITÉ

Sur l'ensemble des thématiques traitées, le comité est composé :

- du secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales ;
- du directeur général de l'offre de soins ;
- du directeur de la sécurité sociale ;
- du directeur général des finances publiques ;
- du directeur du budget ;
- du directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ;
- du chef de l'inspection générale des affaires sociales ;
- du délégué général à l'outre-mer,

membres délibérants.

Et :

- du directeur général de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux ;
- du commissaire général à l'investissement.

Le comité peut décider de recourir à des personnalités qualifiées ne disposant pas de voie délibérante, en fonction des sujets abordés, notamment des personnalités qualifiées dans le domaine des investissements hospitaliers.

La direction générale de l'offre de soins assure le secrétariat du comité.

(1) Circulaire DGOS/DGFIP du 10 février 2010 relative à la mise en place d'un dispositif automatisé de détection des établissements publics de santé qui rencontrent des difficultés financières.

(2) Circulaire DGOS/DGFIP du 14 septembre 2012 relative à la mise en place des comités régionaux de veille active sur la situation de trésorerie des établissements publics de santé.

Les décisions du comité sont préparées sous la responsabilité d'un groupe technique interministériel dont les membres sont :

- le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales;
- la direction générale de l'offre de soins;
- la direction de la sécurité sociale;
- la direction générale des finances publiques;
- la direction du budget;
- la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés;
- l'inspection générale des affaires sociales;
- l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements sanitaires et médico-sociaux;
- la délégation générale à l'outre-mer;
- le commissariat général à l'investissement.

La direction générale de l'offre de soins est en charge de l'animation des travaux du groupe technique interministériel.

III. – LES DÉCISIONS DU COMITÉ SUR LE VOLET « PERFORMANCE »

À l'occasion de l'examen de la situation d'un établissement, le comité :

- arrête un diagnostic proposé par l'ARS et expertisé par le groupe technique interministériel;
- arrête un plan d'actions proposé par l'ARS et expertisé par le groupe technique qui émet un avis sur les mesures de retour à l'équilibre proposées;
- définit les modalités de suivi de la mise en œuvre du plan d'actions.

Le diagnostic et le plan d'actions sont préparés conjointement par l'ARS et l'établissement. Ils sont présentés en séance par l'ARS aux membres du comité. Le groupe technique ou le comité peuvent être saisis à tout moment en cas de difficulté.

III.1. Les décisions du comité relatives au diagnostic

Les décisions du comité se prennent sur la base d'un diagnostic qui vise à établir une vision partagée de la situation de départ. Il est formulé sous la forme d'un document synthétique établi au regard d'indicateurs prédéfinis.

Le diagnostic est conduit sur la base d'une méthodologie commune comprenant une synthèse de la situation de l'établissement, portant notamment sur les thèmes suivants :

- le positionnement dans le territoire;
- l'évolution des activités;
- l'attractivité;
- la qualité et la sécurité et des soins, notamment le positionnement de l'établissement dans la procédure de certification par la Haute Autorité de santé;
- la performance des organisations et des prises en charge à partir des référentiels nationaux existants;
- la gestion des ressources humaines;
- la situation budgétaire et financière actuelle et les perspectives financières insérées au sein du plan global de financement pluriannuel.

Ce diagnostic dont le modèle est joint en annexe I, aura pour principal objectif de déterminer l'effort budgétaire attendu de l'établissement pour parvenir à un équilibre financier structurel.

III.2. Les décisions du comité relatives au plan d'actions

Le diagnostic formulé doit permettre d'aboutir à la conclusion d'un plan d'actions fixant des objectifs précis et évaluables et garantissant l'atteinte du niveau de marge brute d'exploitation nécessaire à la soutenabilité de la charge de la dette et des investissements courants.

Ce plan d'actions, dont le modèle est joint en annexe II, est proposé au comité, qui en valide en séance le contenu, le cas échéant après l'avoir amendé.

Pour l'élaboration de ce plan, les établissements dont la liste sera arrêtée par le comité pourront bénéficier d'un appui de l'ANAP dans les conditions définies à son programme de travail.

L'ARS et l'établissement sont responsables devant le comité de la qualité de la préparation de la séance.

L'établissement est en premier lieu responsable devant l'ARS de la mise en œuvre du plan d'actions et peut être entendu par le comité.

La décision du comité doit permettre de fixer la trajectoire de redressement à court terme (trois ans) et de déterminer les jalons annuels ou infra-annuels que doit respecter l'établissement pour atteindre la cible fixée c'est-à-dire le retour à l'équilibre financier structurel.

Les actions porteront principalement sur les domaines suivants :

- recherche de synergies avec les autres acteurs du territoire : coopérations ; mutualisations ; recompositions ;
- juste dimensionnement des activités des différents secteurs visant à optimiser le fonctionnement et à tendre vers les organisations les plus performantes ;
- amélioration du positionnement de l'établissement dans le cadre de programmes nationaux : gestion des lits ; développement de la chirurgie ambulatoire ; pilotage médico-économique ; plan d'actions sur les achats ; déploiement des systèmes d'information ; optimisation de la gestion du patrimoine ;
- amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins avec la nécessité de suivre l'évolution d'indicateurs précis, de faire progresser les résultats observés et de mettre en œuvre les mesures recommandées par les rapports de certification de la Haute Autorité de santé.

Comme rappelé dans la circulaire du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé, la mise en œuvre de mesures de redressement devra prioritairement porter sur des économies. Les recettes supplémentaires issues du développement d'activité devront être précisément justifiées par l'ARS et l'établissement en fonction du contexte territorial.

Tout au long du processus de retour à l'équilibre des établissements, sera mobilisé le dispositif instauré par la circulaire du 14 septembre 2012 relative à la mise en place des comités régionaux de veille active. À ce titre, les ARS, en lien avec la DRFiP, assureront, dans le cadre de comités très régulièrement réunis, la surveillance des plans de trésorerie des établissements afin d'anticiper et, le cas échéant, d'intervenir pour éviter tout incident de paiement et veiller à ce que les établissements paient leurs créances à échéance.

Pour la mise en œuvre du plan d'actions, les établissements dont la liste sera arrêtée par le comité pourront bénéficier d'un appui de l'ANAP dans les conditions définies à son programme de travail.

III.3. La déclinaison d'un plan d'actions dans un contrat

Dans le mois qui suit la réunion du comité, le plan d'actions est inséré sous la forme d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)³ passé entre l'ARS et l'établissement.

Les engagements pris au titre du retour à l'équilibre financier des établissements correspondent à la mise en œuvre d'un plan de redressement. L'avenant ainsi signé se substitue aux contrats de retour à l'équilibre financier (CREF) déjà mis en œuvre, le cas échéant.

III.4. Un suivi resserré du plan d'actions

Le comité a pour mission de veiller, sur rapport des ARS, au respect des engagements pris par les établissements dans le cadre des CPOM et de prendre les mesures nécessaires décrites ci-dessous, lorsque les objectifs fixés ne sont pas atteints.

La méthodologie de ce suivi reposera sur :

- un rapport trimestriel réalisé par l'ARS sur l'exécution du plan d'actions ;
- des contrôles sur pièces et sur place réalisés systématiquement par l'IGAS dans un délai de six mois après la conclusion du contrat permettant l'appréciation de l'efficacité des actions engagées par l'établissement sur sa situation présente et son évolution potentielle ;
- des missions renforcées conduites par l'IGAS à la demande du ministre lorsqu'il constate un écart avec la trajectoire fixée ;

(3) Voir circulaire DGOS/PF3 n° 2012-09 du 10 janvier 2012 relative au guide d'élaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

- un système d'information permettant de mesurer l'atteinte des jalons annuels ou infra-annuels contractualisés. Il sera alimenté par l'établissement et les informations saisies seront validées par l'ARS.

Toute demande de modification du plan d'actions initial devra faire l'objet d'une validation préalable par le comité. À cette fin, l'établissement et l'ARS devront communiquer au comité le diagnostic et le plan d'actions révisés ainsi qu'une présentation argumentée des motifs des modifications.

Le comité disposera, à chacune de ses réunions, d'un bilan sur l'effectivité des engagements contenus dans les contrats. Ce bilan permettra notamment de confirmer les aides à allouer aux établissements ayant respecté les objectifs assignés.

Dans l'hypothèse où un établissement s'écarterait de la trajectoire fixée dans le plan d'actions, le comité pourra entendre l'établissement et l'ARS. Il recommandera, le cas échéant, la mise en œuvre par l'ARS des dispositions relatives à la mise en œuvre de la mise sous administration provisoire, en cas de non-application du plan de redressement, et aux sanctions, en cas de non-exécution des engagements contractuels.

IV. – LES DÉCISIONS DU COMITÉ SUR LE VOLET « INVESTISSEMENT »

IV.1. Les objectifs et le périmètre d'action du comité

L'objectif du comité est de faire progresser la performance de l'ensemble des investissements portés par les établissements de santé. Les outils et méthodologies développés devront donc s'appliquer à l'ensemble des projets conduits sur le territoire national.

L'intervention du comité sur le champ des investissements répond également aux exigences nouvelles concernant la réalisation des investissements civils, posées par l'article 17 de la loi du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017. Il est notamment prévu que les projets des établissements publics de santé et des structures de coopération sanitaires font l'objet d'une évaluation socio-économique préalable et, lorsque leur montant dépasse un certain seuil, d'une contre-expertise indépendante préalable. Le Gouvernement transmettra au Parlement les évaluations et contre-expertises ainsi réalisées.

Le COPERMO interviendra pour les projets suivants portés par les établissements de santé :

- à titre principal, les projets d'un montant supérieur à 50 M€ HT de travaux, quel que soit leur mode de financement ;
- à titre exceptionnel, les projets d'un montant inférieur à 50 M€ HT de travaux et pour lesquels les ARS jugent que le plan de financement ne peut manifestement pas être équilibré sans un soutien national sous forme de subventions ou de conditions d'emprunt préférentielles. Pour ces projets, des critères spécifiques d'éligibilité portant notamment sur la justification de l'aide sollicitée seront posés.

Ce dispositif est susceptible d'évolutions ultérieures en conformité avec le décret d'application de l'article 17 précité en cours de rédaction.

De même, les modalités de réalisation de la contre-expertise préalable sont en cours de définition en lien avec le CGI et l'ANAP.

IV.2. Le rôle des ARS dans l'évaluation socioéconomique préalable

Le processus d'évaluation socioéconomique préalable des projets d'investissement est de la responsabilité des services de la DGOS, qui en assure la supervision en lien étroit avec les ARS et les établissements concernés.

Cette évaluation socioéconomique, validée par l'ARS, doit répondre *a minima* aux objectifs suivants :

- vérifier la justesse du dimensionnement capacitaire du projet d'investissement. Une attention particulière sera donnée par les ARS sur les hypothèses d'activité sous-jacentes au programme capacitaire proposé par l'établissement. Il devra être tenu compte de l'évolution des modes de prise en charge, notamment en faveur de l'ambulatoire ;
- vérifier l'opportunité du projet au regard de l'organisation territoriale de l'offre de soins. L'ARS devra vérifier la nécessité du projet et son dimensionnement envisagé au regard de l'offre de soins sur les domaines d'activité concernés, des projets d'investissements et du patrimoine des autres établissements du territoire ;

- vérifier la pertinence de la conception technique du projet. Il s'agit notamment de vérifier la pertinence de l'organisation spatiale et fonctionnelle et de vérifier la conformité et la pertinence du dimensionnement physique des locaux et des circulations au regard des référentiels et outils de l'ANAP;
- assurer la soutenabilité financière du projet. Il s'agit de vérifier notamment que l'établissement mobilise au maximum l'autofinancement et que le niveau d'endettement prévu dans le plan de financement du projet est acceptable, compte tenu de la marge brute non aidée de l'établissement.

Cette démarche d'évaluation s'articulera avec la mise en place des schémas régionaux de l'investissement en santé (SRIS). Comme indiqué dans l'instruction SRIS, il s'agit de garantir non seulement que les projets soutenus par les ARS sont performants pour l'établissement concerné, mais surtout du point de vue de la réponse au besoin territorial. Ils doivent s'insérer dans l'offre de soins, d'accompagnement social et médico-social, sans générer de surcapacités coûteuses pour les finances publiques. Ils doivent être financièrement soutenables par les établissements qui les portent. Enfin, leur conception doit répondre aux exigences de qualité architecturale et environnementale.

La démarche d'élaboration du SRIS doit ainsi permettre de hiérarchiser et de documenter les priorités de soutien parmi l'ensemble des projets hospitaliers déjà recensés, notamment en vue d'un examen par le COPERMO.

IV.3. Les outils et référentiels à disposition des ARS

Afin de renforcer leur expertise sur les projets, les ARS disposent de plusieurs outils qui ont notamment été développés récemment :

- la grille d'indicateurs ANAP-DGOS ;
- l'outil « retour sur investissement » ;
- les indicateurs du référentiel de dimensionnement et de l'observatoire des coûts de la construction ;
- l'outil Ælipce développé par l'ANAP (l'annexe II contient une actualisation du référentiel de dimensionnement) ;
- les indicateurs Hospidiag ;
- les informations PMSI disponibles sur SNATIH et DIAMANT.

Par ailleurs, l'évaluation pourra être fondée sur les indications suivantes :

Sur les évolutions d'activité :

- à titre prudentiel, elles doivent être fondées sur une hypothèse de stabilité en volume économique des recettes issues de l'activité. Il pourra être éventuellement dérogé à ce principe, sous réserve des éléments suivants : l'effet « tarifs » appliqué à la valorisation de l'activité ne pourra être supérieur à l'évolution moyenne des tarifs constatés sur les trois exercices précédents pour le *case-mix* de l'établissement ; l'effet « structure » lié à la modification des pathologies prises en charge devra être clairement justifié ; l'effet « volume » devra être précisé au regard des évolutions démographiques prospectives propres au territoire de santé ainsi qu'à l'évolution envisagée sur les parts de marché entre les acteurs du territoire.

Sur les évolutions du glissement vieillesse technicité (GVT) :

- les établissements préciseront les hypothèses retenues eu égard à leur GVT actuel et aux évolutions envisagées dans la structure des effectifs de l'établissement.

Sur l'évolution des coûts de la construction :

- les établissements retiendront un taux d'évolution annuel de l'indice « BT01 » de 3 % par an pour établir le coût complet de leur projet d'investissement.

Enfin, le COPERMO diffusera au fur et à mesure des recommandations notamment quant à la méthode de construction des PGFP au regard de la marge brute.

IV.4. La procédure d'examen des projets par le comité

Le processus décrit en annexe III de la présente instruction, présente les caractéristiques suivantes :

- (i) Concernant le stade d'avancement des projets soumis : les décisions du comité sont prises sur des projets pour lesquels aucun ordre de service n'a été passé par l'établissement. Les projets

doivent donc être soumis au plus tard durant la phase de préprogrammation et, en tout état de cause, avant la passation des contrats de maîtrise d'œuvre, ou des contrats avec le groupement entreprises et maîtrise d'œuvre en cas de conception/réalisation.

(ii) Concernant le contenu des dossiers à constituer par les ARS :

- en vue de la première décision (éligibilité), l'ARS transmet à la DGOS le dossier d'évaluation socioéconomique préalable. L'ensemble des éléments du dossier sont transmis *via* un système d'information dédié nommé « DIPI » (dossier d'instruction des projets d'investissement) ;
- en vue de la seconde décision (validation), l'ARS transmet à la DGOS un dossier d'évaluation socioéconomique préalable, complété au regard des remarques formulées par le COPERMO à l'occasion de la décision d'éligibilité. C'est sur la base de ce dossier que se fondera soit la contre-expertise indépendante pour les projets d'un montant supérieur à 50 M€ HT de travaux, soit l'analyse du groupe technique pour les projets d'un montant inférieur à 50 M€ HT de travaux.

Les recommandations formulées aux ARS concernant la constitution du dossier d'évaluation figurent en annexes IV et V. Elles sont susceptibles d'être complétées dans le cadre des travaux engagés avec le commissariat général à l'investissement (CGI). Ces modifications figureront explicitement sur le site internet de saisie des données DIPI.

(iii) Concernant les interventions du comité :

La première décision (éligibilité) a pour objectif de valider l'entrée du projet dans le dispositif. Cette décision ne contient pas d'engagement ni sur la validation finale ni sur le montant de l'engagement financier ;

Pour l'ensemble des projets, la décision d'éligibilité est prise au regard des critères suivants :

- le degré de maturité : les projets doivent pouvoir être soumis à une évaluation préalable ;
- le soutien de l'ARS matérialisé par son inscription aux priorités du SRIS dès leur établissement ;
- le caractère d'urgence, notamment au regard des mises aux normes de sécurité exceptionnelles.

Pour les projets de moins de 50 M€ HT de travaux :

- le respect du principe de subsidiarité : il sera vérifié que les projets justifient une intervention nationale ;
- l'opportunité d'une aide nationale au regard de la situation financière de l'établissement, de l'effort d'autofinancement de l'établissement, de la disponibilité de financements régionaux.

La deuxième décision (validation) consiste à émettre un avis sur la réalisation ou non du projet et, le cas échéant, de formuler une recommandation sur le montant de l'accompagnement financier consenti par l'État.

Par ailleurs, pour les projets d'un montant supérieur à 50 M€ HT travaux, avant la transmission du dossier à la contre-expertise, le groupe technique vérifie sa complétude ainsi que la compatibilité des aides financières proposées dans le dossier avec le cadrage financier macroéconomique. Le groupe technique rend compte au COPERMO, lequel a accès à l'ensemble du dossier.

(iv) Concernant les aides financières :

Les aides à l'investissement seront octroyées :

- en tenant compte de la situation financière de l'établissement. Les aides seront prioritairement attribuées aux établissements dont la situation financière est dégradée et ne leur permet pas de faire face à des investissements de sécurité. Une aide ne sera octroyée que s'il est établi que l'établissement ne peut supporter le coût du projet malgré les gains de productivité qui en sont attendus, l'optimisation de sa situation patrimoniale et les gains d'efficacité obtenus dans le cadre du retour à l'équilibre financier et que l'ARS a mobilisé l'ensemble de ses marges de manœuvre ;
- sous condition de leur compatibilité avec le cadrage financier d'ensemble et de la trajectoire de l'ONDAM, qui ne permet de financer qu'un nombre très limité de projets. Un suivi des engagements sera présenté régulièrement en COPERMO.

Dans le cas de l'attribution d'une aide, l'établissement devra respecter les conditions validées par le COPERMO (coût, calendrier, surfaces, hypothèses de gains). Ces dernières feront l'objet d'une notification détaillée dont le respect conditionnera les délégations des crédits. Le projet sera suivi tous les ans dans le cadre des revues de projets d'investissement afin de surveiller la trajectoire définie.

V. – L'ARTICULATION AVEC LES CONTRATS ÉTAT-ARS

L'action du comité et ses décisions se déclineront dans les CPOM État-ARS par un indicateur permettant de mesurer la conformité des trajectoires des établissements suivis par le comité.

VI. – MODALITÉS D'ÉVALUATION DE L'ACTION DU COMITÉ

Un rapport d'activité annuel sera établi et adressé à la ministre des affaires sociales et de la santé, au ministre de l'économie et des finances et au ministre délégué chargé du budget.

Il présentera l'état de mise œuvre des recommandations formulées par le comité et l'évolution de la situation des établissements suivis afin de mesurer l'impact de l'action du comité.

*
* *

Toute difficulté d'application de la présente circulaire sera signalée au bureau PF1 de la DGOS (dgos-pf1@sante.gouv.fr).

*La ministre des affaires sociales
et de la santé,*
MARISOL TOURAINE

Le ministre de l'économie et des finances,
PIERRE MOSCOVICI

*Le ministre délégué
auprès du ministre de l'économie et des finances,
chargé du budget,*
BERNARD CAZENEUVE

ANNEXE I

DIAGNOSTIC RÉTROSPECTIF ET PROSPECTIF

Indicateurs de diagnostic rétrospectif	N-3	N-2	N-1	Evolution N-2/N-3	Evolution N-1/N-2	Source	Cible standard des établissements de la catégorie (médiane et 8 ^e décile)
Taille de l'établissement							
Nombre de lits MCO + nb de places						SAE	
Taille du budget (total des produits)						Compte financier	
Territoires de l'établissement							
Région de l'établissement							
Territoire de santé (TS) de l'établissement							
Taux de recours brut et standardisé du TS pour MCO						SNATIH : Taux de recours en soins	
Taux d'attractivité et taux de fuite du TS pour MCO						SNATIH : Analyse croisée de consommation / production de soins	
Insertion dans l'environnement							
Parts de marché Médecine						HospDiag A1	
Parts de marché Chirurgie complète						HospDiag A2	
Parts de marché Chirurgie ambulatoire						HospDiag A4	
Parts de marché Obstétrique						HospDiag A3	
Parts de marché Cancérologie (hors séances)						HospDiag A5	
Pour les CHU : GHS recours						HospDiag A8	
Pour les CHU : séjours de sévérité 3 et 4						HospDiag A9	
Evolution de l'activité de l'établissement (en nombre de séjours)							
Nombre de séjours médecine						HospDiag CIA4	
Dont Ambulatoire						HospDiag CIA1	
Dont Hospit Complète							
Nombre de séjours chirurgie						HospDiag CIA5	
Dont Ambulatoire						HospDiag P12	
Taux ambulatoire						HospDiag CIA2	
Nombre de séjours obstétrique						HospDiag CIA6	
Dont Ambulatoire						HOspDiag CIA3	
Dont Hospit Complète						HospDiag CIA7 à CIA10	
Nombre de séances							
Total							
Evolution de l'activité des principaux autres établissements sur le territoire de santé (en nombre de séjours)							
Médecine						source : ATIH	
Chirurgie (A + HC)							
Obstétrique							
Performance des organisations							
DMS et Taux d'occupation							
IP-DMS Médecine						Hospdiag P1	
Taux d'occupation Médecine						Hospdiag A13	
IP-DMS Chirurgie						Hospdiag P2	
Taux d'occupation Chirurgie						Hospdiag A14	
IP-DMS Obstétrique						Hospdiag P3	
Taux d'occupation obstétrique						Hospdiag A15	

Performance des services cliniques									
Coût du PNM des services cliniques rapportés aux recettes T2A									HospDiag P4
Coût du PM des services cliniques rapportés aux recettes T2A									HospDiag P5
Recette T2A / séjour (Poids moyen du cas traité)									PMSI
Nombre ETP rémunérés IDE et AS pour 100 lits services de médecine									SAE/RTC
Nombre ETP rémunérés IDE et AS pour 100 lits services de chirurgie									SAE/RTC
Performance des plateaux techniques									
Coût du personnel des services médico-techniques rapportés aux recettes T2A									HospDiag P6 (+ RTC si niveau MCO)
Coût de l'ICR de bloc opératoire								Retraitement comptable	
ICR de bloc par chirurgien								HospDiag RH3	
Coût de l'ICR d'anesthésie								Retraitement comptable	
ICR anesthésie par anesthésiste et IADE								HospDiag RH2	
Coût du passage aux urgences								Retraitement comptable	
Nombre de PM pour 10 000 passages aux urgences								SAE/RTC	
Nombre de PNM pour 10 000 passages aux urgences								SAE/RTC	
Performance des activités logistiques et administratives									
Poids des dépenses administratives et logistiques rapporté aux recettes									HospDiag P7
Coût de production accueil et gestion des patients								Retraitement comptable	
Coût de production du repas								Retraitement comptable	
Coût du kg de linge								Retraitement comptable	
Organisation des ressources humaines et des relations sociales									
Taux d'absentéisme maladie ordinaire								Bilan social	
Nombre de journées d'absence maladie ordinaire								Bilan social	
Taux d'absentéisme global établissement								Bilan social	
Taux de turn-over								Bilan social	
Intérim non médical / recettes								621 NM CRPP/Total produits CRPP	
Evolution des effectifs rémunérés								Au sens du TPER	
Dont PM								Au sens du TPER	
Dont PNM permanent								Au sens du TPER	
Dont personnels des services de soins et soignant/éducatif								Au sens du TPER	
Dont PNM contractuel de remplacement								Au sens du TPER	
Qualité des soins									
Version de certification (V2 ou V2010)									HospDiag O8
Niveau de certification									HospDiag O1
Score agrégé de lutte contre les infections nosocomiales									HospDiag O3
Conformité du délai d'envoi du GRH									
Situation financière									
Compte de résultat principal									
Produits de l'activité									Compte financier
Dont T2A									Compte financier
Dont MIG									Compte financier
Dont AC									Compte financier
Dont AC aides financières NR									ARS/EPS/Arbust
Dont AC investissements plans nationaux									ARS/EPS/Arbust
Dont AC investissements soutien régional									ARS/EPS/Arbust
Dont DAF									ARS/EPS/Arbust
Dont aides financières DAF									
Dont Titre 2									Compte financier
Autres produits c.70 à 75									Compte financier
Charges de personnel									Compte financier
Dont PM									Compte financier
Charges médicales et hôtelières									Compte financier
Charges de structure									Compte financier
Dont Amortissements									Compte financier
Dont Frais Financiers									Compte financier
Résultat comptable									Compte financier
Total des produits									Compte financier
Résultat comptable en % des produits									Compte financier
Résultat structurel retraité et hors aides financières									ARS/EPS
Résultat structurel retraité hors aides financières en % des produits structurels									ARS/EPS
Marge brute compte principal									ARS/EPS
Produits d'exploitation compte principal									ARS/EPS
Taux de marge brute compte principal									ARS/EPS
Marge brute hors aides financières									ARS/EPS
Taux de marge brute hors aides financières									ARS/EPS

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

EVOLUTION DES EQUILIBRES FINANCIERS PLURIANNUELS (en €) - DIAGNOSTIC PROSPECTIF							
Comptes budgétaires	Années N-1 à N+X	N-1	N	N+1	N+2	N+3	N+X...
	1°) Evolution de la marge brute d'exploitation Compte de Résultat Principal						
C 70 à 75	Produits d'exploitation hors aides financières						
C 73111, 73112, 73113, 7312	Dont Produits T2A						
C 731181	Dont MIG						
C 731182	Dont AC (hors aides ponctuelles non reconductibles, hors AC soutien à l'investissement)						
C 73117	Dont DAF (hors aides ponctuelles non reconductibles, hors soutien à l'investissement)						
C 73114	Dont forfaits annuels						
C 7471	Dont FIR						
Produits du titre 2 compte principal	Dont autres produits de l'activité						
Comptes 70 à 75 du titre 3 du compte principal hors FIR	Dont autres produits d'exploitation						
C 60 à 65	Charges d'exploitation						
Titre 1 charges comptes principal - remboursements sur rémunérations ou charges sociales ou taxes	Charges nettes de personnel						
641 compte principal	Dont rémunérations PNM						
642 compte principal	Dont rémunérations PM						
Charges du titre 2 compte principal - solde créditeur "variation de stock à caractère médical"	Charges nettes à caractère médical						
Charges du titre 3 compte principal - solde créditeur "autres variation de stock"	Charges nettes à caractère hôtelier et général						
C 6123+6125 compte principal	Dont loyer immobilier et BEH (C/ 6123/6125)						
	Marge brute d'exploitation avant aides financières						
	Taux de marge brute hors aides financières CRP						
	Aides financières inscrites au compte de résultat						
	Dont aides financières non reconductibles ARS - soutien ponctuel (AC, DAF ou FIR)						
	Dont aides ARS-soutien régional à l'investissement (AC, DAF ou FIR)						
	Dont AC nationales investissement						
	Marge brute d'exploitation avec intégralité des aides financières						
	Taux de marge brute après aides financières						
	Charges de structure (titre 4 hors charges exceptionnelles)						
C 66	Dont frais financiers						
C 68	Dont amortissements						
C 68	Dont provisions						
2°) Evolution de la marge brute d'exploitation entité juridique							
	Marge brute d'exploitation entité juridique						
	Dont Marge brute d'exploitation CRP après aides						
	Dont Marge brute d'exploitation CRA						
C 70 à 75 hors 7087 tous CR	Total des produits courants d'exploitation entité juridique (hors 7087)						
	Taux de marge brute entité juridique						
3°) Evolution des résultats d'exploitation - compte principal et compte consolidé							
	Résultat comptable CRP						
	Total des produits CRP						
	Résultat comptable CRP en % des produits						
	Résultat comptable consolidé (tous CR confondus)						
	Total des produits consolidés						
	Résultat comptable consolidé en % des produits						
4°) Evolution de la charge de la dette							
	Total charge annuelle de la dette						
Titre 1 emplois Tableau de Financement - hors 16449	Dont remboursement contractuel du capital des dettes financières (hors options afférentes à une opération de tirage sur une ligne de trésorerie)						
C 66 tous CR	Dont charges financières entité juridique						
	Total charge annuelle de la dette en % des produits courants						
	Encours de la dette en capital						
	Encours de la dette en capital en % des produits consolidés						
	Marge brute disponible après paiement charge annuelle de la dette						
	Marge brute disponible en % des produits courants d'exploitation						
5°) Tableau de financement							
	Total Ressources						
	1°) Ressources hors dette						
	Dont CAF						
C 775 Titre 3 ressources tableau de financement	CAF en % des produits						
	Dont cessions d'actifs						
Titre 2 ressources tableau de financement	Dont dotations et subventions investissements						
Titre 3 ressources tableau de financement hors 775	Dont autres ressources						
Titre 1 ressources tableau de financement	2°) Endettement						
	Total Emplois						
Titre 1 emplois tableau de financement - hors 16449	Remboursement dette financière						
Titre 2 emploi tableau de financement	Immobilisations						
	Dont opérations courantes						
	Dont opérations majeures						
Titre 3 emplois tableau de financement	Autres emplois						
	Evolution du FRNG sur l'exercice						
	Niveau du FRNG 31/12						
	FRNG en nbre de jours de charges courantes						
	Niveau du BFR 31/12						
	BFR en nbre de jours de charges courantes						
	Niveau de la Trésorerie 31/12						
	Trésorerie en nbre de jours de charges courantes						

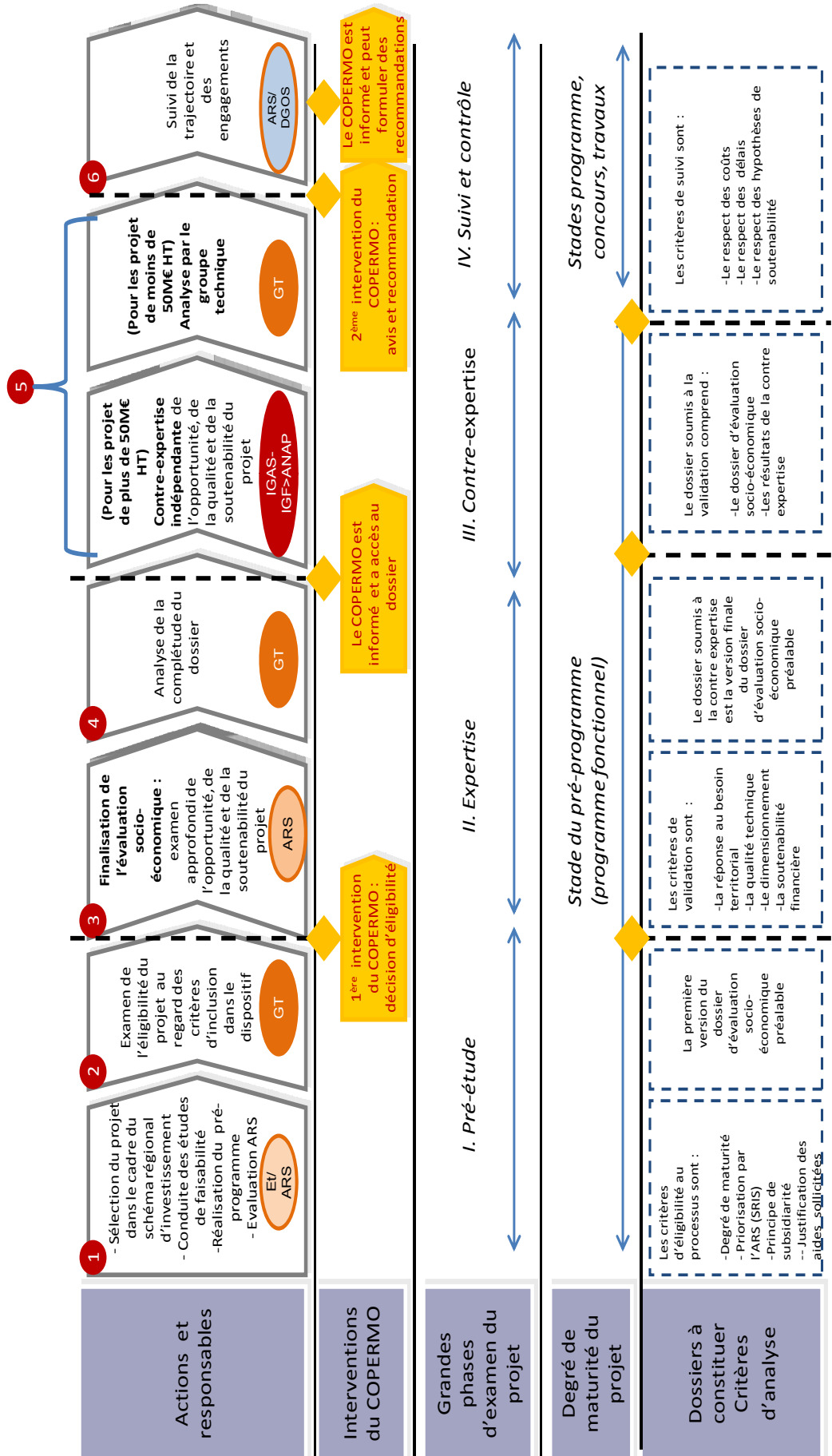
ANNEXE II

SYNTHÈSE DU PLAN D' ACTIONS – VOLET « PERFORMANCE »

PRESENTATION SYNTHETIQUE DU PLAN D' ACTIONS DE L' Etablissement																							
Type de champ	Domaine	Libellé de l' action	Calendrier de réalisation (date de début - date de fin)	Impacts organisationnels pour chacune des actions et des échéances				Impacts financiers en € sur la marge brute d' exploitation															
				Sur les capacités (évolution du nombre de lits et places)	Sur les ETP (augmentation/ diminution)	Sur le volume d' activité (nombre de séjours attendus)	Autres impacts	Economies générées	Coûts nouveaux	Recettes supplémentaires	TOTAL	Dont année 2013	Dont année 2014	Dont année 2015	Dont 2016 ou au-delà								
Prioritaire	Optimisation de la gestion des lits																						
	Développement de la chirurgie ambulatoire																						
	Efficience de la politique d' achats																						
Autres champs	Optimisation des organisations logistiques et administratives																						
	Optimisation des plateaux techniques																						
	Mesures générales d' organisation du temps de travail																						
	Optimisation du processus de facturation et/ou du codage de l' activité																						
	Développement d' activité																						
	Autres																						

ANNEXE III

PROCÉDURE D'EXAMEN DES PROJETS D'INVESTISSEMENT HOSPITALIER PAR LE COPERMO



ANNEXE IV

CONTENU DU DOSSIER D'ÉVALUATION SOCIOÉCONOMIQUE

L'article 17 de loi du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017 prévoit que les projets d'investissement font l'objet d'une évaluation socioéconomique préalable.

Un travail a été engagé avec le commissariat général à l'investissement (CGI) pour définir le contenu de cette évaluation dans le domaine des investissements portés par les établissements publics de santé. Les principes suivants sont proposés :

1. L'évaluation socioéconomique est placée sous la responsabilité de l'ARS, qui assure l'expertise des projets.
2. Les différents éléments du dossier d'évaluation socioéconomique sont :
 - la note signée du directeur de l'établissement ;
 - la note d'analyse signée par le directeur général de l'ARS, construite sur un modèle type (cf. annexe V) ;
 - les pièces jointes obligatoires suivantes :
 - le schéma régional d'investissement en santé (SRIS), lorsqu'il sera disponible ;
 - les extraits pertinents du projet régional de santé ;
 - le programme d'investissement (art. D.6145-64 du CSP) ;
 - le plan global de financement pluriannuel (art. D.6145-65 du CSP) ;
 - un plan global de financement pluriannuel allant jusqu'à trois ans après la fin de l'opération ;
 - le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (art. D.6114-1 du CSP) ;
 - le cas échéant, le plan de redressement (art. L.6143-3 du CSP) ou le contrat de retour à l'équilibre financier ;
 - les documents de programmation : études ; programme fonctionnel ; PTD ; APS ; APD ;
 - la grille d'indicateurs ANAP-DGOS ;
 - les résultats de l'outil « retour sur investissement ».
 - les outils suivants seront utilisés :
 - les indicateurs du référentiel de dimensionnement et de l'observatoire des coûts de la construction ;
 - l'outil Ælipce développé par l'ANAP.
3. Le dossier est dématérialisé.

Le dossier initialisé par les ARS est constitué par les établissements par l'intermédiaire du système d'information « Dossier d'instruction des projets d'investissement (DIPI) » développé par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et contenant l'ensemble des pièces du dossier ci-dessus et consultable à l'adresse suivante : <http://dipi.atih.sante.fr>.

Une fois le dossier validé par l'ARS, sa complétude est vérifiée par le groupe technique, avant transmission au commissariat général à l'investissement et à l'ANAP pour organisation de la contre-expertise.

ANNEXE V

RAPPORT D'ÉVALUATION DE L'ARS INCLUS DANS LE DOSSIER D'ÉVALUATION SOCIOÉCONOMIQUE

À COMPLÉTER PAR L'ARS – INSÉRER LE LOGO DE L'ARS

<p>Nom de l'établissement: « Nom du projet »</p> <p>Rapport d'évaluation socioéconomique préalable de l'ARS</p> <p>Date</p>

Ce rapport, signé par le directeur général de l'ARS, a pour objectif de présenter l'évaluation de l'ARS sur les différentes composantes du dossier d'investissement produit par l'établissement.

Chaque item de cette trame, structuré en fonction du contenu du dossier d'évaluation socioéconomique, doit obligatoirement être renseigné. S'il est sans objet, il convient de le justifier.

Le plan de la présente note doit être conservé.

1. Analyse du projet de l'établissement

Cette partie contient une appréciation générale et de principe sur le projet. Elle précise l'avis de l'ARS sur les grands paramètres du projet:

1.1. Définition du projet faisant l'objet de l'évaluation socioéconomique préalable

Cette partie doit être précise, mais sommaire, et définir exactement l'unité opérationnelle examinée par le dossier d'évaluation préalable. En particulier, dans le cas d'un projet contenant plusieurs tranches, il doit être précisé quelle(s) tranche(s) du projet est (sont) examinée(s) dans le dossier d'évaluation préalable.

UNITÉ OPÉRATIONNELLE du projet expertisée par le dossier d'évaluation préalable	COÛT DU PROJET TDC	STADE D'AVANCEMENT de l'unité opérationnelle

1.2. Exposé détaillé et validation du projet

Cette partie contient:

- une description synthétique du projet, avec une appréciation de l'ARS sur la pertinence du périmètre retenu. Il s'agit notamment de valider les choix d'intégration ou non des différentes tranches fonctionnelles et de mettre en évidence, le cas échéant, les autres projets connexes qui sans être intégrés pourraient être liés (incidence organisationnelle et/ou financière) au projet retenu. La nature et le coût des travaux TDC valeur fin de chantier présentés et faisant l'objet de l'analyse doivent être précisés ainsi que le coût des tranches ou projets connexes;
- une position de l'ARS sur l'opportunité du projet. Il s'agit de mettre en évidence les faits générateurs du projet, son intérêt socioéconomique, son bénéfice pour l'offre de soins territoriale, son impact sur les finances publiques;
- une appréciation sur le projet médical sous-jacent (dont la dimension territoriale);
- une appréciation sur les principaux risques comportant le projet (lié à la maîtrise du projet, organisationnel et humain, technique, lié au financement, lié à des tiers, juridique).

1.3. Alternatives possibles au projet, compatibles avec les objectifs du programme et analyse de la pertinence du choix fait par l'établissement

Il s'agit de mettre en évidence l'avis de l'ARS concernant les différentes options envisageables pour atteindre les objectifs du projet. Il s'agit notamment d'analyser les alternatives entre:

- réaliser ou ne pas réaliser le projet;

- choisir entre rénovation/restructuration et reconstruction ;
- les différents scénarii en termes de périmètre d'activité (complémentarité avec les autres acteurs, augmentation ou réduction du périmètre des activités) ;
- mobilisation ou non du patrimoine existant.

Cette évaluation mettra en évidence les avantages et inconvénients de chacune des hypothèses. Sur le plan du retour sur investissement, elle ne se limitera à la simple comparaison de la valeur actualisée nette entre les différentes options mais précisera, pour chaque alternative et année par année, la différence des flux de trésorerie par rapport au scénario « ne rien faire ».

1.4. *Calendrier prévisionnel et état d'avancement du projet*

1.5. *Caractère dissociable ou non des tranches du projet*

1.6. *Justification de la procédure retenue
(MOP classique, conception-réalisation, conception-réalisation-maintenance, PPP).*

**2. Analyse et validation du dimensionnement capacitaire
et de la cohérence du projet avec l'organisation territoriale de l'offre de soins**

Cette partie contient une appréciation générale sur la justification de l'opération au regard des objectifs d'évolution de l'offre de soins soutenus par l'ARS.

2.1. *Conformité du projet par rapport au SROS*

Cette partie décrira dans quelle mesure l'opération participe aux objectifs d'évolution de l'offre de soins soutenue par l'ARS.

Il convient notamment de préciser si des évolutions d'autorisation sont prévues sur les domaines d'activité concernés par le projet pour l'établissement ou pour les établissements concernés.

2.2. *Place de l'investissement considéré dans le schéma directeur de l'établissement
(dans le schéma régional d'investissement en santé)*

2.3. *Évolution de la population, de sa structure, de son état de santé à l'horizon 2025-2030
sur le bassin/territoire de santé*

Une attention particulière est demandée sur l'évolution de la population, ou de la tranche de la population concernée par les domaines d'activité du projet (plus de 75 ans, etc.), prévue par l'INSEE entre la date de l'évaluation préalable et la date de mise en service du projet.

De même, une attention particulière sera donnée à l'évolution prévue des indicateurs de santé de la population, ou de la tranche de la population concernée par les domaines d'activités du projet, entre la date de l'évaluation préalable et la date de mise en service du projet.

2.4. *Opportunité du projet par rapport à la situation de l'établissement sur les domaines
d'activités concernés vis-à-vis des autres établissements de la zone d'attractivité.*

Il s'agit de décrire à partir des données du PMSI, le volume d'activité actuel et futur de l'établissement sur les différents GHM ou groupes de GHM concernés par le projet. Cette analyse sous-tend le programme capacitaire et donne une image de la réponse aux besoins actuels et futurs. Cette partie doit être illustrée de cartographie des zones d'attractivité et taux de fuite (cf. outil SNATIH de l'ATIH).

Pour chaque domaine d'activité inclus dans le projet évalué :

- analyser le positionnement de l'établissement par rapport aux autres établissements du territoire en termes d'attractivité (analyse des parts de marché et des recouvrements de zones d'attractivité de l'établissement considéré et des autres établissements au regard de l'analyse des parts de marché) ;
- préciser, le cas échéant, les projets d'investissement des autres établissements du territoire ;
- préciser l'évolution prospective de l'établissement et des autres acteurs de santé dans ce bassin/territoire dans les domaines d'activité concernés par le projet évalué au regard de la démographie et de l'évolution des modes de prises en charge (développement des alternatives à l'hospitalisation, parcours de soins, soins à domicile, etc.).

DA CONCERNÉ par le projet évalué	CAPACITÉ avant projet			CAPACITÉ avant projet			PART de marché actuelle	PART de marché actuelle des principaux établissements	ÉVOLUTION des parts de marché
	HC	Ambu	Salles	HC	Ambu	Salles			

**2.5. Pertinence du programme capacitaire du projet
au regard de l'offre de soins et de l'évolution des prises en charge**

2.5.1. Activité actuelle et hypothèses d'activités retenues

Pour chaque domaine d'activité inclus dans le projet évalué :

- préciser l'évolution des capacités en hospitalisation complète ou en hospitalisation ambulatoire ;
- préciser l'évolution d'activité passée ;
- préciser l'hypothèse d'évolution de l'activité et analyser celle-ci au regard de l'évolution passée et de la part de marché de l'établissement sur ce domaine d'activité.

2.5.2. Dimensionnement du programme capacitaire

Il s'agit ici d'une partie majeure du rôle de l'ARS dans le processus d'investissement. Il est attendu une analyse détaillée par rapport à l'offre territoriale des soins et d'accompagnement, notamment des autres établissements de santé et médico-sociaux, et au regard de l'évolution des prises en charge (développement de la chirurgie et d'autres segments en ambulatoire, etc.).

Pour chaque domaine d'activité inclus dans le projet évalué :

- préciser l'évolution des capacités relevant d'une création d'activité ou d'un développement d'activité existante ;
- préciser l'évolution des capacités en hospitalisation complète ou en hospitalisation ambulatoire, et préciser, compte tenu de l'hypothèse d'évolution d'activité retenue, comment se situe le programme capacitaire par rapport aux outils de l'ANAP (Ælipce, etc.) ;
- préciser l'opportunité du dimensionnement capacitaire au regard de l'offre de soins, notamment celle des établissements concurrents.

DA CONCERNÉ par le projet évalué	CAPACITÉ avant projet			CAPACITÉ avant projet			ÉVOLUTION d'activité passée	HYPOTHÈSE d'évolution d'activité	PART de marché actuelle
	HC	Ambu	Salles	HC	Ambu	Salles			

2.6. Cohérence du projet présenté avec les autres projets d'investissements du bassin ou du territoire de santé : place et caractère prioritaire des investissements présentés par rapport aux autres projets

Cette analyse doit être faite en tenant compte notamment des évaluations socioéconomiques, de l'enveloppe régionale et de la contrainte de l'ONDAM.

2.7. Liens avec les orientations d'aménagement du territoire retenues dans les schémas d'urbanisation et de transport

3. Analyse et validation de la conception technique du projet

3.1. Calibrage

Il s'agit notamment du calibrage des unités cliniques, des éléments dimensionnant des plateaux techniques (salles d'imagerie, cabinets de consultations, salles de bloc...) ou des activités logistiques (nombre de repas...). L'ARS devra analyser la performance des hypothèses par rapport aux référentiels de dimensionnement de l'ANAP (cf. module 2 d'Ælipce).

3.2. Organisation spatiale, fonctionnelle et technique

3.2.1. Principes retenus en matière de standardisation et de mutualisation des locaux

3.2.2. Principes retenus en matière de développement durable (consommations d'énergie notamment)

3.2.3. Principes retenus en matière de maintenance des installations et d'exploitation du bâtiment

3.2.4. En cas de restructuration ou d'opérations réalisées par tranche, modalités de continuité de fonctionnement de l'établissement

3.3. Dimensionnement des locaux

Hypothèses retenues (ou réalité observée pour les projets en phase transitoire et qui en sont en phase d'études architecturales) en matière de rapport surface dans œuvre/surface utile, globalement et par secteur.

Comparaison notamment par rapport aux outils ANAP : référentiel de dimensionnement ou AElipce, module 2.

3.4. Modularité du projet

Il s'agit ici des possibilités d'évolution du bâtiment pour garantir qu'il puisse s'adapter aux évolutions de matériel et de norme, voire aux changements d'activités et ainsi éviter de précipiter un nouvel investissement.

3.5. Coût des travaux

Préciser, le cas échéant, les particularités de l'opération (sismicité, fondations spéciales, hélisation, parking souterrain, contraintes de classement du site ou du bâtiment, paracyclonique, servitudes diverses...).

Le cas échéant, préciser le coût d'achat du foncier.

3.5.1. Coût travaux HT

Préciser la date de valeur et identifier le poste VRD.

3.5.2. Coûts des équipements

3.5.3. Coût TDC

Décomposition de ce coût.

Préciser la TVA applicable aux prestations intellectuelles et aux travaux.

3.6. Méthodologie retenue : guides utilisés, écarts par rapport à ces guides

3.7. Calendrier prévisionnel des immobilisations et des décaissements

4. Analyse et validation du plan de financement envisagé

4.1. Plan de financement évalué

Cette partie doit être précise mais sommaire et définir exactement le plan de financement examiné par le dossier d'évaluation préalable, en précisant notamment le calendrier des versements.

	N - K	N (passation de la MOE)	N + 1	N + 2	N + J (trois ans après la mise en service)
Autofinancement					
Endettement					
Aides financières reconductibles (AC)					
Subvention (FMESPP)					

Données à reprendre dans le tableau « annexe financière de l'évaluation ».

4.2. *Analyse et validation de l'ARS sur les impacts financiers en exploitation*

4.2.1. Charges de titre 1^{er}
(avant/après)

4.2.2. Charges de titre 2 et 3
(avant/après)

4.2.3. Charges de titre 4
(avant/après)

4.2.4. Recettes du titre 1^{er}
(impact activité avant/après)

4.2.5. Recettes du titre 2 (notamment recettes propres régimes particuliers)
ou partage d'activités

4.3. *Analyse de l'ARS sur le programme d'investissement*

4.3.1. Autres opérations significatives prévues dans le PPI

4.3.2. Opérations courantes ventilées par grands postes (GER, équipements courants, SI)

4.4. *Analyse de l'ARS sur le plan de financement*

Le PGFP doit couvrir la période allant jusqu'à trois ans après la mise en service.

4.4.1. Mobilisation de l'autofinancement

4.4.1.1. Mobilisation de la CAF

4.4.1.2. Mobilisation du fonds de roulement

4.4.1.3. Optimisation du besoin en fonds de roulement

4.4.2. Valorisation du patrimoine

Hypothèses retenues, options écartées.

4.4.3. Étude d'impact du recours à l'endettement

Il s'agit ici de l'analyse du recours à l'emprunt prévu, notamment sur les ratios d'endettement, et sur la capacité de l'établissement à rembourser sa dette. Cette dernière analyse doit s'appuyer sur l'endettement que permet de financer le taux de marge brute non aidée, après déduction d'une part d'investissement courant incompressible de 3 % au taux d'intérêt susceptible d'être obtenu par l'établissement sur une durée d'emprunt de vingt ans.

La marge brute non aidée est obtenue en retirant des produits d'exploitation les AC investissements et les AC soutien budgétaire. Le taux de marge brute non aidée est obtenu avec les produits d'exploitation ainsi obtenus.

Exemple : pour un établissement dont le taux de marge brute non aidé est de 4,8 %, le service de sa dette peut être au plus de 1,8 %, une fois déduit l'investissement courant incompressible de 3%. On calcule ensuite le niveau d'endettement finançable à long terme en prenant le taux d'intérêt auquel l'établissement a accès, prenons ici 4 %, sur une durée de vingt ans. Le résultat est obtenu en appliquant la formule endettement soutenable = $\text{taux de marge brute non aidée après investissement courant incompressible} * (1 - (1 + \text{taux d'intérêt})^{-\text{durée}}) / \text{taux d'intérêt}$, soit ici 24 %.

4.4.4. Dotations et subventions

Il s'agit notamment ici d'analyser, dans le respect de l'ONDAM, quelle aide devrait être sollicitée pour subvenir aux impossibilités de mobiliser davantage.

4.4.5. Soutenabilité financière par l'évolution de la marge brute non aidée,
le niveau de dette et la variation du fonds de roulement

Il est notamment attendu que l'ARS garantisse que le PGFP prévoit une marge brute non aidée à un niveau permettant de couvrir à la fois le remboursement de la dette et les investissements courants (de l'ordre d'au moins 3 % des produits), afin de garantir que, même après l'investissement, l'établissement conserve sa capacité future d'investir sans dépendre des aides financières.

4.4.6. Analyse des alternatives au plan de financement

Seront ici examinées les évolutions année par année du ratio d'encours de la dette sur les produits d'exploitation et de la durée apparente de la dette pour chacun des scénarios alternatifs :

- l'un sans aucune aide financière;
- le second présentant un plan de financement avec un niveau d'aides financières intermédiaire par rapport au plan de financement principal.

4.4.7. Scénario hypothèse basse

Il s'agit ici de ce que doit prévoir l'établissement au cas où l'activité ou les recettes sont en deçà des hypothèses retenues, avec pistes d'économies (évolution des charges, notamment de personnel, ou segmentation des travaux en tranches conditionnelles) ou de gains (recettes propres, organisation interne, etc.) validées par le directoire de l'établissement. Il s'agit de disposer, le cas échéant, d'une capacité de réaction pour éviter que l'établissement ne sorte de la trajectoire d'équilibre financier.

4.4.8. Couverture pour risque prévue dans le PGFP (auto-assurance)

4.4.9. Modalités et prévisions d'amortissements

Il s'agit de décrire les modalités d'amortissement choisies ainsi que l'amortissement prévisionnel

4.4.10. Conclusion sur l'analyse du PGFP

Il est notamment attendu que l'ARS garantisse que le PGFP approuvé prévoit :

- une marge brute non aidée à un niveau suffisant pour garder sa capacité propre à investir;
- identifie un scénario d'économies ou de gains en cas d'écart à la trajectoire du PGFP;
- fasse varier les hypothèses de niveau d'aide externe afin de mesurer l'impact sur les équilibres financiers (évolution des principaux ratios).

5. Précisions sur la constitution du management du projet

5.1. Équipe projet de l'établissement

Dimensionnement de l'équipe projet aux grandes étapes; qualification des membres de l'équipe.

Il est notamment attendu de mentionner, le cas échéant, si des mouvements sont attendus/souhaités dans l'équipe de direction et dans l'équipe de projet durant la durée des études et des travaux.

5.2. Équipe de suivi du projet de l'ARS

Cette partie contient une description de l'équipe en charge du suivi du projet au sein de l'ARS: nom, qualité, compétences (expérience) et fonction des personnes désignées.

6. Processus de décision

6.1. Calendrier récapitulatif des décisions prises et de leur cadre

Dates des conseils de surveillance et directoires; nature et portée des délibérations.

Dates des réunions relevant de la responsabilité de l'ARS; nature et portée des délibérations.

6.2. Liste des décisions de nature réglementaire ou financière prise par l'ARS en lien avec le projet; nature, date et portée

7. Avis général de l'ARS

Il s'agit de présenter une synthèse de la position de l'ARS notamment sur les points relatifs au dimensionnement du projet, à son opportunité au regard de l'organisation territoriale de l'offre de soins, de la conception technique, du plan de financement.

À signer par le DGARS

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

ANNEXE FINANCIERE AU RAPPORT D'EVALUATION DE L'ARS (en €)							
Comptes budgétaires	Années N-1 à N+X	N-1	N	N+1	N+2	N+3	N+X...
1*) Evolution de la marge brute d'exploitation Compte de Résultat Principal							
	Produits d'exploitation hors aides financières						
	<i>Dont Produits TZA</i>						
	<i>Dont MIG</i>						
C 70 à 75	<i>Dont AC (hors aides ponctuelles non reconductibles, hors AC soutien à l'investissement)</i>						
C 73111, 73112, 73113, 7312	<i>Dont DAF (hors aides ponctuelles non reconductibles)</i>						
C 731181	<i>Dont forfaits annuels</i>						
C 731182	<i>Dont FIR</i>						
C 73117	<i>Dont autres produits de l'activité</i>						
C 73114	<i>Dont autres produits d'exploitation</i>						
C 7471							
Produits du titre 2 compte principal							
Comptes 70 à 75 du titre 3 du compte principal hors FIR							
C 60 à 65	Charges d'exploitation						
Titre 1 charges comptes principal - remboursements sur rémunérations ou charges sociales ou taxes	<i>Charges nettes de personnel</i>						
641 compte principal	<i>Dont rémunérations PNM</i>						
642 compte principal	<i>Dont rémunérations PM</i>						
Charges du titre 2 compte principal - solde créditeur "variation de stock à caractère médical"	<i>Charges nettes à caractère médical</i>						
Charges du titre 3 compte principal - solde créditeur "autres variation de stock"	<i>Charges nettes à caractère hôtelier et général</i>						
C 6123+6125 compte principal	<i>Dont loyer immobilier et BEH (C/ 6123/6125)</i>						
	Marge brute d'exploitation avant aides financières						
	<i>Taux de marge brute hors aides financières CRP</i>						
	Aides financières inscrites au compte de résultat						
	<i>Dont aides financières non reconductibles ARS - soutien ponctuel (AC, DAF ou FIR)</i>						
	<i>Dont aides ARS-soutien à l'investissement (AC, DAF ou FIR)</i>						
	<i>Dont AC nationales nouvelles sollicitées pour le projet d'investissement</i>						
	Marge brute d'exploitation avec intégralité des aides financières						
	<i>Taux de marge brute après aides financières</i>						
	Charges de structure (titre 4 hors charges exceptionnelles)						
c 66	<i>Dont frais financiers</i>						
c 68	<i>Dont amortissements</i>						
c 68	<i>Dont provisions</i>						
2*) Evolution de la marge brute d'exploitation entité juridique							
	Marge brute d'exploitation entité juridique						
	<i>Dont Marge brute d'exploitation CRP après aides</i>						
	<i>Dont Marge brute d'exploitation CRA</i>						
C 70 à 75 hors 7087 tous CR	Total des produits courants d'exploitation entité juridique (hors 7087)						
	<i>Taux de marge brute entité juridique</i>						
3*) Evolution des résultats d'exploitation - compte principal et compte consolidé							
	Résultat comptable CRP						
	Total des produits CRP						
	Résultat comptable CRP en % des produits						
	Résultat comptable consolidé (tous CR confondus)						
	Total des produits consolidés						
	Résultat comptable consolidé en % des produits						
4*) Evolution de la charge de la dette							
	Total charge annuelle de la dette						
	<i>Dont remboursement contractuel du capital des dettes financières (hors options afférentes à une opération de trage sur une ligne de trésorerie)</i>						
	<i>Dont charges financières entité juridique</i>						
Titre 1 emplois Tableau de Financement - hors 16449	Total charge annuelle de la dette en % des produits courants						
C 66 tous CR	Encours de la dette en capital au 31/12						
	<i>Encours de la dette en capital en % des produits consolidés</i>						
	Marge brute disponible après paiement charge annuelle de la dette						
	<i>Marge brute disponible en % des produits courants d'exploitation</i>						
5*) Tableau de financement							
	Total Ressources						
	1*) Ressources hors dette						
	<i>Dont CAF</i>						
	<i>CAF en % des produits</i>						
	<i>Dont cessions d'actifs</i>						
C 775 Titre 3 ressources tableau de financement	<i>Dont dotations et subventions investissements hors aides sollicitées pour le projet</i>						
Titre 2 ressources tableau de financement	<i>Dont dotations et subventions investissements sollicitées pour le projet</i>						
Titre 2 ressources tableau de financement	<i>Dont autres ressources</i>						
Titre 3 ressources tableau de financement hors 775							
Titre 1 ressources tableau de financement	2*) Endettement						
	Total Emplois						
	Remboursement dette financière						
Titre 1 emplois tableau de financement - hors 16449	Immobilisations						
Titre 2 emploi tableau de financement	<i>Dont opérations courantes</i>						
	<i>Dont investissement présenté au COPERMO</i>						
	<i>Dont autres opérations majeures</i>						
Titre 3 emplois tableau de financement	Autres emplois						
	<i>Evolution du FRNG sur l'exercice</i>						
	<i>Niveau du FRNG 31/12</i>						
	<i>FRNG en nbre de jours de charges courantes</i>						
	<i>Niveau du BFR 31/12</i>						
	<i>BFR en nbre de jours de charges courantes</i>						
	<i>Niveau de la Trésorerie 31/12</i>						
	<i>Trésorerie en nbre de jours de charges courantes</i>						