



PHARE

Performance hospitalière
pour des achats responsables



« **Equipement de médecine et d'imagerie hors
coupe** »

ARMEN vague 4

Livrable court

Composition du groupe

Frédéric CHAPON (FC) - Membre

•Ingénieur Biomédical – CH Montélimar

Alexandre NOUHAUD (AN) - Membre

•Ingénieur Biomédical – CH Châteauroux

Camille GROSSO (CG) - Membre

•Chargé de mission « méthode et organisation »
- Cliniques VEDICI

Christelle LEMAITRE (CL) - Membre

•Cadre de santé – CHPC Cherbourg

Elisabeth AMBADIANG (EA) - Membre

•Ingénieur Biomédical – CH Arles

Emmanuelle SOCNINI (ESO) - Membre

•Acheteur, ingénieur biomédical - UGAP

Eric SALGUES (ESA) - Membre

•Acheteur, ingénieur biomédical – CHU Toulouse

Jennifer NATAN (JN) - Membre

•Ingénieur Biomédical - CH Montauban

Lambert HADROT (LH) - Membre

•Ingénieur Biomédical – CH du Puy en Velay

Nathalie GIOT (NG) - Membre

•Cadre de santé – CHPC Cherbourg



PARRAIN

Pr Olivier JONQUET
Président de CME
CHU Montpellier

LEADER

Arnaud CARVAL
Ingénieur
Biomédical
GAM

ASSISTANT

Bruce BENZAKEN
Assistant DGOS



Direction générale de l'offre de soins



Les équipements de médecine et d'imagerie hors coupe : un segment vaste regroupant plusieurs grandes familles



Equipement de médecine

- Dispositif réchauffement/froid
- Perfusion
- Traitement des plaies
- Dialyse aigüe
- Dialyse chronique
- Traitement d'eau
- ECMO
- Polysomnographe
- Monitoring
- Ventilation

10 Grandes familles retenues
pour 32 équipements principaux

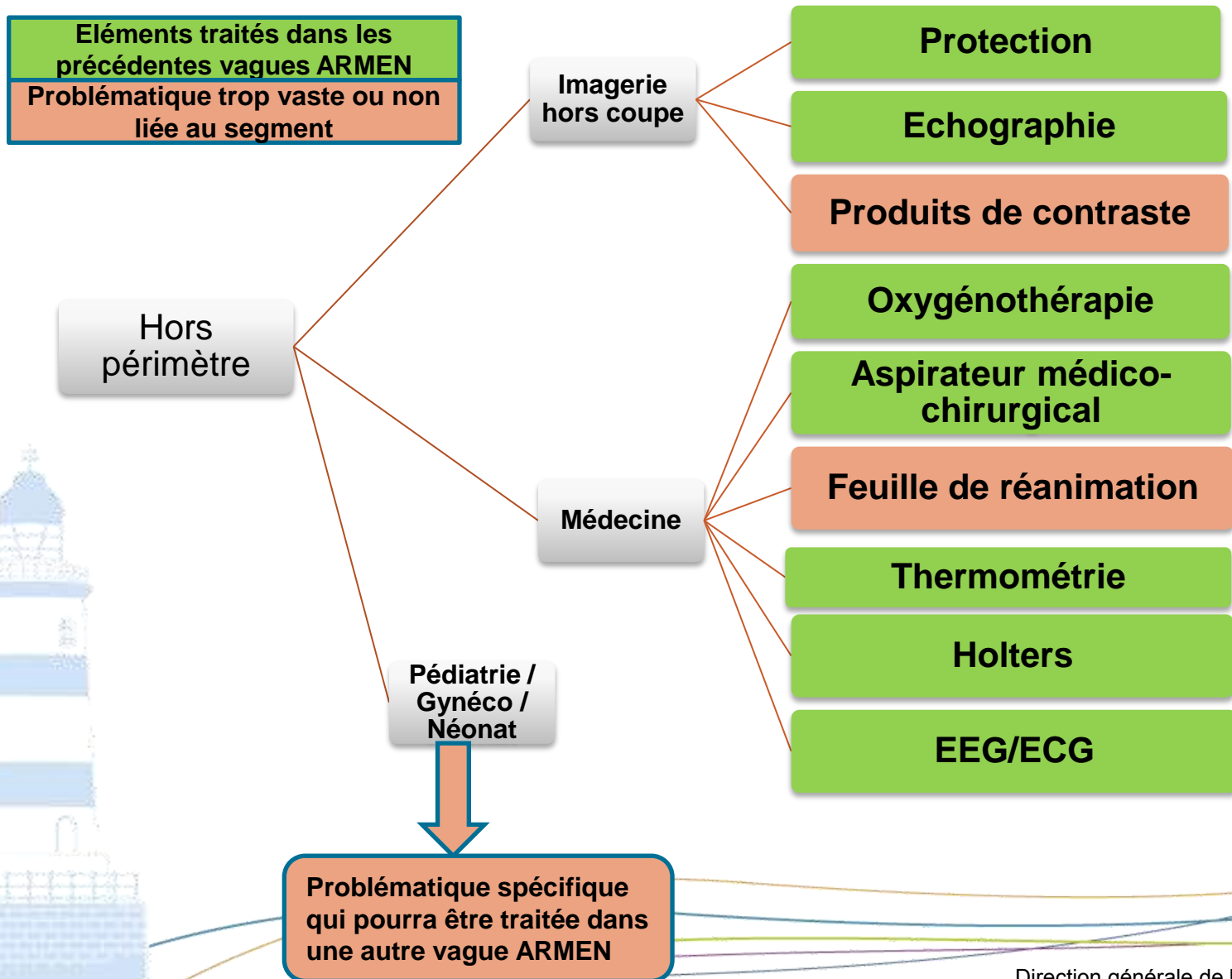


Equipement d'imagerie hors coupe

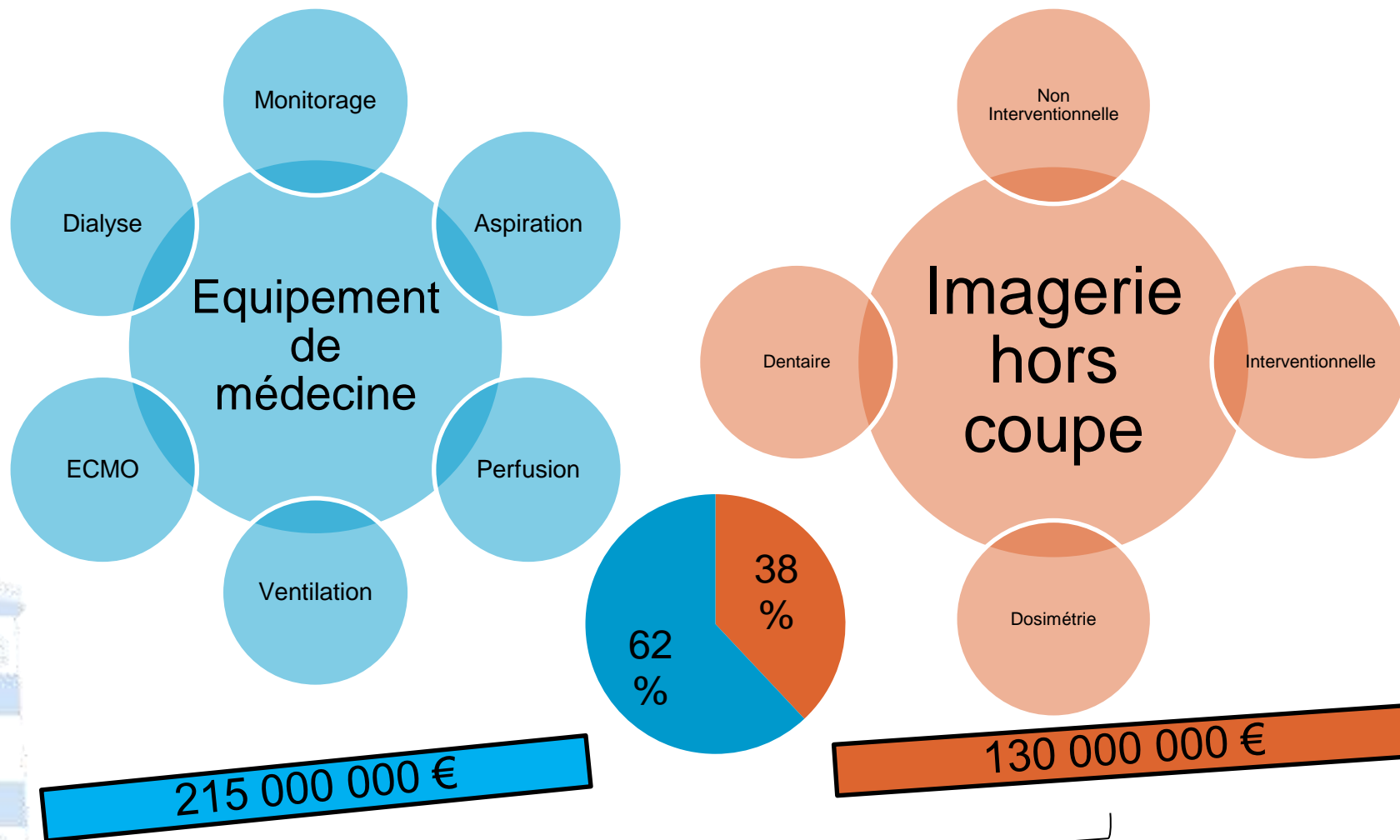
- Dentaire
- Dosimétrie
- Interventionnel
- Non interventionnel

4 Grandes familles retenues
pour 16 équipements principaux

Éléments hors périmètre



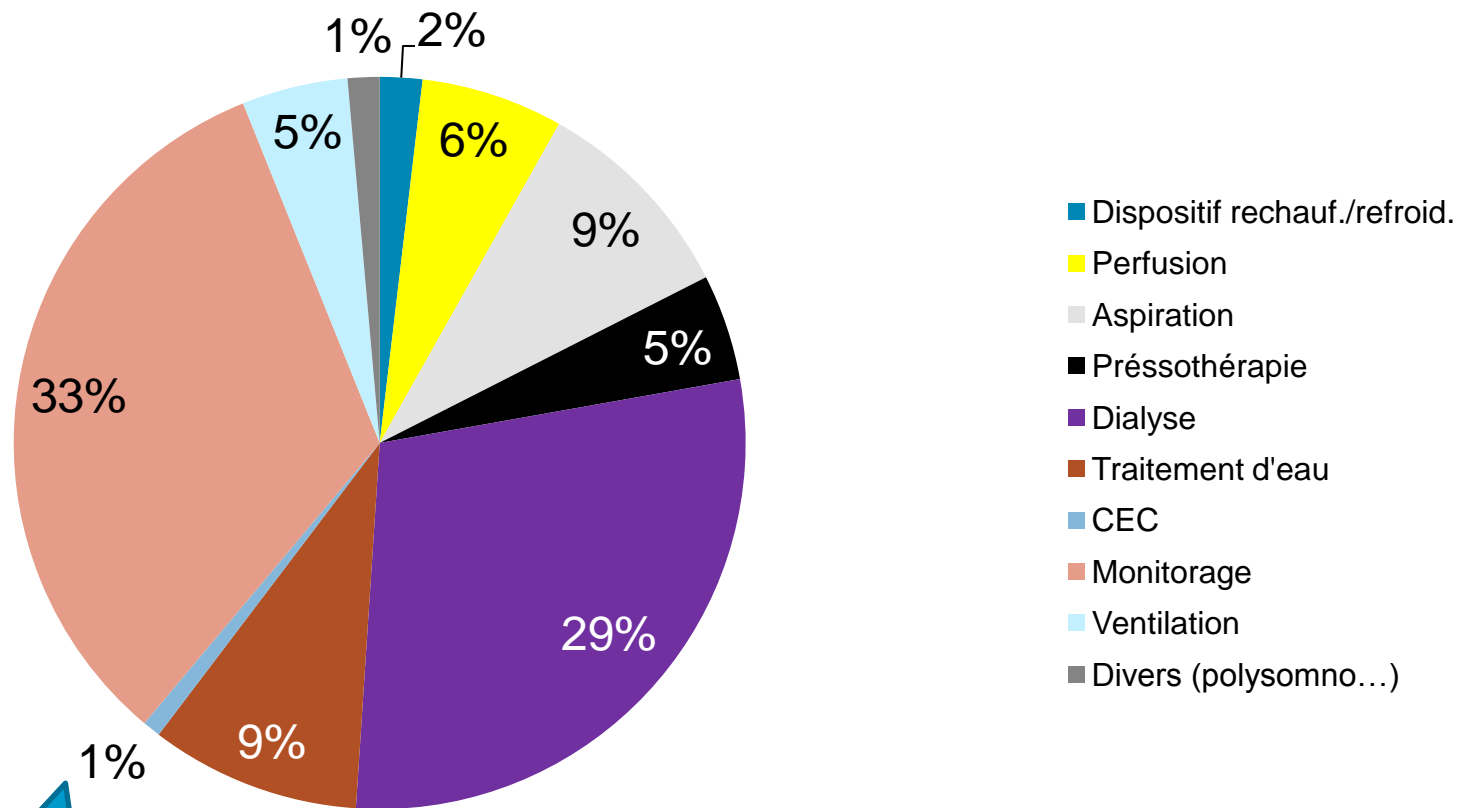
Un périmètre extrêmement large, avec un poids important pour les équipements de médecine (62%)



*sources DGOS / groupe de travail (chiffres privés-publics, sàv inclus)

Les deux tiers des dépenses liées aux équipements de médecine sont consacrés à la dialyse et au monitoring

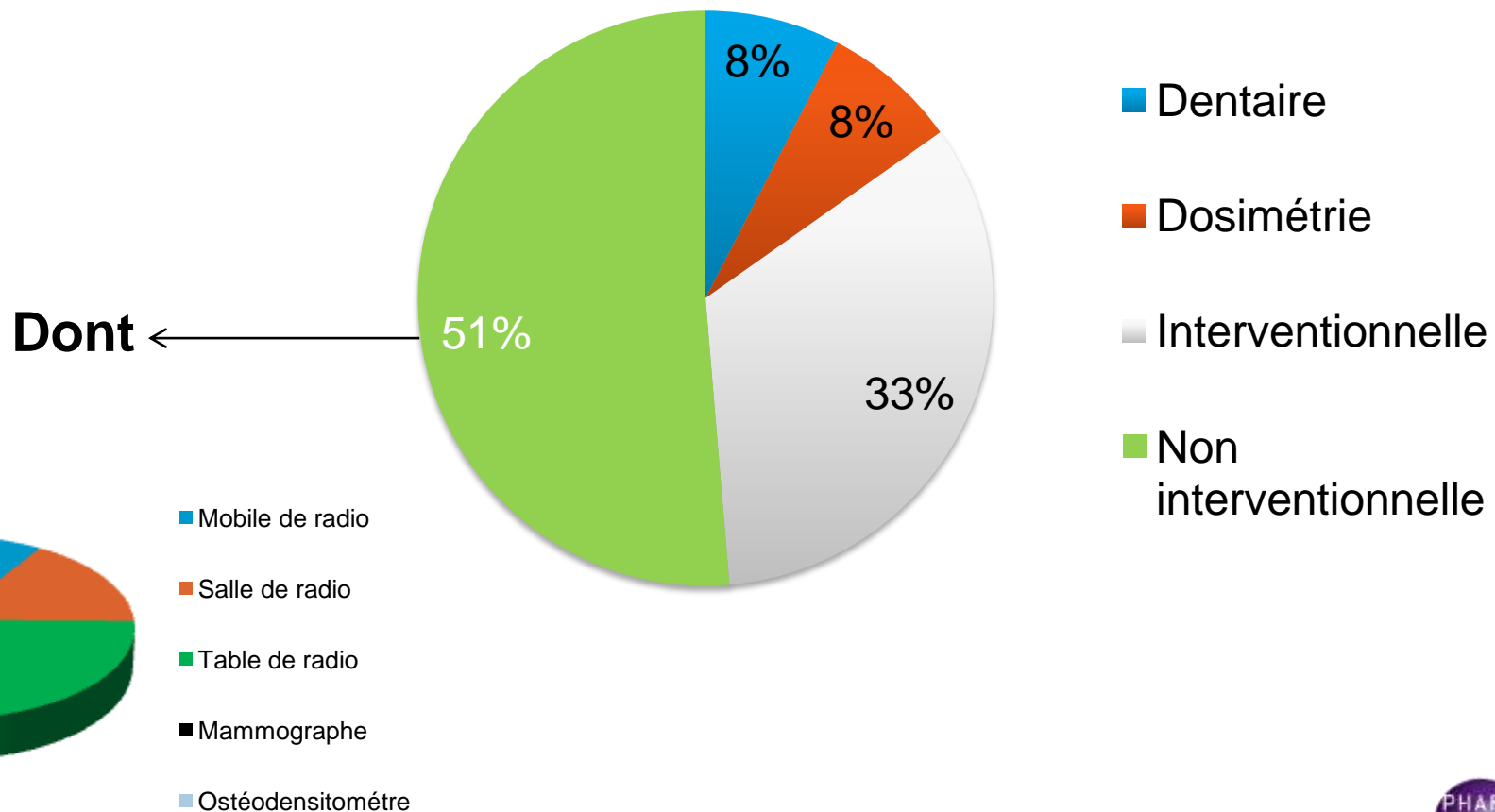
Equipements de médecine



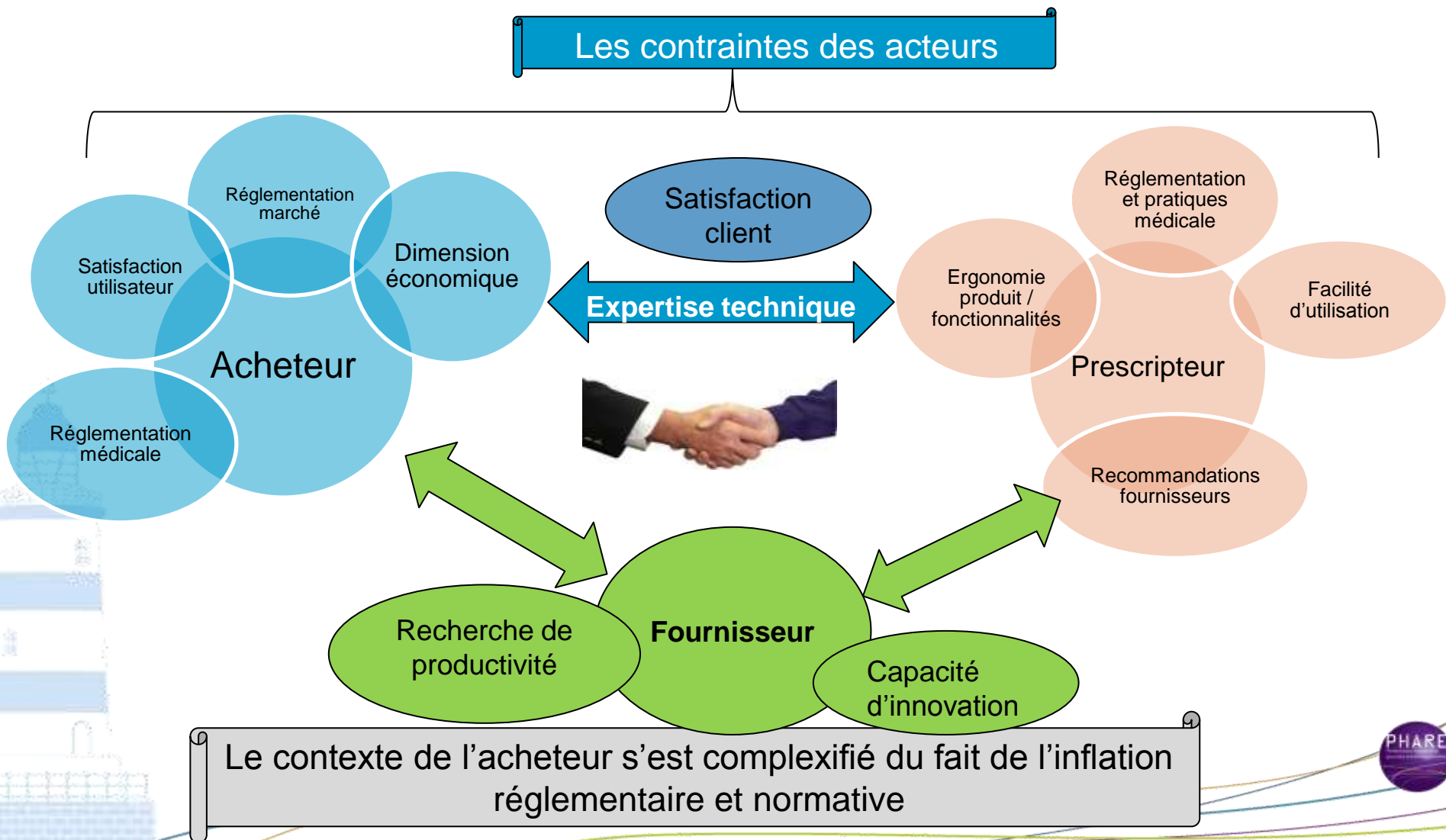
2/3 des dépenses
représentées par le
monitorage et la dialyse

L'imagerie non interventionnelle représente quant à elle 50% des dépenses

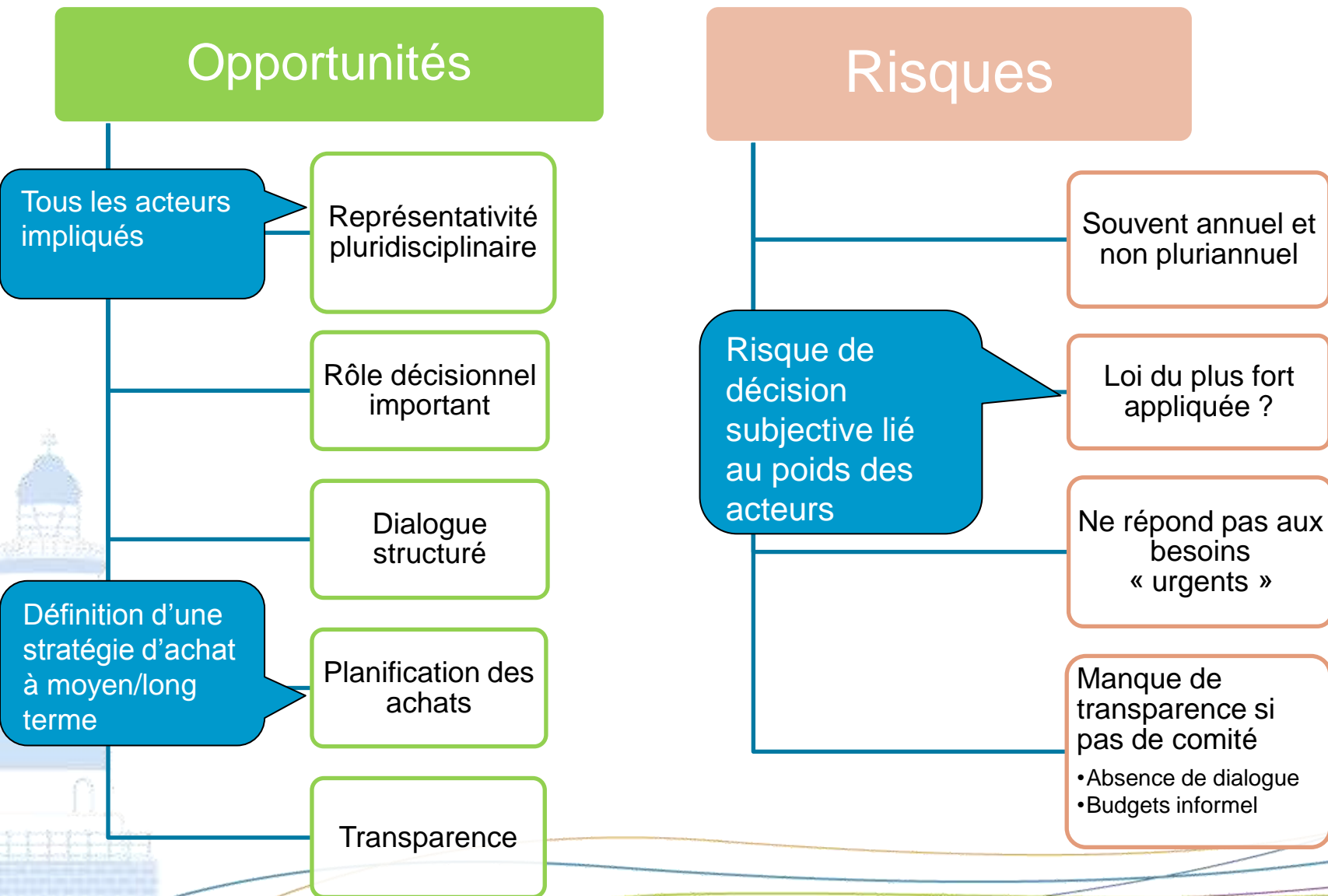
Part des dépenses



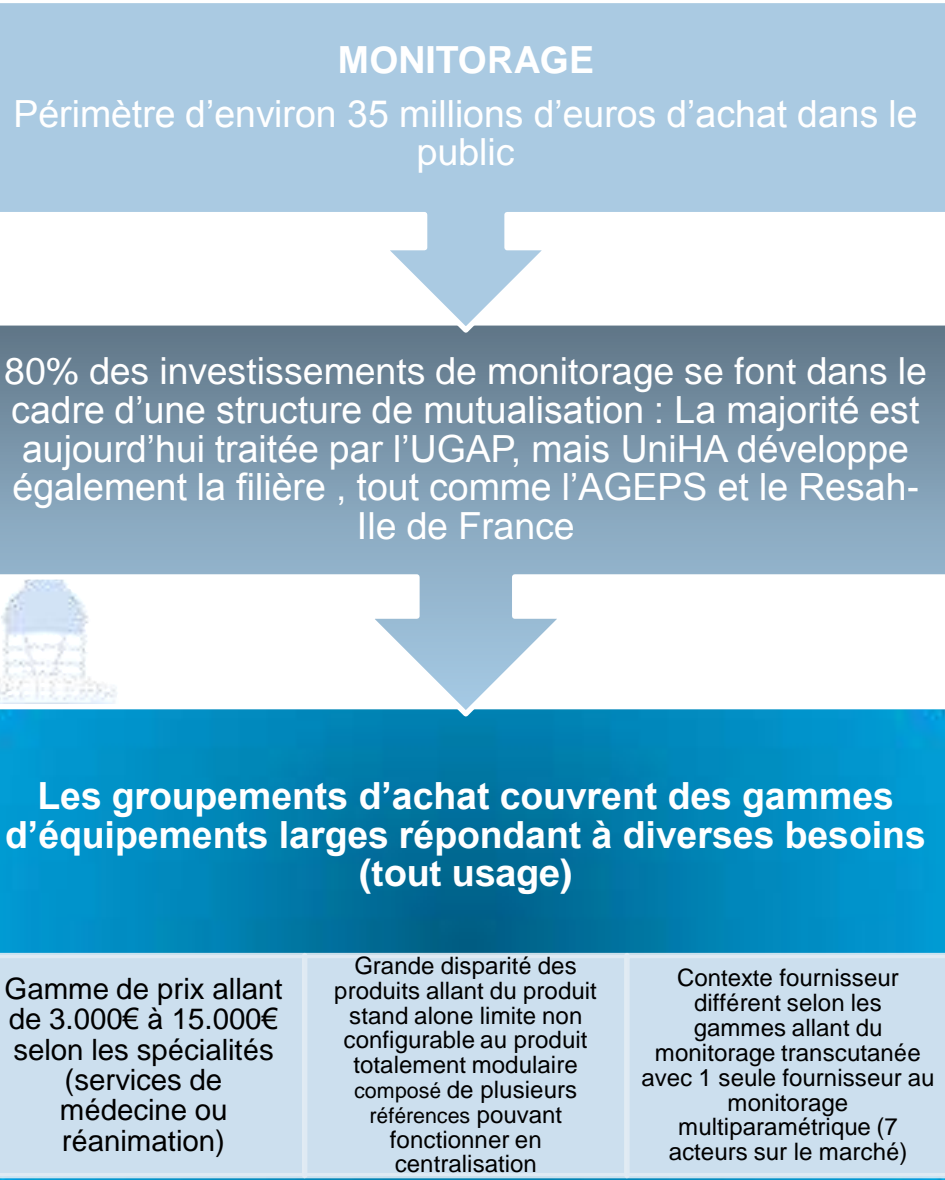
Les contraintes de l'acheteur sont fortes : elles nécessitent un dialogue renforcé avec les prescripteurs et les fournisseurs



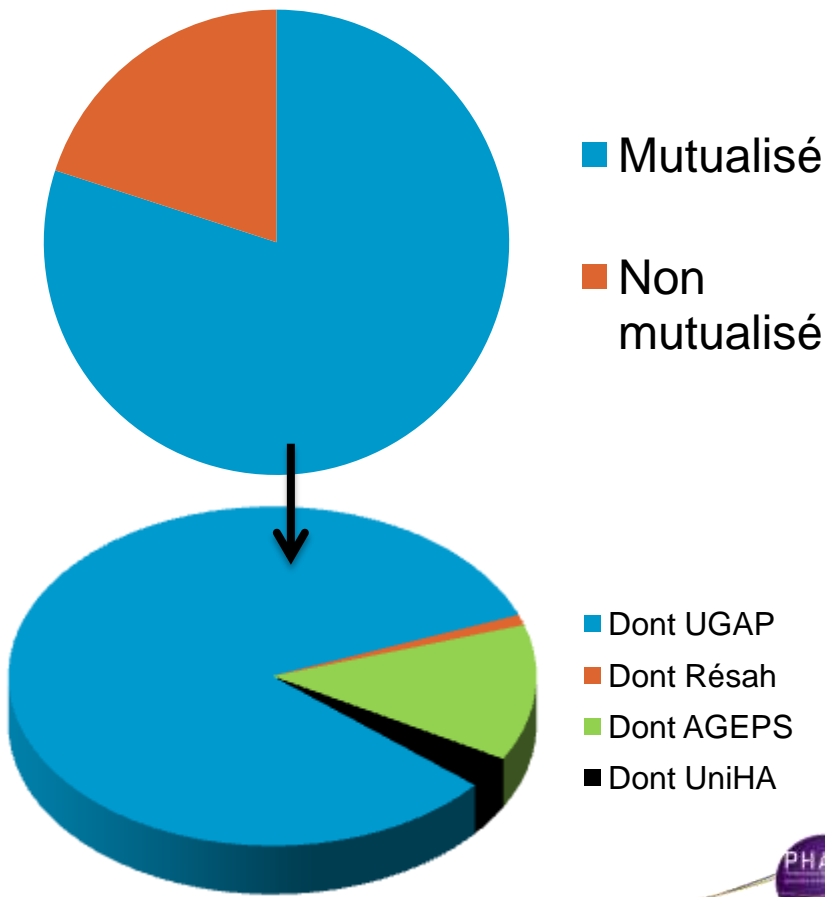
L'existence de comité du matériel permet une planification des achats et une structuration du dialogue acheteur prescripteur



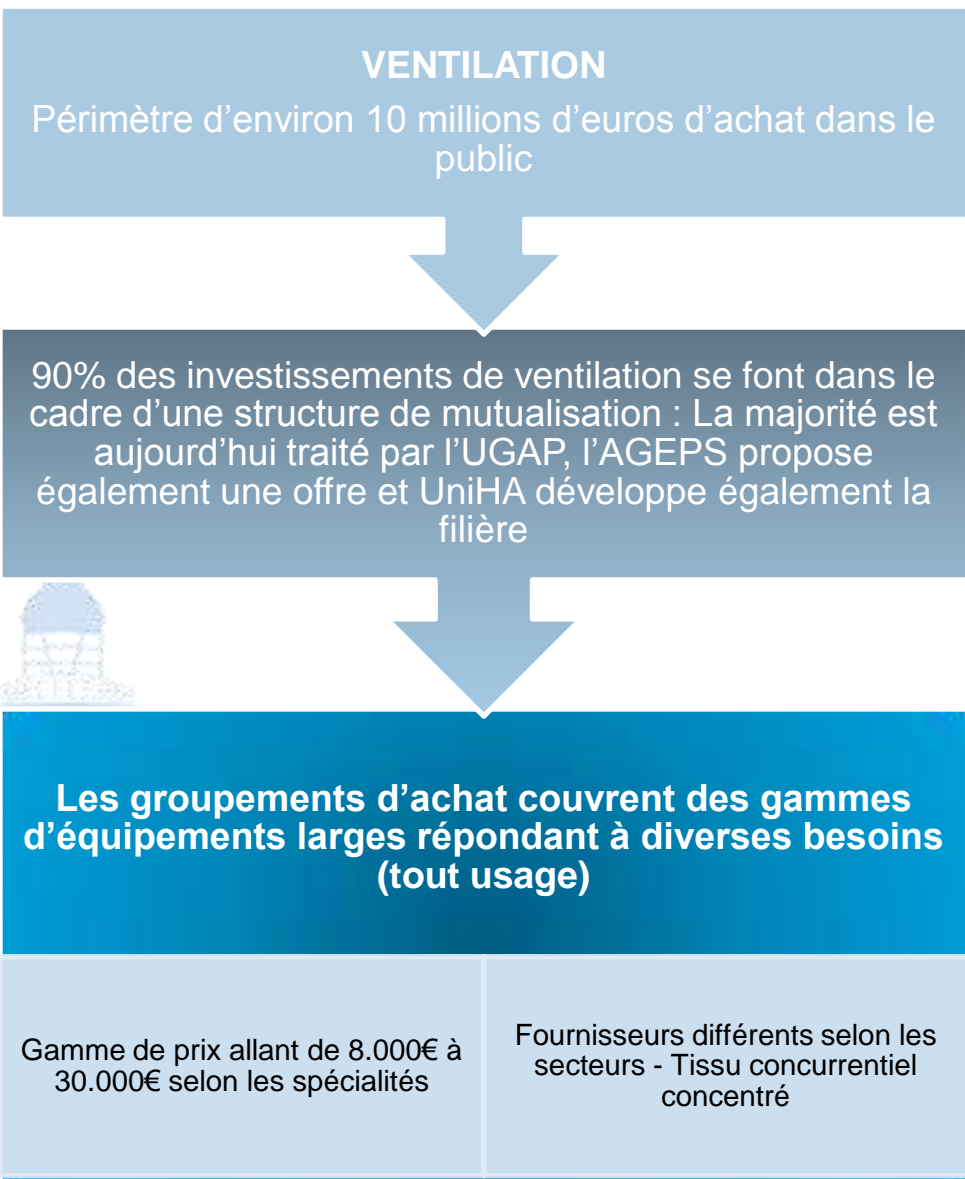
La part de mutualisation sur le marché du monitoring est très avancée, elle atteint 80%



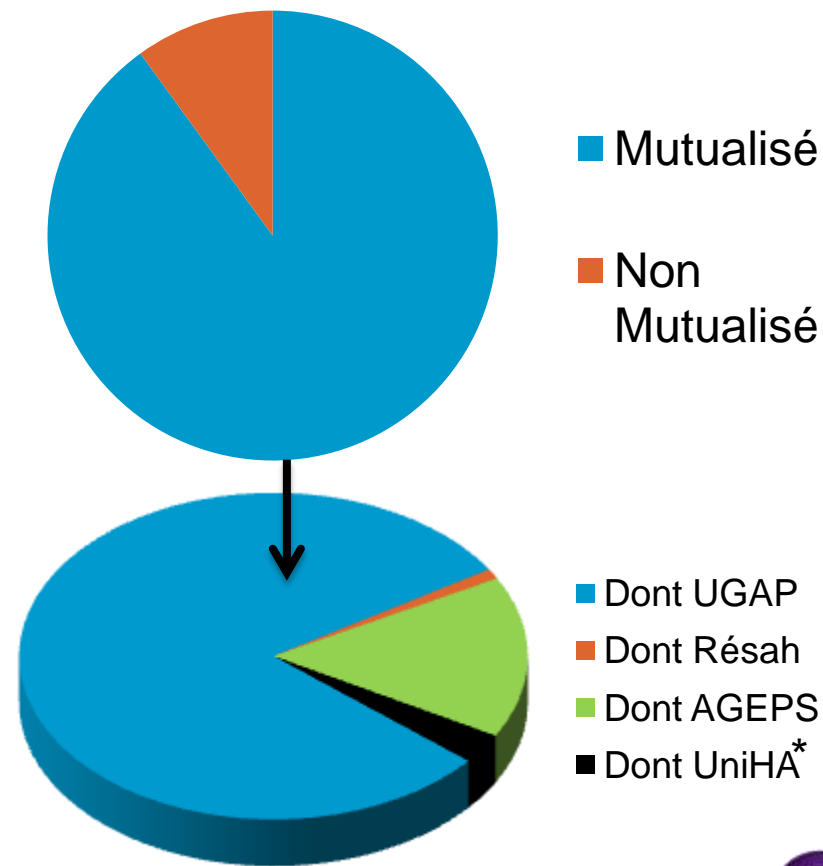
Part de la mutualisation pour le monitoring



Comme pour le monitoring, l'achat de matériel de ventilation est majoritairement mutualisé



Part de la mutualisation de la ventilation



*Prévu pour 2015

L'imagerie hors coupe coupe est un segment où le travail de mutualisation est complexe, mais il existe des opportunités et la moitié des gains reste à capter

Offres de mutualisation disponibles malgré un travail de massification complexe

Offre UGAP

- 50% du marché du non interventionnelle
- 60% du marché de l'interventionnelle

Offre UNIHA

- 10% du marché sur le non interventionnelle
- Lancement en 2015 d'une offre sur l'interventionnelle

Offre AGEPS

- 10% à 15% du marché de l'imagerie hors coupe

La difficulté d'un marché où l'investissement dépendra fortement de l'activité de l'établissement

- Définition du plateau technique
- Spécialisation de l'établissement

Investissement souvent lourd, pris sur le long terme

- Marché où la standardisation des équipements n'est pas encore possible
- Interopérabilité des technologies pas encore possible (logiciels fournisseurs qui évoluent et entraînent un surcoût d'upgrade)

Activité opérateur dépendante

Matériel souvent optimisé pour l'adapter au besoin réel

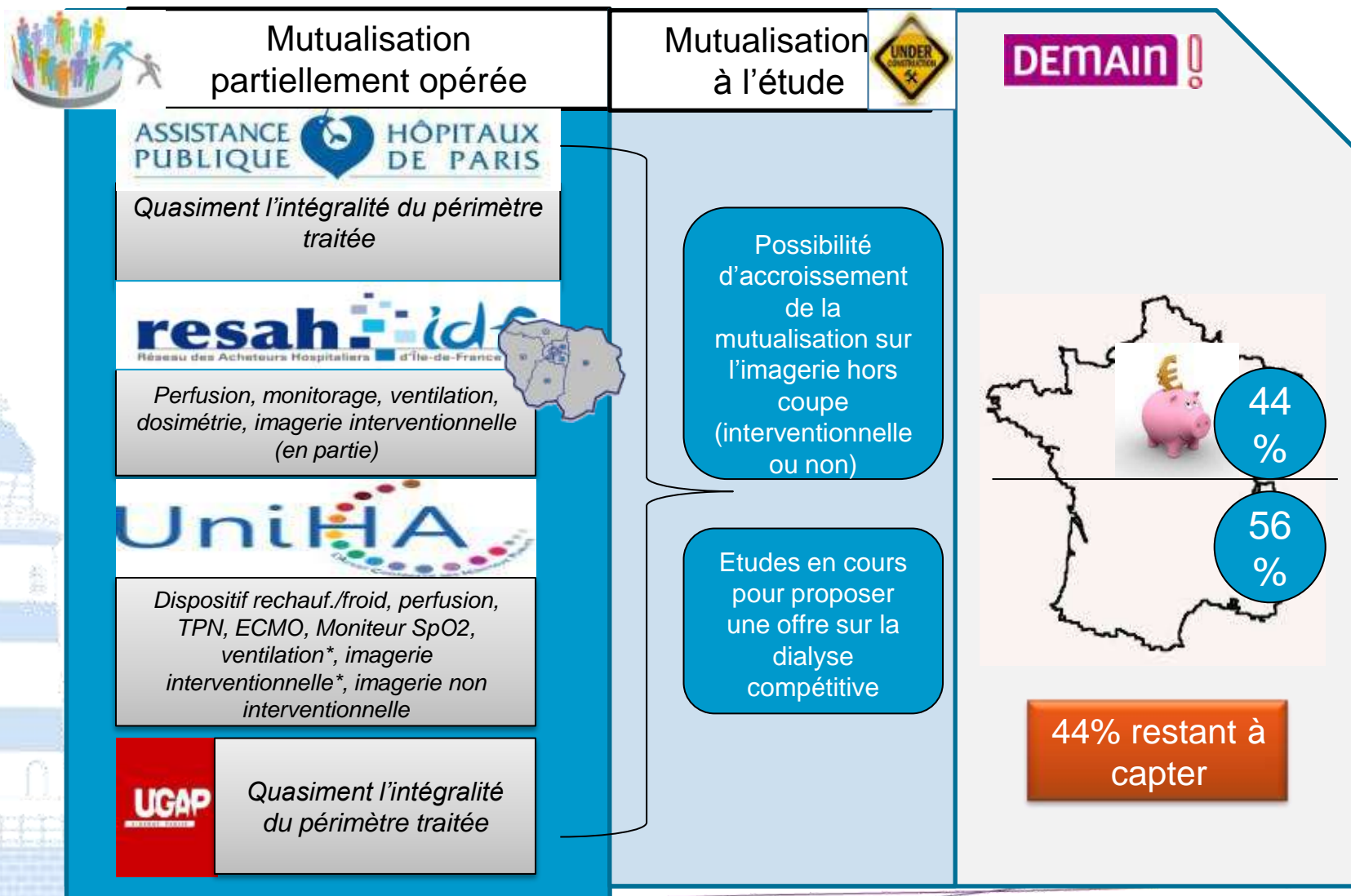
- Implication du prescripteur plus importante ici que pour d'autres équipements.

Innovation des techniques demande une réorganisation de l'activité

- Mammographie
- Capteur Plan



En terme de mutualisation sur le segment, malgré de grandes disparités, il reste un potentiel captable de 44%



BONNES PRATIQUES RECENSÉES



L'opportunité d'une offre promotionnelle sur le monitoring a permis un gain de plus de 600k€ au CHU de Toulouse (23%)

Contexte

- Réflexion sur une solution de monitoring globale et homogène pour équiper un nouveau bâtiment (env. 150 appareils)
- Anticipation du dossier pour saisir toutes les opportunités de promotions



Détails du plan d'actions

- Désignation par le chef de Pôle d'un référent médical unique
- Validation d'un cahier des charges commun à tous les médecins Anesthésiste-Réanimateur
- Mise en place d'essais cliniques et techniques avec différents fournisseurs
- Mise en place d'un partenariat entre le CHU de Toulouse et l'UGAP et étroite collaboration entre acheteurs
- Attente d'un contexte promotionnel favorable



Résultats

Gain Achat de 500k€ sur l'investissement
2 ans de garantie supplémentaire
Négocié
Mise à disposition de moniteurs en cas de panne

Gain estimé à +600k€ soit 23% par rapport à l'offre initiale



L'optimisation du matériel mobile de radiologie couplé à une upgrade de salle de radiologie a permis d'économiser au CH de Châteauroux 2 capteurs WIFI, soit 70k€

Contexte

- Le CH de Châteauroux a renouvelé 3 mobiles de radiologie.
- L'hôpital en a profité pour mettre à jour deux salles de radiologie aux urgences



Détails du plan d'actions

- Optimisation du parc de 3 appareils à 1 appareil motorisé capteur plan
- Optimisation de l'utilisation du capteur du mobile commun grâce au WIFI sur les potters muraux des 2 salles d'urgences lorsque le mobile n'est pas utilisé.



Résultats

Meilleur usage des équipements à disposition
Optimisation du parc
Economie sur l'achat de 2 capteurs de 70k€

Un gain de 35,7%



Le raisonnement en coût complet pour l'achat d'un arceau mobile de bloc fait économiser 45k€ au CH Joseph IMBERT d'Arles

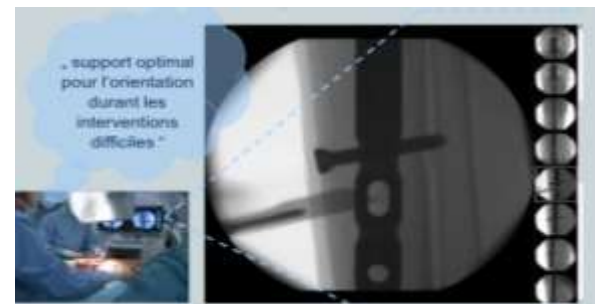
Contexte

- Le CH d'Arles a renouvelé un arceau mobile de bloc et renégocié ses contrats de maintenance tous risques (tube inclus) sur 5 ans.



Détails du plan d'actions

- Analyse du juste besoin+ MAPA + Essai + Négociation.
- Raisonnement en coût complet en intégrant le contrat de maintenance tout risque (tube inclut) du 1er arceau de bloc acquis en 2010.
- Critère de choix financier du marché déterminé sur le coût complet investissement + maintenance (investissement premier facteur)



Résultats

Le gain généré est de 45130€

Une économie de 23,7 %



Le choix de la meilleure stratégie d'achat pour le traitement par pression négative va permettre d'économiser 30k€ au CH du Puy en Velay et au CH de Châteauroux

Contexte

- Le CH du Puy en Velay et le CH de Châteauroux ont observé un coût de dépense élevés sur la location (quelque soit la durée) des équipements de traitement des plaies par pression négative
- La réflexion a été portée par la question de la pertinence d'être en location

Détails du plan d'actions

- Changer de paradigme en raisonnement en coût complet pour déterminer la meilleure stratégie (MàD, LLD, achat) en fonction de l'activité au CH
- Lancement d'une consultation globalisée comprenant dispositifs médicaux stériles et non stériles
- Négociation commerciale intensive sur ce secteur devenu concurrentiel

Année	Type	Montant TTC	Coût conso	Total
N-1	Location	31 016 €	44 062 €	75 078 €
N	Achat	24 080 € / 3 ans	36 822 €	44 849 €



Année	Type	Montant TTC	Coût conso	Total
N-1	Location	35 890 €	41 283 €	77 173 €
N	Achat	28 051 € / 3 ans	36 950 €	46 300 €

Résultats

Gain généré moyenné de 30 550 €, soit l'écart entre location 2014 vs achat
Réduction des coûts de consommables

Un gain de 40,10%



La commande des accessoires chez des sociétés tierces, autre que le fournisseur de l'équipement engendre des gains de 10% à 70% pour la Mutualité



Contexte

- Certains équipements ont des accessoires dits « captifs »
- D'autres laissent la possibilité à un recours aux génériques
- Plusieurs sociétés vendent des accessoires génériques (câbles ECG, capteurs SPO2, brassards PNI, plaques DSA....)

Détails du plan d'actions

- Comparer référence par référence le coût chez chaque fournisseur tiers à celui du fournisseur de moniteurs/équipements
- Test des produits comparativement aux produits fournisseurs
- Choisir l'offre la plus pertinente en termes de :
 - Coût
 - Qualité du rendu

Résultats

De 10 à 70% moins coûteux que chez le fournisseur de moniteurs/équipements
Par exemple, le prix du brassard PNI/tension négocié à 8€ et capteur SPO2 réutilisable à 30€

Economie de 10% à 70% suivant les équipements



La mise en place de PCA de chevet au lieu de PCA fixe pour les patients « non mobiles » a généré une économie de 6k€ par pompe à la mutualité

Contexte

- Le coût des tubulures captives sont de 6 à 15€ht pour une pompe PCA mobile
- La mobilité de la pompe est à considérer par les soignants
- Si le patient ne se lève pas de son lit, possibilité de mettre une PCA de chevet.



Détails du plan d'actions

- Pca fixe pour patients alités
- En accord avec personnel médical
- Essais fournisseurs validés
- Accords pharmacie (baisse des couts des consommations)
- Pompe amortissement 10 ans
- 50 tubulures/An/pompe
- Un cathéter et une seringue de 50cc (voir 120ml chez un fournisseur) qui ont des coûts moindres, comparativement à une PCA mobile
- Faisabilité par rapport aux pathologies du patient.

Résultats

Sur 10 ans à 50 tubulures/An à 10€ht la tubulure=5000€ht

Economie de 6000 €ttc/pompe



OPPORTUNITÉS RECENSÉES



Opportunité n°1 : Choisir la modalité de financement la plus efficiente dans la TPN

Gain retenu
50%



Assiette retenue
12M€



Potentiel de gain
national
7,8M€

Conditions de mise
en œuvre

3

- On retient le gain de 0% à 70% de gain pour l'acquisition

- Segment TPN 20M€ (acquisition, location, consommable)
- Nous estimons que 40% des EPS appliquent déjà cette pratique
- L'assiette retenue = $60\% \times 20\text{M€} = 12\text{m€}$
- 65% des établissements peuvent le mettre en œuvre parmi les 60% qui peuvent l'appliquer

- Potentiel de gain = $65\% \times 12\text{M€}$ soit % du périmètre total

- Adaptation de la taille du réservoir au patient et de la périodicité du changement du pansement
- Diminution de la DMS
- Suivant quantité d'appareils en location à l'année, investissement des appareils et négociations des consommables



Opportunité n°2 : Raisonner en coût complet pour l'investissement et l'exploitation

Gain retenu
10%



Assiette retenue 19,2M€



Potentiel de gain national
1,9M€

Conditions de mise
en œuvre

3

- 10% à 12%

Ventilation + monitoring + amplificateur de brillance + polysonmographie = 10M€ + 35M€ + 16M€ + 3M€ = 64M€
70% des EPS raisonnent en coût complet, 30 % restant qui peuvent appliquer la démarche, assiette retenue = 19,2M€

- Potentiel de gain = $10\% \times 16,2\text{M€}$ soit 0,5% du périmètre total

- Intégrer la maintenance et les coûts de consommable dans la procédure d'achat
- Mettre dans le RC des critères de choix qui permettent de pondérer à coût équivalent l'investissement et l'exploitation
- Analyse des coûts complets

Opportunité n°7 : Profiter d'offres promotionnelles et/ou d'appareils de démonstration (ou d'occasion)

Gain retenu
20%

- 15% à 25%

Assiette retenue 62,5M€

Monitoring + perfusion + réchauffement + ventilation = 62,5M€
100 % des établissements peuvent l'appliquer

Potentiel de gain
national
12,5M€

- **Potentiel de gain = 20% x 62,5M€ soit 12,5M€ du périmètre total**

Conditions de mise
en œuvre

- Besoin non urgent (pour attendre l'offre)
- Anticipation du projet, pour être réactif lors de la fenêtre promotionnelle:
- Veille commerciale:
 - Prix promotionnel en fin d'exercice chez les fournisseurs ou via un groupement d'achat
 - Appareil de démonstration récent de même qualité technologique mais à prix plus intéressant

2

Opportunité 8 : Mutualiser ses achats

Gain retenu



Assiette retenue



Potentiel de
gain national
9.21M€

Conditions de mise
en œuvre



3

- 12% (gain moyen constaté sur les équipements biomédicaux)

Concerne la mutualisation des achats auprès de groupements tels que l'UGAP, UniHA, et des groupements régionaux, sur le potentiel restant à capter :

- 35% du périmètre de l'imagerie hors coupe
- 100% de la dialyse
- 30% des équipements de médecine (hors monitoring, ventilation et perfusion)

= **128M€**

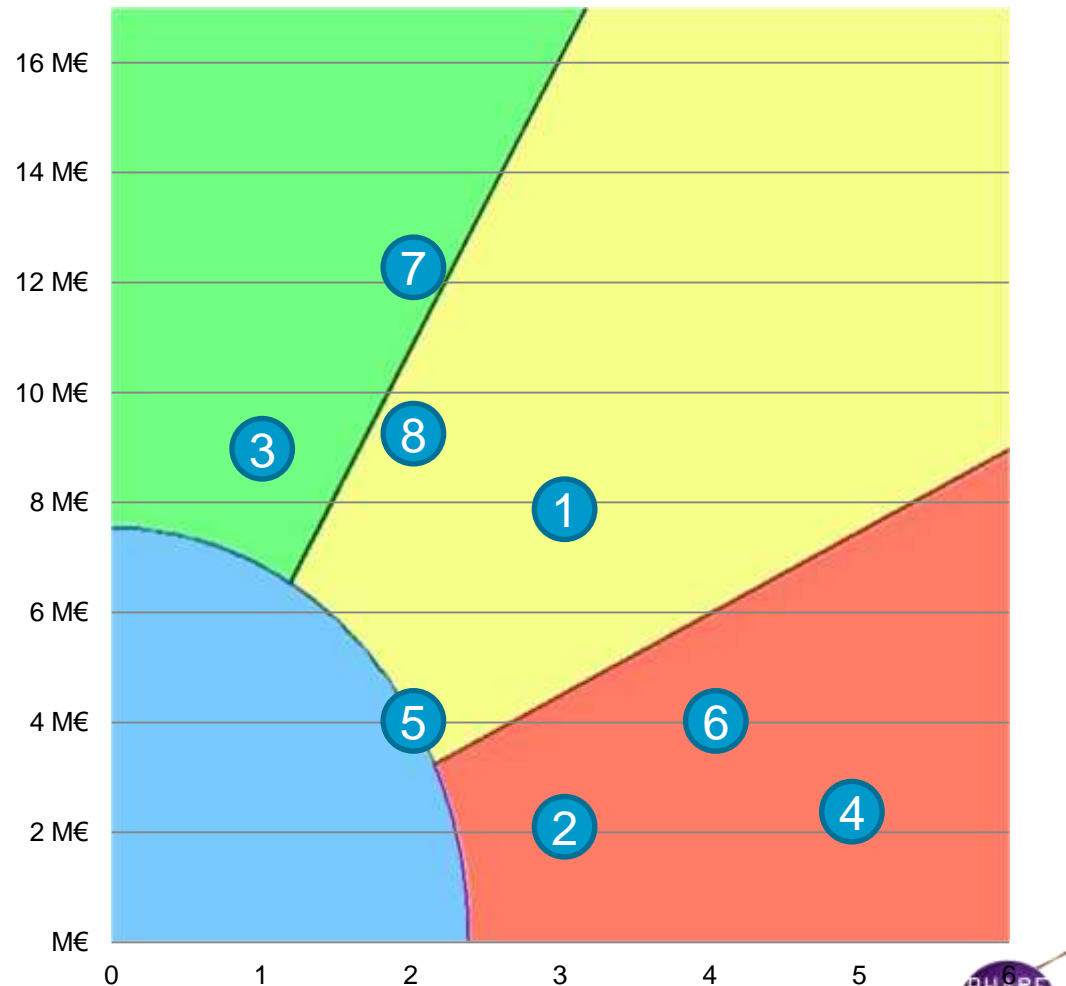
- 60% des établissements peuvent l'appliquer
- = **9,21M€**

- Analyse du besoin interne
- Etude de l'offre disponible en centrale d'achat



Matrice enjeux / efforts : 51,45M€ de gains pour 8 opportunités

Opportunité	Enjeux	Efforts	N°
Choisir la modalité de financement la plus efficiente dans la TPN	7,80M€	3	1
Raisonner en coût complet pour l'investissement et l'exploitation	1,90M€	3	2
Revendre ses vieux équipements	8,97M€	1	3
Stocker à la place du fournisseur	2,20M€	5	4
Revoir ses contrats de dosimétrie passive et réduire ses hors délais	3,96M€	2	5
Optimiser son organisation de l'activité grâce à des équipements utilisant des nouvelles technologies	3,72M€	4	6
Profiter d'offres promotionnelles	12,50M€	2	7
Mutualiser ses achats	9,21M€	2	8



Gains cumulés

14,58%

Conclusions

La mutualisation sur ce segment est relativement avancée, il faut poursuivre les efforts pour capter les gains restants (44% restants)

- Le dialogue acheteur prescripteur décideur est à maintenir et à renforcer
- La veille technologique et biomédicale est indispensable

Le contexte fournisseur est un paramètre indissociable de la stratégie d'achat, afin de mettre en concurrence les offres pour générer des gains

La méthodologie à adopter reste la même pour tous les équipements biomédicaux :

- Raisonnement en coût complet
- Analyse du juste besoin
- Réflexion sur stratégie d'achat à moyen long terme
- Elle requiert une expertise technique

L'ingénierie biomédicale est une fonction transverse requérant des compétences techniques, financières et stratégiques.

Remerciements

Mourad SALMI - Primax

Pascal REAU – General Electrics

David LA MELA - Hartmann

Olivier LEGRAND – Smith & Nephews

Alain BERGERY – CHU Strasbourg

M. MATHONAT - Micromed

M. GENTY - Covidien

M. MOMART – Electro Concept

M. EVRARD - Schmitz

M. RAY – Deltamed Natus

Mr Fabrice GROCCIA – CH Salon

Mr David DUGOR – CH Centre Bretagne

Mme Nadia CORRE – CH de Gap

Mr Julien DETRAZ - CH d'Avignon

Mme Sabrina AGOUDIL - CH de Martigues

Mr François CHAUSSENDE – CHU de Nîmes

Mr Pascal PENACCINO – CH de Fréjus

Mr SALMI MOUNIR – CHU de Nice

Mr Didier GARCIA – CH de Toulon

Mr François CHAUSSENDE – CHU de Nîmes

Sociétés : BAXTER GAMBRO HOSPAL, FRESenius, GE, ACTEON, INRS, BARD, ST JUDE Médical, HEMOTECH, BELCO, SFEC, PERMO, C2R, LOPEZ, MINDRAY, NIHON KOHDEN, SPACELABS, EDWARDS, MASIMO, COVIDIEN, MAQUET, SORIN, ALUNG, NOVALUNG, FRESenius

ARCANGELI Magali et GODEL Christine - CHPC

UGAP , Resah-IDF, UniHA, AGEPS

