



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS,
DES FAMILLES, DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Instruction n° DGOS/FIP3/DSS/SD1A/2025/145 du 9 octobre 2025 relative à la mise en œuvre de la circulaire du Premier ministre du 23 avril 2025 relative à l'efficience et à la performance des établissements de santé

La ministre du travail, de la santé, des solidarités, des familles,
de l'autonomie et des personnes handicapées

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé (ARS)

Référence	NOR : TSSH2527137J (numéro interne : 2025/145)
Date de signature	09/10/2025
Emetteurs	Ministère du travail, de la santé, des solidarités, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées Direction générale de l'offre de soins (DGOS) Direction de la sécurité sociale (DSS)
Objet	Mise en œuvre de la circulaire du Premier ministre du 23 avril 2025 relative à l'efficience et à la performance des établissements de santé
Actions à réaliser	- Mise en place d'un suivi gradué des établissements sur la base d'un diagnostic régional par les ARS ; - Contractualisation d'ici fin 2025 avec les établissements de santé présentant les difficultés les plus significatives et/ou les leviers d'amélioration les plus matures ; - Veille sur le respect des délais réglementaires dans la transmission par les établissements de leurs états budgétaires.
Résultats attendus	- Contractualisation effective avant fin 2025 entre les ARS et les établissements ciblés ; - Redressement de la situation financière des établissements de santé de chaque région dans une logique annuelle et pluriannuelle.
Echéance	31 décembre 2027
Contacts utiles	Direction générale de l'offre de soins Sous-direction du financement et de la performance du système de santé Bureau de l'efficience des établissements de santé (FIP3) Mél. : cecile.dumon@sante.gouv.fr Direction de la sécurité sociale Sous-direction du financement du système de soins Bureau Établissements de santé et établissements médico-sociaux (SD1A) Mél. : charlotte.legresy@sante.gouv.fr

Nombre de pages et annexes	7 pages + 2 annexes (6 pages) Annexe I : Exemples d'indicateurs mobilisables pour apprécier la criticité de la situation financière des établissements et établir des cibles relatives aux objectifs financiers déclinés dans les contrats Annexe II : Exemples de leviers et indicateurs pouvant être intégrés aux contrats d'amélioration de la performance et de redressement des établissements
Résumé	La présente instruction dresse les modalités de pilotage de la démarche de performance et de redressement que les directeurs généraux des ARS doivent mettre en œuvre. Elle fixe en outre les orientations nationales de contractualisation des établissements de santé comme support d'atteinte des objectifs.
Mention Outre-mer	Les dispositions s'appliquent à l'ensemble des Outre-mer.
Mots-clés	Établissement de santé ; performance ; efficience ; agence régionale de santé ; contractualisation.
Classement thématique	Établissements de santé / Gestion
Texte de référence	Circulaire du Premier ministre du 23 avril 2025 relative à l'efficience et à la performance des établissements de santé
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Néant
Validée par le CNP le 3 octobre 2025 - Visa CNP 2025-61	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

La présente instruction s'inscrit dans la continuité de la circulaire du Premier ministre du 23 avril 2025 relative à l'efficience et à la performance des établissements de santé. Elle dresse les modalités de pilotage de la démarche de performance et de redressement que les directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) doivent mettre en œuvre. Elle fixe en outre les orientations nationales de contractualisation des établissements de santé comme support d'atteinte des objectifs. Il s'agit ainsi de déployer un programme de redressement pérenne des équilibres financiers, tenant compte des besoins des structures et des territoires.

* * *

La dégradation de la situation financière des établissements de santé depuis 2021 nous invite à déployer un dispositif de pilotage resserré, à l'instar des démarches d'ores et déjà initiées par plusieurs ARS.

Les dispositions de la présente instruction contribuent à l'objectif de retour à l'équilibre des établissements de santé à horizon de cinq ans. Elles ne préemptent pas les conclusions des rapports des missions d'inspection en cours sur le financement et l'efficience des établissements de santé qui permettront de compléter et d'enrichir la démarche proposée.

Cette démarche doit reposer sur un processus d'intervention graduée avec pour objectif la réalisation de gains d'efficience consubstantiels d'une amélioration du cycle d'exploitation des établissements de santé pour assainir leur situation financière. Ce dispositif a vocation à être ciblé sur les établissements en difficulté et une veille doit être réalisée sur l'ensemble du secteur.

Cette instruction s'inscrit enfin dans le contexte d'extinction complète des dispositifs de soutien introduits au titre de la crise sanitaire et qui sécurisaient les recettes d'activité des établissements de santé. Ainsi, en 2025, plus aucun établissement ne bénéficie de la sécurisation modulée à l'activité.

La présente instruction précise les éléments suivants :

- (i) Les attendus en matière de suivi régional des établissements de santé ;
- (ii) Les modalités de contractualisation d'ici la fin 2025 avec les établissements présentant les difficultés les plus significatives et/ou les leviers d'amélioration les plus matures ;
- (iii) Les appuis mobilisables en soutien de la démarche de performance et de redressement ;
- (iv) Les conditions d'un pilotage resserré de l'exécution.

* * *

I. Mettre en place un suivi gradué des établissements sur la base d'un diagnostic régional

Il est demandé à chaque agence régionale de santé de définir un plan d'action régional fondé sur un diagnostic de la situation financière des établissements de santé de la région. Cet état des lieux devra permettre de classer les établissements en difficulté selon la criticité de leur situation.

Pour les établissements publics et les établissements privés à but non lucratif (EBNL) du secteur ex-DG, cet état des lieux doit notamment se fonder sur les indicateurs listés en annexe I permettant d'apprécier la situation budgétaire et financière des établissements (i.e. cycle d'exploitation, tableau de financement, dettes fournisseurs, dettes fiscales et sociales).

Afin de vous outiller dans cette phase de diagnostic, un tableau de bord standardisé de détection des situations de fragilité de trésorerie, reprenant les données de la Direction générale des finances publiques (DGFIP), sera mis à votre disposition mensuellement par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)¹.

Pour les établissements publics, les directions régionales des finances publiques (DRFIP) peuvent vous appuyer pour constituer et étayer le diagnostic. Vous pouvez également saisir les missions régionales de conseil aux décideurs publics (MRCDP) qui leur sont rattachées, qui constituent des pôles d'expertises pluridisciplinaires sur des sujets complexes ou à forts enjeux sur l'ensemble du champ de compétence de la DGFIP (analyse financière et appui technique régional en matière de gestion comptable et financière des établissements publics de santé notamment).

Pour les établissements privés lucratifs et non lucratifs relevant du secteur ex-OQN, et dans l'attente de l'aboutissement des travaux qui permettront la remontée des comptes de ces établissements, il vous est demandé d'avoir une vigilance sur les établissements les plus en difficulté, notamment ceux exerçant une continuité de l'offre de soins dans des territoires fragiles.

Par ailleurs, au regard de la fragilité de certaines structures et des impasses de financement constatées, ce diagnostic doit être l'occasion d'identifier les risques pesant sur les projets d'investissement structurants de vos régions, qu'ils soient ou non portés par des établissements en difficulté à date.

L'identification d'un risque sur la soutenabilité du projet doit entraîner une démarche de sécurisation, reposant notamment sur une re-priorisation des financements régionaux et/ou sur l'étude de scénarii alternatifs (i.e. étalement du calendrier, redimensionnement du projet, modification des hypothèses financières). L'ANAP peut être mobilisée pour vous appuyer dans cette démarche. L'objectif est d'éviter une dégradation trop conséquente des ratios financiers des structures porteuses de ce type de projets, en particulier s'il s'agit d'établissement d'ores et déjà en difficulté.

¹ L'outil retient en priorité 10 indicateurs d'analyse de la situation de trésorerie des structures et notamment les données relatives à la trésorerie nette, les délais de paiement, les charges à payer, les restes à payer, les crédits que peuvent détenir les établissements au titre de la taxe sur la valeur ajoutée, les restes à recouvrer et leur rapport aux produits d'exploitation ainsi que le nombre de jours de stocks disponibles.

Ce travail relatif à l'investissement est mené en parallèle de la contractualisation conditionnant le versement des aides au redressement. Il fait notamment l'objet d'échanges avec l'administration centrale dans le cadre des stratégies régionales d'investissement organisées annuellement à l'automne.

Dans le cadre de la maîtrise de la masse salariale, les ARS doivent se montrer vigilantes aux dépenses liées aux personnels médicaux. Des épisodes récents ont mis en lumière des pratiques illégales de sur-rémunération, notamment dans des contextes de tension sur les ressources médicales. Ces pratiques, au-delà d'engager la responsabilité de l'ordonnateur et du comptable, génèrent des tensions dans la gestion du personnel et un risque en matière de soutenabilité budgétaire. Le respect de la norme en la matière est non seulement une question de conformité juridique, mais également un gage de gestion responsable et durable des ressources humaines du système de santé.

Sans se substituer au contrôle du comptable public, les ARS disposent de leviers pour réguler certaines pratiques de gestion. À titre d'exemple, il est attendu de l'ARS qu'elle étudie le recours par les établissements aux contrats conclus en application du 2° de l'article R. 6152-338 du Code de la santé publique (CSP) lors de l'évaluation intermédiaire du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) pour éviter les pratiques abusives (article R. 6152-340 du CSP). De même, il revient à l'ARS d'intervenir en cas de dépassement du plafond réglementaire des dépenses d'intérim constaté par le comptable (article L. 6146-4 du CSP). Plus récemment, l'instruction n° DGOS/RH5/2025/92 du 27 août 2025 est venue préciser le rôle des ARS dans le cadre de la refonte du régime d'indemnisation des astreintes, afin de garantir l'équilibre des projets de forfaitisation à l'échelle du territoire de santé.

II. Contractualiser en 2025 avec les établissements de santé présentant les difficultés les plus significatives et/ou les leviers d'amélioration les plus matures

En s'appuyant sur le diagnostic régional détaillé *supra*, il revient aux directeurs généraux d'ARS de définir les établissements devant bénéficier d'un soutien financier *ad hoc*, qu'il soit issu de crédits régionaux (Fonds d'intervention régional notamment) ou nationaux (enveloppe « redressement financier et performance »). À cet égard, il vous est demandé de **concentrer le soutien accordé sur les établissements présentant des difficultés financières structurelles** afin d'éviter tout saupoudrage et de constituer un réel effet levier sur l'amélioration de leur situation et favoriser la mobilisation de la communauté hospitalière.

- *La contractualisation est rendue obligatoire pour toute structure recevant une aide au titre de l'enveloppe « redressement financier et performance »*

L'enveloppe « redressement financier et performance » d'un montant de 235 M€, dont 200 M€ destinés aux établissements publics de santé et 35 M€ aux établissements privés à but non lucratif, a été répartie entre les ARS au regard de critères financiers et la délégation des crédits est intervenue sous la forme de crédits non reconductibles en première circulaire budgétaire pour 2025 (n° DGOS/FIP1/2025/83 du 25 juin 2025).

Dès lors que l'ARS, sur la base d'une analyse des ratios financiers et de l'identification des leviers mobilisables, décide de l'attribution d'une aide au titre du redressement financier et de la performance, celle-ci doit être adossée à un contrat d'engagement de l'établissement visant à l'amélioration de sa situation financière. **La signature du contrat doit intervenir préalablement au versement des crédits.**

Les ARS peuvent également contractualiser avec des établissements qui ne bénéficient pas de l'enveloppe « redressement financier et performance » et qui ne sont pas d'ores et déjà couverts par un plan de redressement si leur situation le nécessite, notamment s'ils bénéficient de manière récurrente d'aides en trésorerie pour des montants conséquents.

Les contrats ou plans de redressement existants au sens de l'article D. 6143-39 du CSP ou adossés à la dotation versée au titre de la restauration des capacités financières (article 50 de la Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021) peuvent être le vecteur de versement de l'aide au redressement et à la performance pour les structures déjà signataires. Il est dans ce cas demandé à chaque directeur général d'ARS de prévoir la signature d'un avenant à ces contrats pour y intégrer le dispositif établi par la présente instruction.

- *Finalité et durée du contrat*

Ces contrats, conclus pour une durée minimale de 3 ans pouvant aller jusqu'à 5 ans, doivent inscrire les établissements dans une **trajectoire de redressement structurel de leur situation financière**.

Le montant de l'aide accordée peut être stable ou dégressif sur la durée du contrat. Le rythme de dégressivité tient compte de la situation de l'établissement. Si un établissement revient à l'équilibre au cours de la mise en œuvre du contrat, il n'est plus éligible à l'appui financier reçu à ce titre.

Dans chaque contrat, il est inscrit le montant des aides pour la durée du contrat, avec un engagement ferme pour l'année n et une mention à titre indicatif, sous réserve de la disponibilité des crédits dans l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), pour les années suivantes.

- *Contenu des contrats*

Les contrats comportent deux types d'objectifs :

- **Des objectifs financiers permettant de décliner les cibles caractérisant le redressement structurel de l'établissement.** L'objectif est l'amélioration du cycle d'exploitation et de la capacité de l'établissement à autofinancer ses investissements, tout en sécurisant son fonds de roulement. L'annexe I propose une liste d'indicateurs avec un seuil de criticité ou une cible minimale relatifs aux équilibres, budgétaires et du tableau de financement, mais aussi certains indicateurs de bilan.
En complément, les contrats peuvent comporter des objectifs tels que le retour à un niveau réglementaire du délai de paiement des fournisseurs ou la reprise du paiement des cotisations sociales.
Pour les établissements publics, les DRFIP, en lien avec les comptables hospitaliers et les directions locales, peuvent vous accompagner dans la définition des objectifs.
- **Des objectifs correspondant aux leviers mobilisés par l'établissement, à court et moyen terme, pour redresser sa situation financière.** L'annexe II propose une liste de leviers pouvant être mobilisés à cet effet ainsi que des propositions d'indicateurs associés. Non exhaustive, cette liste vise à identifier des pistes actionnables en fonction des activités assurées par les établissements (chirurgie, urgences...), des enjeux les plus critiques (baisse durable de l'activité, dépendance à l'intérim...) et des spécificités de leur environnement (proximité d'autres offreurs de soin, opportunités de mutualisation de plateaux techniques, équipes territoriales...).

Pour les établissements ayant bénéficié d'un appui 360, ces objectifs pourront reprendre tout ou partie des recommandations formulées par l'ANAP.

L'atteinte de cibles d'amélioration sur des indicateurs mesurables, *a minima* annuellement, pourra chaque année conditionner le niveau d'allocation par l'ARS des crédits contractualisés. L'appréciation des actions engagées par les établissements, et notamment la mobilisation des leviers identifiés dans les contrats avec l'ARS (et le cas échéant dans le cadre d'appuis 360 de l'ANAP), passera par une analyse à la fois quantitative et qualitative.

Au regard des délais contraints pour établir les contrats avant la fin de l'exercice 2025, il vous est recommandé de faire porter la contractualisation sur un socle resserré de leviers mobilisables à court terme, qui pourront être étoffés dans un second temps.

Les enjeux de gestion de la trésorerie doivent notamment être intégrés dès lors que les indicateurs de gestion des stocks, de délai global de paiement fournisseurs ou de délais de facturation AMO ne sont pas dans les intervalles de bonne gestion identifiés dans le tableau de bord proposé par l'ANAP. Les premiers résultats doivent pouvoir être constatés dès 2026.

Il est par ailleurs demandé aux ARS que le versement des aides en trésorerie qu'elles accordent n'intervienne désormais qu'après vérification du dépôt ponctuel des plans prévisionnels de trésorerie et états budgétaires et financiers (EPRD, DM, RIA, CF) par l'établissement ainsi que l'atteinte de cibles en matière de bonne gestion de la trésorerie (nombre de jours de stocks, existence d'un crédit de TVA mobilisable, taux d'exhaustivité PMSI et délai de facturation FIDES adéquat...) et ce, dès l'année 2026.

La contractualisation pourra également être étendue aux enjeux d'organisation inter-établissements, en identifiant des leviers d'efficience **sous le prisme de l'équilibre entre offre et demande sur un territoire sans exclure d'éventuelles restructurations, notamment à la maille des groupements hospitaliers de territoire (GHT)**. Ainsi les enjeux de mutualisations des fonctions médico-techniques, d'articulations des organisations soignantes, d'appui technique et l'organisation du support inter-établissements sont autant de leviers d'efficience et de redressement qui peuvent être intégrés aux contrats sur la durée. Il est également nécessaire que la recherche d'une organisation efficiente sur le territoire prenne en compte le renforcement de la coopération ville-hôpital et avec le secteur médico-social, notamment pour favoriser l'accès aux soins les plus pertinents.

- *Modalités de suivi des contrats*

Il est demandé aux ARS de déterminer la récurrence de l'évaluation des cibles fixées aux établissements en retenant *a minima* l'atteinte des premières cibles dès l'année 2026. Un dialogue entre l'ARS et l'établissement doit intervenir dans les six mois après la signature des contrats ou des avenants aux contrats existants, le cas échéant dans le cadre du processus de dialogue de gestion. Ensuite, un échange *a minima* annuel devra avoir lieu entre l'ARS et l'établissement concerné.

La mise en œuvre des contrats et plus globalement le déploiement des démarches régionales de performance et de redressement feront l'objet d'un dialogue stratégique annuel entre chaque ARS, la DGOS et la DSS. Le premier de ces échanges visera notamment le partage du diagnostic réalisé par les ARS et de leur plan d'action.

III. Apporter un appui à la démarche de performance et de redressement des établissements de santé

Les ARS sont en charge de l'animation globale de la démarche de performance et de redressement des établissements de santé au sein de leur région. À ce titre, elles contribuent à la diffusion des bonnes pratiques identifiées sur les territoires et appuient les établissements en mobilisant, notamment, les outils développés par l'ANAP.

L'ANAP assure pour sa part, à travers son site internet, la diffusion des bonnes pratiques et des contenus relatifs aux innovations organisationnelles ainsi que des référentiels disponibles pour les établissements, qu'il convient d'encourager les établissements à mobiliser. Elle organise aussi des échanges sous forme de webinaires monothématiques gratuits et réguliers et qui sont autant de ressources pour la démarche de redressement financier.

L'ANAP déploie également un dispositif d'appuis collectifs ou individuels aux établissements, sur diverses thématiques (optimisation de la chaîne admissions-facturation-recouvrement, chirurgie et la médecine ambulatoires, développement de l'hospitalisation à domicile, organisation des secrétariats médicaux, les transports sanitaires, blocs opératoires, plateaux d'imagerie et de biologie, gestion optimisée des capacités, etc.). Cette offre doit s'adapter aux besoins exprimés tant par les ARS que par les établissements.

Il est rappelé que ces accompagnements peuvent être, sur demande conjointe de l'établissement et de l'ARS, complétés par des interventions directes en établissement. Ces appuis individuels doivent être mobilisés de manière à cibler les établissements les plus en difficulté.

En complément, le dispositif d'appui 360 de l'ANAP continue d'être une ressource pour les agences dans l'audit des établissements les plus fragiles. Il est demandé aux agences régionales de santé de s'assurer de la mise en œuvre des recommandations qui peuvent être formulées dans le cadre de ces appuis.

Le réseau de la DGFIP apporte enfin un appui aux établissements publics de santé en matière de performance financière. Il peut les accompagner dans le suivi et la gestion active de leur trésorerie, l'amélioration du recouvrement, la dématérialisation de certains processus, la conformité fiscal-social ou la mise à disposition de moyens de paiement. Au niveau local, les trésoreries hospitalières et les équipes des directions départementales peuvent offrir à chaque établissement concerné un accompagnement renforcé, formalisé par une convention de partenariat.

IV. Conditions relatives au pilotage resserré de l'exécution budgétaire

La remontée des comptes financiers 2024 des établissements ex-DG fait apparaître, pour une part non négligeable de ces établissements², des délais de transmission tardifs au regard de la réglementation. Celle-ci impose en effet une remontée au plus tard le 8 juillet de l'année suivant la clôture³. Or, l'arrêt et la transmission des comptes financiers par le biais de l'application informatique des comptes publics Hélios et de la plateforme Application Nationale Compte financier Rapport infra-annuel EPRD (ANCRE) sont indispensables à l'allocation nationale de certains crédits, notamment les aides en trésorerie et l'enveloppe redressement financier et performance. L'accélération du calendrier budgétaire national comme le suivi des contrats de redressement financier nécessitent donc une transmission aux tutelles de son compte financier par l'établissement dans les délais réglementaires.

Vous veillerez donc désormais, à compter de la réception de la présente instruction, à ce que les établissements du secteur ex-DG puissent se conformer à ces délais réglementaires. Tout dépassement de ce délai devra vous être expressément justifié.

Je vous remercie pour votre implication et vous invite à tenir informés les bureaux concernés de la DGOS et de la DSS de toute difficulté rencontrée dans la mise en œuvre de cette instruction.

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale,



Sophie LEBRET

Pour la ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,



Marie DAUDÉ

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,



Pierre PRIBILE

² Les données remontées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation en date du 11 août 2025 montrent ainsi que seuls 84,5 % des établissements ex-DG avaient à cette date validé leurs données.

³ Article R. 6145-47 du CSP.

EXEMPLES D'INDICATEURS MOBILISABLES POUR APPRÉCIER LA CRITICITÉ DE LA SITUATION FINANCIÈRE DES ÉTABLISSEMENTS ET ÉTABLIR LES CIBLES RELATIVES AUX OBJECTIFS FINANCIERS DÉCLINÉS DANS LES CONTRATS

La gradation de la criticité des situations des établissements de vos régions en plusieurs groupes, mais également les seuils de criticité/cibles minimales à atteindre peuvent être établis sur la base d'un ou plusieurs indicateurs présentés ci-dessous.

- **Indicateurs d'équilibre :**

- budgétaire :
 - résultat du budget principal < 0 , résultat du budget consolidé < 0
 - taux de déficit $< 2\%$ des produits ou taux de déficit $< 3\%$ des produits du résultat principal¹
 - marge brute hors aides $< 6\%$, marge brute aidée $< 8\%$ sur le budget principal
 - Capacité d'autofinancement (CAF) $< 2\%$ des produits, toutes activités confondues
 - CAF nette < 0 toutes activités confondues
- tableau de financement :
 - prélèvement en fonds de roulement continu sur les 3 dernières années

- **Indicateurs bilantiels :**

- Fonds de roulement < 0
- Fonds de roulement net global ≤ 5 jours
- Délai global de paiement $> 50, 70$ ou 90 jours

Une CAF nette ou un fonds de roulement négatif devront continuer de constituer des signaux d'alerte dans vos appréciations de la situation. Votre focale portera par ailleurs en premier lieu sur le budget principal, même si la situation d'autres budgets déficitaires pourra être également intégrée à la démarche de redressement.

¹ Dans les conditions de l'article D.6143-39 du Code de la santé publique.

Annexe II

EXEMPLES DE LEVIERS ET INDICATEURS POUVANT ÊTRE INTÉGRÉS AUX CONTRATS D'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE ET DE REDRESSEMENT DES ÉTABLISSEMENTS

Thématiques	Sous-thématiques	Description	Indicateurs
Activité	Consultations	Étudier le développement de la télémedecine, l'occupation des box, la gestion des vacations et des prises de rendez-vous	
	Bloc opératoire	Piloter l'optimisation de l'utilisation des blocs : taux d'occupation, taux d'utilisation des vacations au bloc, analyse des démarrages tardifs et précoces	- Taux d'occupation - Taux d'utilisation des vacations au bloc (TROS/TVO) - Nombre et durée de démarrage tardifs/salle dans le mois - Nombre d'ICR par salle
		Étudier l'adéquation entre l'ouverture des salles et les plannings des équipes, adapter les capacités d'accueil aux variations saisonnières	
	Chirurgie ambulatoire	Identifier le potentiel de chirurgie ambulatoire, déployer les protocoles RAAC en fonction des recommandations des sociétés savantes	- Taux de chirurgie ambulatoire - Taux de chirurgie ambulatoire forain - Taux de rotation des places ambulatoires
	Médecine ambulatoire	Développer la médecine ambulatoire sur un plateau d'HDJ mutualisée avec une organisation adaptée, une coordination des personnels performante et un agenda patient optimisé	- Taux de médecine ambulatoire - Taux de médecine ambulatoire forain - Taux de rotation des places ambulatoires
	SAU	Protocoliser l'aval des urgences, développer les entrées directes, protocoliser les orientations et les transferts entre établissements d'un même territoire	- Évolution de l'activité en nombre de passages aux urgences - Temps de passage aux urgences > 5h - Part des entrées HC réalisées via les urgences - Taux d'hospitalisation aux urgences
	Maternité	Développer l'hospitalisation de jour en obstétrique, en lien avec le parcours mère-enfant Étudier les possibilités d'une offre hôtelière personnalisée	- Taux d'ambulatoire en obstétrique
	HAD	Élaborer et poursuivre une stratégie de recours renforcé à l'HAD	- Taux de transfert HAD (pourcentage de sorties en HAD pour les séjours MCO ou en sortie d'urgence)

	Imagerie	Optimiser l'usage des équipements d'imagerie : adéquation des vacations avec les besoins (plages publiques/privées) et les plannings ; travail sur l'adressage interne et externe	- Évolution du nombre d'exams par scanner, IRM, radiologie - Délai d'obtention de rendez-vous (en interne/en externe ; patient hospitalisé/ externe)
		Développer une politique de pertinence de prescription : protocole prescripteurs et service d'imagerie, rappels réguliers des bonnes pratiques de prescription	- Nombre de protocoles entre services prescripteurs et service d'imagerie - Coût d'UO en imagerie
		Étudier l'opportunité de mutualisation territoriale des équipes et des équipements dans une logique de gradation et de spécialisation	
	Biologie	Optimiser l'usage du laboratoire de biologie, en termes de délais de rendu, de coût du B, et de pertinence des exams. Sur ce dernier point, mise en place de politiques de prescription par services d'exams de biologie par services sur certains actes (ex. : exams immuno-hématologiques) en lien avec les recommandations des sociétés savantes	- Délai moyen de rendu d'exams - Nombre de protocoles de services prescripteurs - Coût du B
		Étudier la possibilité de mutualisation des analyses de biologie à l'échelle de plusieurs établissements ou d'un GHT	
	Autres (stérilisation, blanchisserie...)	Étudier les possibilités de mutualisation inter-établissements	Coût d'UO
Circuit du médicament	Gestion des médicaments	Améliorer la gestion des médicaments (pertes et gestion des stocks), prévenir les pertes et renforcer la conciliation médicamenteuse	- Nombre de jours de stocks (proche de 21 jours)
		Étudier la fiabilité et la robustesse des processus de remontée du FICHCOMP (liste en sus)	
Coopération territoriale	Diagnostic territorial	Étudier les taux de fuite par activité et l'évolution de l'activité MCO de chaque établissement sur la zone de recrutement vs. l'évolution de l'activité MCO totale sur la zone de recrutement	- Taux de fuite par activité - Évolution de l'activité MCO sur la zone de recrutement / activité MCO totale sur la zone de recrutement
		Étudier la répartition des offres de consultations spécialisées et proposer des parcours pertinents à l'échelle du GHT	
		Veiller au bon usage des outils de recherche et d'adressage (ex. : trajectoires pour le SMR)	
	Coopération	Étudier l'opportunité de fédérations médicales interhospitalières et équipes territoriales sur certaines filières	

		Mettre en place des échanges réguliers avec les prescripteurs de ville, avec les CPTS	
Gestion des lits	Gestion des lits	Suivi de l'occupation des lits, en interne et au niveau territorial, si besoin en recourant à des dispositifs dédiés (ex. : cellule de gestion des lits)	- Taux d'occupation et de rotation (MCO, Psy et SMR) - Évolution de l'IP-DMS MCO-SMR
	Capacitaire	Ajustement du capacitaire à l'activité, en tenant compte des variations saisonnières	- Taux d'occupation et de rotation (MCO, Psy et SMR) - Évolution de l'IP-DMS MCO-SMR
	Gestion des sorties	Envisager les sorties d'hospitalisation le matin en les anticipant au maximum	
Achats	Achats	Interroger l'opportunité de la massification des achats du GHT auprès des centrales nationales ou régionales	- Taux de massification des achats
		Poursuivre la démarche de mutualisation (ex. : convergence des marchés) à l'échelle du GHT	- Taux d'achats groupés
	Stocks	Assurer un suivi et une gestion optimisée des stocks, prévenir les péremptions et procédures de dépannage entre établissements d'un GHT	- Nombre de jours de stocks (cible 28 jours)
	Développement durable	Réduire les consommations d'énergie par un plan de réductions des consommations énergétiques (comptage, diagnostic technique) et lutter contre le gaspillage alimentaire	
Ressources humaines	Intérim et absentéisme	S'assurer d'un suivi renforcé du recours à l'intérim et de l'absentéisme	- Évolution des dépenses d'intérim médical et paramédical - Taux d'absentéisme - Taux de remplacement de l'absentéisme
	Adaptation à l'activité	Réviser et ajuster le temps de travail, les maquettes et l'organisation des équipes médicales, soignantes et administratives en lien avec l'activité	
		Envisager la mise en commun des équipes médicales et paramédicales à l'échelon territorial	
	Secrétariats médicaux	Étudier les possibilités de rationaliser, mutualiser et de digitaliser une partie des tâches administratives avec des outils numériques (DPI, reconnaissance vocale, IA...)	- Taux de décroché - Délais de frappe et de compte-rendu

Chaîne AFR (facturation - recouvrement)	Facturation	Évaluer la fluidité et l'efficacité des admissions et de la facturation : outils de pilotage (ex. : outils décisionnels, paramétrage régulier de la GAP), préadmissions, spécialisation des profils et des parcours des équipes, accès à des formations régulières sur les règles de codage, coordination entre bureaux des admissions-DIM, poursuite du dispositif ROC	- Taux de rejet des factures AMO (FIDES) - Délai moyen de facturation des ACE > 45 j - Taux d'exhaustivité PMSI < 80j
		Évaluer de manière infra-annuelle le rythme de facturation sur la part reste à charge, l'activité externe (au fil de l'eau) et les produits inter-établissements (trimestrielle avec au besoin un mécanisme de régularisation), le prix de journée EHPAD-USLD (mensuelle à échoir, dépôt de garantie, saisine anticipée du JAF)	
		S'assurer d'une stratégie claire d'optimisation de certaines facturations (ex. : chambres particulières)	
	Codage de l'activité	S'assurer de la qualité et de l'exhaustivité du codage des séjours en T2A par un plan de contrôle qualité, l'IA, des prestations externes	
		Mettre en place de processus spécifiques de codage des ACE sur les activités les plus à risque (ex.: urgences)	
	Recouvrement	Évaluer de manière infra-annuelle les restes à recouvrer en lien avec le comptable public, en formalisant les relations par une convention de partenariat	- Évolution des RAR hors caisse pivot - Taux de RAR sur produits d'exploitation
		Suivre les admissions en non-valeur	- Évolution des admissions en non-valeur
Trésorerie	Pilotage	Piloter mensuellement la trésorerie en s'appuyant sur les outils réglementaires (ex. : plans de trésorerie)	
		Étudier la nécessité de dispositif de mandatement d'office en deçà d'un certain seuil	
		Paiement à 50 jours des fournisseurs (lorsque DGP<50 jours)	
	Outils	Étudier les possibilités réglementaires de marge de manœuvre (ex : mutualisation intra-GHT, financements <i>ex ante</i> des investissements portés au titre du GHT...)	
Numérique	Systèmes d'information	Finaliser le déploiement du DPI, améliorer les interfaces, rationaliser le schéma SI, déploiement d'outils de pilotage globaux, outils de comptabilité analytique	

Qualité	CAQES	Le cas échéant, déployer et suivre les engagements CAQES en lien avec la CME et les pôles	
	IFAQ	Suivre les indicateurs IFAQ, mettre en place les actions correctrices ciblées	