

Présentation du Programme PHARE

Le programme PHARE : des gains pour la qualité de l'offre de soins

Le contexte du programme PHARE

- Les achats hospitaliers représentent **18 Md€, second poste de dépenses** des établissements de santé après la masse salariale
- Les bonnes pratiques et les succès sont nombreux mais ils sont encore isolés et doivent être partagés entre tous les établissements
- Le plan de performance des achats hospitaliers s'inscrit dans la continuité des initiatives déjà lancées depuis 2006, en particulier la mise en place de marchés groupés nationaux et régionaux, et dans la dynamique de transformation des achats de l'Etat (17 Md€, hors armement) et des opérateurs (10 Mds €).
- Le **plan de performance des achats hospitaliers a identifié un potentiel de gain au plan national de 910 M€** sur la période 2012-2014 autour de trois axes :
 - le développement d'une fonction achat au sein des établissements avec un responsable achats unique
 - l'animation d'une politique régionale des achats par les ARS
 - un appui et un pilotage national animé par la DGOS
- Le lancement a été rendu officiel à Lyon en septembre 2011 par Annie Podeur

Objectifs

- Transformer la fonction achat dans les établissements de santé
 - Mettre en place un responsable achat qui anime et coordonne la politique achat de l'établissement
 - Mettre en place un plan d'actions achat annuel
 - Améliorer le dialogue entre prescripteurs et acheteurs
- Pour réaliser des gains économiques et de qualité de service à travers :
 - La mutualisation
 - Le juste besoin et bon usage
 - La négociation
 - Le raisonnement en coût complet
 - L'activation du marché fournisseurs
 - Le meilleur suivi fournisseurs
 - La standardisation

"Notre défi, ce n'est pas de faire des économies, c'est de dégager de la marge pour le fonctionnement des établissements et pour un meilleur service à nos concitoyens« Annie Podeur, 3/10/2011

L'enjeu est d'utiliser tous les leviers de l'achat, sur toutes les catégories de dépenses

3 grandes catégories de leviers de gains

1. Massifier les contrats :

- Regroupements
- Renégociation des contrats
- Changement de la composition du portefeuille de fournisseurs...

2. Optimiser les produits et services achetés :

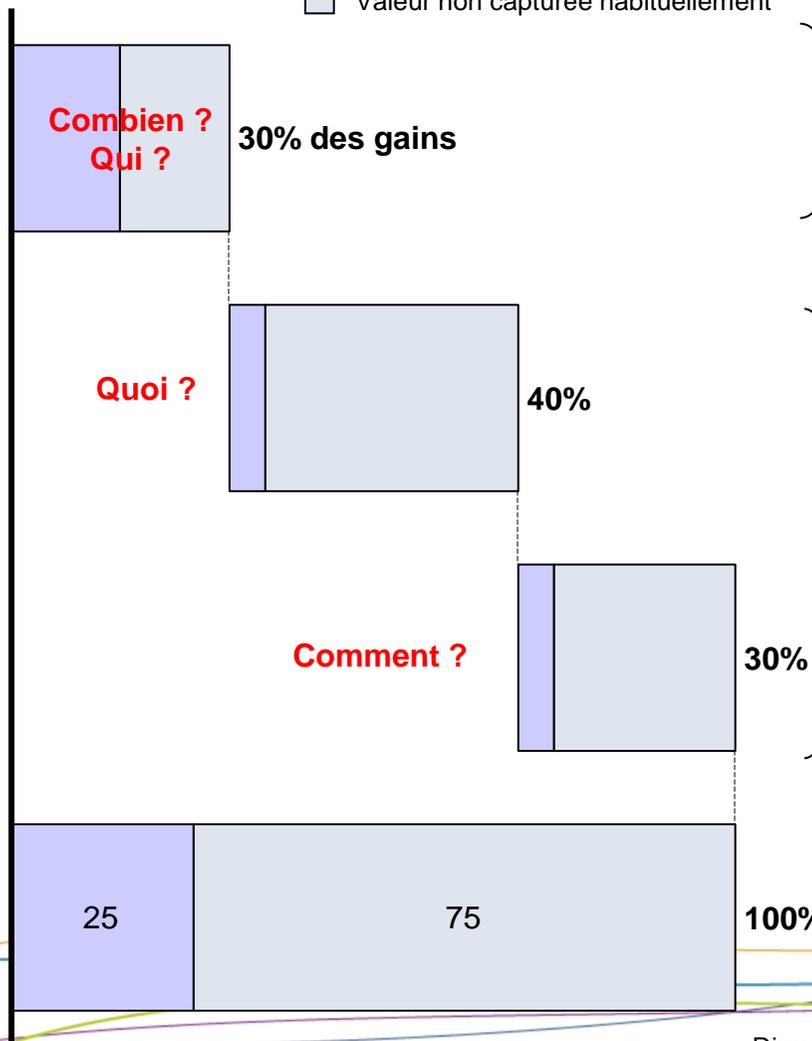
- Standardisation
- Solutions de substitution
- Elimination de la surqualité dans les spécifications
- Coût objectif
- Gestion de la demande...

3. Optimiser les processus d'achat :

- Simplification de l'administration
- Utilisation optimale du code des marchés
- Réduction des coûts d'interface
- Démarche de progrès continu/ recherches d'économies avec les fournisseurs
- Optimisation de la gestion des stocks..

Impact total

- Performance typique des hôpitaux
- Valeur non capturée habituellement



Idées clés

- La **massification**, principalement utilisée jusqu'ici (groupements), ne représente au mieux que 30% des gains potentiels
- Ce potentiel de 30% n'est pas encore capturé partout
- Les leviers qui jouent sur l'optimisation des produits et services achetés et sur l'optimisation des processus d'achat représentent **70% des gains potentiels**
- Ils sont encore **peu exploités**
- Ils reposent en grande partie sur **l'approfondissement du dialogue prescripteurs - acheteurs**

Le responsable achat unique et le groupement de commandes sont au cœur de cette recherche d'une plus grande performance achat

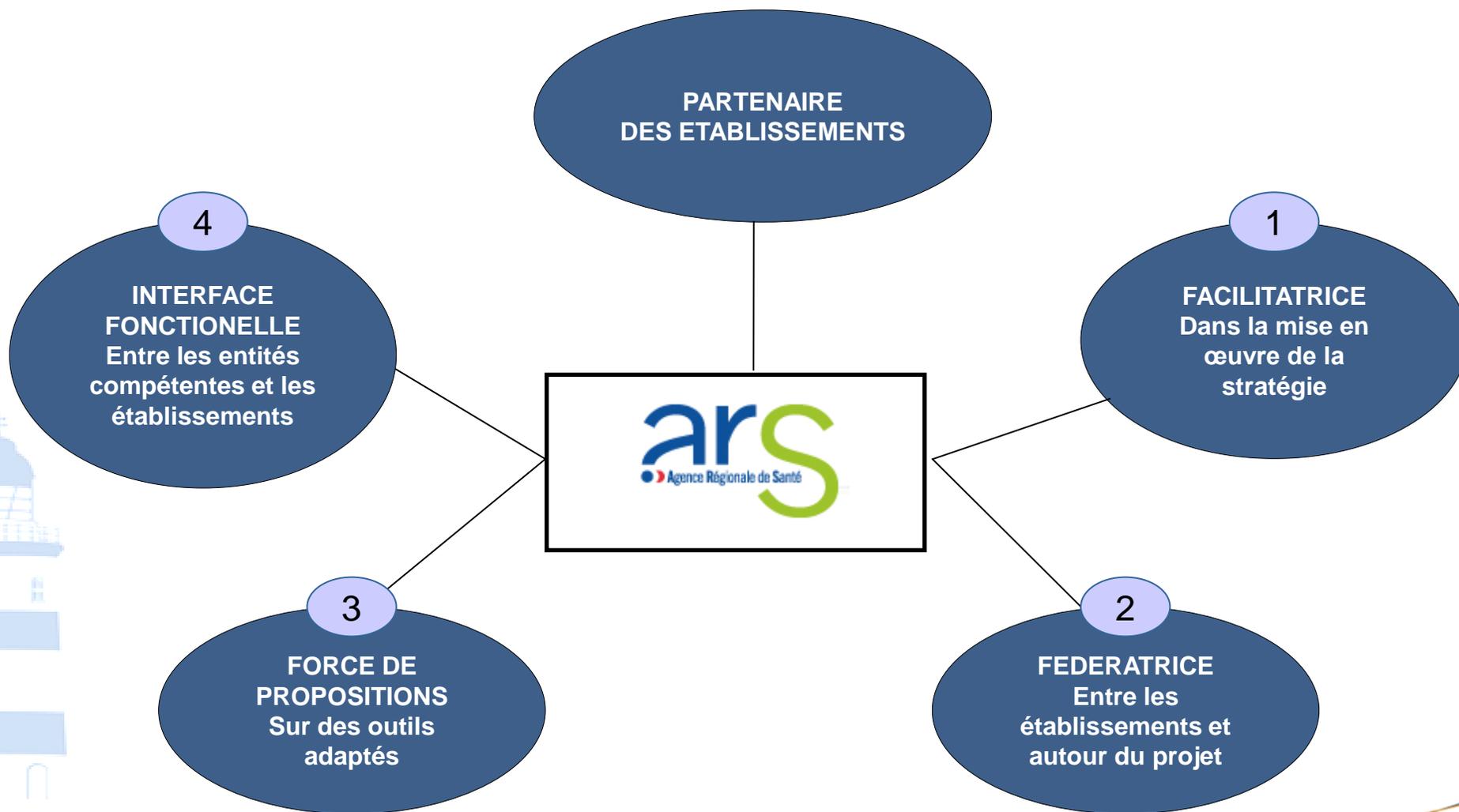
Responsable achat unique en établissement

1. Conduit la consultation (étude de marché, stratégie d'achat, DCE, négociation...) à partir des besoins de ses adhérents afin d'obtenir les meilleures conditions économiques
2. Encourage les établissements à l'utilisation des marchés
3. Encourage à une implication renforcée des prescripteurs au sein des établissements adhérents
4. Fournit si besoin une expertise achat et un appui méthodologique aux acheteurs
5. Diffuse de l'innovation
6. Quantifie les gains obtenus

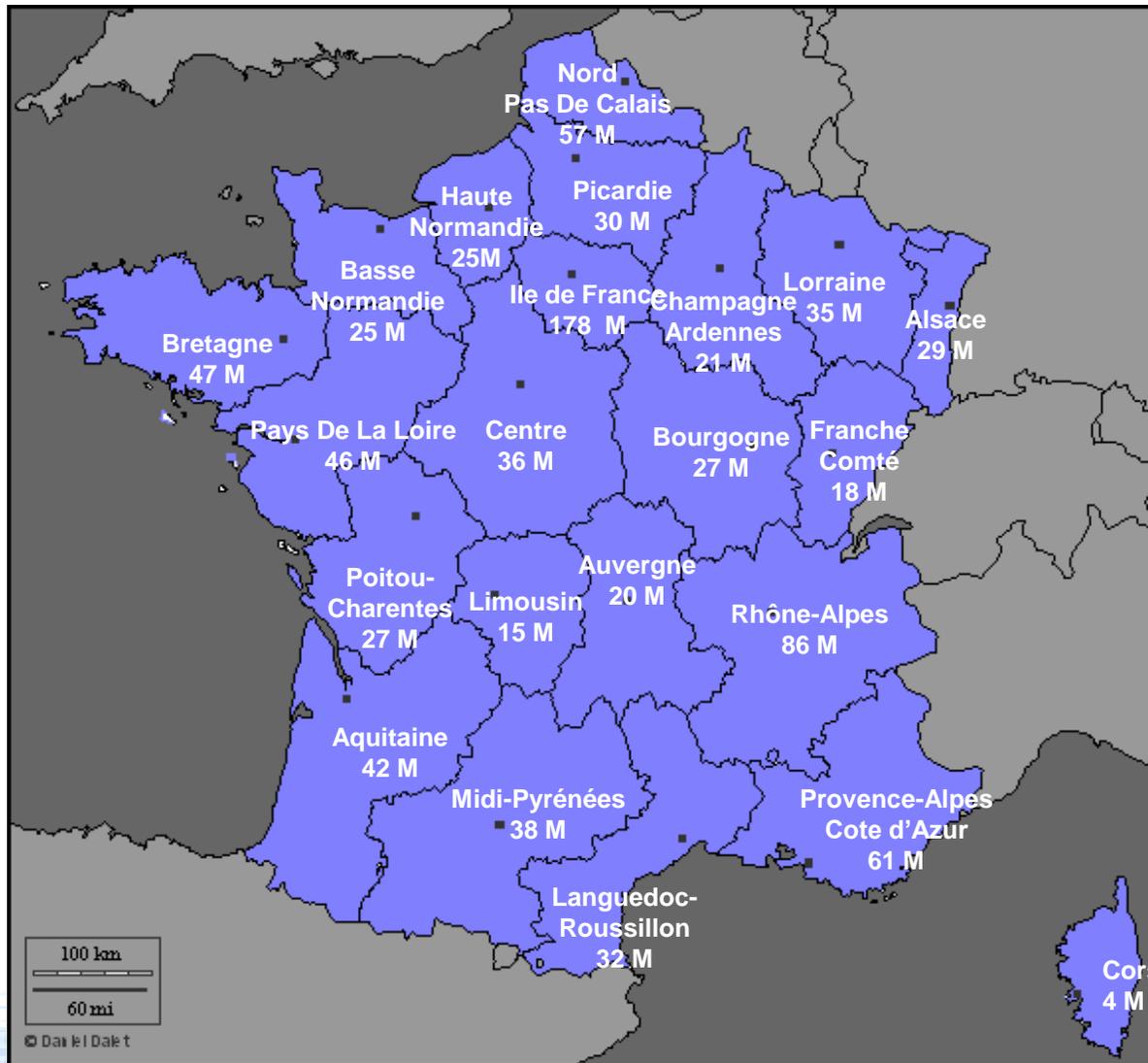
GROUPEMENT DE COMMANDES

1. Anime un dialogue avec les prescripteurs sur toutes les catégories de dépenses pour définir le juste besoin / raisonner en coût complet / standardiser
2. Utilise le groupement de commandes pour bénéficier des meilleures conditions économiques sur les achats mutualisables
3. Encourage à une implication renforcée des prescripteurs de son établissement dans le groupement
4. Accompagne l'acheteur leader et le prescripteur leader localisés dans son établissement (si établissement coordonnateur)
5. Challenge la performance du groupement
6. Suit la bonne exécution des marchés et la mise en place de plans de progrès avec les fournisseurs

L'ARS joue le rôle d'animateur et de facilitateur au niveau régional



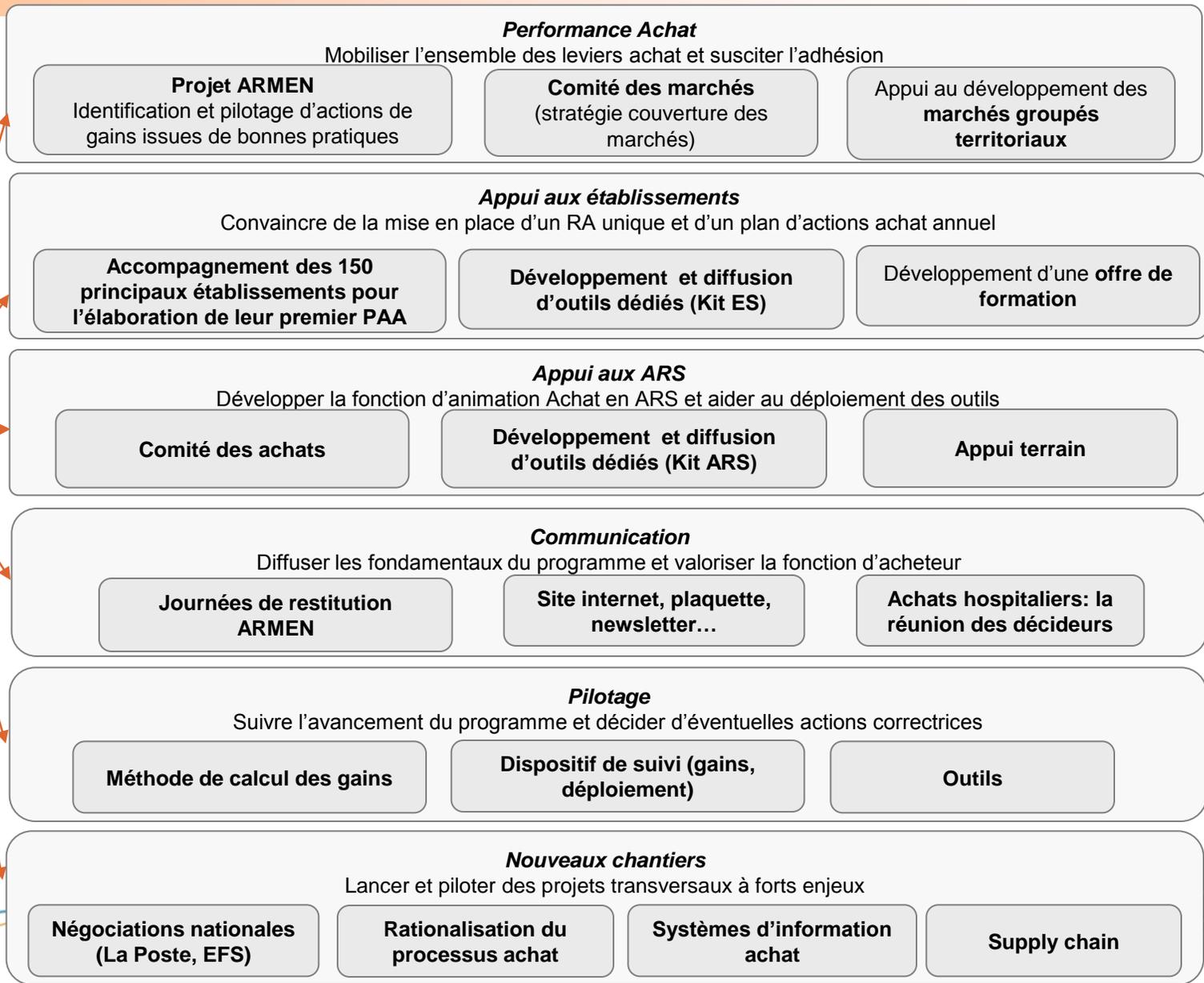
Un objectif de gains de 910 millions € sur 3 ans



2012
210 millions €
2013
320 millions €
2014
380 millions €

- Une estimation des gains s'appuyant sur :
 - Les gains attendus par les groupements nationaux et régionaux
 - L'exemple de quelques établissements déjà engagés dans une « démarche achat » : HCL, HUS...

Le programme PHARE se structure autour de 6 axes



2013, année de déploiement et de progrès continu

1^{er} pilote en région et en établissement Fin 2011

- Prouver le potentiel de gain en réussissant avec 1 région et 1 établissement
- Susciter d'adhésion des acteurs

Il faut montrer que ça marche et créer l'adhésion

Structuration du programme et 1^{ère} vague de déploiement Jan-Juin 2012

- Structurer le programme et la trajectoire de déploiement
- Déployer la démarche dans au moins 10 régions et engager 20 à 30 établissements
- Maintenir l'adhésion et démontrer des premières preuves d'impact

Il faut déployer et maintenir l'adhésion

Industrialisation du programme Juin 2012-2014

- Structurer la fonction achat au niveau national afin de réussir l'accompagnement dans le déploiement
- **Accélérer les échanges de pratiques**
- **Accompagner les 150 premiers établissements dans la mise en œuvre de leur premier Plan d'Action Achat**
- **Favoriser la création / consolidation de groupements de commande territoriaux**
- Communiquer sur les résultats

Il faut industrialiser la démarche et concrétiser les gains



ARMEN, c'est plus de 110 bonnes pratiques quantifiées identifiées par les groupes

Par l'approfondissement du dialogue prescripteurs-acheteurs

Segment petit matériel médico-chirurgical non stérile

Un travail collaboratif acheteur-utilisateur a permis au CHU de Nice de faire une économie de près de 165K€ sur l'achat d'orthèses d'épaule en 2012

Constat et analyse

Marché formalisé en 2010 pour la « Fourniture d'orthèses et de prothèses » par Prestataires : il s'agit de fournir aux patients des immobilisations faites sur mesure, adaptées à la particularité pathologique d'un patient.

Dépenses 2010: 356158 €
Dépenses 2011: 464834 €



En 2012, collaboration avec les Cadres des UF concernées par analyser les consommations : Quels produits sont demandés aux prestataires et dans quelles conditions de temps, de lieu ?

Constat Possibilité de standardisation: les orthèses demandées sur prescription médicale aux prestataires, correspondent souvent à du **matériel standard pour immobilisation de l'épaule.**

Plan d'action

- Mise en marché d'attelles standard en 2012
- Large information des cadres sur le référencement marché disponibilité des produits dans les locaux – accès immédiat et facilité
- Information des fournisseurs sur la possibilité de faire du « sur-mesure » sur prescription médicale



Résultats

- Dépense 2012 de 269 911€ soit 195 000 € de baisse base 2011 sur le compte
- 30 K€ d'attelles standard sur 2012
- Gain net d'environ 165 000 € sur la famille d'achat sur 9 mois

Gain achat de 165 K€ soit environ 35%

Segment médicaments

La rationalisation de l'usage des antibiotiques au CHU de Nancy et de Nice a permis de dégager une économie de 600K€ soit 30% sur ces médicaments

Constat

- Les antibiotiques sont prescrits chez 25-50% des patients hospitalisés et des enquêtes ont montré que 22-65% des prescriptions d'antibiotiques sont inappropriées ou incorrectes.
- Les CHU de Nice et de Nancy ont mis en place des **Equipes Opérationnelles en Infectiologie** visant à améliorer le bon usage des antibiotiques (notamment limiter la pression de sélection sur les bactéries) et à en contrôler la consommation.

Les antibiotiques, c'est pas automatique.



Détails du plan d'actions

- Généralisation de l'ordonnance nominative à tous les services
- Diffusion à tous les médecins du CHU d'un référentiel « AntibioGuide »
- Limitation de l'usage de certaines molécules : Glycopeptides, fluoroquinolones, pénèmes, nouveaux anti-staphylococciques
- « Restriction » de certaines molécules à une indication clinique particulière
- Mise en place d'une équipe opérationnelle Infectiologie / Pharmacien



Résultats

Une économie de 603 k€ au CHU de Nancy
Une diminution significative des fluoroquinolones injectables, des glycopeptides notamment de la téicoplanine et des pénèmes

Une économie de 30 %

Ce chiffrage n'inclut pas les coûts de traitement annexes comme les ressources humaines et le matériel en particulier pour les traitements injectables.

Segment alimentation

Le gain réalisé par le CH d'Aix-les-Bains en modifiant son offre alimentaire est estimé à 10% de sa dépense alimentaire – Page 1

Contexte

- Le centre hospitalier d'Aix-les-Bains (500 lits à forte dominante de services en EHPAD) avait un coût denrée par repas pondéré de 2,00 Euros.
- **Le coût cible final retenu par l'acheteur hospitalier est de 1,80 Euros par repas pondéré** (référence MEAH : 2,00 € pour les établissements MCO et 1,70 € pour les EHPAD)
- Le coût repas pondéré s'entend comme décrit dans le Tome 1 des Bonnes Pratiques Organisationnelles de Restauration (page 171) édité par la MEAH en 2006 (devenue l'ANAP)



Détails du plan d'actions

- **Travail collaboratif** acheteur / responsable de restauration / diététicienne / magasin
- Redéfinition du cahier de **grammages** (en respectant le GEMRCN)
- Redéfinition des **plats proposés** : élaboration des fiches techniques chiffrées
- Redéfinition du **plan de menus** et des **matières premières**
- Mise en place de **fabrications « maison »** apportant un gain financier et qualitatif (flans enrichis, potages enrichis, riz au lait)
- **Simplification de l'offre alimentaire** en allégeant la carte des plats « constants »



Résultats

Gain de 90K€ pour le CH (900 K€ achats alimentaires)

Cette démarche a permis de réaliser une économie de 10%

Par le développement des actions de mutualisation

Segment serveurs

Se (re)grouper : des gains de 22% à 60% pour les adhérents UniHA sur l'achat de serveurs physiques

Contexte

Besoins exprimés : acquérir des serveurs neufs ou compatibles au moindre coût et **capter les gains technologiques**



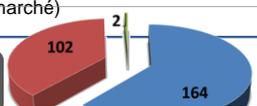
Mise en œuvre

Marché serveur UNIHA publié en Décembre 2010 pour 30 adhérents. 2 lots : lot **nouveaux serveurs** (module **appropriation nouvelles technologies**, module acquisition de serveurs, module installation) ; lot extension de parc existant (module extensions pour le parc de serveur recensé au moment de l'écriture du marché, module proposant **extensions** aux plateformes blades ou de virtualisation, module prestations d'installations).

Résultats

Une **remise moyenne de 22%** (prix public) pour les extensions de parc existant. Une **remise moyenne de 55%** pour les nouveaux matériels. 22 établissements (soit 73% ont eu recours au marché)

258 serveurs vendus dans le cadre du marché UNIHA



M
u
t
u
a
l
i
s
e
r

Segment gestion des déchets

BP2: Le groupement de commandes des Hôpitaux Lorrains pour le traitement des DASRI a permis une économie de 224 177€

Constat

Le Réseau d'Achat Hospitalier Lorrain (RAHL), constitué de 14 établissements et coordonné par le Centre Hospitalier de Neufchâteau (88), identifie un besoin concernant le marché de collecte, d'élimination et traitement des DASRI avec ses prestations et fournitures associées.



Mise en œuvre

Une 1^{ère} réunion de lancement a lieu en avril 2012 afin d'identifier les prestations attendues et de déterminer le besoin en fournitures. Le marché a été publié fin juillet 2012, avec une remise des analyses en octobre 2012, une notification en décembre 2012. Le marché a été déclaré infructueux puis a donné lieu à une procédure négociée qui a permis d'optimiser la performance économique

Résultats

La collecte, le transport et le traitement des DASRI (le lot n°1) va permettre une importante économie au groupement de commande cette année. En effet, les 14 établissements totalisent une dépense totale :
 - s'élevant à 456 391€HT en 2012,
 - estimée à 232 214 €HT pour 2013.
 Un gain financier estimé à 224 177 €HT sera donc réalisé dès 2013 soit 49,12%.

**Gain de 224 177€
49%**

Segment alimentation

Le gain réalisé par le centre hospitalier de Châlons-sur-Saône en adhérant à un groupement régional d'achat est estimé à 80K€ annuel

Contexte

- Le CH achète seul ses produits alimentaires
- **Marchés alimentaires passés périodiquement par le CH** (définition des produits, allotissement, tests)



Détails du plan d'actions

- **Transfert de l'ensemble des marchés alimentaires du CH sur le Groupement d'achat existant** réunissant 100 adhérents et fournissant l'ensemble des produits
- **Amélioration qualitative** d'un certain nombre de produits
- **Allègement des formalités administratives**
- **Mutualisation des bonnes pratiques** entre adhérents au groupement



Résultats

**Gain de 80 K€
(1,11 M€ achats alimentaires)**

Cette démarche a permis de réaliser une économie de 7%

Par l'optimisation des produits et services achetés

Segment solutions d'impression

Les génériques, ce doit être systématique

La preuve ... une économie de 1M€ pour l'APHP via un « catalogue restreint » UGAP

Synthèse

- La grande étendue de l'offre permet de substituer des génériques aux cartouches « à la marque » pour les produits les plus vendus
- La mise en place d'un catalogue restreint basé sur l'offre UGAP supprimant les produits à la marque lorsque le produit générique existe au marché.



Détails du plan d'actions

- L'APHP pouvait ...**
- potentiellement remplacer une majorité de cartouches « à la marque » par des génériques
 - Mais les mesures incitatives étaient insuffisantes pour modifier significativement les pratiques
- ... L'APHP l'a fait**
- La mise en place d'un « catalogue restreint » ne comprenant que le modèle de cartouche générique lorsqu'un substitut à la cartouche « à la marque » existait, a conduit à modifier les pratiques
 - Les réticences au changement ont été assez faibles



Résultats

Des cartouches moins chères

Et des cartouches d'aussi bonne qualité

A 100% de cartouches à la marque : coût = 2.4 M€

Aujourd'hui, 2/3 de génériques : coût = 1.4 M€

Une économie d'1 M€, soit 42% du prix des consommables



Direction générale de l'offre de soins - DGOS | 12

Segment médicaments

Au CH de Montluçon : le choix du recours à un biosimilaire pour les EPO utilisées en hémodialyse a permis une économie de 23K€ soit 35%

Synthèse

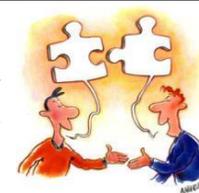
Définition : Un médicament biosimilaire est un médicament similaire à un médicament biologique de référence (= substance qui est produite à partir d'une cellule ou d'un organisme vivant ou dérivée de ceux-ci). Ce biosimilaire doit avoir des propriétés physico-chimiques et biologiques similaires, la même substance pharmaceutique et la même forme pharmaceutique que le médicament de référence. Enfin, il doit prouver par des études cliniques que l'efficacité et la sécurité sont équivalentes au médicament de référence



Mise en concurrence des EPO et des biosimilaires aboutissant au référencement du biosimilaire pour les patients en hémodialyse

Détails du plan d'actions

- Volonté conjointe du médecin référent en hémodialyse et du pharmacien de mettre en concurrence les biosimilaires et les EPO de référence.
- Le biosimilaire le mieux placé économiquement est retenu mais ne peut pas être utilisé par voie sous-cutanée (SC) chez les insuffisants rénaux chroniques (IRC).
- Règle définie : utilisation du biosimilaire par voie intra-veineuse (IV) pour les IRC dialysés et de l'EPO de référence pour les IRC non dialysés et la pédiatrie pour maintenir la voie SC.
- Mise en place d'une feuille de prescription spécifique des différentes EPO disponibles sur l'hôpital afin que chaque prescripteur puisse choisir celle qui correspond au cas de son patient.
= nécessité de faire une surveillance rigoureuse des prescriptions avant dispensation engendrant un surplus de travail pour la pharmacie.



Résultats

Une économie de 23k€ sur un enjeu financier total de 66k€ en 2012

Une économie de 35% du périmètre des EPO



Segment équipements d'endoscopie

BP4: Le CH de Saint-Brieuc a réduit son coût de maintenance des vidéo-endoscopes de 17% en ayant recours à une société de tierce maintenance

Contexte

Coûts élevés des prestations de maintenance sur les vidéo-endoscopes pratiqués par les fournisseurs référents (attachement ou contrat)
Restriction des couvertures de maintenance liée à l'ancienneté des Vidéo-endoscopes (> 5 ans)
Pas de mise en concurrence systématique
Engagements des Sociétés de tierce maintenance sur leur niveau de qualité des prestations (réparations, délais, hygiène, coût, bilan annuel ..)
Limiter le coût d'exploitation d'un endoscope



Mise en œuvre

Lancement d'une consultation de mise en concurrence. Marché à Procédure adaptée ou appel d'Offres ouvert (4 AO: 2004-2006, 2007-2009, 2010-2012, 2013-2016)
La démarche a été progressive: 1 seule marque (moitié du parc) en 2006, à partir de 2009 pour la totalité du parc, en 2012 groupement de commandes dans une logique de CHT.
Les sociétés de tierce maintenance s'engagent à avoir recours aux fabricants en cas de limite de compétence
Les CHU de Caen et Angers ont mis en place cette démarche avec un périmètre plus ou moins large et obtiennent de bons résultats

Résultats

La maintenance des vidéo-endoscopes (partielle ou totale) par des Sociétés de tierce maintenance a permis au CH de St Brieuc de **réduire ses coûts d'exploitation de 17%** (moyenne sur les 3 premiers AO)

Gain de 17%

de soins - DGOS | 12

Par l'optimisation des techniques d'achat

Segment énergie

Bonne pratique n°1-1 : Aux HCL, l'achat de gaz sur le marché libre a permis de faire 22% de gain

Mise en œuvre

En 2012 aux HCL, achat de gaz sur le marché libre. Pour ce faire:

- Mise en place d'un **accord cadre** avec 4 fournisseurs
- **Création de 2 lots**: Lot 1 (6 sites S2S) et Lot2 (14 sites B2S et B2L)
- Sites télé relevés: 100 GWH/an – 4,8 M€ TTC = prix ferme en « take or pay » pour 2 ans d'Octobre 2012 à Septembre 2014.
- Sites profilés : 18 GWH/an – 1 M€ TTC = prix de base indexé trimestriellement (formule CREM) sans engagement de consommation pour 2 ans.
- Consultation pour marchés subséquents à durée de validité des offres de 2 heures maximum.



Facteurs clés de succès

Le passage sur le marché libre a été un succès car:

- Il y avait une **bonne connaissance des profils de consommation** (Volume et débit journalier)
- Il y a eu **mise en concurrence des fournisseurs** sélectionnés
- Les HCL ont eu la **capacité d'attribuer les marchés subséquents** avec une **validité de durée des offres très courte (2h)**
- Délai de paiement garanti au fournisseur

Résultats

- Pour le lot 1 : l'offre retenue est inférieure de 16% au tarif S2S d'avril 2012.
- Pour le lot 2 : l'offre retenue est inférieure de 22% au tarif B2S d'avril 2012 (on est passé de 55,6€TTC le MWh à 43,6€TTC le MWh)

Gain de 22%

Direction générale de l'offre de soins - DGOS | 13

Segment médicaments

L'anticipation d'une clause de résiliation de fin de monopole sur l'Irinotecan a permis au Resah-IdF une économie de 77% soit 1,8M€

Objectif

Procéder à une mise en concurrence lorsque le brevet expire pour bénéficier des baisses de prix apportées par la commercialisation des génériques

« Article - Résiliation possible sans indemnité en cas de perte de brevet et de commercialisation d'un médicament générique ou d'un médicament bio-similaire
Le Coordonnateur se réserve le droit de résilier (...) le marché portant sur une spécialité thérapeutique sans versement d'indemnités et sans mise en demeure préalable, lorsque celle-ci perd son brevet et qu'un médicament générique ou un médicament bio-similaire est commercialisé.»



Détails du plan d'actions

- Le Resah-idf avait passé un contrat sur l'Irinotecan de 24 mois en mai 2009
- Le monopole expire à l'été 2009
 - → Application de la clause de résiliation et nouvel appel d'offres
- La mise en concurrence ne doit pas être précipitée : il faut en effet permettre aux fournisseurs de génériques d'être prêts à répondre à l'appel d'offres



Résultats

Le gain généré est de 1,8 M€ (sur un montant initial de contrat de 2,4 M€)

Une économie d'environ 77 %

Segment nettoyage

L'optimisation de l'allotissement issu d'un accord-cadre UNIHA pour le CHRU de Montpellier a généré une économie de 15% en 2010

Synthèse

Problématiques : 4 prestataires en place au CHRU de Montpellier ; 160 000 m² répartis sur 8 sites monoblocs ou pavillonnaires sur 6 km

Résultats :

- une réduction des coûts de 15% en redéfinissant l'allotissement (1 prestataire au lieu de 4) => un interlocuteur unique
- Mise en place d'un contrôle qualité suite à la classification des typologies de locaux dans des familles de Qualité définies par le cahier des charges UNIHA
- Amélioration de la qualité attendue par la mise en place d'un référent contrôle qualité (reclassement) + développement avec le service informatique du CHRU d'une application informatisée



Détails du plan d'actions

- ✓ Uniformisation des libellés locaux recensés dans la base du CHRU donnés à l'externalisation (6000 lignes (1 ligne = 1 local))
- ✓ Classification des typologies de locaux dans les familles de qualité UNIHA en collaboration avec la conseillère hôtelière bionettoyage et le département d'hygiène hospitalière



Résultats

1. **Gain de 15% grâce au nouvel allotissement**
2. Uniformisation des libellés locaux et classification de ces derniers dans les familles de Qualité défini par le cahier des charges UNIHA
3. Amélioration de la qualité attendue par la mise en place d'un référent contrôle qualité

Une économie totale de 15%

Perspectives :

1. Etendre le contrôle qualité à la prestation faite par les équipes internes du CHRU => harmonisation de la prestation faite par le prestataire extérieur et les équipes internes du CHRU
2. Travailler avec la Direction des travaux pour avoir une base des locaux au plus juste du terrain (mise à jour des plans cadastraux), émettre un avis sur le choix des matériaux



Par l'optimisation du processus achat

Segment gestion des déchets

Optimisation du tri à la source

BP11: L'optimisation du tri à la source et de l'emballage des DAS au CH du Mans a permis un gain de 30%

Mise en œuvre

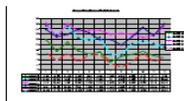
- Au CH du Mans, un travail a été mené sur l'ensemble des services de soins pour affiner le tri DAOM / DASRI et pour optimiser l'emballage, au plus près du geste de tri.
 - **Définition des critères de tri des DASRI** en appliquant au sens strict la réglementation : seuls les déchets présentant un risque infectieux avéré par la nature des micro-organismes, leur quantité, leur capacité à résister dans l'environnement et à être transmissible à l'homme, sont placés en DASRI.
 - **Mise en place d'un circuit pour collecter le verre médical** (dans les DASRI, cela représentait 30% en moyenne du contenu des boîtes à déchets perforants et environ 300 kg / an pour une unité de soins).
 - **Sécurisation de la filière de collecte des DAOM** (conteneurisation globale, réalisation de la collecte par des agents hospitaliers spécialisés, mise en compacteur pour incinération).
- Réalisation de sondage sur le tri des DAS avec pesée des déchets et sensibilisation des équipes soignantes.
- **Suivi hebdomadaire quantitatif des ratios de tri** (global établissement), échange avec l'équipe en charge de la collecte des déchets en cas de dépassement des volumes habituels.
- Echange avec l'EOH en cas de mise en place de mesures spécifiques, échange avec les pharmaciens et les acheteurs sur l'impact des déchets lors des choix de DM.

Résultats

- En 2012, la production de DASRI représente 12% de la production DASRI + DAOM (contre 30% en moyenne dans les établissements hospitaliers étudiés par UniHA).
- **La production de DASRI est passée de 280 tonnes en 2004 à 196 tonnes en 2012.**



Tableaux de suivi quantitatif / reporting comparatif par mois et année



Gain de 30%

Direction générale de l'offre de soins - DGOS | 11

Segment alimentation

Le centre hospitalier de Grenoble a fait 100K€ de gains en mettant en place un contrôle des repas livrés

Contexte

Pas de contrôle des repas commandés : sur consommation inutile de plateaux repas



Détails du plan d'actions

Un contrôle des commandes des repas a été mis en place pour réduire les commandes : information des cadres des services, mise en place d'un demi-ETP pour contrôle dans les services.



Résultats

100 K€ sur 4,5M€ de dépenses alimentaires totales

Cette démarche a permis de réaliser une économie de 2,5% de la dépense alimentaire totale

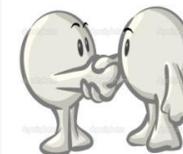


Segment petit matériel médico-chirurgical non stérile

La mise en place d'un guichet unique de centralisation des demandes à la Direction des achats du CH d'Avignon a permis un gain de 14,9%

Constat

- Concernant les demandes ponctuelles hors stock :** Demandes exclusivement papier, Temps de traitement très long (lisibilité, références erronées, pas de signature,...)
- Traitement systématique sans analyse du besoin**
- Pas de référent identifié pour l'acheteur
- Procédures trop rapides/peu de négociation
- Fournisseurs en position de force** – pas de remise, prix bruts, livraisons tardives



Objectifs

- Réduire le nombre de commandes et de références
- Analyser les demandes avec les utilisateurs-recherche du juste besoin
- Gérer la relation fournisseur** – plan de progrès, encourager l'innovation,
- Négocier les prix** (remises, exonérations de frais de port,...)
- Renforcer le dialogue acheteur/utilisateur/pre scripteur**



Plan d'action

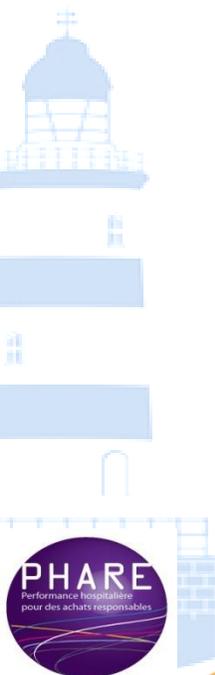
- Mise en place d'un document type de demande
- Identification du demandeur/demande d'informations détaillées
- Analyse fine du besoin en relation avec le service: caractéristiques produit/nature de la demande/quantités/type d'utilisation**

Gain de 14,9%!

Direction générale de l'offre de soins - DGOS | 10

Professionaliser les acheteurs dans les établissements

- Elaborer une stratégie globale des achats
- Coordonner la définition des besoins avec les utilisateurs (prescripteurs)
- Négocier et assurer le suivi des contrats
- Mettre en place une politique de bon usage
- Utiliser les outils d'amélioration de la performance achat (groupements, base de données, etc.)
- Evaluer les gains

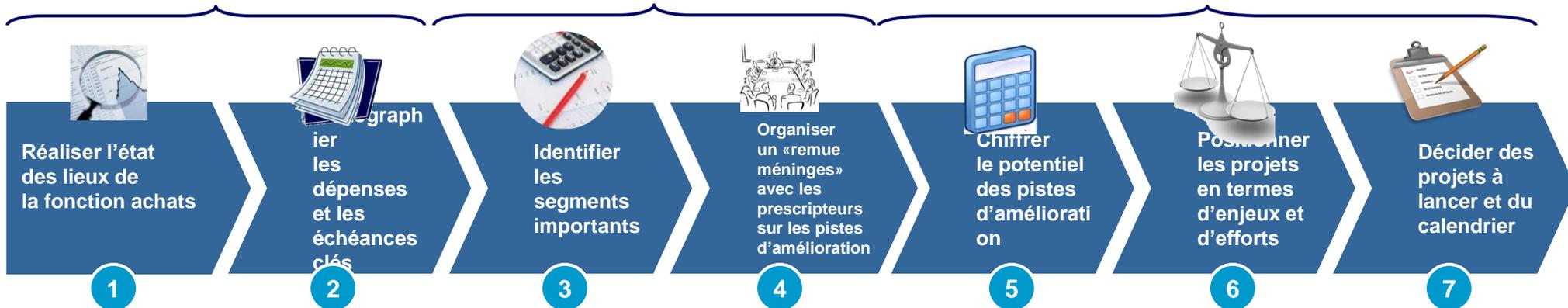


Comment construire un plan d'actions achats ?

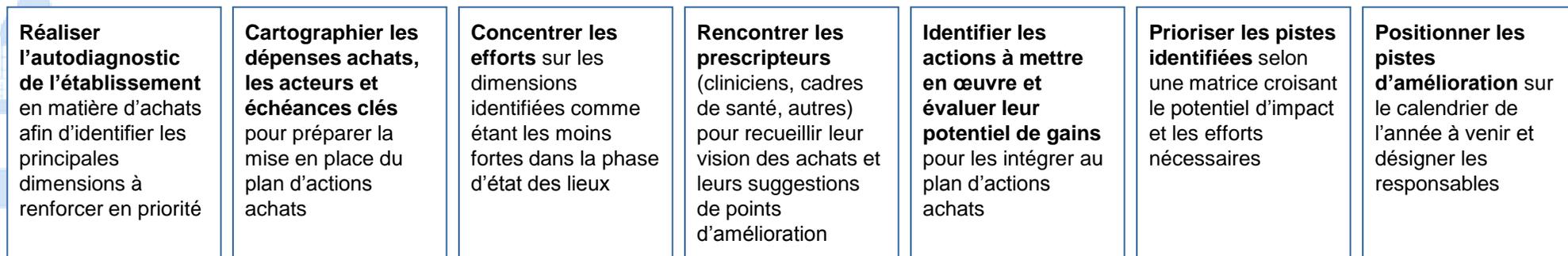
Où en sommes-nous aujourd'hui ?

Quels sont les leviers d'action à mettre en œuvre ?

Comment le fait-on en pratique ?



Appui continu de la Direction à la démarche, aux porteurs du projet et aux prescripteurs impliqués



2 semaines

1/2 semaine

5 semaines

2 semaines

2 semaines

2 semaines



Orientations nationales sur le niveau de mutualisation des achats hospitaliers – mars 2013

Mise à jour – mars 2013

Définition

Segments prioritaires

CAT 1 : Achats à regrouper nationalement

Des « gains rapides » via l'adhésion à des marchés d'envergure nationale existants :

- Pas de réelle difficulté d'harmonisation des besoins (besoin facilement « standardisable »)
- Offre structurée par quelques grands fournisseurs
- Des marchés d'envergure nationale a priori performants portés par quatre grands opérateurs (voir p. suivante, selon les cas, UGAP, UniHA, Résah, UniCancer)

1. Papier
2. Matériel informatique (PC, écrans, portables)
3. Contrôle technique bâtiments
4. Solutions d'impression
5. Véhicules
6. Téléphonie mobile
7. Prestations de nettoyage (Armen V2)
8. Achats de laboratoire pour des équipements à acquérir / équipements de base, maintenance et services (Armen V1)

Achats nationaux à titre transitoire

Un premier niveau de gains accessible rapidement via des marchés nationaux, avant la mise en place de groupements régionaux

1. Equipements d'endoscopie (Armen V2)
2. Petit matériel médico-chirurgical non stérile (Armen V2)
3. Serveurs (Armen V2)

CAT 2 : achats à regrouper à un niveau infra-national

Des gains via le regroupement des besoins à un niveau intermédiaire (par type d'acteurs ou proximité géographique, ...) :

- Enjeu fort de conduite du changement pour parvenir à harmoniser les besoins
- Selon les segments, offre structurée par quelques grands fournisseurs ou plus éclatée

1. Médicaments,
2. Dispositifs médicaux,
3. Produits d'incontinence
4. Linge (habillement)
5. Alimentaire
6. Fournitures de bureau
7. Produits d'entretien
8. Déchets
9. Consommables de laboratoires, réactifs et services captifs (Armen V1)
10. Fluides médicaux (démarche régionale en cours)
11. Maintenance des ascenseurs (Armen V1)
12. Economistes de la construction (Armen V1)
13. Revue de contrats électricité (Armen V2)

CAT 3 : achats locaux

Segments très spécifiques qui doivent rester à la main des établissements

1. Travaux de construction,
2. Maintenance d'équipement
3. achats ponctuels

Orientations nationales sur le niveau de mutualisation des achats hospitaliers – mars 2013

Rôle des ARS: Accompagner l'adhésion de tous les établissements aux opérateurs indiqués et favoriser le développement et l'émergence de groupements régionaux.

Type d'achat		Opérateur préconisé selon le type d'établissement			
		Adhérents UniHA (56 CHU/CH)	Etablissements IdF hors APHP	Autres établissements	CLCC
CAT 1 : Achats à regrouper nationalement * À titre transitoire avant la mise en place de groupements régionaux	<ul style="list-style-type: none"> •Papier •Matériel informatique (PC, écrans, portables) •Contrôle technique bâtiments •Solutions d'impression •Prestations de nettoyage •Achats de laboratoire pour des équipements à acquérir / équipements de base, maintenance et services •Equipements d'endoscopie* •Petit matériel médico-chirurgical non stérile* •Serveurs* 	UNIHA	Resah IdF	UGAP	Unicancer Achats
	<ul style="list-style-type: none"> •Véhicules •Téléphonie mobile 	UGAP	UGAP		
CAT 2 : achats à regrouper à un niveau infra-national	<ul style="list-style-type: none"> •Médicaments, •Dispositifs médicaux, •Produits d'incontinence •Linge (habillement) •Alimentaire •Fournitures de bureau •Produits d'entretien •Déchets •Consommables de laboratoires, réactifs et services captifs •Fluides médicaux •Maintenance des ascenseurs •Economistes de la construction •Revue de contrats électricité 	UNIHA	Resah IdF	Groupement d'établissements (inter-régional, régional, départemental...) à créer ou à étendre	Unicancer Achats
CAT 3 : achats locaux	<ul style="list-style-type: none"> •Travaux de construction, •Maintenance d'équipement •achats ponctuels, ... 	Etablissement	Etablissement	Etablissement	Unicancer Achats

Le programme PHARE : unis pour progresser ensemble

