



Inspection générale
des affaires sociales

Contrôle de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM)

TOME 2 : ANNEXES DU RAPPORT DEFINITIF

Établi par

Huguette MAUSS

Dr. Sylvain PICARD

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Jean-Claude DELNATTE

Jean-Yves LAFFONT

Conseillers généraux des établissements de santé

- Janvier 2014 -

2013-065 R

Sommaire

ANNEXE 1: DELEGATIONS DU DIRECTEUR GENERAL DE L'AP-HM.....	5
ANNEXE 2: PRESENTATION DES OBJECTIFS DU NOUVEAU DIRECTEUR DE L'AP-HM.....	9
ANNEXE 3: NOTE RELATIVE AUX ARCHIVES DE L'AP-HM.....	15
ANNEXE 4: THEMATIQUES TRANSVERSES.....	17
ANNEXE 5 : RECOMMANDATIONS DE LA MISSION IGAS RM 2012-131P DECEMBRE 2012.	19
ANNEXE 6 : EXTRAIT DU RAPPORT PUBLIC 2012 DE LA COUR DES COMPTES	23
ANNEXE 7 : EXTRAIT DU RAPPORT DE LA CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES RELATIF AU DPI.....	25
ANNEXE 8 : SUIVI DES PROVISIONS	27
ANNEXE 9 : EVOLUTION DES CHARGES DE PERSONNEL DE 2010 A 2012.....	31
ANNEXE 10 : TAILLE DES UNITES AP-HM	33
ANNEXE 11 : EVOLUTION DES CHARGES A CARACTERE MEDICAL.....	35
ANNEXE 12 : EVOLUTION DES CHARGES A CARACTERE HOTELIER ET GENERAL.....	37
ANNEXE 13 : EVOLUTION DE PRODUITS VERSES PAR L'ASSURANCE MALADIE	39
ANNEXE 14 : NOTE DE PROBLEMATIQUE SUR LA CHAINE DE REMBOURSEMENT DES MO-DMI	41
ANNEXE 15 : EVOLUTION DES PRODUITS DE L'ACTIVITE, NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE	45
ANNEXE 16 : LETTRE RELATIVE A LA VENTE DE L'HOTEL DIEU	47
ANNEXE 17 : RESTES A RECOUVRER.....	49
ANNEXE 18 : ETATS DEBITEURS.....	61
ANNEXE 19 : ACTIVITES PREVUES AU BMT.....	63

ANNEXE 1: DELEGATIONS DU DIRECTEUR GENERAL DE L'AP-HM

EXTRAIT DU REGISTRE DES DECISIONS DU DIRECTEUR GENERAL DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE – HOPITAUX DE MARSEILLE

DELEGATION DE SIGNATURE

SOMMAIRE

DIRECTION GENERALE

Décision n° 273/2013 du 2 mai 2013 M. Jean-Marc VIGUIER, Secrétaire Général	2
Décision n° 362/2013 du 23 juillet 2013 M. Jean-Michel BUDET, Directeur Général Adjoint	4
Décision n° 275/2013 du 3 juin 2013 M. Hervé LEON, Directeur Général Adjoint	6
Décision n° 363/2013 du 23 Juillet 2013 M. Bastien RIPERT, Chef de Cabinet	8

DIRECTIONS FONCTIONNELLES

Décision n° 364/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Florence ARNOUX-LIOGIER, Directeur de la Stratégie et des Partenariats	10
Décision n° 365/2013 du 23 Juillet 2013 M. Serge BORSA, Directeur des Ressources Humaines et du Projet Social	12
Décision n° 366/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Nicole CHEVALIER, Coordonnateur Général des Soins	14
Décision n° 403/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Anne DECQ-GARCIA, Directeur en charge de la Qualité de l'Organisation	16
Décision n° 367/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Carine DELANOE-VIEUX, Chef du Projet Culturel	18
Décision n° 368/2013 du 23 Juillet 2013 M. Renaud DE LAUBIER, Directeur des Affaires Juridiques	20
Décision n° 369/2013 du 23 Juillet 2013 M. Christophe GOT, Directeur des Affaires Financières	22
Décision n° 370/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Magali GUERDER, Directeur de la Direction Médico-Technique et des Equipements Biomédicaux	24
Décision n° 371/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Jennifer HUGUENIN, Directeur de l'Audit Interne	26
Décision n° 372/2013 du 23 Juillet 2013 M. Loïc MONDOLONI, Directeur des Affaires Médicales, de la Recherche et de l'Innovation	28
Décision n° 373/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Claire MOPIN, Directeur des Services Economiques et de la Logistique	30

Décision n° 374/2013 du 23 Juillet 2013 M. Daniel PANTALACCI, Directeur de la Qualité, de la Gestion des Risques et de la Clientèle	32
Décision n° 361/2013 du 16 Juillet 2013 Mme Caroline PERAGUT, Technicien Supérieur Hospitalier, Responsable du Service Communication	34
Décision n° 375/2013 du 23 Juillet 2013 M. Olivier PONTIES, Directeur du Contrôle de Gestion	36
Décision n° 376/2013 du 23 Juillet 2013 M. Olivier PONTIES, Directeur par intérim de la Direction des Systèmes d'Information et de l'Organisation	38
Décision n° 377/2013 du 23 Juillet 2013 M. Christian-René ROSSI, Directeur des Affaires Internationales et des Cultes	40
Décision n° 378/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Monique SORRENTINO, Directeur en charge du Pôle Performance	42
Décision n° 379/2013 du 23 Juillet 2013 M. Sébastien VIAL, Directeur des Travaux et des Services Techniques	44
Décision n° 380/2013 du 23 Juillet 2013 M. François-Jérôme AUBERT, Directeur Adjoint – Direction des Affaires Médicales, de la Recherche et de l'Innovation	46
Décision n° 381/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Véronique CHARDON, Directeur Adjoint – Direction des Ressources Humaines et du Projet Social	48
Décision n° 382/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Christiane COUTURIER, Directeur Adjoint – Direction Médico-Technique et des Equipements Biomédicaux	50
Décision n° 383/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Jeanne DE POULPIQUET, Directeur Adjoint – Direction des Services Economiques et de la Logistique	52
Décision n° 384/2013 du 23 Juillet 2013 M. Olivier FOGLIETTA, Directeur Adjoint – Direction des Ressources Humaines et du Projet Social	54
Décision n° 385/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Martine GUEDJ, Directeur Adjoint – Direction des Ressources Humaines et du Projet Social	56
Décision n° 386/2013 du 23 Juillet 2013 M. Anthony VALDEZ, Directeur Adjoint – Direction des Affaires Financières	58
<u>DIRECTIONS DE SITES</u>	
Décision n° 387/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Michèle DAMON, Directeur du Groupe Hospitalier de la Timone Adultes Et Enfants	60
Décision n° 388/2013 du 23 Juillet 2013 M. Gilles HALIMI, Directeur de l'Hôpital Nord	62
Décision n° 389/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Catherine MICHELANGELI, Directeur de l'Hôpital de la Conception	64
Décision n° 390/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Laurence MILLIAT, Directeur des Hôpitaux Sud	66
Décision n° 391/2013 du 23 Juillet 2013 M. Philippe CHOSSAT, Directeur Adjoint – Groupe Hospitalier de la Timone Adultes et Enfants	68

Décision n° 392/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Sandrine COTTON, Directeur Adjoint – Hôpital Nord	70
Décision n° 393/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Elisabeth COULOMB, Directeur Adjoint - Hôpitaux Sud	72
Décision n° 394/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Isabelle FABRIS, Directeur Adjoint – Hôpital Nord	74
Décision n° 395/2013 du 23 Juillet 2013 M. Maurice GAUTIER, Directeur Adjoint – Hôpitaux Sud	76
Décision n° 396/2013 du 23 Juillet 2013 M. Mathieu MONIER, Directeur Adjoint – Hôpital Nord	78
Décision n° 397/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Hélène OLIVIER, Directeur Adjoint – Groupe Hospitalier de la Timone Adultes et Enfants	80
Décision n° 398/2013 du 23 Juillet 2013 M. Alain PARIS-ZUCCONI, Directeur Adjoint – Groupe Hospitalier de la Timone Adultes et Enfants	82
Décision n° 399/2013 du 23 Juillet 2013 M. Jean-Michel REVEST, Directeur Adjoint – Hôpital Nord	84
Décision n° 400/2013 du 23 Juillet 2013 M. Didier STINGRE, Directeur Adjoint – Hôpital de la Conception	86
Décision n° 401/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Hélène VEUILLET, Directeur Adjoint – Groupe Hospitalier de la Timone Adultes et Enfants	88

ANNEXE 2: PRESENTATION DES OBJECTIFS DU NOUVEAU DIRECTEUR DE L'AP-HM

Objectifs de l'AP-HM

Donner sens, efficacité, fierté et
crédibilité à notre action collective
de service public hospitalier

Conseil de surveillance du 14 juin 2013
Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille
Jean-Jacques ROMATET Directeur Général

Objectifs

- ▶ 1- Trouver durablement notre équilibre de fonctionnement par des mesures structurelles
- ▶ 2- Mener à bien les grands chantiers en cours et rendre irréversibles les projets indispensables
- ▶ 3- Construire nos relations avec les usagers et nos personnels et repenser nos organisations pour améliorer la qualité, la sécurité du service et notre attractivité
- ▶ 4- Potentialiser encore notre recherche/innovation
- ▶ 5- Nous ouvrir davantage à notre environnement pour jouer notre rôle de CHU et assurer notre avenir
- ▶ 6- Asseoir les fondamentaux du management en nous dotant des outils et des compétences pour agir ensemble et en profondeur

1- Trouver durablement notre équilibre de fonctionnement par des mesures structurelles

- ▶ Se donner l'objectif et les moyens d'un retour à l'équilibre fin 2014 et d'une réduction progressive et programmée du déficit cumulé en augmentant notre capacité d'autofinancement
- ▶ Intensifier notre effort de rentrée des recettes, codage, DMS, en réduisant les pertes d'activité
- ▶ Identifier les économies et les réorganisations possibles à court terme pour éviter une aggravation de la situation et conserver les recrutements indispensables à notre mission de soins.
- ▶ Appliquer strictement les injonctions et recommandations de la CRC et de l'IGAS
- ▶ Construire notre tableau des effectifs avec méthode et équité et se doter de pools de remplacement sur chaque site pour éviter les ruptures d'activité
- ▶ Réduire progressivement les coûts de fonctionnement administratif et logistique (22 à 19 % comme dans la moyenne des CHU): par ex, bio-nettoyage, approvisionnement après la PFL et redéployer les moyens au bénéfice de la qualité des soins
- ▶ Continuer partout, comme le prévoit déjà le projet médical, d'adapter nos organisations (tailles des unités, regroupements, mutualisations notamment)
- ▶ Amplifier la valorisation de nos actifs (immeubles, équipements) matériels et immatériels et rechercher des financements nouveaux (dons et legs par un fonds de dotation)
- ▶ Mettre l'accent sur la nécessité de retrouver des relations de travail construites sur plus d'écoute, de transparence mais aussi de rigueur et de respect. Actions spécifiques brancardage, bio-nettoyage
- ▶ Promouvoir la pertinence des soins et des prises en charge et l'inclure par des exemples concrets dans les contrats de pôle et les micro-contrats

2- Mener à bien les grands chantiers en cours et rendre irréversibles les projets indispensables

- ▶ Se doter d'une organisation de conduite de projet permettant la réussite de l'ouverture du BMT, les opérations qui en découlent en application du projet médical et l'accompagnement de l'IHU
- ▶ Se donner toutes les chances de réussir le projet maternité-centre et d'obtenir une aide de l'Etat qui nous aidera à recapitaliser l'APHM
- ▶ Organiser l'enchaînement des projets sous leurs différents aspects
- ▶ Donner la dernière touche au projet médical volontariste en complétant les aspects fragiles de notre organisation: organisation du CHU pour répondre aux urgences, virage ambulatoire, insuffisance de l'offre de gériatrie et de SSR
- ▶ Relancer le dossier du bio-génopôle en regroupant les plateformes, en assurant notre compétitivité, tant de routine que de recours
- ▶ Aller au bout d'un schéma directeur encore non finalisé, l'articuler au projet médical et le coordonner avec nos capacités d'investissement
- ▶ Remettre l'Hôpital Nord et surtout la Timone en conformité avec la réglementation incendie
- ▶ Revoir en profondeur très vite l'organisation et le stockage des archives
- ▶ Programmer annuellement, et s'y tenir, la remise en état progressive de notre hôtellerie sur Nord, Timoné et Conception, souvent inacceptable
- ▶ Après audit de la DSIO, réussir notre DPI et le système d'information décisionnel

3- Construire nos relations avec les usagers et repenser nos organisations pour améliorer qualité du service, qualité de vie au travail et attractivité

- ▶ Oser penser autrement pour mettre le levain du changement au sein de nos organisations et accepter de se laisser transformer
- ▶ Mettre partout en valeur la recherche de la qualité et la sécurité du service rendu au malade en commençant par ses aspects les plus élémentaires
- ▶ Confier la CRUCQ à un représentant des usagers et lui donner un relais actif dans chaque site
- ▶ Définir la politique qualité de l'hôtellerie hospitalière (politique d'entretien des locaux, restauration, accès à la télévision et à internet, régime particulier...)
- ▶ Evaluer et repenser tous nos mécanismes d'accueil physique et téléphonique, des BE aux prises de RV, en passant par les relations avec nos correspondants
- ▶ Porter l'effort sur les organisations: blocs, secrétariats, chemins cliniques post-urgences notamment, brancardage, évaluer et suivre les délais d'obtention des consultations externes
- ▶ Garantir l'accès de nos sites hospitaliers
- ▶ Repenser notre politique de communication pour expliquer les chantiers à mener et faire vivre les relations avec nos équipes
- ▶ Favoriser le travail d'échange avec nos cadres en supprimant les injonctions paradoxales et en animant la relation direction/cadres et cadres/direction
- ▶ Travailler les organisations pour promouvoir « le travail bien fait », le respect des référentiels professionnels et mutuellement de l'encadrement et des personnels et la fierté d'être un professionnel de l'APHM au service des malades

4- Potentialiser notre recherche/innovation

- ▶ Après l'audit de la DRCI, réorganiser la direction de la recherche pour la mettre au service des équipes de recherche
- ▶ Donner à la délégation à la recherche clinique les moyens de dynamiser notre recherche: appels à projets pour CHU promoteur, bourses
- ▶ Faciliter les projets d'innovation avec une vraie évaluation médico-économique
- ▶ Jouer tout notre rôle dans la délégation interrégionale
- ▶ Redonner vie au CRBSP pour construire une politique concertée de recherche et d'innovation
- ▶ Tirer profit du projet IHU pour évaluer l'intérêt des DHU et préparer si nécessaire un appel d'offres interne
- ▶ Intensifier notre soutien à la recherche soignante
- ▶ Dynamiser la valorisation de nos projets de recherche et renforcer la sécurité et la protection juridique des droits et intérêts des investigateurs
- ▶ Assurer la sanctuarisation des crédits recherche, garantir la transparence pour chaque investigateur et pour les pôles des modalités de financement de la recherche
- ▶ Construire le volet R et I des contrats de pôles

5- Nous ouvrir davantage à notre environnement pour jouer notre rôle de CHR et U et assurer notre avenir

- ▶ Donner toutes les chances de réussite au projet de santé publique de Nord porteur d'initiative et de sens
- ▶ Donner toutes les chances de réussite à notre projet de territoire avec Aubagne et Martigues; densifier nos relations avec Lavéran, Montolivet, Allauch
- ▶ Rechercher des partenariats significatifs avec St Joseph et autres
- ▶ S'engager dans la relation avec le domicile (plateformes de maladies chroniques, esanté)
- ▶ Se donner encore mieux les moyens de l'animation de la politique de santé sur Marseille en lien avec l'ARS
- ▶ Aller au bout d'une coopération structurée avec l'IPC tout en donnant la visibilité voulue à notre cancérologie
- ▶ Donner une dimension opérationnelle aux travaux menés avec les hôpitaux de la périphérie et chercher à nouer des relations construites avec Aix en s'inscrivant dans la démarche de métropole
- ▶ S'ouvrir à la coopération avec la région, en favorisant notamment une gestion prévisionnelle des effectifs médicaux en lien avec la Faculté, les CHG et la FHR
- ▶ Devenir un acteur incontournable de la politique méditerranéenne dans une orientation de relations internationales à reconstruire

6- Les outils et les compétences pour agir ensemble et en profondeur

- ▶ 1- Partager un diagnostic lucide et régulier, construire une culture de la gestion de projet à partir de la critique de l'existant, de l'évaluation et du ROI qui doivent irriguer chaque projet nouveau
- ▶ 2- Assurer définitivement les relations de partenariat entre DIM, DAF et contrôle de gestion
- ▶ 3-Tirer profit de la certification des comptes pour revoir de nombreux processus de gestion à parfaire
- ▶ 3- Arrêter clairement notre politique de décentralisation; et se doter des outils et des méthodes adaptées au management décentralisé par pôles, en redéfinissant un guide de gestion clarifiant les rôles de chacun (sites, pôles, services)
- ▶ 4- Créer les conditions d'un grand effort de culture qualité et de gestion des risques en commençant par la vérification dans les services de tous les « fondamentaux » du soin, de l'accueil, de l'information et l'articulation risques/qualité
- ▶ 5- Se doter des indispensables compétences en organisation (blocs opératoires, B.Entrées, secrétariats médicaux, bionettoyage, etc)
- ▶ 6- Fonder la politique RH sur des bases totalement revues en veillant au respect de la réglementation, sous tous aspects et en retrouvant un équilibre de notre tableau des effectifs
- ▶ 7- Mettre notre direction de la communication au service de la politique de relation avec les usagers et avec nos personnels
- ▶ 8- Auditer nos achats, les réorganiser selon les recommandations et faire la chasse aux coûts beaucoup trop élevés de notre sous-traitance
- ▶ 9- Se doter des coordinations de projet et des sites qui nous font défaut
- ▶ 10- Solidifier les deux volets de notre gouvernance: DG/CME et CHU/Université garants de notre réussite

En synthèse

- ▶ Le travail à mener est **considérable**, il est **l'affaire de tous, élus, médecins, cadres, syndicats** et il nécessite, pour réussir, un **dispositif de pilotage partagé et performant**.

- ▶ Sans mobilisation très large sur le sens de notre action,
sans la confiance, le travail et les objectifs partagés avec la communauté médicale
Sans remise en question de plusieurs dysfonctionnements graves et porteurs de risques et de non qualité,
Sans clarification des rôles et des objectifs notamment dans les pôles
Sans outils et compétences adaptés
Sans transparence, évaluation rigoureuse et équité,
sans un effort d'organisation de grande ampleur,
sans la confiance de nos tutelles sur notre projet d'établissement
retomber dans les difficultés passées et un nouveau plan social serait inévitable

- ▶ **Mais notre grand potentiel médical, le sentiment d'appartenance et la motivation de beaucoup de nos équipes sont nos grands atouts**

- ▶ Et les **conditions pour enclencher un cercle vertueux peuvent être durablement rassemblées**
pour retrouver notre équilibre et notre autonomie
et donner à l'AP-HM et à ses personnels la place et la reconnaissance qu'ils méritent

ANNEXE 3: NOTE RELATIVE AUX ARCHIVES DE L'AP-HM

L'organisation au sein des sites n'est pas standardisée et chaque site définit sa propre politique d'archivage : à la Conception, l'organisation est centralisée et le logiciel SESAME est utilisé. Dans les autres sites existent des « archives tampons » dans les services et les archives sont ensuite conservées dans les sites, sur palettes. Le rythme d'archivage est très variable. La numération n'est réalisée que pour les clichés (PACS-Picture Archiving and Communication System- depuis 2007). Un règlement intérieur de ce service de 2011 ne décrit qu'un mode opératoire du fonctionnement des circuits, prenant acte des différentes organisations des sites, mais ne donne aucune consigne d'harmonisation.

Globalement il n'y a pas d'informatisation ni de réelle traçabilité, l'inventaire physique est effectué au fur et à mesure de l'archivage. Dans les services de soins, certains tiennent un suivi par tableur. Dans les sites tout repose sur le savoir faire des archivistes. La gestion est peu optimisée, la recherche est souvent longue et fastidieuse et pourtant plus de 2 000 demandes de dossiers sont adressées chaque jour soit plus de 250 000/an. Le taux de réponse est de l'ordre de 98% selon les déclarations du responsable, sans que ce chiffre puisse être confirmé par un suivi d'indicateur. Le nombre de dossiers en doublon est évalué à 400 000 dont seulement 30 000 ont pu être résolus par la cellule de l'identitovigilance. Le versement aux archives départementales fait l'objet d'un enregistrement sur registre et il est procédé à la destruction des dossiers par séries en fonction des Durées d'Utilisation Administrative (DUA) après accord des archives départementales.

ANNEXE 4: THÉMATIQUES TRANSVERSES

Synthèse du diagnostic – vue générale

Les travaux avec l'ensemble des pôles a permis d'identifier des thématiques transverses à fort enjeu

Thématique	Explication et enjeux
1/ Le dimensionnement, le management et la mutualisation des lits	Nécessaire optimisation de l'organisation des plateaux de soins, avec une vision transverse. La problématique est particulièrement prégnante sur la Timone avec l'ouverture du BMT ou même avant (pôle Cardio-Vasculaire, Cervico-facial par exemple)
2/ L'organisation des consultations et de l'accueil patient	Le parcours de consultations pour les patients est très complexe (image de l'institution) et mobilise des ressources très hétérogènes (enjeu économique), malgré les spécificités des ressources qui y sont employées.
3/ L'hôpital de jour et le lien avec l'imagerie	Les pôles évoquent un frein à la réalisation d'actes d'imagerie pour les patients hospitalisés de jour (réalisation des actes d'imagerie à l'extérieur).
4/ Organisation des blocs opératoires	Améliorer l' organisation opérationnelle des blocs opératoires pour améliorer leur taux d'occupation, leur taux d'ouverture, et limiter des freins à l'ambulatoire, en lien avec l'organisation de l'anesthésie
5/ L'amélioration du codage	Bien que déjà en cours et mené par le DIM, on constate des écarts surprenant de codage sur certains pôles, qui peuvent être résorbés
6/ L'organisation et la structuration des laboratoires	La structure des laboratoires nécessite à court et moyen terme d'être rationalisée, ainsi que la mise en place d'une véritable démarche d'optimisation demandes d'analyses par les autres pôles
7/ Le travail en filières, notamment AVC	La maîtrise de la filière pour les prises en charges représentatives de l'institution, pour les pathologies transverses , doit permettre une meilleure qualité des soins tout en optimisant les ressources allouées. On peut notamment citer les filières AVC, Insuffisance cardiaque ou psychiatrie
8/ La gestion des partenariats	Chacun des pôles tente de mettre en place des partenariats avec des institutions extérieures, tant pour réguler l'afflux de patients, que pour assurer un recrutement adapté. La vision transverse n'est pas partagée par les pôles et peu de retour d'expérience, et d'évaluation de l'efficacité de ces partenariats ne semblent être réalisés
9/ L'aval et les alternatives à l'hospitalisation	Le manque de prise en compte de l'aval est une des raisons de durées de séjours longues, notamment sur l'hôpital Nord. Deux problématiques peuvent être identifiées : l'amélioration de la sortie en SRR, et le développement d'alternatives à l'hospitalisation (SSIAD, HAD, etc...)

ANNEXE 5 : RECOMMANDATIONS DE LA MISSION IGAS RM 2012-131P DECEMBRE 2012

Liste des recommandations avec suivi

N°	Recommandations	Autorité responsable	Echéance	observations
I	<i>Recommandations relatives à la gestion des effectifs</i>			
1	Déterminer, dans le cadre des pôles, l'activité moyenne par praticien, pour la comparer, dans chaque discipline médicale, à la moyenne de celle constatée dans les CHU	Directeur Général	2013	En cours Responsabilité du DIM et de la DAM
2	Comparer la valeur moyenne d'un séjour, dans chaque spécialité médicale de l'AP-HM, à la valeur moyenne des mêmes spécialités de CHU comparables, afin de s'assurer de la validité du codage de l'activité	Directeur Général	Immédiate	En cours Responsabilité du DIM et de la DAM
3	Elaborer un plan pluri-annuel de réduction des accidents du travail, en lien avec le CHSCT	Directeur Général	2013	En cours Médecin du travail chef de projet
4	Envisager de constituer une équipe de suppléance interne, de préférence par site, financée par redéploiement d'une partie des crédits aujourd'hui consacrés au paiement du personnel intérimaire et des heures supplémentaires	Directeur Général	2013	En cours. Les 40 postes prévus sont en phase de recrutement
5	Définir, de manière urgente, l'organisation des services du bâtiment médico-technique de la Timone, ainsi que les effectifs correspondants	Directeur Général	Immédiate	Non fourni à la mission
II	<i>Recommandations relatives aux rémunérations</i>			
6	Réduire dans la mesure du possible le nombre de lignes d'astreintes	Directeur Général-Président de CME	2013	En cours. Une douzaine de lignes d'astreinte déjà supprimées
7	Augmenter le nombre de personnels participant à chaque ligne d'astreintes, au besoin en accompagnant cette mesure par des formations adaptées tendant à une plus grande polyvalence des agents concernés	Directeur Général	2013	Non réalisé
8	Mettre fin au versement des primes spécifiques ou d'objectif aux personnels contractuels	Directeur Général	Immédiate	En cours En attente d'une réponse de la direction des affaires juridiques
9	Demander au Conseil d'Etat une analyse juridique de la légalité de la distinction entre part fixe et part variable dans la rémunération des personnels contractuels de droit public	DGOS	2013	Demande faite, réponse non parvenue

10	Poursuivre les contrôles d'attribution de la nouvelle bonification indiciaire et les étendre à d'autres catégories de personnels	Directeur Général	2013	Réalisé
11	Planifier le contrôle des indemnités liées à l'activité, en lien avec le receveur	Directeur Général	2013	En cours. A terminer avant le 31 12 2013
12	Etudier une évolution de la réglementation applicable à la fonction publique hospitalière, en augmentant le plafond d'heures supplémentaires pour les personnels soignants à 25 heures par mois et par agent, à l'instar du régime applicable dans la fonction publique d'Etat ou dans la fonction publique territoriale	DGOS	2013	A faire
13	Limiter à des situations exceptionnelles le recours au temps de travail additionnel	Directeur Général Président de CME	Immédiate	Compétence de la DAM
14	Soumettre au contrôle des commissions d'activité libérale le principe d'égalité d'accès aux soins, privés et publics, pour un même praticien ayant signé un contrat d'activité libérale	Directeur Général- Président de CME	Immédiate	Compétence de la DAM
III	Recommandations relatives à l'organisation de la fonction « ressources humaines »			
15	Définir clairement la répartition de compétences entre les hauts dirigeants de l'AP-HM	Directeur Général	Immédiate	réalisé
16	Stabiliser la fonction de directeur des ressources humaines	Directeur Général	Immédiate	réalisé
17	Revoir la structuration de la direction des ressources humaines en y intégrant la direction de la formation et des instituts de formations et la CLASMO	Directeur Général	Immédiate	Réalisé
18	Poursuivre la réorganisation du processus de paye afin de le sécuriser, en veillant à une transmission exhaustive des pièces justificatives au comptable	Directeur Général	Immédiate	En cours. Voir le lien avec la certification des comptes
19	Préciser la répartition des compétences et les effectifs affectés à la DRH centrale et dans les bureaux de personnels de site afin de garantir la mise en place d'un dossier unique de l'agent et l'harmonisation des procédures entre les sites	Directeur Général	2013	En cours. Urgent
20	Elaborer un nouvel organigramme de la DRH précisant les responsables par secteurs ainsi que les liens fonctionnels et hiérarchiques des différents acteurs de la gestion des ressources humaines	Directeur Général	Immédiate	Réalisé
21	Elaborer et diffuser un guide méthodologique précisant les attributions des acteurs de la gestion des ressources humaines	Directeur Général	2013	En cours. Mieux situer le rôle du directeur de site.
22	Renforcer la coordination entre ressources humaines médicales et non médicales, assise sur une coopération plus forte entre le directeur général et le président de la CME	Directeur Général- Président de CME	2013	En cours (Cf. n° 68)
23	Inscrire au dialogue social une réflexion sur les conditions de développement de l'attractivité des métiers de soin	Directeur Général	Immédiate	En cours Pas de problème de recrutement.
24	Instaurer au sein du service ressources humaines une démarche durable de gestion prévisionnelle des métiers et compétences, et en faire un axe stratégique du dialogue social renoué	Directeur Général	2013	En cours
25	Inscrire au dialogue social les modalités d'une meilleure effectivité des remplacements pour départs	Directeur Général	Immédiate	Réalisé

	en études promotionnelles			
26	Systématiser le recrutement des agents en contrat à durée déterminée dans le cadre de commissions de recrutement	Directeur Général	Immédiate	Réalisé. Conséquences à documenter
27	Généraliser la définition de profils de postes et l'organisation de tests psychologiques au moment du recrutement	Directeur Général	2013	En cours. Recensement des fiches de poste en cours
28	Appliquer la date d'effet des avancements de grades au 1er janvier, conformément à l'article L821 du code de la santé publique	Directeur Général	Immédiate	Réalisé
29	Réaliser une étude comparative des modalités d'avancement d'échelons de l'AP-HM et de celles en vigueur dans les autres CHU	Directeur Général	2013	Fait. Document à fournir.
30	Améliorer l'évaluation des agents, en développant les fiches de postes et la formalisation des objectifs	Directeur Général	2013	Non réalisé
31	Réactiver une procédure disciplinaire tombée en désuétude	Directeur Général	2013	Réalisé. Activité non documentée
32	Atteindre l'exhaustivité des personnels gérés par le logiciel de gestion du temps de travail AGILE TIME	Directeur Général	2013	Réalisé
33	Finaliser la livraison d'outils d'aide à la décision dans le domaine des ressources humaines	Directeur Général	2013	En cours
34	Revenir à une application stricte de la réglementation en matière de droits à congés annuels	Directeur Général	Immédiate	Non réalisé
35	Réviser l'accord RTT de 2002, en concertation avec les partenaires sociaux, et dans le cadre d'un respect global de la réglementation	Directeur Général	2013	Non réalisé
36	Favoriser la rémunération de jours RTT, par reprise sur la provision réglementaire, dès la parution du décret relatif au compte épargne-temps dans la fonction publique hospitalière	Directeur Général		Réalisé
37	Augmenter la provision relative aux comptes épargne temps, en anticipant les exigences de la certification des comptes	Directeur Général	2013	En cours. Modalités de calcul à fournir
38	Tendre à une meilleure application de la réglementation relative à la durée du travail, et assurer un meilleur respect des plannings de travail	Directeur Général	2013	En cours. Pb du temps de repas non résolu
39	Veiller à un respect de la durée maximale des astreintes dans l'ensemble des secteurs de l'établissement, en poursuivant les contrôles d'opportunité réalisés conjointement par la direction des ressources humaines et le receveur	Directeur Général	Immédiate	Réalisé. Action récurrente
IV	Recommandations relatives à l'organisation du dialogue social			
40	Assurer une présidence personnelle par le directeur général du CTE sur les sujets à enjeu	Directeur Général	Immédiate	A documenter
41	Conforter la démarche d'évaluation des risques, assurer la mise à jour régulière du document unique et le suivi par les instances représentatives du plan d'action afférent	Directeur Général	2013	En cours
42	Respecter les obligations réglementaires en matière d'établissement, pour chaque agent concerné, des attestations d'exposition aux agents chimiques dangereux puis de la fiche de prévention des expositions à certains risques professionnel	Directeur Général	Immédiate	En cours
43	Garantir le respect des dispositions légales en invitant l'ensemble des organisations syndicales représentatives aux réunions de dialogue social	Directeur Général	Immédiate	Réalisé, mais à maintenir de manière permanente

44	Etablir et afficher une répartition claire des rôles entre secrétaire général et DRHPS sur la conduite technique du dialogue social et garantir personnellement sa conduite politique	Directeur Général	Immédiate	Réalisé. Recrutement d'un DGA
45	Veiller, dans la recherche des solutions négociées, à respecter les dispositions réglementaires applicables	Directeur Général	Immédiate	En cours

ANNEXE 6 : EXTRAIT DU RAPPORT PUBLIC 2012 DE LA COUR DES COMPTES

L'autonomie laissée aux établissements publics de santé en matière de choix informatiques n'est pas sans risque dans la mesure où l'hôpital, donc l'assurance-maladie, finance un dispositif dont les enjeux financiers sont importants, sans que soient bien identifiées les procédures de prise de décision et d'évaluation.

L'échec de la mise en place du dossier patient informatisé à l'APHM illustre les difficultés rencontrées par le troisième CHU de France pour informatiser la prise en charge médicale et administrative des patients : périmètre trop ambitieux, faiblesse des équipes informatiques, recours à une société sans expérience du système français.

Cette problématique est commune à de nombreux hôpitaux qui recherchent, à travers un tel système d'information, une amélioration de la coordination des soins, une meilleure gestion de la tarification et une maîtrise plus efficiente des différentes phases du séjour hospitalier.

La Cour recommande donc :

- 1. à l'établissement de solliciter à l'avenir, pour ses projets informatiques les plus importants, l'expertise nécessaire à l'analyse et à la définition des besoins, en particulier auprès des agences créées pour soutenir et accompagner les projets informatiques hospitaliers, notamment l'ANAP et l'ASIP Santé ;*
- 2. aux autorités de tutelle, la DGOS et l'ARS, de mettre en œuvre prioritairement un suivi stratégique effectif des projets informatiques hospitaliers et de subordonner les financements octroyés au titre des plans Hôpital 2007 et 2012 à une analyse préalable argumentée et à une évaluation des réalisations déjà engagées ;*
- 3. à la DGOS d'étudier la possibilité de confier à un opérateur unique la maîtrise d'ouvrage de projets hospitaliers complexes d'informatisation médicale.*

ANNEXE 7 : EXTRAIT DU RAPPORT DE LA CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES RELATIF AU DPI

Objet et physionomie du marché

Le marché a pour objet « *l'acquisition de matériels, logiciels, prestations de service et maintenance pour la mise en œuvre d'un système de gestion des données patients informatisées* ».

Le terme « prestations de service » dans l'objet du marché manque de précision, ce qui a généré bien des déboires lors de la réception du logiciel.

Le marché se décompose en cinq phases distinctes : une phase de préparation et de cadrage (phase 0) et quatre phases de déploiement réparties en 7 chantiers et 31 modules :

- Phase 1: alimentation du dossier médical basée sur l'existant ; processus d'identification et de localisation du patient ; reporting (PMSI, T2A) pour l'ensemble des spécialités et outils permettant le recueil des informations nécessaires à la T2A ; processus de gestion des données administratives et facturation.
- phase 2 : processus de gestion des programmes de bloc opératoire ; comptes rendus d'activité d'hospitalisation et de consultation ; processus de prescription d'actes médicaux et d'analyses de laboratoire.
- phase 3 : processus de prescription, dispensation et administration de médicaments ; prescription d'actes paramédicaux.
- phase 4 : dictée numérique ; déploiement et maintenance de l'infrastructure technique.

ANNEXE 8 : SUIVI DES PROVISIONS

ELEMENTS CLES SUR LES PROVISIONS		
Provisions pour risques et charges		
<p>Passifs <u>certain</u>s dont l'échéance ou le montant n'est pas fixé de façon précise.</p>		
3 conditions cumulatives :	<p>1/ Il existe une obligation légale, réglementaire, conventionnelle ou reconnue par l'établissement vis-à-vis d'un tiers</p> <p>2/ Il est certain ou probable qu'elle entraînera une sortie de ressources au profit de ce tiers, sans contrepartie au moins équivalente attendue de celui-ci</p> <p>3/ La sortie de ressources peut être estimée de manière fiable</p>	
Différence entre provisions pour charges et charges à payer :	<p>Les charges dont l'échéance ou le montant sont précis ne doivent pas être comptabilisées comme une provision mais comme une dette, via le procédé comptable des charges à payer. Celles qui se rapportent à plusieurs exercices doivent être comptabilisées comme des charges constatées d'avance. Seules doivent être provisionnées les charges qui entraînent une sortie probable ou certaine de ressources sans contrepartie équivalente et sans que leur échéance ou leur montant puissent être fixés de manière précise.</p>	
Différentes catégories de provisions pour risques et charges	provisions pour risques (c/151)	provisions pour litiges (c/1511) provisions pour pertes de change (c/1515) autres provisions pour risques (c/1518)
	provisions pour risques et charges sur emprunts structurés (c/ 152 créé à compter de janvier 2013)	
	provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices (c/157)	provisions pour gros entretien ou grandes révisions (c/1572)
	autres provisions pour charges (c/158)	
Définition de la provision réglementée		
<p>Provisions qui ne correspondent pas à l'objet normal d'une provision. Elles sont comptabilisées en application de dispositions législatives ou réglementaires. Elles peuvent, par dérogation au règles du plan comptable général, avoir le caractère de réserves.</p>		

3 types de provisions réglementées :	provisions réglementées pour renouvellement d'immobilisations (c/142)	
	provisions réglementées pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du CET (c/143)	
	provisions réglementées pour propre assureur (c/144)	responsabilité civile (c/1441)
		autres (c/1448)
Enjeux pour la certification des comptes		
Point d'attention majeur des certificateurs compte tenu des enjeux financiers significatifs et de l'utilisation des provisions à des fins de pilotage budgétaire		
Le directeur et le comptable doivent donc dès 2012 :	lister les montants provisionnés à tort au regard de la nomenclature de la M21	
	s'assurer de la correcte évaluation des sommes provisionnées, en lien avec les services gestionnaires responsables	
	réunir les pièces justificatives à l'appui de chaque provision et les faire figurer au dossier permanent sur le suivi des provisions	
	constituer un dossier de révision spécifique permettant de justifier chacune des écritures correctives qui seront passés par situation nette	
Documents de référence		
M21		
Référentiel DGFIP sur les provisions en cours de finalisation		

Comptes Prov	LB source de l'écriture	PROVISIONS	Gestionnaire	SOLDE 2011	REPRIS ES 2012	Provisions 2012	SOLDE 2012	SOLDE 2013	SOLDE 2014	SOLDE 2015	SOLDE 2016	SOLDE 2017
14		PROVISIONS REGLEMENTEES		48 439 938,27	6 803 878,27	8 836 352	50 472 412	50 472 412	50 472 412	50 472 412	50 472 412	50 472 412
142		Renouvellement d'immobilisations		39 103 878,27	6 803 878,27	5 063 044	37 363 044	37 363 044	37 363 044	37 363 044	37 363 044	37 363 044
143		Charges de personnel liées au CET		9 336 060,00	-	3 773 308	13 109 368	13 109 368	13 109 368	13 109 368	13 109 368	13 109 368
144		Propre assureur		-	-	-	-	-	-	-	-	-
151		PROVISIONS POUR RISQUES		22 076 723,12	14 721 78,12	2 344 188	9 698 933	9 698 933	9 698 933	9 698 933	9 698 933	9 698 933
1511		Litiges		11 129 371,87	9 129 371,87	1 219 158	3 219 158	3 219 158	3 219 158	3 219 158	3 219 158	3 219 158
1515		Pertes de change		-	-	-	-	-	-	-	-	-
1518		Autres provisions pour risques		10 947 351,25	5 592 606,25	1 125 030	6 479 775	6 479 775	6 479 775	6 479 775	6 479 775	6 479 775
152		PROVISIONS POUR RISQUES SUR EMPRUNTS STRUCTURES		-	-	-	-	7 132 700	7 132 700	7 132 700	7 132 700	7 132 700
152	H	Risque de taux sur emprunts Hors Charte	DAF				-	7 132 700	7 132 700	7 132 700	7 132 700	7 132 700
157		PROVISIONS POUR CHARGES A REPARTIR		-	-	6 469 000	6 469 000	6 469 000	6 469 000	6 469 000	6 469 000	6 469 000
1572		Gros entretien ou grandes révisions		-	-	6 469 000	6 469 000	6 469 000	6 469 000	6 469 000	6 469 000	6 469 000
158		AUTRES PROVISIONS POUR CHARGES		1 708 68,00	1 708 868,00	3 299 962	3 299 962	3 299 962	3 299 962	3 299 962	3 299 962	3 299 962
		PROVISIONS POUR DEPRECIATIONS		1 000 00,00	1 000 000,00	7 090 349	7 090 349	7 090 349	7 090 349	7 090 349	7 090 349	7 090 349
29		Dépréciation des immobilisations		-	-	-	-	-	-	-	-	-
39		Dépréciation des stocks et en-cours		-	-	-	-	-	-	-	-	-
							-	-	-	-	-	-
							-	-	-	-	-	-

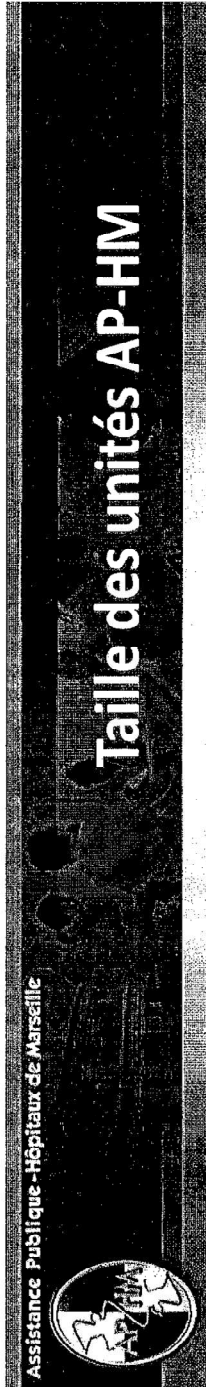
49		Dépréciation des comptes de tiers		1 000 000,00	1 000 000,00	7 090 349	7 090 349	7 090 349	7 090 349	7 090 349	7 090 349	7 090 349
491	H	Dépréciation des comptes de redevables	DAF	1 000 000,00	1 000 000,00	5 590 349	5 590 349	5 590 349	5 590 349	5 590 349	5 590 349	5 590 349
496	H	Dépréciation des comptes de débiteurs divers	DAF	-	-	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000
496	H	Algérie - Créances sur organismes et Etat	DAF	-	-	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000
496	H	Autres créances dans Etats tiers	DAF	-	-	-	-	-	-	-	-	-
59		Dépréciation des comptes financiers		-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL				73 225 529,39	24 234 724,39	28 039 851,00€	77 030 656,00 €	84 163 356,00 €	84 163 356,00 €	84 163 356,00 €	84 163 356,00 €	84 163 356,00 €
Evolution N/N-1							3 805 126,61 €	7 132 700,00 €	- €	- €	- €	- €

ANNEXE 9 : EVOLUTION DES CHARGES DE PERSONNEL DE 2010 A 2012

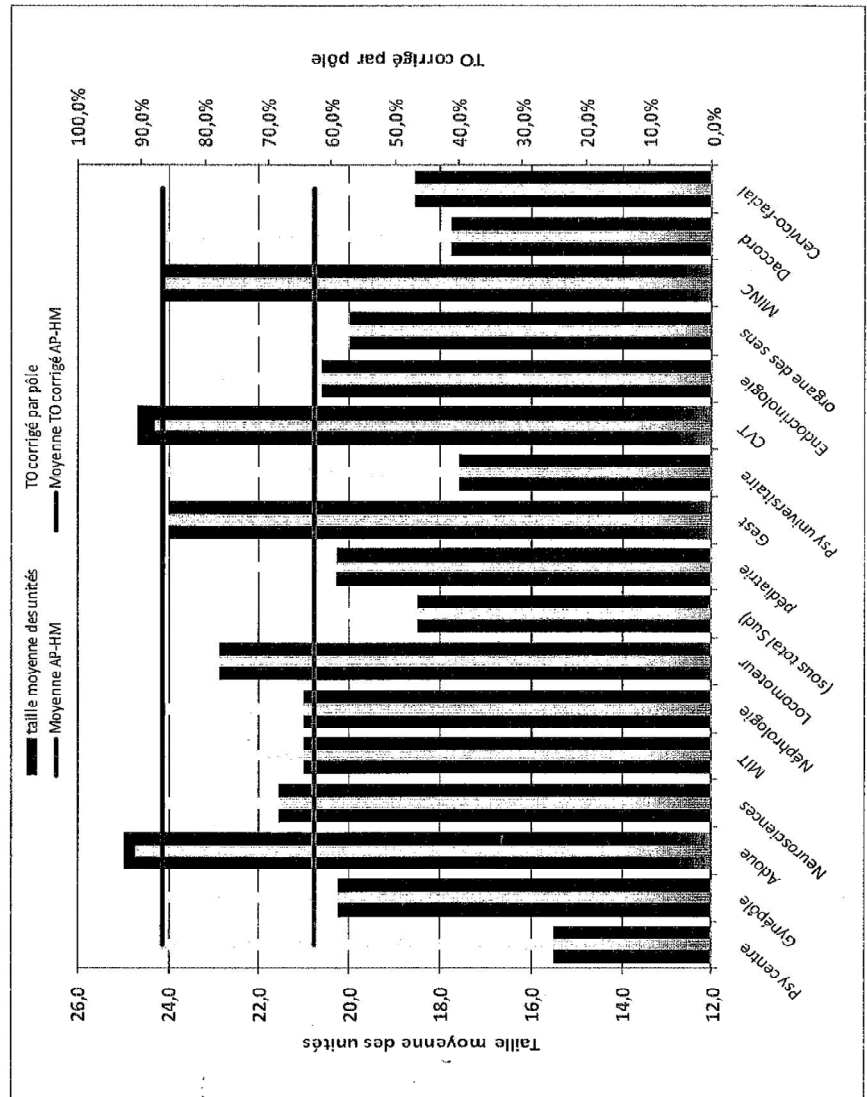
En €	2010	2011	2012	Variation 2011/2010		variation 2012/2011		variation 2012/2010	
				en valeur	en %	en valeur	en %	en valeur	en %
Total titre 1	11 440 661	716 570 603	723 706 594	5 129 943	0,7%	7 135 991	1,0%	12 265 933	1,7%
Charges de personnel									
Personnel extérieur à l'établissement	6 587 716	6 432 014	6 618 355	-155 702	-2,4%	186 341	4,5%	30 639	0,5%
Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations	66 794 314	7 457 326	67 911 636	663 011	1,0%	454 310	,7%	1 117 322	1,7%
Rémunérations du personnel non médical (autres)	2 117 661	1 359 035	1 024 546	-758 627	-35,8%	-334 489	-2,0%	-1 093 115	-51,6%
Personnel titulaire et stagiaire	326 812 700	333 050 521	336 333 223	6 237 821	1,9%	3 282 702	1,0%	9 520 523	2,9%
Personnel sous CDI	8 986 378	9 824 427	9 814 266	838 050	9,3%	-10 161	-0,1%	827 888	9,2%
Personnel sous CDD	17 345 139	13 465 736	12 403 182	-3 879 403	-22,4%	-1 062 554	-8,4%	-4 941 957	-28,5%
Rémunérations du personnel médical (autres)	36 067 413	36 879 395	37 870 040	811 983	2,3%	990 645	3,6%	1 802 627	5,0%
Praticiens temps plein et temps partiel	50 789 274	50 309 723	50 170 906	-479 551	-0,9%	-138 817	-0,3%	-618 368	-1,2%
Praticiens attachés renouvelables de droit	6 462 188	6 308 395	6 469 845	-153 793	-2,4%	161 450	2,4%	7 657	0,1%
Praticiens contractuels sans renouvellement de droit	10 996 430	12 905 115	12 959 541	1 908 685	17,4%	54 426	0,8%	1 963 111	17,9%
Permanences des soins	9 885 242	9 973 184	10 984 709	87 941	0,9%	1 011 525	6,7%	1 099 467	11,1%

Charges de sécurité sociale- personnel non médical	125 210 091	124 990 419	126 920 526	-219 672	-0,2%	1 930 107	1,5%	1 710 435	1,4%
Charges de sécurité sociale- personnel médical	29 338 287	31 060 198	32 209 559	1 721 911	5,9%	1 149 361	4,2%	2 871 272	9,8%
Autres charges sociales - personnel non médical	8 255 042	6 984 245	6 811 721	-1 270 797	-15,4%	-172 524	-2,4%	-1 443 321	-17,5%
Autres charges sociales - personnel médical	824 900	831 369	812 513	6 470	0,8%	-18 856	-1,9%	-12 387	-1,5%
Autres charges de personnel	4 967 887	4 739 501	4 392 026	-228 386	-4,6%	-347 475	-6,4%	-575 861	-11,6%
s/total charges PNM (yc charges SS)	471 381 871	476 208 647	480 904 282	4 826 776	1,0%	4 695 635	1,0%	9 522 411	2,0%
s/total charges PM (yc charges SS)	144 363 733	148 267 379	151 477 113	3 903 646	2,7%	3 209 734	2,4%	7 113 380	4,9%
Total des charges de personnel net des remboursements	702 297 707	708 568 896	714 949 743	6 271 189	0,9%	6 380 846	0,9%	12 652 036	1,8%

ANNEXE 10 : TAILLE DES UNITES AP-HM



Hors unités spécifiques Réa, SC, SI, HTCD) l'AP-HM dispose de 2516 lits en HC+HS répartis en 121 unités. La taille moyenne est de 20,6. Le taux d'occupation moyen corrigé est de 86,6%



ANNEXE 11 : EVOLUTION DES CHARGES A CARACTERE MEDICAL

En €	2010	2011	2012	variation 2011/2010		variation 2012/2011		variation 2012/2010	
				en valeur	en %	en valeur	en %	en valeur	en %
Titre 1 - Charges à caractère médical	234 353 972	239 798 408	250 909 946	5 444 436	2,3%	11 111 537	4,6%	16 555 974	7,1%
Produits pharmaceutiques et produits à usage médical (hors liste en sus et rétrocession)	57 403 430	55 148 522	56 696 054	-2 254 907	-3,9%	1 547 532	2,8%	-707 375	-1,2%
Produits pharmaceutiques et produits à usage médical (liste en sus et rétrocession)	51 670 776	53 108 185	55 304 984 ¹	1 437 409	2,8%	2 196 799	4,1%	3 634 208	7,0%
Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique (hors liste en sus)	45 987 953	49 264 428	54 193 443	3 276 475	7,1%	4 929 015	10,0%	8 205 489	17,8%
Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique (liste en sus)	22 470 743	22 072 732	21 354 350	-398 011	-1,8%	-718 382	-3,3%	-1 116 393	-5,0%
Fournitures médicales	33 715 622	36 695 938	38 590 179	2 980 316	8,8%	1 894 240	5,2%	4 874 557	14,5%
Sous-traitance générale	13 070 925	13 414 942	14 122 569	344 016	2,6%	707 627	5,3%	1 051 644	8,0%
Locations à caractère médical	99 459	74 595	511 464	-24 865	-25,0%	436 870	585,7%	412 005	414,2%
Entretiens et réparations de biens à caractère médical	9 935 063	10 019 066	10 136 903	84 003	0,8%	117 837	1,2%	201 839	2,0%
Titre 2 hors en liste en sus et rétrocession	160 212 453	164 617 491	174 250 612	4 405 038	2,7%	9 633 120	5,9%	14 038 159	8,8%

Source : Comptes financiers et rapports d'activité de l'AP HM

¹ Ce compte a été corrigé en fonction des erreurs d'imputations

ANNEXE 12 : EVOLUTION DES CHARGES A CARACTERE HOTELIER ET GENERAL

En €	2010	2011	2012	variation 2011/2010		variation 2012/2011		variation 2012/2010	
				en valeur	en %	en valeur	en %	en valeur	en %
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier et général	97 531 619	95 121 902	103 710 381	-2 409 717	-2,5%	8 588 479	9,0%	6 178 762	6,3%
Achats stockés ; autres approvisionnements	13 201 065	12 849 244	14 047 113	-351 822	-2,7%	1 197 869	9,3%	846 047	6,4%
Achats non stockés de matières et fournitures	19 925 045	19 419 559	20 088 759	-505 486	-2,5%	669 200	3,4%	163 713	0,8%
Services extérieurs	26 323 832	25 563 825	31 283 443	-760 007	-2,9%	5 719 618	22,4%	4 959 611	18,8%
Autres services extérieurs (hors Microsoft)	36 434 670	35 585 418	36 718 925	-849 252	-2,3%	1 133 507	3,2%	284 255	0,8%
Impôts, taxes et versements assimilés	233 501	148 180	224 733	-85 322	-36,5%	76 554	51,7%	-8 768	-3,8%
Autres charges (hors pertes sur créances irrécouvrables)	1 413 504	1 555 676	1 347 408	142 172	10,1%	-208 268	-13,4%	-66 096	-4,7%

Source : Comptes financiers et rapports d'activité de l'AP HM

ANNEXE 13 : EVOLUTION DE PRODUITS VERSES PAR L'ASSURANCE MALADIE

	2010	2011	2012	variation 2011/2010		variation 2012/2011		variation 2012/2010	
				en valeur	en %	en valeur	en %	en valeur	en %
Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie	935 303 474	931 294 898	959 650 240	-4 008 576	-0,4%	28 355 341	3,0%	24 346 765	2,6%
Produits de la tarification des séjours (hors LAMDA)	515 203 216	516 833 767	542 961 423	1 630 552	0,3%	26 127 656	5,1%	27 758 208	5,4%
Produits des médicaments facturés en sus des séjours	39 901 590	42 009 765	41 658 265	2 108 175	5,3%	-351 500	-0,8%	1 756 674	4,4%
Produits des dispositifs médicaux facturés en sus des séjours	21 722 871	17 907 814	20 803 316	-3 815 057	-17,6%	2 895 501	16,2%	-919 556	-4,2%
Forfaits annuels	13 281 956	13 245 146	14 765 426	-36 810	-0,3%	1 520 280	11,5%	1 483 470	11,2%
Dotation annuelle de financement hors aide	53 843 749	55 778 082	55 486 563	1 934 333	3,6%	-291 519	-0,5%	1 642 814	3,1%
Dotations MIGAC hors aide	218 751 058	218 886 219	216 547 552	135 161	0,1%	-2 338 667	-1,1%	-2 203 506	-1,0%
Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique	58 392 235	61 356 692	61 215 138	2 964 456	5,1%	-141 553	-0,2%	2 822 903	4,8%
Produits sur exercices antérieurs à la charge de l'assurance maladie (Lamda)	14 206 799	5 277 413	6 212 557	-8 929 386	-62,9%	935 144	17,7%	-7 994 242	-56,3%
Titre 1 hors LAMDA	921 096 675	926 017 485	953 437 683	4 920 810	0,5%	27 420 197	3,0%	32 341 007	3,5%

Source : Comptes financiers et rapports d'activité de l'AP HM

ANNEXE 14 : NOTE DE PROBLEMATIQUE SUR LA CHAINE DE REMBOURSEMENT DES MO-DMI

NOTE DE PROBLEMATIQUE SUR LA CHAINE DE REMBOURSEMENT DES MO-DMI

Les MO/DMI et médicaments sous ATU génèrent une dépense d'environ 60 M€ par an pour l'AP-HM, soit 5% du budget total. Depuis la mise en place de la T2A, les MO et DMI sont remboursables en sus du séjour sur déclaration de la dispensation aux tutelles. Compte tenu de ce système de remboursement spécifique, les établissements ne devraient pas enregistrer de pertes budgétaires sur ce poste.

Pourtant, en 2012, un écart a été constaté entre les achats de MO/DMI enregistrés sur des comptes de classe 6 et les remboursements de MO/DMI en classe 7. Un premier écart facial de 11 460 551€ existe entre le montant total des achats sur les comptes concernés (73 917 127€) et le montant des remboursements (62 456 576€). Toutefois, ce montant doit être retraité de la vente au public qui fait l'objet d'une facturation distincte, même si les produits sont achetés sur les mêmes comptes. C'est ainsi que l'écart entre les achats hors VP (63 694 721€) et les remboursements (62 456 576€) s'élève à **1 238 145€** (compte financier 2012).

1

La présente note a ainsi pour objet d'établir, à la demande de la direction générale, un diagnostic chiffré sur le montant de ces écarts et d'identifier les principaux facteurs explicatifs. Elle s'inscrit dans le cadre d'une démarche plus globale d'analyse de la chaîne de remboursement des MO-DMI engagée fin 2012 qui pourrait justifier la mise en place d'un plan d'action propre à cette question.

1. UN PREMIER PROBLEME D'EXHAUSTIVITE ET DE FIABILITE COMPTABLE SE POSE CONCERNANT LE REFERENTIEL DES MO-DMI

Il s'agit de s'assurer, dans un objectif plus global de qualité comptable, que tous les produits inscrits sur les comptes des MO-DMI correspondent aux produits qui devraient y être inscrits si le référentiel national était parfaitement transposé en interne.

La reconstitution d'une base de données par ligne de produits, réalisée à partir du référentiel de l'ATIH, a permis d'identifier deux éléments qui interrogent le montant des dépenses inscrits en classe 6, et partant, l'exactitude de l'écart budgétaire constaté.

- Certains produits de MO-DMI ne sont pas imputés sur les comptes 602 121 ou 602 261 alors qu'ils le devraient au regard des référentiels nationaux et des dates de validité en cours ; le montant s'élève à 3 394 979€ et concerne principalement en 2012 deux molécules, le Myozyme et le Yondelis¹.
- A l'inverse, d'autres produits non typés MO/DMI suivant les référentiels sont inscrits sur les comptes sus mentionnés pour un montant de 652 771€.

⇒ Au final, **2 742 208€** d'achats de MO-DMI ne sont pas retracés dans les comptes adéquats, ce qui fausse la lecture du compte financier 2012 et minore le montant des achats constatés. Ce problème d'exhaustivité et de qualité comptable doit être résolu dans le cadre de la certification des comptes de l'institution, et plus particulièrement dans l'analyse des cycles achats et recettes.

2

¹ Toutefois, cette erreur d'imputation comptable n'engendre pas de pertes en recettes car ce n'est pas le compte qui conditionne la remontée des informations dans le PMSI via le Fichcomp mais le produit topé T2A dans Pharma et dans Cora. Il s'agit donc d'un problème d'imputation comptable.

NOTE DE PROBLEMATIQUE SUR LA CHAINE DE REMBOURSEMENT DES MO-DMI

Proposition : engager un travail relatif à la gestion et à l'actualisation du référentiel des produits en interne : acteurs, procédures, changement d'imputation comptable en cours d'année et mise à jour des logiciels. Responsables : DSIO et Pôle Pharmacie (SCOP/SCQIP)

2. SOUS CES RESERVES, LES FACTEURS EXPLICATIFS DES ECARTS SONT MULTIPLES ET JUSTIFIENT L'ELABORATION D'UN PLAN D'ACTION DEDIE A CETTE QUESTION

Il est proposé de se fonder sur les montants d'achats et consommations reconstitués à partir du typage des produits selon les référentiels et non des montants inscrits dans les comptes, qui ne sont pas exhaustifs.

Les écarts sont de plusieurs natures :



Un écart est tout d'abord constaté entre les achats (66 436 929€) et les consommations (65 404 707€), pour un montant de **1 032 222 €**. Cela signifie que des stocks sont réalisés sur certains MO-DMI.

Proposition : comprendre pourquoi du stock est constaté et identifier les produits concernés.
Responsable : Pôle pharmacie



Un écart est ensuite constaté entre les consommations typées MO-DMI (65 404 707€) et les dépenses déclarées sur la plateforme (64 455 561€), pour un montant de **949 146€**. Deux éléments d'explications peuvent à ce stade être apportés : d'une part, certains MO/DMI sont délivrés à des patients qui ne relèvent pas d'une unité d'hospitalisation et donc d'un séjour et les produits concernés ne sont donc pas éligibles au remboursement ; d'autre part, le traitement des rejets CORA n'est peut être pas systématique.

Proposition : analyser les causes de la délivrance de MO-DMI à des patients non hospitalisés et affiner les données chiffrées sur ce point ; mettre en place une procédure de traitement des rejets CORA. Responsables : Pôle pharmacie - DIM/SSPIM - DSIO



Par ailleurs, un écart de **1 062 060€** est constaté entre les dépenses déclarées sur la plateforme (64 455 561€) et les dépenses retenues pour le calcul du remboursement (ou dépenses au tarif de responsabilité = 63 393 501€). Deux explications sont possibles : le volume de MO-DMI délivrés à des patients non assurés sociaux d'une part, la remontée de produits MO-DMI non inscrits sur liste d'autre part.

Proposition : réaliser des requêtes spécifiques sur ces deux points pour valoriser les montants.
Responsables : DIM-DAF



Enfin, un dernier écart de **936 925€** est constaté entre les dépenses retenues pour le calcul du remboursement (63 393 501€) et le montant perçu en remboursement (ou dépenses T2A accordées = 62 456 576€), ce qui interroge la politique d'achat des MO-DMI et principalement les cas dans lesquels les prix d'achat sont très supérieurs aux tarifs de responsabilité. Par ailleurs, il se peut que des tarifs soient mal déclarés, certaines anomalies

NOTE DE PROBLEMATIQUE SUR LA CHAINE DE REMBOURSEMENT DES MO-DMI

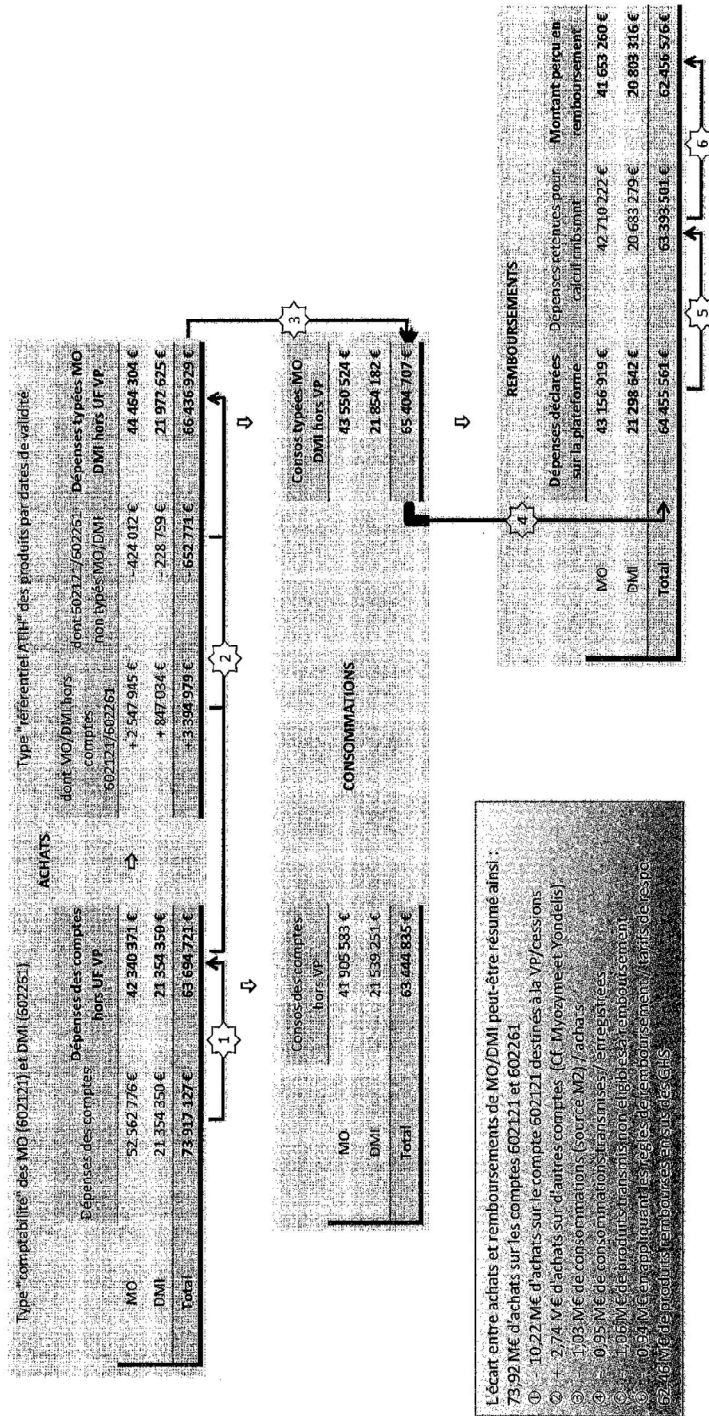
ayant été repérées en 2012 avec des écarts majeurs entre le prix d'achat et le montant remboursé².

Proposition : engager un travail sur la politique d'achat des MO DMI et les marchés engagés sur ces produits. Responsable : SCOP (en lien avec UniHa le cas échéant).

Cette note constitue une première étape de l'analyse qui démontre la nécessité d'engager un travail opérationnel sur la chaîne de remboursement des MO-DMI, dans la continuité de l'analyse réalisée fin 2012, impliquant l'ensemble des acteurs concernés (pôle pharmacie, DCG, DIM, DAF, DSIO), car un simple rapprochement des montants inscrits en classe 6 et en classe 7 au compte financier n'est pas de nature à retranscrire l'intégralité du problème.

² Exemple : code LPP 313 283 : prix unitaire : 7,45€, tarif LPP : 185,23€

Synthèse



Les réserves à apporter dans l'interprétation des données portent essentiellement sur les dates de valeur des différents montants :

- dans la partie intitulée "Type référentiel ATIH des produits" il s'agit de déterminer produit par produit, en fonction de la date de valeur d'achat ou de consommation, s'il est éligible à remboursement en comparaison aux dates de validité du produit sur la liste UCD remboursable / LPPR. Or les données d'achats / consommations de produits disponibles dans le SH de l'APHM sont agrégées mensuellement, ne permettant pas d'avoir la meilleure finesse de comparaison des périodes ;
- De même les règles d'éligibilité à remboursement des produits s'appliquent à la transmission du dossier, donc après la sortie du patient. Par défaut nous appliquons les mêmes règles sur les achats et les consommations mais un décalage incompressible existera toujours entre l'achat, la consommation et la déclaration : constitution d'un stock pour les nouvelles MO, délais post-opérateurs pour les DMI etc.

ANNEXE 15 : EVOLUTION DES PRODUITS DE L'ACTIVITE, NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE

	2010	2011	2012	Variation 2011/2010		variation 2012/2011		Variation 2012/2010	
				en valeur	en %	en valeur	en %	en valeur	en %
Titre 2 Autres produits de l'activité hospitalière	95 186 062	99 798 298	107 428 883	4 612 237	4,8%	7 630 585	7,6%	12 242 821	12,9%
Produits de la tarification en hospit. complète	31 705 382	35 345 245	38 827 048	3 639 863	11,5%	3 481 803	9,9%	7 121 666	22,5%
Produits de la tarification en hospit. incomplète	3 631 730	4 572 172	5 631 361	940 442	25,9%	1 059 189	23,2%	1 999 631	55,1%
Produits de la tarification en hospit. à domicile		15 318	90 839	15 318		75 521	493,0%	90 839	
Produits des prestations faisant l'objet d'un tarif. spécifique	12 712 224	14 827 349	15 092 007	2 115 125	16,6%	264 658	1,8%	2 379 783	18,7%
Forfait journalier MCO	12 311 519	12 047 180	12 336 031	-264 338	-2,1%	288 850	2,4%	24 512	0,2%
Forfait journalier SSR	159 426	245 178	304 218	85 752	53,8%	59 040	24,1%	144 792	90,8%
Forfait journalier psychiatrie	1 048 829	1 051 083	1 022 362	2 255	0,2%	-28 721	-2,7%	-26 467	-2,5%
Produits des prestations de soins délivrées aux patients étrangers, non assurés sociaux en France	30 860 596	28 772 718	30 971 294	-2 087 879	-6,8%	2 198 577	7,6%	110 698	0,4%
Prestations effectuées au profit des malades ou consultants d'un autre établissement	2 756 356	2 922 056	3 153 724	165 700	6,0%	231 668	7,9%	397 368	14,4%

Source : Comptes financiers de l'AP HM

ANNEXE 16 : LETTRE RELATIVE A LA VENTE DE L'HOTEL DIEU

Fax reçu de : 04 91 55 31 16

DIVISION FONCIERE

06/06/03 09:32 Pg: 2



DIRECTION DES SERVICES FISCAUX
DU CHEF LIEU DE LA REGION PROVENCE ALPES COTE D'AZUR
DIRECTION DES SERVICES FISCAUX
DES BOUCHES-DU-RHONE - MARSEILLE
3, PLACE SADI CARNOT
13224 - MARSEILLE CEDEX 1
DIVISION III
DOSSIER SUIVI PAR MONSIEUR BOULAMERY
TELEPHONE : 04.91.89.13.83
TELECOPIE : 04.91.99.91.32

Marseille, le 28 MAI 2003

03 JUIN 2003
VILLE DE MARSEILLE
DIRECTION DE L'ACTION FONCIERE
ET DU PATRIMOINE
32 BIS RUE FONGATE - 13006 MARSEILLE
2003/06/07/23
DC-5/16/03-DB

LE DIRECTEUR DES SERVICES FISCAUX,

à

MONSIEUR LE DIRECTEUR GENERAL
VILLE DE MARSEILLE
DIRECTION DE L'ACTION FONCIERE ET DU PATRIMOINE
32BIS, RUE FONGATE
13006 MARSEILLE

OBJET : Actualisation de la valeur vénale de l'ensemble immobilier « Hôtel Dieu » situé Place Daviel 13002 Marseille, cadastré Hôtel de Ville B 4-86-87 pour 15 185 m²
VOS REFERENCES : lettre du 7 mars 2003 reçue le 21 mars complétée par courrier du 7 mai, dossier n°2003/4/35241 – DC/MB, affaire suivie par D. CARLON
NOS REFERENCES : avis 03/699 rattaché à l'avis 02/611, enquêteur : R. PELOUSE

Monsieur le Directeur Général,

Par lettre citée en référence, vous m'avez demandé de réactualiser la valeur vénale de l'ensemble immobilier visé ci-dessus, la parcelle B87 conservant son affectation de place publique.

La valeur vénale de « Hôtel Dieu » qui avait été évaluée, par mes services, le 12 juin 2002, dans l'intervalle valeur de 9 150 000 € à 9 900 000 € demeure d'actualité jusqu'au 31 décembre 2003.

Si l'opération n'était pas réalisée avant cette date (31 décembre 2003), une nouvelle consultation du Domaine serait nécessaire.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur Général, l'assurance de ma considération.

Pour le Directeur des Services Fiscaux,
Et par délégation,
Le Directeur Départemental,

Michel GIUSTI

ANNEXE 17 : RESTES À RECOUVRER



DIRECTION GÉNÉRALE DES FINANCES PUBLIQUES
RECETTE DES FINANCES DE MARSEILLE-ASSISTANCE PUBLIQUE
IMMEUBLE « LE GRAND PRADO »
6, ALLEE TURCAT MERY
13285 Marseille cedex 08
TÉLÉPHONE : 04 91 83 29 00
MÉL. : t013019@dgfp.finances.gouv.fr

Marseille , le 29 mars 2013

Monsieur le Directeur Général
De l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille

POUR NOUS JOINDRE :

Jours et heures d'ouverture :
Du lundi au vendredi
8H30-12H et 13H00-16H00
Réception : Avec ou sans rendez-vous
Affaire suivie par : Sandrine Raynaud
sandrine.raynaud@dgfp.finances.gouv.fr
Téléphone : 04.91.83.29.25
Télécopie : 04.91.79.78.53

Objet : Restes à recouvrer CPAM

Monsieur le Directeur Général,

Je me permets d'attirer votre attention sur le dossier des titres non recouverts émis au nom des Caisses Primaires d'Assurance Maladie et notamment celles des Bouches du Rhône.

Un nombre très important de créances datant de 1998 à 2012 restent , en effet , non soldées et ce, pour un montant établi à ce jour , à **21 327 303,18 €** uniquement pour la CPAM 13. Les caisses des départements extérieurs restent quant à elles, redevables de plus de **2 000 000,00 €**.

Cette situation résulte principalement de l'absence de traitement des rejets dits B2 des caisses par vos services.

Je vous rappelle que je suis dans l'impossibilité d'engager des poursuites contentieuses contre les caisses et que la prescription quadriennale en recouvrement ainsi que la prescription d'assiette courent et pourront être opposées tant par le juge des comptes que par les caisses elles-mêmes.

Ces restes à recouvrer ne peuvent, en tout état de cause, pas perdurer dans la comptabilité de l'APHM.

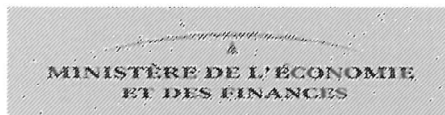
Eu égard les enjeux financiers, l'ancienneté et les difficultés de traitement rencontrées par le passé sur ce dossier, il s'agit, je pense que vous en conviendrez, d'une problématique majeure qu'il est nécessaire d'étudier et de résoudre dans la perspective de la certification des comptes.

Je me tiens à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et toute action que vous jugerez utile.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur Général, l'expression de ma considération distinguée.

L'Inspecteur Divisionnaire, chargé de l'intérim
De la Recette des Finances de l'Assistance Publique,

Guy FRANCILLON



DIRECTION DES AFFAIRES FINANCIERES



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

V/correspondant
Anthony VALDEZ
Tél. : 04 91 38 19 78

JPS/AV/MT-60-2012

Monsieur Gérard BERTUCCELLI
Directeur général de la CPCAM
des Bouches du Rhône
56, Chemin Joseph Aiguier
13297 MARSEILLE Cedex 9

Marseille, le 28 mars 2012

Objet : Créances anciennes à recouvrer/traitement des rejets B2

Monsieur le Directeur général,

Je fais suite à nos différents échanges de courriers relatifs aux restes à recouvrer et notamment la dernière correspondance en date du 7 mars 2012 issue de la commission de recours amiable.

Suite à votre proposition en date du 16 septembre 2011, nos services ont pu se rencontrer rapidement afin de mettre en œuvre la démarche d'accompagnement de la CPAM13. A cet effet, un agent du GPH a été détaché à hauteur d'une journée par semaine pendant 24 semaines afin d'aider nos bureaux des entrées dans les situations délicates, procéder à des rappels réglementaires et se rendre compte à cette occasion de la complexité des circuits patients et de la circulation d'informations au sein d'une grosse structure comme l'APHM. Compte tenu du déploiement de notre nouveau logiciel de facturation, cette assistance a provisoirement été suspendue pendant quelques semaines.

Je veux à cet égard remercier la CPCAM de ce soutien et souligner les bonnes relations qu'entretiennent nos services respectifs, ce qui constitue un point fondamental dans la dynamique d'amélioration de notre chaîne de facturation.

En revanche, pour ce qui concerne la demande de protocole transactionnel formulée par l'APHM, je ne partage pas tout à fait l'analyse détaillée dans vos courriers successifs.

En effet, un certain nombre de remarques, justes sur le plan théorique, ne répondent pas intégralement à la situation qui motive la demande de protocole.

Le principal élément qui s'opposerait pour la CPAM à la conclusion d'un tel protocole tient au fait que les factures concernées seraient prescrites.

Vous soulignez le délai de 2 ans et trimestre courant (pour les soins antérieurs au 1^{er} janvier 2012) et précisez d'ailleurs qu'une partie d'entre elles n'ont pas fait l'objet de recyclage notamment en ce qui concerne l'AME et les Migrants.

Ce délai de prescription n'est évidemment valable que dès lors que la facture initiale était erronée car dans le cas contraire celui-ci n'est pas opposable à l'établissement ; c'est alors la prescription quadriennale du Trésor Public qui s'applique. Celle-ci s'interrompt à chaque acte de procédure de mise en recouvrement.

- Pour ce qui concerne l'AME : l'une des problématiques principales tient à la télétransmission d'un code acte erroné en norme B2, ce qui provoquait un rejet de la CPAM alors même que la facture est juridiquement correcte et opposable. C'est seulement sa transmission technique selon la norme B2 qui était fautive sur un champ. Il s'agit là d'un problème lié à l'éditeur du logiciel qui n'a jamais fait l'objet de modification. Ceci explique que ces factures ne puissent pas être techniquement redressées. Dans ce contexte la prescription d'assiette

DIRECTION DES AFFAIRES FINANCIERES

des 2 ans n'est pas opposable puisque la facture est correcte dès l'origine. Sur cette question nos services respectifs semblent avoir trouvé un point d'entente.

- Pour ce qui concerne les Migrants : la situation est assez similaire sur la participation forfaitaire des 18€; certaines de ces factures étaient correctes mais leur télétransmission a longtemps été erronée (les 18€ étaient bien déduits du montant mais il n'y avait pas de télétransmission du code acte lié à la participation forfaitaire dans le champ concerné). C'est seulement en 2011 que nous avons été en capacité de redresser ces factures pour vous les télétransmettre correctement. Toutefois, là encore les factures concernées sur les exercices anciens ont été pour partie mal télétransmises techniquement mais étaient majoritairement correctes. C'est pourquoi le délai de 2 ans ne me paraît pas opposable pour les factures dans cette situation.
- Pour ce qui concerne les « paiements à 0€ » : vous soulignez le fait qu'une partie de ces factures n'a pas été annulée par l'APHM. Il s'agissait là encore d'un problème technique côté éditeur résolu mi 2011. J'attire toutefois votre attention sur le fait que ce problème n'a vraiment été identifié que courant 2010 ; période à compter de laquelle la CPAM a fourni des fichiers à l'issue de chaque mandatement afin de pouvoir isoler ces factures. Mais avant cela, l'APHM ne pouvait pas recycler des rejets qu'elle n'avait jamais reçus ; et que la CPAM elle-même ne classait pas dans la catégorie « rejet » mais « paiement ».

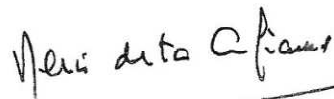
Enfin, il ne faut pas omettre de citer également les paiements partiels de la CPAM sur certaines périodes anciennes liés à des tarifs de prestation intégrés en tables par la CARSAT avec plusieurs mois de retard. A l'époque la CPAM procédait à des paiements partiels de factures et non des rejets ; là encore, et même très anciennes, ces factures restent opposables dans leur intégralité.

Par ailleurs, je suis étonné des chiffres annoncés sur les factures payées et rejetées dans votre courrier du 16 septembre 2011, je ne crois pas que ces statistiques prennent en compte les annulations réémission de factures mais cumulent le tout ce qui expliquerait ces chiffres. A cet égard, et en dépit de nombreuses collisions de lots B2 et 1€ générant des rejets injustifiés, je me félicite des résultats des rejets B2 sur l'année 2011 (9%), qui expriment les efforts entrepris par l'APHM sur sa chaîne de facturation.

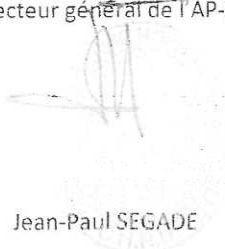
Aussi, pour toutes les raisons évoquées, il semble toujours légitime d'entreprendre un travail de rédaction d'un protocole transactionnel afin de trouver un point d'équilibre satisfaisant la CPAM, le Trésor Public et l'APHM.

Je reste évidemment à votre disposition pour évoquer cette question.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur général, l'expression de ma considération distinguée.



Le Directeur général de l'AP-HM



Jean-Paul SEGADE



BOUCHES-DU-RHÔNE

Le Directeur Général

Contact : Frédéric MENASSEYRE
721 - SOUS DIRECTION
DU CONTRÔLE CONTENTIEUX

☎ 04.88.77.74.61.
☎ 04.91.77.74.40.

Dossier suivi par Monique Abadie
811 - M.J.L.R.
☎ 04.91.83.72.51.

V.Réf. Direction des Affaires Financières
Dossier suivi par Anthony VALDEZ

Marseille, le 16 septembre 2011

OBJET : - CREANCES ANCIENNES A RECOUVRER
- TRAITEMENT DES REJETS B2

Monsieur le Directeur Général,

C'est avec la plus grande attention que j'ai pris connaissance des courriers que vous m'avez successivement adressés en date des 4 mai et 28 juin 2011.

Concernant la négociation d'un protocole transactionnel relatif à l'apurement des créances anciennes émises par l'AP-HM et évaluées à un montant forfaitaire de 4,2 M€, je regrette de ne pouvoir réserver une suite favorable à cette proposition au regard des éléments suivantes :

1°) Les créances dont il s'agit s'échelonnent sur les exercices 2000 à 2008 et correspondent en général à des rejets de factures non recyclées identifiant des bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat (A.M.E.), l'action en paiement de l'AP-HM s'avère aujourd'hui forclosée en application des articles L252-1 à L252-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

En effet, il est énoncé à l'article L253-3 : « Les demandes en paiement des prestations fournies au titre de l'aide médicale par les ...établissements de santé...doivent, sous peine de forclusion, être présentées dans un délai de deux ans à compter de l'acte générateur de la créance ».

Caisse Primaire Centrale d'Assurance Maladie des Bouches-du-Rhône
56, chemin Joseph Aiguier - 13297 Marseille Cedex 9
Tél. : 04 91 83 70 00 - Fax : 04 91 83 73 39 - www.ameli.fr

ASSISTANCE PUBLIQUE
HÔPITAUX DE MARSEILLE

28 SEP. 2011

Cabinet du Directeur Général

N° 241111

ARRIVE LE :
N° :

29 SEP. 2011

Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille
DIRECTION DES FINANCES

Monsieur Jean-Paul SEGADE
DIRECTEUR GENERAL DE
L'AP-HM
80, rue BROCHIER
13354 MARSEILLE CEDEX 05

Un numéro tout simple
pour nous joindre
36 46
Pour un appel local enroulez le poste fixe



La même remarque peut être formulée pour les rejets de factures non recyclées identifiant tous les autres bénéficiaires de soins, auquel cas l'action en paiement de l'AP-HM se trouve forclosée par référence à l'article L332-1 du Code de la Sécurité Sociale.

2°) Quand bien même de telles factures auraient été présentées au paiement dans les délais précités, leurs rejets non traités par vos services qui n'ont pas produit les pièces justificatives ou les éléments d'information demandés, font que l'action en recouvrement dont dispose le comptable du Trésor, laquelle est soumise au délai quadriennal prévu à l'article L274 du Livre des Procédures Fiscales, est également prescrite.

seul si relance JP

3°) S'agissant des créances se rapportant aux bénéficiaires de l'Aide Médicale Etat, le mode de financement de cet avantage ne permet pas aux Caisses Primaires d'Assurance Maladie d'affecter le budget de l'année en cours au règlement des créances hospitalières des exercices passés.

En effet, les crédits pour l'A.M.E. sont votés chaque année par la loi de finances et les dépenses d'aide médicale font l'objet d'une convention financière entre l'Etat et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, conformément à l'article L182-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Aux termes de l'article 15 de cette convention type, il est stipulé : « Les dépenses d'aide médicale sont payées trimestriellement par le ministère chargé de l'aide médicale à la CNAMTS qui les répartit entre les CPAM assurant la gestion de l'aide médicale. Ces dépenses sont imputées, dans la limite des crédits votés, sur le chapitre 46-82 - article 20 - du budget du ministère...Le cas échéant, une régularisation au titre de l'année précédente intervient en même temps que le versement relatif au dernier trimestre de cette même année ».

4°) S'agissant par ailleurs des créances identifiant des « Débiteurs relations internationales - dossiers RI » qui sont également visées dans votre premier courrier du 4 mai 2011, elles se rapportent à des assurés qui ont le statut de « migrant ». Les intéressés sont en fait des salariés étrangers qui travaillent en France pour le compte d'entreprises étrangères et qui sont donc identifiés par régime et numéro d'immatriculation.

Théoriquement, aucun problème ne peut se poser si ce n'est encore une fois -- l'absence de traitement par vos services de factures à recycler qui s'avèrent aujourd'hui nécessairement prescrites.

Par ailleurs, après examen des états qui ont été transmis par vos services à la Caisse Primaire, il apparaît que :

↳ Des factures payées n'ont pas été prises en compte par l'AP-HM et figurent donc sur le fichier des « Restes à Recouvrer (RAR) »;

↳ Concernant un nombre important de factures réclamées « non payées », la CPCAM a effectué le traitement informatique et a apporté tous les éléments d'information nécessaires pour l'exploitation des retours par les techniciens de l'AP-HM.

Aucune suite n'a été a priori donnée à ces retours. En conséquence, le Trésor Public qui gère le suivi du recouvrement et qui est initialement destinataire des informations correspondant à l'ordonnancement des factures par l'AP-HM n'est pas tenu informé des rejets ainsi émis par la CPCAM puisque ces derniers ne sont pas exploités. Il en résulte que les bases détenues par le Trésor Public demeurent figées et que les factures non payées en raison de leur irrégularité sont assimilées au final à des « Restes à recouvrer » ;

↳ S'agissant des factures « paiement à 0€ », elles doivent être annulées par l'AP-HM car elles se rapportent à des dossiers pour lesquels il n'est pas possible de régler la part complémentaire réclamée en l'absence d'enregistrement de l'avantage de CMU-C;

↳ Vos fichiers « RAR début 2011 » comportent des factures « paiement à 0€ » de 2007 et 2008 non annulées par l'AP-HM alors même que cette annulation aurait dû être effectuée ;

↳ Des factures sont inconnues sur les bases de la CPCAM car elles n'ont jamais été télétransmises ;

↳ Malgré les actions d'accompagnement mises en place depuis 2009, les rejets de factures intervenus depuis n'ont pas été traités par l'AP-HM. Ainsi, sur la base du focus informatique de mai 2009 à avril 2011, les données qui doivent être retenues sont les suivantes :

▫ Montant réclamé par l'AP-HM : 16 761 885,43 €, y compris les flux informatifs 1€ et les honoraires globalisés, soit 21020 factures

Nombre de factures trouvées : 19793 (soit 94,1%)

Nombre de flux informatifs : 1227 (soit 5,9%)

▫ Sur les 19793 factures identifiées, seules 2468 facturations régulières ont pu être payées (soit 12,4%) pour un montant de 3 103 047 €.

Pour le reste :

- 13692 ont été rejetées, soit 69,2% ;

- 2411 correspondent à des règlements égal à 0€ (soit 12,2%), c'est-à-dire à des factures pour lesquelles il n'est pas possible à la Caisse de régler la part complémentaire en l'absence d'un avantage de CMU-C enregistré) ;

- 1222 n'ont pas été réglées (soit 6,2%) : ces factures n'ayant été ni réglées, ni rejetées, ni télétransmises, l'AP-HM doit les télétransmettre.

A l'évidence, le recensement des créances anciennes restant à recouvrer par l'AP-HM n'impacte absolument pas la C.P.C.A.M., mais s'explique par le manque d'information de vos techniciens sur le processus de facturation puisque vous soulignez vous-même « un taux de rejet B2 encore très élevé à la fin mai 2011 » et la nécessité pour votre Direction des Ressources Humaines de « mobiliser les ressources métiers » pour pallier à de telles difficultés.

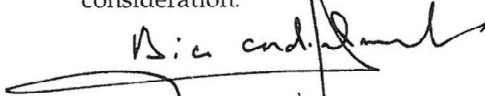
C'est d'ailleurs à ce titre, que vous sollicitez, dans le cadre de la constitution d'une cellule experte, le détachement d'agents de la CPCAM.

Compte tenu de l'intérêt commun et de l'enjeu que représente le projet FIDES, je vous propose de vous apporter une aide ponctuelle se traduisant par l'intervention d'un agent du département Gestion Hospitalière deux demi-journées par semaine, pendant une période de six mois, à compter du 1^{er} octobre.

Cet agent aurait notamment pour mission, au-delà du rappel des textes réglementaires et des conditions de recyclage des rejets, d'apporter une aide technique à la facturation et de superviser l'exploitation des retours NOEMIE.

Afin de définir les modalités de mise en œuvre de notre intervention, j'invite vos services à contacter Madame Monsecchi, responsable du département Gestion Hospitalière aux numéros suivants : 04.86.94.02.48 ou 04.86.94.02.49.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur Général, en l'assurance de ma parfaite considération.


Gérard Bertuccelli

DIRECTION DES AFFAIRES FINANCIERES



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

V/correspondant
Anthony VALDEZ
Tél. : 04 91 38 19 78

JPS/AV/MT-165-2011

Monsieur Gérard BERTUCCELLI
Directeur Général de la CPCAM13
56, Chemin Joseph Aiguier
13297 MARSEILLE CEDEX 9

Marseille, le 28 juin 2011

Objet : traitement des rejets B2 et restes à recouvrer

Monsieur le Directeur Général,

Les échanges entre nos deux Institutions lors de la rencontre du 24 juin 2011 ont été une nouvelle fois très enrichissants et je souhaite encore vous en remercier.

A cette occasion, nous avons notamment évoqué la problématique du traitement des rejets B2 dans la perspective notamment du passage en FIDES.

Depuis plus d'un an, nos équipes ont établi des relations de travail très étroites avec des échanges quasi quotidiens. Par ailleurs, un représentant de la CPAM est présent aux réunions mensuelles des responsables des bureaux des entrées des différents hôpitaux afin de répondre aux interrogations des cadres de sites et évoquer certains dysfonctionnements. Enfin, un comité de pilotage CPAM-APHM (DAF)-Trésor Public a été instauré afin de faire un point régulier sur des difficultés rencontrées de part et d'autre.

La qualité des échanges B2 s'est d'ailleurs nettement améliorée ces derniers mois, ce qui nous encourage à poursuivre et amplifier ce partenariat gagnant.

Pour autant, le taux de rejets B2 est encore très élevé à fin mai 2011 (9% sur l'exercice comptable) et le « stock » important de titres non soldés au cours des années antérieures, m'incite à mettre en œuvre un plan d'urgence ayant vocation à régler la problématique des années antérieures tout en préparant l'avenir proche de la facturation au fil de l'eau. A cet égard j'ai rappelé aux Directions de chaque site l'impérieuse nécessité de traiter en temps réel les rejets B2. De même, j'ai demandé à la DRH et à la DSI0 de mobiliser leurs ressources métier autour de ces questions.

DIRECTION DES AFFAIRES FINANCIERES

Face à cette problématique majeure, je souhaite vous proposer également un plan d'action concerté :

1. Négociation d'un protocole transactionnel pour apurer les exercices anciens (2000 – 2007, éventuellement 2008)
2. Constitution pour 1 an d'une cellule experte composée de 4 personnes sous la responsabilité de la DAF destinée à reprendre tous les titres de recettes non prescrits afin de les recycler et les re télétransmettre (en plus des cellules des sites). A cet effet, je souhaiterais intégrer les compétences métier d'agents de la CPAM13 rompus aux impératifs de la norme B2, qui, outre le traitement rapide et correct des rejets, pourront également transmettre leurs connaissances aux agents des bureaux des entrées et des soins externes des sites. Bien évidemment ces mises à disposition seraient intégralement remboursées par l'APHM à la CPCAM.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur Général, l'expression de ma considération distinguée

*Merci de ta
Confiance*

Le Directeur Général



Jean-Paul SEGADE

DIRECTION DES AFFAIRES FINANCIERES



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

V/correspondant
Anthony VALDEZ
Tél : 04 91 38 19 78

Monsieur Gérard BERTUCCELLI
Directeur Général de la CPAM
56, chemin Joseph Aiguier
13297 MARSEILLE CEDEX 9

JPS/AV/MT-97-2011

Marseille, le 4 mai 2011

Objet : créances anciennes

Monsieur le Directeur Général,

Dans le cadre du Plan de Retour à l'Equilibre Financier de l'APHM, du Contrat Performance signé avec l'ANAP, de la Convention des services comptables et financiers mais également dans la perspective de la certification des comptes, mes services ainsi que ceux du Trésor Public se sont engagés dans un lourd travail de recensement des créances anciennes toujours non recouvrées à ce jour.

Cet axe de travail constitue l'une des priorités de notre Institution eu égard notamment aux volumes de restes à recouvrer en cause impactant directement le niveau de Trésorerie.

A cet égard les créances émises à la CPCAM13 non soldées constitue une source d'attention particulière (4.2M€ pour des créances émises entre 2000 et 2008). Il est à noter au sein de ces créances que les débiteurs Relations Internationales et Aide Médicale d'Etat représentent la majeure partie.

Cette situation est principalement liée à des questions de paramétrages de nos systèmes informatiques respectifs dans le cadre des échanges B2.

Au cours de l'année 2010, les équipes renouvelées de la CPAM, du Trésor Public et de l'APHM se sont rencontrées à plusieurs reprises afin de se coordonner davantage et parvenir à régler tous ces problèmes de facturation. Pour autant ces 3 Institutions ne peuvent que constater une situation lourde à porter notamment sur les exercices anciens avec, chacun de leur côté, quasiment aucun élément permettant d'analyser les rejets des années 2000 à 2007.

Par ailleurs, au-delà des questions techniques, je note que toutes les prestations de soins en cause ont bien été dispensées générant des charges à l'APHM. C'est pourquoi je souhaiterais que l'on puisse échanger sur la possibilité d'un protocole transactionnel portant sur les exercices 2000 à 2007 à partir d'états de restes présentés par le Trésor Public, permettant aux différents partenaires de préserver leurs intérêts respectifs.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur Général, l'expression de ma considération distinguée.

Le Directeur Général de l'AP-HM
POUR LE DIRECTEUR GENERAL

Par délégation
Le Directeur Général Adjoint

Jean-Paul SEGADE



Jean-Michel BUDET

Copie : Monsieur le Receveur des Finances de l'AP-HM

ANNEXE 18 : ETATS DEBITEURS

Principaux Etats débiteurs vis-à-vis de l'AP-HM (mai 2013)

En €

Etats	Etats, caisses de sécurité sociale	Particuliers	Mutuelles, assurances, hôpitaux..	Total général	% du total
ALGERIE	2 774 732	815 625	150 253	3 740 610	45,6%
TUNISIE	693 543	25 314		718 857	8,8%
CAMEROUN	362 276	102 660		464 936	5,7%
ITALIE		433 228		433 228	5,3%
COMORES	317 109	9 610	8 106	334 824	4,1%
BELGIQUE		162 695	46 206	208 901	2,5%
IRLANDE		195 551	555	196 106	2,4%
ESPAGNE		170 343	7 201	177 544	2,2%
ROUMANIE		154 667	0	154 667	1,9%
MAROC	36 086	107 193	109	143 388	1,7%
USA		86 026	39 175	125 201	1,5%
CANADA		95 067	18 059	113 127	1,4%
MEXIQUE		109 781		109 781	1,3%
ROYAUME UNI		30 253	72 827	103 080	1,3%
Autres	264 079	809 562	112 213	1 185 855	14,4%
Total général	4 447 826	3 307 575	454 704	8 210 106	100,0%

Source : DAF de l'AP HM

ANNEXE 19 : ACTIVITES PREVUES AU BMT

Répartition prévue des activités au sein du BMT

La répartition des activités et services au sein du Bâtiment médico technique (BMT) peut se décrire comme suit :

Sous sol : Parking de 330 places

Rez -de-jardin : Accueil des urgences adulte dimensionné pour recevoir 250 passages/24 heures ; 32 boxes, 4 lits de Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV), 10 lits de réanimation d'urgence, 11 lits de surveillance continue et 19 lits d'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD).

8 lits dont 2 d'isolement d'Urgences psychiatriques.

Rez-de-chaussée : plateau d'imagerie adulte (conventionnelle, 3 scanners, 3 IRM, échographie)

Bloc opératoire sous imagerie interventionnelle : 10 salles (pour la coronarographie, l'électrophysiologie, la cardio-pédiatrie, l'angiographie)

9 salles d'endoscopie (digestif, pneumologie, ETO cardio)

Salles de réveil : 6 places enfants et 12 places adultes

1^{er} étage : 19 salles d'opération (7 pédiatriques, 8 cardio vasculaires, 4 salles pour le digestif)

Salles de réveil : 13 places enfants et 14 places adultes

20 lits de réanimation et 12 lits de surveillance continue

2^{ème} étage : 11 salles d'opération (5 salles de neurochirurgie, 2 salles rachis, 2 salles traumatologie, 2 salles chirurgie de la main)

3^{ème} étage : 20 lits de réanimation pédiatrique et 14 lits de surveillance continue pédiatrique

4^{ème} étage : 117 lits d'hospitalisation (101 lits pour les secteurs cardio-vasculaire adulte et 16 lits pour les cardiopathies enfants)

Une hélistation est positionnée en toiture et le BMT est relié aux deux Immeubles de Grande Hauteur du site de la Timone par 7 liaisons horizontales.