Finances Hospitalières

LA LETTRE DES DECIDEURS ECONOMIQUES ET FINANCIERS DES HÔPITAUX

MENSUEL JUILLET - AOÛT 2017 N°115

EDITORIAL

La place du comptable public dans le contrôle interne comptable des établissements publics de santé

Dans les EPS, comme dans tout autre organisme de droit public ou de droit privé, le contrôle interne comptable a pour objet de garantir la qualité de l'information comptable par un dispositif de maîtrise des risques d'anomalies comptables.

Dans ce dispositif, le comptable public doit pouvoir trouver toute sa place, mais, à cet égard, la réforme introduite par le nouveau décret du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique n'assure pas un positionnement optimal au comptable hospitalier. En effet, l'article 4 de ce décret exclut expressément les EPS de l'application du titre III ayant trait aux établissements publics de l'Etat. De ce fait, les principes régissant la place et le rôle du comptable hospitalier relèvent des dispositions comptables propres au secteur public local. En particulier, les dispositions de l'article 191 du décret, confiant au comptable public des établissements publics de l'Etat le contrôle de la qualité du contrôle interne comptable des opérations qui lui sont assignées, ne sont pas applicables au comptable public hospitalier.

Dans ces conditions, la place et le rôle de ce dernier dans le contrôle interne comptable relèvent de préconisations, à caractère non réglementaire, recommandant un partenariat volontaire entre l'ordonnateur et le comptable, encadré par des conventions *ad'hoc*, qui, par leur nature même, peuvent donner lieu à une participation du comptable à géométrie variable selon la qualité des relations avec l'ordonnateur et avec ses services, ou selon le degré de disponibilité ou de potentiel d'implication du comptable. Mais aucune disposition de nature réglementaire ne lui confère, de droit, une place et un rôle déterminés dans le dispositif.

On peut remarquer au passage que le placement des EPS et de leur comptable public sous le régime comptable d'établissements relevant du secteur public local constitue une espèce de paradoxe, voire d'incongruité juridique, au regard des dispositions de l'article L 6141-1 du code de la santé publique soumettant les EPS au contrôle et à la tutelle de l'Etat, ce qui aurait dû conduire le décret précité à les classer dans la catégorie des établissements de l'Etat relevant de son titre III.

Quoiqu'il en soit, le régime de partenariat libre ou volontaire, ouvert dans son contenu à la géométrie variable, ne garantit pas, de façon optimale, la qualité de l'information comptable des EPS. Seule, en effet, une participation de plain-pied du comptable à l'élaboration, à l'application et au suivi du dispositif de contrôle interne comptable, pour toutes les opérations comptables initiées par l'ordonnateur, qu'elles fassent ou non l'objet d'un flux de trésorerie, serait susceptible d'apporter cette garantie optimale au bon fonctionnement de ce dispositif dont l'objet, comme le précise l'article 215 du décret est : « *La maîtrise des risques afférents à la poursuite des objectifs de qualité des comptes, depuis le fait générateur d'une opération jusqu'à son dénouement comptable* ». A cet égard, l'intégration pleine et entière du comptable hospitalier dans le dispositif de contrôle interne comptable, dès l'amont de ses prises en charge comptables, ne pourrait que renforcer l'efficience et l'efficacité de son propre contrôle interne opéré en aval, notamment celui opéré sur les opérations de dépenses au moyen du contrôle hiérarchisé, voire du contrôle allégé partenarial réalisé de concert avec les services de l'ordonnateur, contrôles de nature sélective qui empruntent d'ailleurs la même technique de contrôle que celle employée, de manière générale, dans le contrôle interne.

Dans le cas des EPS soumis à certification des comptes, l'intégration du comptable au contrôle interne apporterait au commissaire aux comptes une garantie supplémentaire de bon fonctionnement de ce contrôle, permettant ainsi d'alléger les charges de la certification, tant des services concernés de l'ordonnateur, que de l'auditeur externe par une assurance du type de celle fournie par l'audit interne.

SOMMAIRE

RECETTES & FACTURATION

SSR

Le Décret n° 2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation : la réforme du financement s'ancre dans l'opérationnalité ..... page 3

ECONOMIE ET MARCHÉS FINANCIERS

Financement

Conditions de financement par emprunt sur l'année 2017 : La tendance haussière se confirme ..... page 9

STRATÉGIE & EFFICIENCE

Aide à la décision

Hospi Diag, un outil de plus en plus plébiscité au sein du secteur hospitalier ..... page 14

COMPTABILITÉ & AUDIT

ESPBNL

Les règles budgétaires et comptables applicables aux établissements de santé privés à but non lucratif ..... page 17

JURIDIQUE

Contentieux tarifaire

L'impact de la réforme de la tarification et de la contractualisation des ESSMS sur le contentieux tarifaire ..... page 22

PARUTIONS - AGENDA

..... page 28

ISSN 1955-642X

En optant en faveur de cette intégration, les EPS non soumis actuellement à certification de leurs comptes répondraient aussi, pour leur part, à l'obligation de fiabilisation des comptes prévue à l'alinéa 2 de l'article 47-2 de la Constitution selon laquelle toutes les administrations publiques, dont font partie tous les EPS, doivent présenter des comptes réguliers, sincères et fidèles.

Qu'ils soient ou non soumis à certification de leurs comptes, tous les EPS ont intérêt à optimiser leur dispositif d'assurance de qualité comptable par une parfaite intégration de leur comptable public au dispositif de contrôle interne comptable, dans la perspective de constitution des groupements hospitaliers de territoire dont l'une des caractéristiques essentielles réside dans la mutualisation ou les délégations d'activités entre établissements ou avec l'établissement support et, par conséquent, dans un contexte où la fiabilisation de l'information comptable prise en compte dans leurs relations financières revêtira un aspect très important.

Dans cette perspective, la modification des dispositions réglementaires visant à parfaire l'intégration du comptable hospitalier dans le dispositif de contrôle interne comptable et le placement de ce comptable à la tête d'agences comptables spécialisées en gestion hospitalière, regroupant au niveau de l'établissement support la gestion comptable des EPS faisant partie des groupements hospitaliers de territoire, sembleraient aller dans le sens d'une optimisation de la qualité de l'information financière présentée par tous les EPS, en répondant en même temps au souci de mutualisation des moyens auquel tendent de répondre ces groupements, ici dans le domaine de la gestion comptable.

Paul HERNU
Conseiller maître honoraire de la Cour des comptes
Consultant en gestion et finances publiques

IFROSS
INSTITUT DE FORMATION ET DE RECHERCHE SUR LES ORGANISATIONS SANITAIRES ET SOCIALES
UNIVERSITÉ JEAN MOULIN LYON 3

L'APPUI D'UN LABORATOIRE DE RECHERCHE DÉDIÉ

FORMATIONS DIPLÔMANTES
CADRES ET DIRECTEURS
ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES, SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MASTER
Contrôle de gestion sanitaire et social – RNCP I

MASTER
Management des pôles hospitaliers et des fonctions transversales – RNCP I-II

MASTER
Direction, organisation et stratégie des structures sanitaires, sociales et médico-sociales – RNCP I-II

+ 7 autres formations adaptées à votre profil

5000 diplômés
25 années d'expertise des secteurs sanitaires et médico-sociaux
10 formations à temps partiel pour les professionnels
6 diplômes nationaux de niveau I

« Un accompagnement personnalisé qui répond à mes problématiques quotidiennes. »
MARTINE J.L.
CENTRE SSR

« Un apport théorique en lien avec les réalités de terrain. »
JEAN-YVES C.
CENTRE HOSPITALIER PSYCHIATRIQUE

« Les enseignants chercheurs et les professionnels intervenants sont de grande qualité. »
MATHIEU P.
CENTRE HOSPITALIER

« Une belle expérience humaine. »
GÉRALDINE R.
ASSOCIATION DU HANDICAP

18 RUE CHEVREUL 69007 LYON 04 78 78 75 81 WWW.IFROSS.COM

SSR

Le Décret n° 2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation : la réforme du financement s'ancre dans l'opérationnalité

Texte après texte, la réforme du financement des établissements de soins de suite réadaptation se précise et s'ancre dans l'environnement hospitalier. L'une après l'autre, les lois de financement de la sécurité sociale 2016 et 2017 ont posé l'architecture globale, puis en ont précisé voire amendé les contours. Le présent décret en Conseil d'Etat, avec la solennité requise, en définit l'opérationnalité, et lance le go effectif de la réforme. Les établissements dispensant des soins de suite sont donc aujourd'hui entrés dans l'ère d'un financement plus fin, tenant compte de la structure, de l'antériorité et des contraintes, mais aussi de l'activité produite. Il est suivi d'arrêtés fixant l'ODSSR (arrêté du 14 avril), les prestations SSR, les éléments tarifaires, les modalités de versement (divers arrêtés du 5 mai 2017). Ces arrêtés embrassent l'ensemble des modifications techniques.

Le dispositif cible

La politique tarifaire au sein de la Dotation Modulée à l'Activité
Le décret précise les modalités de calcul de la DMA : aux termes de l'article R. 162-34-1 se référant à l'article L. 162-23-4, elle repose sur des tarifs nationaux calibrés sur les séjours (HC) ou la séance (TCA) ou la journée (HdJ), susceptibles de minorations ou majorations. Est donc introduite l'idée d'extrêmes hauts et bas qui sont effectivement paramétrés, quitte à ne pas être mis en œuvre. L'extrême bas requiert une construction moins volontariste, puisque par hypothèse, le séjour se situe en deçà de la zone où se déclenche le forfait. En revanche, l'extrême haut interroge plus finement les DMS et les pratiques qu'elles sous-tendent. Pour autant, les observations menées par l'ATIH montrent une forte hétérogénéité en la matière, due tant aux usages et pratiques non normées qu'au degré d'équipement territorial. C'est pourquoi si la notion d'EXH est paramétrée dès maintenant, il est probable qu'elle ne pourra être opérationnelle d'emblée, voire pourra ne jamais l'être pour certaines prises en charge dont la durée est par essence imprévisible.

A noter également, le tarif est constitué d'un forfait et de suppléments, qui concernent la rémunération des zones hors forfait. Cette méthode, explicitée dans l'arrêté (JORF n°0109 du 10 mai 2017, texte n° 97) montre que les journées produites au-delà du forfait, et assimilés à la borne haute, ne sont pas pénalisées, puisqu'elles sont financées sur la base du « Tarif Zone Forfaitaire » moyen, c'est-à-dire le forfait divisé par le nombre de jours de référence. La durée de séjour n'est donc pas pénalisante.

Cette part « activité » est complétée par la part « socle » dont le DCE précise qu'elle est calculée en moyennant les deux derniers exercices clos. La durée de la période de

« Un médecin m'avait dit : « l'été prochain, vous pourrez séjourner dans un centre de rééducation ». […] Les médecins, dans leur vocabulaire d'agents du Politburo, recommandaient de se rééduquer. Se rééduquer ? Cela commençait par ficher le camp ».

Sylvain Tesson,
Sur les chemins noirs
Editions Gallimard, collection blanche,
p.17

référence n'était pas arrêtée, mais ce délai paraît raisonnable : une durée plus longue aurait trop lissé l'activité et pénalisé les établissements les plus dynamiques. Se seraient accessoirement posés des problèmes de périmètre budgétaire et de fraîcheur des données. A contrario, un délai ramené à un an aurait vidé le dispositif de son sens. Or, précisément, dans la lignée des travaux initiés par la précédente Ministre, une réflexion sur l'assouplissement de la T2A impose de tempérer l'immédiateté financière des résultats d'activité. Le SSR est un laboratoire des modalités possibles de conjugaison des systèmes financiers disponibles.

Par ailleurs, la part socle interroge la qualité des données issues du codage. Un sous-codage, notamment, emporte de durables conséquences, puisqu'il définit la base de financement.

Fixation des tarifs (arrêté du 5 mai 2017, texte n°97)

La base de la réforme du financement tient dans la classification, qui décrit l'activité produite et la valorise. Le tarif, composite, articule les trois sources de coûts de l'activité en SSR : le patient, avec ses caractéristiques personnelles et cliniques, le niveau de dépendance cognitive et/ou physique, et l'intensité du programme de réadaptation. Cette dimension n'est pas si intuitive : l'idée ne va pas de soi qu'une prise en charge technique et pointue puisse ne pas être nécessairement plus coûteuse que la prise en charge d'un patient très dépendant et donc très consommateur en temps de compensation. Pour autant, le temps homme est le bien le plus consommé en SSR, et donc le principal facteur de coûts. Le modèle classificatoire pose donc les actes qui vont ensuite être rassemblés en Groupes Médico Economiques, homologues des GHM du MCO. Des analyses statistiques basées sur les échantillons colligés dans l'ENC permettent ensuite de les valoriser, sur la base des coûts moyens observés, et de produire un tarif par GME appelé « Groupe Médico Tarifaire ».

Cet arrêté définit très précisément les bornes du séjour, et rappelle les règles de décompte des jours de présence, calées sur la présence du patient à minuit. Il s'intéresse également au sujet très sensible en SSR des interruptions de séjours. En effet, l'admission de plus en plus précoce de patients de plus en plus lourds a la double conséquence d'obliger les ES de SSR à upgrader leur médicalisation et à organiser des retours vers le MCO qui, seul, dispose du plateau médico technique et des spécialités médicales aptes à bilanter le patient. Or, ce texte rappelle qu'un transfert inférieur à 2 jours – qui recouvrent la notion générale de permission – ne peut donner lieu à facturation à l'assurance maladie, puisque le séjour est ouvert en SSR et que, par définition, un même patient ne peut générer deux séjours au même moment dans deux espaces distincts.

Lors des travaux préparatoires, il avait été envisagé d'étendre la possibilité des permissions à 7 jours, de manière à répondre aux besoins des établissements, notamment pédiatriques, qui voulaient pouvoir maintenir le lien familial par des permissions allant du vendredi après-midi au lundi matin, ainsi qu'aux pratiques des ES qui testent le retour à domicile par des permissions en situation réelle sur plusieurs jours. Finalement, cette faculté n'a pas été retenue, nonobstant le chainage de séjours consécutifs assis sur des motifs identiques, mais il est possible que la question se représente à l'avenir, tant l'articulation des modes de prise en charge autour du virage ambulatoire risque de se normaliser. Elle induit par ailleurs une notion de bed management, nécessaire pour ne pas staffer des unités ponctuellement vides, mais l'avenir du SSR est probablement aussi dans la coordination de ces séquences de prise en charge.

Les changements de périmètre
La difficulté liée à la part socle est l'instabilité des structures qui évoluent. La question régulièrement posée par les ARS ont trait aux fusions, regroupements, absorption partielle d'activité ou modifications de la nature de l'activité, en particulier dans les cas d'octroi d'une mention spécialisée à un établissement polyvalent. L'article R. 162-34-3 fournit des solutions aux situations les plus simples, tournant autour de la méthode de reconstitution du socle. Pour les situations plus complexes, et notamment celles recouvrant de nouvelles autorisations, il appartient au DG ARS de reconstituer le montant de la dotation de référence, par benchmark avec le case mix d'ES présentant des conditions techniques de fonctionnement comparables. Un arrêté annoncé viendra définir la substitution progressive des données d'activité réalisée à ce socle théorique. Il est toutefois à noter le souci d'associer les ARS au financement des établissements, alors même que la DAF, qui leur laissait une grande latitude dans le cadre de la subdélégation, est remplacée par un dispositif national érodant les marges régionales.

Les modalités transitoires initiées pour 2017

Maintien d'une quotité de financements antérieurs en sus de l'activité
L'arrêté du 5 mai 2017 (texte n°98) précise qu'en 2017, la DMA est constituée d'une part à l'activité de 10 %, le solde du financement étant une reprise des modalités antérieures : 90 % de la DAF ou 90 % du prix de journée pour les établissements sous OQN. Concrètement, par rapport au modèle cible, cela signifie (art. 3 dudit arrêté) que la part socle 2017 est à 0, et la part activité à 100 %, le tout pour une sous enveloppe de 10% des ressources.

Le fait que 90% du niveau antérieur de ressources soit acquis, complété par une valorisation de l'activité dont le résultat garanti ne peut se situer en deçà de 1% grâce au coefficient de transition produit une allocation de ressources proche de celle de 2016, mais qui toutefois indique un tendanciel financier intéressant à analyser. Sur le fond, il est souhaitable de ne pas bouleverser les équilibres financiers des établissements, en leur garantissant un niveau potentiel de pertes acceptable (1%). Mais par ailleurs, la très large couverture des charges autorise aussi le modèle à s'affiner et à développer sa granularité, en intégrant de nouveaux PTS ou de nouvelles MIG, en améliorant la classification, les niveaux de prise en charge ou les CMA.

La mise en œuvre d'un financement conditionné par des éléments déclaratifs issus du codage implique un système de contrôle tel qu'il existe en MCO. C'est ce que décrivent les articles R. 162-35 et suivants, prévoyant les modalités de contrôle, de rectification et de sanction. Cette disposition est aisément compréhensible mais pose la question des moyens matériels du contrôle que l'assurance maladie va être en capacité de diligenter, ainsi que de la matérialisation des irrégularités, dans un contexte où la description de l'activité est encore balbutiante.

Les modalités de facturation
Le DG ARS arrête pour chaque établissement le montant théorique annuel de part activité, calculée par référence à l'activité réalisée en 2016. Ce montant permet de couvrir les premiers mois d'activité et les montants seront régularisés une fois que l'activité réalisée sera connue. Par ailleurs, le rythme de versement de la part socle est rappelé : 60% de l'allocation le vingtième jour du mois, 15 % le cinquième jour du mois suivant, et 25 %

le quinzième jour du mois suivant. Ces modalités de versement ont pour objet de permettre des rentrées de trésorerie régulières. Le risque lié à la saisonnalisation n'est pas aisé à anticiper, même si les différents mécanismes de garantie, à commencer par le maintien de 90% des modalités antérieures, facilite grandement la couverture des décaissements sur l'année.

IFAQ

Dès 2017 démarre le programme d'Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) en SSR. Celui-ci repose sur des indicateurs transversaux, sanctionnant la qualité des process disponibles dans l'établissement. En principe, ces indicateurs devraient alterner chaque année avec des indicateurs cliniques retraçant la qualité des soins, mais qui supposent la conception d'indicateurs robustes et partagés, ce qui est complexe dans un domaine aussi peu normé et documenté que le SSR. Le programme IFAQ repose sur des critères transversaux, exportables en l'état du MCO, et de critères cliniques propres à la nature de l'activité produite. Or, ceux-ci ne sont pas encore étalonnés pour le SSR et les travaux préparatoires sont de fait très ardus. L'arrêté n°97 prévoit le versement de la dotation concernée aux établissements répondant aux critères d'éligibilité suivants : évaluation des critères transversaux et évolution des résultats, le tout pondéré par l'activité produite par l'établissement.

Des instruments de régulation induits par le nouveau modèle.

L'Objectif de Dépenses de SSR (ODSSR – D. 162-3-1)

Est institué un objectif de dépenses propre au SSR (L. 162-23) ; celui-ci est notamment calculé en fonction des charges N-1, des charges constatées, des mesures d'économies et des modifications de périmètre du secteur. C'est dire que l'ODSSR sera partie constituante de l'ONDAM et répondra aux mêmes critères d'opportunité. En particulier, se pose la question de la régulation prix / volume : l'article R.162-34-5, II, indique que « les montants des forfaits annuels mentionnés au 6° de cet article tiennent compte notamment des prévisions d'activité des établissements pour l'année en cours [...] », induisant clairement une régulation prix volume destinée à assurer la cohérence entre ODSSR et volume d'activité par une éventuelle pression sur les tarifs. Ceci met en évidence la difficulté à mener une réforme de fond dans un contexte financier très contraint, c'est-à-dire à articuler d'emblée une double contrainte. Certaines fédérations d'établissements avaient demandé la neutralisation des mesures d'économie le temps de lancer la réforme, mais la réalité économique actuelle laisse peu de marge.

L'arrêté du 14 avril 2017 pose le cadre quantifié de cette régulation en fixant l'ODSSR à 8.475,5 M€, dont 152 M€ dédiés aux MIGAC.

L'ODSSR comprend l'ensemble des ressources affectées au SSR : la masse tarifaire, évidemment, mais aussi l'enveloppe des molécules onéreuses, les Plateaux Techniques, les dotations, les Actes et Consultations Externes (financées à hauteur de 10% dans le secteur sous DAF, créant une différence entre secteurs) et les MIGAC. L'une des difficultés de l'exercice consiste à partir d'un volume financier très indistinct et de calibrer correctement ces sous enveloppes. Dans ce cadre, le maintien transitoire des modalités antérieures de financement pour une quotité très importante est un filet de sécurité précieux.

Les Coefficients

Le jeu des coefficients est de nature à faciliter la discrimination de certains établissements. Le coefficient géographique – calé par arrêté en cohérence avec ceux du MCO – en est un bon exemple. L'arrêté n°98 précise aussi que les GME pédiatriques non scindés sur l'âge - c'est-à-dire ceux pour lesquels il n'existe pas d'observation spécifique des coûts dans l'ENC, car l'échantillon est trop étroit pour permettre une analyse pédiatrique ciblée – se verront majorés de 25 %, ce qui correspond peu ou prou aux surcoûts moyens observés entre prises en charge adultes et enfants pour un même GME.

De fait, les résultats des simulations valorisés ont montré que la mise en œuvre de la réforme conduisait les établissements pédiatriques à perdre des recettes. Il est difficile de distinguer si ces effets revenus négatifs sont liés à la qualité de l'échantillon pédiatrique, toujours fragile compte tenu du fait que ce sont des prises en charge très minoritaires, ou à une dotation de départ majorée, ou à une pondération discutable. Toujours est-il qu'au-delà de cette dimension multifactorielle, l'engagement avait été pris par les pouvoirs publics que la réforme ne saurait conduire à dégrader les ressources des activités pédiatriques. Ce coefficient de majoration est donc l'un des instruments de recapitalisation des services et établissements pédiatriques. En complément, il a été demandé aux ARS de poursuivre leur accompagnement spécifique de ces établissements, en tenant compte du taux de couverture des charges liées à l'accueil des patients de moins de 18 ans.

En outre, un coefficient de majoration dit « coefficient de RR » est prévu par le décret. Il tend à majorer le financement des établissements mettant en œuvre des moyens de rééducation en octroyant un bonus à chaque point de RR codé. Ce coefficient, qui a reçu l'approbation de l'ensemble des professionnels, permet de réduire les effets revenus négatifs observés au détriment des établissements spécialisés, qui sont soumis au respect d'un cahier des charges renforcé (issu du décret du 17 avril 2008) et doivent assumer les surcoûts liés à un encadrement qualifié ainsi qu'aux infrastructures imposées.

Enfin, le coefficient de transition, propre à 2017, a été fixé à 1%. Il permet donc de caper les pertes subies par certains établissements à au plus 1% de leurs recettes antérieures. La masse financière constituée par ce 1% de perte sur l'ensemble des établissements concernés sera redistribuée aux établissements gagnants au prorata de leurs gains. Il en résulte que les gains seront de fait également capés, mais à un taux probablement inférieur à 1%, le nombre d'établissements bénéficiaires étant supérieur aux établissements perdants.

Les mécanismes prudentiels

Le mécanisme prudentiel, simple lorsqu'il s'agissait de geler une partie de la DAF pour les établissements concernés, devient plus compliqué dès lors que s'ouvre le mode de financement. En l'occurrence, la masse tarifaire et la masse liée au socle (ou à la reconduction de crédits antérieurs) seront minorées d'un montant calculé par les pouvoirs publics comme susceptible d'amortir d'éventuels dérapages des dépenses.

L'un des arrêtés du 5 mai 2017 fixe le montant de la réserve prudentielle à 14,1 M€ pour le SSR.

Le compartiment molécules onéreuses, original, met en œuvre un mécanisme de régulation qui lui est propre et pourrait être étendu à d'autres secteurs.

Il s'agit d'une liste en sus affectée d'une sorte de coefficient prudentiel destiné à prévenir un éventuel dépassement de l'enveloppe cible définie en début d'exercice. Le décret précise que le taux de prise en charge au fil de l'eau sera fixé « *en tenant compte de l'écart entre l'évolution constatée de la consommation des spécialités pharmaceutiques [...] et les prévisions établies au début de chaque année ainsi que, le cas échéant, des événements susceptibles d'affecter l'évolution des dépenses d'assurance maladie au cours de l'année en cours afférente à cette enveloppe* ». Effectivement, la fixation du coefficient est délicate : trop faible, il fait peser un risque de trésorerie sur les établissements ; trop élevé, il neutralise l'effet régulateur. Or, les établissements de SSR étant assez peu prescripteurs des MO, qui sont souvent administrées au patient en amont de son séjour en SSR, il ne serait pas très juste de pénaliser les établissements qui accueillent ces patients coûteux.

Il y a fort à parier que l'inscription sur la liste en sus, dont les modalités font l'objet de la sous-section 8 du présent décret, va générer un engagement fort des industriels soucieux de voir leurs spécialités coûteuses prises en charge. L'exemple du MCO est à cet égard éloquent, et le texte précise juste les modalités d'inscription, rappelant que le principal critère reste le service médical rendu.

Conclusion

Le décret s'achève sur des perspectives plus longues, puisqu'il rappelle que la transition doit s'effectuer jusqu'en 2022 : d'ici cette date, le coefficient de transition doit progresser pour converger vers 1 et laisser le modèle tarifaire s'accomplir sans compensation.

La mise en œuvre effective du nouveau modèle de financement a de fait cranté une évolution notable. La valorisation discriminante des activités produites et du service médical rendu semblent désormais s'imposer. Pour autant, et sans contradiction avec cette première marche, on peut imaginer que le modèle cible sera amendé voire repensé, peut-être pour introduire davantage de forfaitisation dans les ressources des établissements. Apparaît alors un paradoxe entre équité de l'allocation des ressources et stabilité de celles-ci : les dotations historiques, bien qu'imparfaites, avaient le mérite de la stabilité et de la prévisibilité, qui sont deux caractéristiques précieuses pour les établissements de santé.

FINANCEMENT

Conditions de financement par emprunt sur l'année 2017 : La tendance haussière se confirme

Après une baisse des conditions de taux jusqu'à l'été 2016, les conditions de marché sont à la hausse et la tendance se confirme au fil des mois.

Olivier BILLOT et Anthony ARMAND

Analystes, ANALIS FINANCE

Un contexte économique plus favorable

Les dernières élections en Europe, notamment aux Pays-Bas et en France, ont éloigné le spectre du populisme. L'élection française avec le discours pro-européen d'Emmanuel Macron a rassuré les marchés.

Le Frexit étant écarté, Bruxelles peut souffler et se reconcentrer sur les chantiers à venir, comme le Brexit. Emmanuel Macron sera aussi rapidement attendu sur ses bonnes intentions budgétaires.

En outre, l'intervention récente de Mario Draghi devant le Parlement européen avait largement contribué à détendre l'atmosphère et les rendements obligataires, sauf en Italie (sur la base d'élections législatives qui auraient été anticipées mais ce spectre s'éloigne finalement). Le patron de la BCE plaidait pour un plein soutien monétaire prolongé face à des niveaux d'inflation insatisfaisants, une croissance raffermie mais qui demeure potentiellement fragile.

Ce qui a été confirmé avec la réunion de la BCE du 8 juin dernier avec les points principaux suivants, éloignant la possibilité d'une baisse supplémentaire des taux directeurs :

- La BCE s'est montrée confiante concernant les perspectives en matière de croissance, en estimant que les risques étaient "désormais globalement équilibrés" ; elle a d'ailleurs revu légèrement à la hausse ses prévisions ;
- La BCE a néanmoins parallèlement révisé à la baisse ses projections d'inflation, même si son président a bien insisté sur le fait qu'en la matière, "rien n'avait changé substantiellement" ;
- M. Draghi a également réaffirmé que les 60 milliards d'euros d'achats d'actifs mensuels se poursuivraient jusqu'à fin décembre 2017 "ou au-delà si cela est nécessaire" et qu'aucun plan de sortie de ce programme n'avait été débattu.

Ce faisant, les OAT se sont détendus à un niveau bas, même si elles restent supérieures aux niveaux d'il y a quelques mois. Le spread avec les Bunds allemands a également diminué (30-40 pbs actuellement), encore plus après le 1er tour des législatives en France, après avoir atteint un point haut à 84 pbs pendant la campagne présidentielle française : ce spread mesure l'écart de rendement entre les obligations françaises et allemandes et constitue ainsi un indicateur de choix pour mesurer la confiance accordée à notre économie et à ses perspectives.

Dans ce contexte qui paraitrait presque idéal, l'aversion pour le risque a néanmoins ressurgi dans un contexte d'instabilité politique aux Etats-Unis,

avec plusieurs polémiques entourant le président américain (interruption d'une enquête fédérale sur son ex-conseiller à la sécurité nationale, Michael Flynn, limogeage du patron du FBI, collusion avec la Russie...). Ces récents scandales pourraient remettre en cause les promesses électorales de D.Trump.

L'horizon pourrait donc s'assombrir pour les taux, d'autant plus à l'approche d'un resserrement monétaire aux Etats-Unis : la FED a augmenté ses taux de 25 pbs le 14 juin arguant d'une croissance économique régulière et d'un marché du travail robuste, et elle a annoncé qu'elle commencerait à réduire son bilan cette année. Le Comité de politique monétaire (FOMC) a expliqué dans son communiqué que l'économie connaissait une croissance modérée, que le marché du travail continuait de se renforcer et que le récent tassement de l'inflation était vraisemblablement momentané. Assombrissement sur les taux aussi car un possible début de normalisation de la politique monétaire de la BCE pourrait se produire dans les prochains mois, avec la récente embellie des perspectives économiques européennes, même si l'inflation reste désespérément faible.

Les planètes restent donc alignées pour permettre une stabilisation, voire une amélioration de la conjoncture économique mondiale.

Le nouveau président français semble déterminer à réformer le pays, et cette volonté ajoutée à cette amélioration économique aura un impact sur les taux dans les prochains mois.

Dernier écueil et non des moindres, les élections britanniques : les marchés ne s'étaient guère préparés à la surprise de ce résultat au Royaume-Uni. Le démarrage des négociations relatives au Brexit pourrait vraisemblablement être décalé, le temps que la situation politique se stabilise. La livre est déjà considérablement sous-évaluée par rapport au dollar et à l'euro, reflétant des incertitudes liées à l'avenir. De telles sous-évaluations ont tendance à se corriger sur des horizons de long terme.

Il semble donc primordial de profiter du niveau actuel des OAT, en sécurisant les financements des investissements afin de couvrir les besoins 2017-2020 dans l'idéal. En effet cette stratégie pourrait permettre de sécuriser à taux fixe une majeure partie des besoins en profitant des taux bas (y compris avec les garanties de taux) tout en souscrivant une partie en taux variable afin de laisser une part de liquidité à l'encours pour plus facilement arbitrer la dette à l'avenir.

Les conditions de marché progressent lentement mais surement

- *Projection des taux CMS*

Les conditions proposées par les établissements bancaires étant corrélées aux conditions de marché auxquelles ils se refinancent, les EPS ont donc bénéficié d'une situation favorable sur l'année 2016, ce qui leur a permis de se financer à des taux historiquement bas en taux fixes.

Le point bas de ces conditions a été atteint à l'été 2016, il s'est poursuivi jusqu'au mois d'octobre 2016 et depuis, nous assistons à une remontée progressive des conditions de marché.

Pour indication, nous pouvons communiquer les éléments chiffrés suivants :

DATES	01/08/2016	01/01/2017	01/05/2017	Variation sur 9 mois
CMS 5 ans	-0,14 %	0,08 %	0,20 %	↗ 34 pb
CMS 10 ans	0,28 %	0,65 %	0,79 %	↗ 51 pb
CMS 15 ans	0,58 %	1,01 %	1,17 %	↗ 59 pb

Le CMS (Constant Matury Swap) est un taux de swap long terme évalué à différentes dates pour un contrat à amortissement in fine.

Les taux fixes à l'affichage pour les EPS ont donc évolué à la hausse au fil des mois et se situe à ce jour sur les niveaux suivants :

DUREES	15 ans	20 ans
sept-16	0,90 %	1,15 %
mai-17 *	1,14 % à 1,40 %	1,40 % à 1,70 %

*selon les banques

Le niveau des taux pratiqués par les banques reste tout de même très attractif et permet toujours aux EPS de se garantir un stock de dette à long terme très bas.

Nous continuons de conseiller la recherche de financements à taux fixe dans le contexte de marché actuel pour la majeure partie des besoins. La recherche de financements à taux variable pourra se faire soit pour une partie du financement soit ultérieurement (en regardant aussi la structure de la dette de l'EPS) lorsque la remontée des taux sera plus forte et que les marges pratiquées par les banques auront continué de baisser (marge sur Euribor de 0,39 % observé dernièrement sur un appel d'offre).

Le guichet sur une durée de 20 ans est aujourd'hui le plus recherché par les EPS pour financer les différents programmes d'investissement, mais les guichets sur une durée supérieure sont de nouveau plus faciles d'accès, notamment sur une durée de 25 ans. Au-delà, les financements spécifiques de la Caisse des Dépôts et Consignations restent une belle opportunité avec des modes d'indexation sur Livret A + marge ou taux fixe avec des taux attractifs.

La durée de mobilisation des emprunts a tendance également à évoluer en faveur des EPS. Le socle de base est une mobilisation sous 4 mois des emprunts à taux fixe, mais il est possible désormais d'obtenir des taux garantis avec des phases de mobilisation allant jusqu'à 18 mois voire 36 mois dans certains cas. Les financements spécifiques de la Caisse des Dépôts et Consignations gardent des phases de mobilisation très longues allant de 2 à 5 ans.

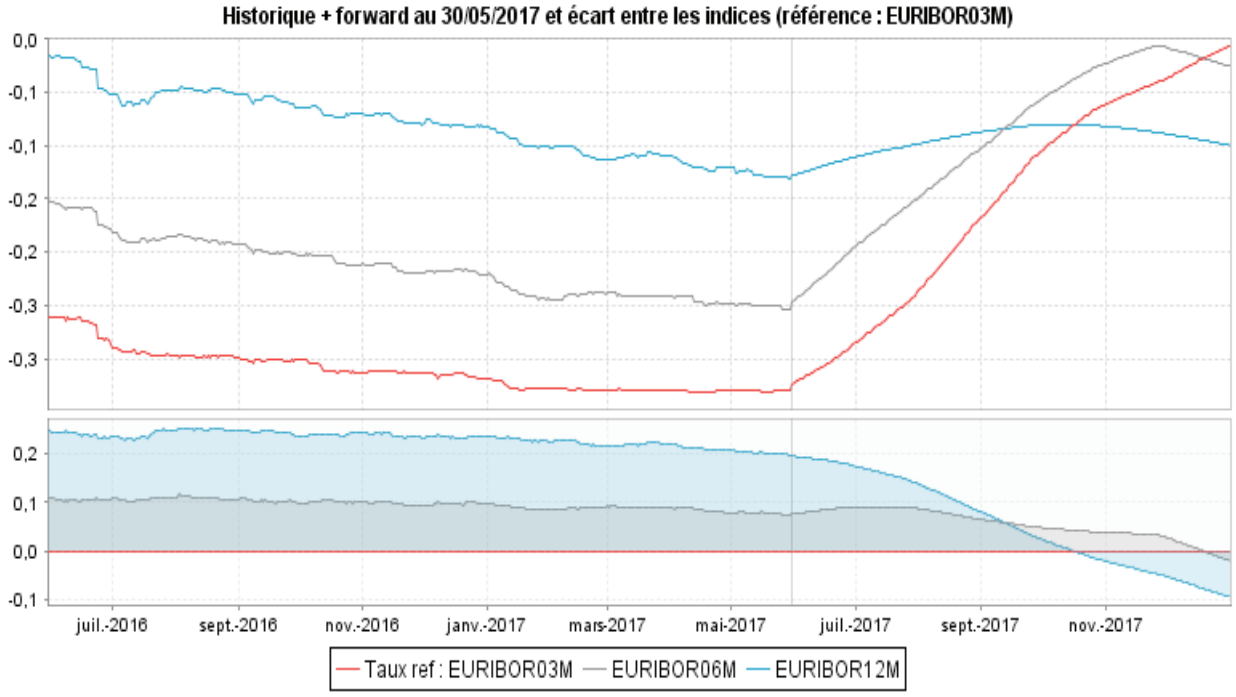
Zoom spécifique sur les marges pratiquées sur les index variable

L'index le plus répandu reste l'Euribor avec les différents types de périodicité et les marges sont à la baisse au fil des mois suite à la reprise de la concurrence

interbancaire. Cette tendance était inéluctable au vu des marges très élevées pratiquées par la banque après la crise financière de 2008 (sup à 2,00 %).

A ce jour, les marges sur une durée de 15 à 20 ans sont entre 0,60 % et 1,20 %.

- *Projection des taux Euribor*



Actuellement, il existe tout de même une disparité des offres bancaires entre certains EPS couvrant facilement leurs besoins de liquidités grâce à leur taille (notamment une grande partie des CHU) et/ou à leur situation financière équilibrée, et entre des EPS de taille moyenne et de petite taille qui peuvent avoir beaucoup de difficultés à trouver de la liquidité dès lors que la situation financière se dégrade légèrement d'une année sur l'autre.

La mise en place de swap de taux de plus en plus répandue

Dans le cadre du passage à taux fixe de contrats à taux variable ou dans le cadre de la mise en place de départ décalé sur les financements nouveaux, la politique du contrat de swap est de plus en plus utilisée par les EPS.

Ce type de contrat permet un échange de taux pour une transformation à taux fixe de son encours sans avoir recours à la banque porteuse du crédit.

Un swap de taux est un contrat dans lequel deux contreparties (A et B) s'engagent mutuellement à se verser des flux financiers (les jambes du swap) calculés sur un montant notionnel (K), pendant une durée déterminée (n), suivant une fréquence (f), et une base de calcul calendaire. Ainsi, quand on est payeur ou emprunteur de swap taux fixe, cela signifie qu'on paye un taux fixe pour recevoir un taux variable. À l'inverse, être receveur ou prêteur taux fixe signifie payer un taux variable et recevoir un taux fixe.

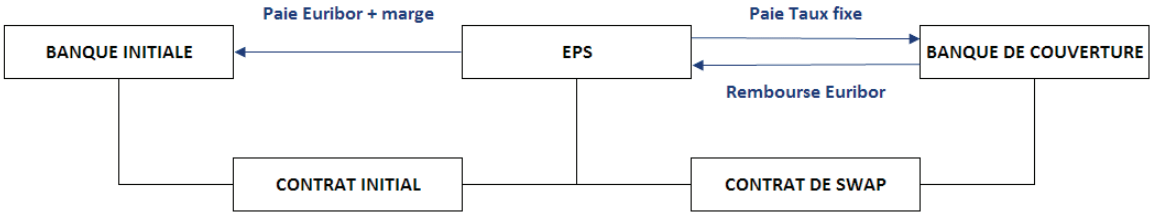
Exemple :

Swap 10 ans contre EURIBOR 6 mois, fréquence semi-annuelle, base 30/360, notionnel 100M EUR à 4 %. A paye le taux fixe à B.

La contrepartie A, s'engage dans notre exemple à verser à B la somme de 4 % x 100M x (180/360) tous les six mois. En échange, la contrepartie B s'engage

à verser la somme de (EURIBOR 6 mois) x 100M x (exact/360) tous les six mois (la base de calcul sur l'EURIBOR 6 mois est exact/360).

A est payeur de la jambe fixe et B est payeur de la jambe variable.



Avec ce mécanisme, un EPS qui dispose d'un encours variable peut se faire rembourser les frais financiers (hors marge) générés via le mouvement de la jambe variable et payer en contrepartie un taux fixe via le mouvement de la jambe fixe. Au final, seul le flux financier lié au taux fixe persiste en trésorerie.

Ce mécanisme est utilisé pour mettre en concurrence les banques lors d'un passage à taux fixe de son encours variable et pour se prémunir ainsi d'une remontée des taux.

Ce mécanisme permet également de bénéficier d'une indemnité de marché : en cas de sortie du contrat de swap un calcul de la soulte est réalisée selon les conditions de marché du moment et celle-ci peut être en défaveur ou en faveur de l'EPS.

Cet outil, dans le contexte actuel de taux bas et dans un potentiel risque de pentification de la courbe des taux, permet de préparer les futurs arbitrages de l'encours.

- *Exemple de cotations de swap de taux*

Maturité	**Taux fixe contre Euribor 3 mois flooré à 0,00 % Amortissement constant trimestriel Départ immédiat**	**Taux fixe contre Euribor 3 mois flooré à 0,00 % Amortissement constant trimestriel Départ dans 2 ans**
2 ans	0,09%	0,48%
3 ans	0,14%	0,56%
5 ans	0,27%	0,72%
10 ans	0,64%	1,10%
15 ans	0,97%	1,38%
20 ans	1,20%	1,55%

AIDE À LA DÉCISION

Hospi Diag, un outil de plus en plus plébiscité au sein du secteur hospitalier

Une nouvelle journée nationale dédiée à Hospi Diag a été organisée par l'ANAP, dans le but, entre autres, de découvrir les principales évolutions de l'outil. Face à son utilisation croissante, les débats ont couvert des thématiques plus larges que ses nouvelles fonctionnalités, avec des ateliers consacrés à sa contribution à l'heure de l'open data ou du renforcement du dialogue de gestion avec les ARS

Florence THESMAR

Plus de deux cent personnes ont assisté à la deuxième journée nationale de l'ANAP[1] consacrée à l'outil Hospi Diag[2] . A l'image de la précédente journée de décembre 2015, des acteurs d'origines différentes étaient présents pour partager leurs expériences et les réflexions que son usage suscite ; la journée s'est donc déroulée au rythme de témoignages de gestionnaires d'établissements et praticiens hospitaliers mais également des institutionnels (Ministère de la santé, ARS...).

En introduction, la directrice générale de l'ANAP, Sophie Martinon, a souligné les deux principaux enjeux que doit relever l'outil, à savoir le développement de son utilisation et son adaptation afin qu'il puisse s'articuler avec les besoins des utilisateurs. Hospi Diag a déjà connu des évolutions et cette tendance devrait se poursuivre, dans le cadre de la montée en charge des GHT, via des fonctionnalités permettant un dialogue de gestion interne entre les services et les directions mais aussi au sein des filières médicales. Précisons qu'en juillet 2016 a été mise en ligne une nouvelle fonctionnalité « groupage d'établissements », qui permet de générer une fiche de synthèse avec les indicateurs recalculés pour plusieurs entités ; cela permet de simuler (sans restriction) un regroupement virtuel d'établissements composant un GHT ou de structures concurrentes à ce dernier.

Le Directeur général de l'ATIH, Housseyni Holla, a évoqué l'objectif de raccourcir les délais d'actualisation des données (actuellement de plus d'un an) ; l'amélioration de l'ergonomie de l'outil est également un axe de travail car la navigation n'est pas toujours optimale, ce qui est un frein à l'appropriation par les différents acteurs. Il a rappelé par ailleurs l'importance de la fiabilité des données, qui repose avant tout sur la qualité de la saisie en amont par les producteurs, en l'occurrence les établissements de santé.

Hospi Diag, reconnu parmi les professionnels à l'hôpital

Avec plus d'une année de recul depuis la première journée nationale, la richesse des échanges a permis de confirmer l'intérêt des utilisateurs pour Hospi Diag et sa valeur ajoutée au vu des retours d'expériences sur le terrain. L'outil a désormais une place reconnue, comme support de dialogue de gestion interne au sein des établissements ; il semble être de plus en plus utilisé que ce soit dans le cadre d'un contrat de retour à l'équilibre, de réflexions relatives à des restructurations internes ou encore de la mise en place des GHT. A ce sujet, l'intégration de la nouvelle fonction « regroupement d'établissements » a permis d'apporter plus de visibilité aux communautés hospitalières et d'appuyer l'élaboration des projets médicaux de territoire sur la base de données partagées et globalement fiables.

(1) Rencontre organisée le 27 avril 2017.

(2) Pour une présentation détaillée de l'outil, se référer au lien suivant : www.anap.fr/HospiDiag

Plusieurs bénéfices ont été salués par les acteurs hospitaliers :

- La constitution des GHT s'est parfois heurtée à des difficultés dans les territoires en raison de tensions, parfois anciennes, entre les équipes des différentes structures. Le fait de disposer de données objectives via Hospi Diag a contribué à lever certaines crispations en rétablissant un dialogue autour d'indicateurs communs à l'échelle du groupement;
- Le suivi des contrats de performance, lesquels reposent sur un certain nombre de mesures, peut s'appuyer sur l'analyse d'indicateurs issus d'Hospi Diag (IPDMS[3], taux de chirurgie ambulatoire,..). L'outil manque certainement de réactivité pour piloter et mesurer l'effet des actions entreprises en raison des délais d'actualisation des données mais il facilite les échanges avec les tutelles à partir d'éléments d'analyse partagés;
- Un établissement, disposant de peu de ressources mais souhaitant mettre en place une culture de gestion, peut dans un premier temps s'inspirer des indicateurs d'Hospi Diag pour constituer un premier tableau de bord de pilotage, la condition étant d'être en capacité lui-même d'extraire les données depuis leur source et les produire à un rythme régulier. Le système d'informations interne doit donc être a minima développé afin de pouvoir répondre à ce besoin;
- Lors de sa prise de fonction, un directeur d'établissement indique avoir d'emblée pris connaissance, grâce à Hospi Diag, du contexte de son établissement, de son positionnement sur le territoire et de ses forces et faiblesses. En dépit du décalage dans le temps des données, l'ensemble des indicateurs donnent un éclairage sur les tendances et des repères pour approfondir ensuite l'analyse.

(3) Indice de performance de la durée moyenne de séjour.

Un outil précieux à disposition des ARS

L'atelier consacré au dialogue de gestion entre les hôpitaux et les ARS a fait ressortir aussi les avantages d'Hospi Diag et notamment celui d'introduire plus de transparence entre les différentes parties prenantes. Le dialogue de gestion est ainsi mieux appréhendé par les ARS et mieux préparé par l'établissement en amont des rencontres. La synthèse des principaux points forts et faiblesses d'un établissement permet de concentrer les discussions sur les sujets à fort enjeux, appuyés par des éléments de comparaisons régionales et nationales. Hospi Diag constitue pour les ARS l'une des rares sources de mise en lumière d'indicateurs de performance ; la fonction introduite fin 2015, qui permet de croiser des indicateurs, apporte aussi une plus-value dans la mesure où des analyses peuvent être conduites par axe, avec pour l'instant deux thèmes disponibles, la chirurgie et les finances.

L'outil comporte toutefois des écueils, notamment méthodologiques pour certains indicateurs. A titre d'exemple, les taux d'occupation des services[4] ne sont pas toujours comparables entre établissements car certains d'entre eux ne suivent pas scrupuleusement la méthode de déclaration des journées exploitables dans la SAE ce qui peut gonfler ou baisser à tort les résultats. Par ailleurs, un établissement peut être amené à calculer ses propres taux d'occupation en tenant compte des fermetures de lits pour congés annuels (ce que ne fait pas Hospi Diag) et considérer que cette méthode est plus juste alors que l'ARS disposera comme référence des taux issus d'Hospi Diag.

(4) Le taux d'occupation en hospitalisation complète se calcule en divisant le nombre de journées réalisées par le nombre de journées-lits exploitables dans l'année (exceptions faites des fermetures de lits pour travaux ou désinfection). Cet indicateur est issu de la SAE.

A l'heure du développement des parcours de soins, le champ strictement hospitalier de l'outil a été pointé, avec en arrière-plan des attentes quant à la nécessité de l'ouvrir davantage vers l'extérieur dans la perspective d'analyser les parcours de soins, qui interviennent en amont et en aval des soins hospitaliers.

Hospi Diag et la transparence des données

L'ANAP s'est engagée dans la démarche de transparence des données de santé en donnant, depuis 2014, un accès libre et gratuit à Hospi Diag depuis ETALAB[5]. La présentation des établissements en ligne et des indicateurs en colonne sur un fichier excel ne rend pas aisée la navigation pour le grand public tout venant. Néanmoins, pour les utilisateurs expérimentés, habitués à manipuler des bases de données importantes, l'intérêt de disposer d'informations couvrant plusieurs domaines de la performance hospitalière est indéniable ; les chercheurs, consultants et autres observateurs du monde hospitalier peuvent y trouver de quoi nourrir leurs travaux. Les journalistes, de plus en plus intéressés par les données de santé, peuvent également interroger Hospi Diag pour enrichir leurs propres enquêtes et apporter ainsi d'autres arguments. L'un des participants, journaliste au Figaro, a indiqué l'avoir consulté afin d'obtenir des données d'activité des urgences hospitalières, alors même que le devenir des petits services en France était questionné. Il a pu ainsi établir une cartographie des services dont le seuil d'activité est inférieur à 10 000 passages par an et donner ainsi un autre angle de vue face au discours institutionnel.

(5) L'accès se fait via l'adresse suivante : www.data.gouv.fr

L'open data comporte de nombreux avantages mais concernant Hospi Diag, demeure la question de la pertinence d'ouvrir l'accès à un outil, développé avant tout pour des décideurs hospitaliers. L'un des risques consiste à vouloir se saisir librement de l'outil et de manipuler des données, dont certaines peuvent être très techniques tant dans leur définition que dans l'analyse qui peut en être faite. Parmi la soixante d'indicateurs, comment hiérarchiser les données et choisir les plus pertinentes ? s'est interrogé un participant, propos relayé par un autre : le grand public, les patients souhaitent plus de données, mais comment les utiliseront-ils demain ?

CERTIFICATION DES COMPTES DES HÔPITAUX

BILAN D'ETAPE
2104 – 2017
PERSPECTIVES

SEANCE PLENIERE
ATELIERS

Paris, jeudi 19 oct.
09H30 - 15h30

orcom
Expertise Comptable Audit & Conseil

Grant Thornton
L'instinct de la croissance

INSCRIPTIONS EXCLUSIVEMENT SUR
www.grant-thornton.fr
rubrique : évènements

ESPBNL

Les règles budgétaires et comptables applicables aux établissements de santé privés à but non lucratif

Le décret n° 2017-280 du 2 mars 2017[1] précise les règles d'organisation financière des établissements de santé privés à but non lucratif (ESPBNL) antérieurement financés par dotation globale. Les raisons ayant motivé la publication de ce texte, ainsi que son économie générale, ont été présentées dans le numéro d'avril dernier[2]. Il s'agira ci-après de faire le point sur les principales règles budgétaires et comptables applicables à ces établissements en mettant en exergue les différences avec le régime en vigueur pour les établissements publics de santé (EPS).

Jean-Claude DELNATTE

Cadre juridique

Les dispositions relatives aux établissements de santé privés figurent au titre VI du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique (CSP).

Dans la partie législative, il est précisé à l'article L 6161-3-1, dans sa rédaction issue de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 (Article 112 V), que les règles relatives à l'organisation financière des établissements publics de santé sont applicables aux établissements de santé privés mentionnées aux b et c de l'article L 162-22-6 du code de la sécurité sociale (CSS), sous réserve des règles d'organisation et de fonctionnement de droit privé ou des dispositions du CSP qui leur sont spécifiques, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. C'est sur la base de cet article qu'a été pris le décret du 2 mars 2017.

Dans la partie réglementaire, le chapitre Ier du titre VI, intitulé : « Dispositions générales », est subdivisé en cinq sections :

La section 1 ne comprend que le seul article R 6161-1, selon les dispositions duquel les établissements de santé privés tiennent des comptabilités distinctes permettant d'identifier les recettes et les dépenses relatives aux activités réalisées dans les unités de soins de longue durée, les services ou établissements sociaux ou médico-sociaux et les écoles ou instituts de formation.

La section 2, relative aux établissements de santé privés d'intérêt collectif, ne comporte pas de dispositions à caractère financier (Articles D 6161-2 à D 6161-4).

La section 3, intitulée « Dispositions d'organisation financière applicables à certains établissements privés à but non lucratif », a été rétablie par l'article 1er du décret du 2 mars 2017 et comprend un seul article, le R 6161-43. Celui-ci concerne les établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L 162-22-6 du code de la sécurité sociale, c'est à dire les établissements à but non lucratif qui avaient été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 et ceux ayant opté pour la dotation globale de financement en application de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996. Il rend applicables à ces établissements, en tout ou partie, les dispositions du CSP définissant le régime budgétaire et comptable des EPS ; pour leur application aux établissements de santé privés :

(1) Journal officiel du 5 mars 2017

(2) Claire Bouinot, « Un récent décret consolide les règles d'organisation financière des établissements de santé privés à but non lucratif » *Finances hospitalières*, n° 112, avril 2017

• Le mot « ordonnateur » est remplacé par celui de « directeur » et il n'est pas fait référence au comptable. Les dispositions de l'article R 6145-1 du CSP, qui soumettent les EPS au décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ne leur sont d'ailleurs pas applicables. Les ESPBNL ne sont pas davantage soumis aux dispositions de l'article R 6145-5 sur la fonction d'ordonnateur d'un EPS ni à celles des articles R 6145-54, R 6145-54-1, R 6145-54-2, D 6145-54-3 et R 6145-54-4 qui concernent les comptables des EPS et les procédures de recouvrement des recettes ;

• Les mots « conseil de surveillance » sont remplacés par les mots « organe délibérant de la personne morale gestionnaire de l'établissement de santé ou de l'instance habilitée statutairement à cet effet ».

Les dispositions de l'article R 6161-37, unique article de la section 5, prévoient que les établissements de santé privés qui ont opté pour le régime de financement par dotation globale peuvent demander de cesser d'être soumis à ce dispositif.

Enfin, la section 6 porte sur la participation des professionnels de santé libéraux aux missions et activités de soins de certains établissements de santé privés ainsi que sur les modalités de leur rémunération et leur prise en charge par l'assurance maladie (Articles R 6161-38 à R 6161-42).

Il est précisé que les centres de lutte contre le cancer (CLCC) relèvent de dispositions spécifiques au chapitre II du titre VI de la 6ème partie du CSP[3] qui ne sont pas modifiées par le nouveau décret.

(3) Articles D 6162-10 à D 6162-12 du CSP

Instruction et nomenclature budgétaires et comptables

Comme pour les EPS, l'exercice budgétaire et comptable des ESPBNL couvre la période du 1er janvier au 31 décembre d'une même année, sauf dans le cas d'une première mise en exploitation d'un nouvel établissement ou d'une cessation définitive d'activité. (Article R 6145-2 du CSP). Ces établissements sont soumis aux dispositions de l'article R 6145-3 aux termes desquelles la liste des comptes obligatoirement ouverts dans le budget et dans la comptabilité des établissements, ainsi que l'instruction budgétaire et comptable, sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale.

Toutefois, il faut observer que l'instruction budgétaire et comptable M 21 actuellement en vigueur[4] n'est pour le moment applicable qu'aux seuls EPS et comporte de nombreuses dispositions relevant de la comptabilité publique qui ne sont pas transposables ipso facto aux établissements privés. Il est donc attendu que soient précisées lesquelles des dispositions de l'instruction M21 sont applicables à ces établissements, comme cela a pu exister par le passé, sous forme d'une instruction « M21 bis ». La nomenclature budgétaire et comptable des établissements privés, qui n'a pas été mise à jour depuis 2010[5], devrait également être revue.

(4) Arrêté du 23 novembre 2016 modifiant les arrêtés du 16 juin 2014 et du 19 décembre 2014 relatifs à l'instruction budgétaire et comptable M. 21 des établissements publics de santé, JO du 1 décembre 2016

(5) Arrêté du 13 janvier 2010, JO du 23 janvier 2010

Définition et composition de l'EPRD

La définition de l'EPRD des EPS vaut également pour les ESPBNL : c'est l'acte par lequel sont prévues et autorisées les recettes et les dépenses annuelles. Le modèle des documents de présentation du budget et de ses modifications est fixé par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale. (Article R 6145-10 du CSP)

La composition de l'EPRD des ESPBNL diffère de celle des EPS en ce qui concerne les comptes de résultat prévisionnels annexes (CRPA). Il ne peut y en avoir que deux dans les établissements privés :

- Les unités de soins de longue durée ;
- Les écoles et instituts de formation (Article R 6145-12 du CSP) ; toutefois les dispositions des articles R 6145-56 à R 6145-61 relatives au compte de résultat prévisionnel des écoles et instituts de formation ne sont pas mentionnées par le décret du 2 mars 2017 comme devant s'appliquer aux établissements privés.

Il faut noter que les EHPAD dont la gestion est assurée par un établissement privé ne font pas l'objet d'un CRPA et doivent être traités selon les règles définies par le code de l'action sociale et des familles (CASF).

Tarifs de prestations

Sont applicables aux ESPBNL, les dispositions des articles R 6145-21 et R 6145-22 du CSP relatives aux tarifs de prestations pour les activités de soins de suite et de réadaptation, de soins de longue durée et de psychiatrie, et celles de l'article R 6145-23 concernant la facturation particulière en cas de mobilisation spécifique et la participation de tous moyens hospitaliers à la couverture médicale des grands rassemblements.

Adoption et approbation de l'EPRD

Les dispositions des articles L 6143-4 et L 6145-1 du CSP définissant les règles d'adoption et d'approbation des EPRD des EPS, sont applicables aux ESPBNL, à l'exception de celles concernant les établissements de santé parties à un groupement hospitalier de territoire et celles spécifiques à l'AP HP.

Ne sont pas non plus applicables les dispositions relevant de l'exercice de la tutelle par le directeur de l'agence régionale de santé (ARS) sur les délibérations du conseil de surveillance et les décisions du directeur des établissements publics. En outre, si le directeur de l'ARS arrête l'EPRD au lieu et place de l'établissement privé, dans les cas où il a le pouvoir de le faire, cet état ne peut avoir un caractère limitatif car les dispositions de l'article L 6145-2 du CSP, qui le prévoient, ne s'appliquent pas aux ESPBNL, comme les dispositions de l'article R 6145-14 du CSP définissant le caractère limitatif ou évaluatif des crédits inscrits à l'EPRD. Les établissements privés n'ont donc pas à présenter de décisions modificatives comme doivent le faire les EPS en application de l'article R 6145-40 du CSP, lorsque l'un des titres ou chapitres de leur EPRD comportant des crédits à caractère limitatif est insuffisamment doté.

Exécution et suivi budgétaires

Les ESPBNL ne sont pas assujettis aux dispositions de l'article R6145-35 du CSP selon lesquelles, lorsque le budget n'est pas encore exécutoire, les opérations de recettes et de dépenses sont effectuées temporairement sur la base de l'état des prévisions exécutoires de l'exercice précédent.

Ils ne sont pas soumis à la procédure de mandatement d'office prévue pour les EPS aux articles R 6145-42 et D 6145-42-1 du CSP.

En revanche, ils sont astreints aux mêmes obligations que les EPS en ce qui concerne la tenue d'une comptabilité des engagements et la transmission à l'ARS d'un état comparatif de l'activité, des recettes et des dépenses réalisées par rapport aux prévisions de l'EPRD (Article R6145-6 du CSP).

Activités subsidiaires

Les dispositions de l'article R 6145-48 du CSP, qui encadrent le développement des prestations de services que les EPS peuvent assurer à titre subsidiaire, ne s'appliquent pas aux ESPBNL.

Comptabilité analytique

Comme les EPS, les ESPBNL doivent tenir une comptabilité analytique couvrant la totalité des activités et des moyens de l'établissement et transmettre annuellement à l'ARS un tableau faisant apparaître, après répartition analytique des charges, le montant des charges d'exploitation affectées, pendant l'exercice, aux secteurs cliniques, médico-techniques et logistiques de l'établissement (Article R6145-7 du CSP).

Compte financier et affectation des résultats

Les règles relatives à la composition, à l'élaboration et à l'adoption du compte financier, définies aux articles R 6145-43, R 6145-44 et R 6145-45 du CSP, s'appliquent aux ESPBNL, à l'exception des dispositions prévoyant que le directeur et le comptable établissent conjointement ce document et de celles des articles R 6145-37 et R 6145-38 concernant la journée complémentaire et le rattachement des dépenses engagées non mandatées. Pour les établissements privés, seul le directeur est compétent pour établir le compte financier et présenter le rapport financier qui l'accompagne. Par ailleurs la transmission du compte financier pour approbation au conseil de surveillance est remplacée par la transmission pour approbation « à l'organe délibérant de la personne morale gestionnaire de l'établissement de santé ou à l'instance habilitée statutairement à cet effet ».

Les délibérations relatives au compte financier et à l'affectation des résultats prises par l'organe compétent interviennent au plus tard le 30 juin de l'année suivant l'exercice auquel elles se rapportent (Article R6145-46 du CSP). Toutefois les articles R 6145-49 à R 6145-53 du CSP relatifs aux résultats et à leur affectation ne sont pas applicables aux ESPBNL.

Le compte financier et les documents qui l'accompagnent sont transmis, dans un délai de huit jours, au directeur général de l'ARS (Article R 6145-47 du CSP) lequel, contrairement à la règle en vigueur pour les EPS, ne dispose pas d'un pouvoir de substitution en cas de carence de l'organe délibérant.

La règle selon laquelle aucune décision modificative au titre de l'exercice en cours ne peut être prise avant transmission du compte financier au directeur général de l'ARS, sauf accord exprès du celui-ci, s'applique aux ESPBNL.

Certification des comptes

Les établissements de santé privés doivent faire certifier leurs comptes selon les règles en vigueur en fonction de leur statut juridique. En application des dispositions de l'article L 6161-3 du CSP leurs comptes certifiés par le commissaire aux comptes ainsi que ceux de leurs organismes gestionnaires sont transmis à l'autorité chargée de la tarification pour les besoins de leur contrôle. Ils sont transmis à l'ARS dans des conditions fixées par voie réglementaire. Toutes autres pièces comptables nécessaires au contrôle sont mises à disposition de l'autorité de tarification et, en tant que de besoin, communiquées par celle-ci aux services chargés de l'analyse économique et financière. La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 (Article 109) a également prévu que les rapports de certification devaient aussi être transmis à la Cour des comptes en application de l'article L. 132-3-2 du code des juridictions financières.

Les dispositions du CSP (Articles R 6145-61-1 et suivants) concernant la certification des comptes des EPS ne s'appliquent pas aux ESPBNL.

Investissements, emprunts et plan global de financement pluriannuel (PGFP)

L'ensemble des dispositions du CSP relatives à la définition, au contenu, à la révision et à l'approbation du PGFP (Articles R 6145-65, R 6145-66, D 6145-67, D 6145-68 et R 6145-69) s'applique aux ESPBNL.

En revanche, ne sont pas applicables à ces établissements les dispositions de l'article D 6145-64 relatives au programme d'investissement des EPS, ni celles définissant aux articles D 6145-70 à D 6145-73 les règles de recours à l'emprunt, auxquelles sont soumis les seuls établissements publics.

Les dispositions des articles R 6145-66-1 et R 6145-67-1 qui concernent uniquement la révision et l'approbation des PGFP des CHU, lorsque ceux-ci procèdent à un apport en capital auprès d'une filiale, sont également inapplicables aux établissements privés.

Mesures de redressement financier

Les dispositions de l'article L 6143-3 du CSP, aux termes desquelles le directeur général de l'ARS demande à un EPS de présenter un plan de redressement, lorsqu'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige ou lorsque celui-ci présente une situation de déséquilibre financier répondant à des critères définis par décret, s'appliquent aux ESPBNL. Les dispositions de l'article D 6143-39, qui fixent les critères de déséquilibre, leur sont également applicables, à l'exception du *a* du 1er de cet article qui fixe à 2 % du total des produits du compte de résultat principal de l'exercice le seuil de résultat déficitaire. Comme pour les EPS, les modalités de retour à l'équilibre prévues par le plan de redressement donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

En revanche, en cas de refus d'un ESPBNL de présenter un plan de redressement, ou en cas d'échec du plan, le directeur général de l'ARS ne peut pas placer celui-ci sous administration provisoire car les dispositions de l'article L 6143-3-1 du CSP qui prévoient cette mesure ne s'appliquent qu'aux EPS et les dispositions transitoires concernant les établissements ex PSPH contenues dans la loi HPST ont cessé de s'appliquer depuis le 1er janvier 2017[6].

Le directeur général de l'ARS peut cependant, conformément aux dispositions de l'article R 6145-39 du CSP, soumettre le fonctionnement et la gestion d'un ESPBNL en difficulté à l'examen d'une mission d'enquête, à son initiative ou à la demande de l'organe délibérant ou du directeur de l'établissement. Il propose les mesures de nature à remédier aux difficultés de fonctionnement ou de gestion constatées et communique les conclusions de la mission au président de l'organe délibérant et au directeur de l'établissement.

(6) Pour les CLCC la mise sous administration provisoire est possible en vertu des dispositions de l'article L 6162-12 du CSP.

CONTENTIEUX TARIFAIRE

L'impact de la réforme de la tarification et de la contractualisation des ESSMS sur le contentieux tarifaire

La Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et le Décret n°2016-1814 du 21 décembre 2016 modifient substantiellement les principes généraux de la tarification des établissements sociaux et médico-sociaux en passant notamment d'une tarification à la dépense autorisée à une tarification à la ressource.
La contractualisation est également au cœur de cette réforme et prend une place centrale pour les ESSMS et plus particulièrement pour les EHPAD et les PUV.
Ces évolutions, introduites par la loi et ses Décrets d'application, vont-elles avoir une incidence sur la capacité des établissements à contester les tarifs et forfaits arrêtés par les autorités de tarification compétentes ?

Delphine JAAFAR
Avocat Associé
Vatier & Associés

Rappel de la procédure budgétaire contradictoire et du contentieux de la tarification sanitaire, sociale et médico-sociale

La procédure budgétaire contradictoire est codifiée aux articles L.314-7 et R.314-14 du Code de l'action sociale et des familles.

Le Code prévoyait les modalités d'élaboration, de transmission et de contestation des propositions budgétaires élaborées par les établissements sociaux et médico-sociaux.

Ainsi, ces propositions budgétaires doivent présenter les prévisions de dépenses et de recettes de l'établissement ou du service et respecter l'équilibre réel entre ces prévisions. Ces propositions doivent être accompagnées d'un rapport budgétaire qui justifie du bienfondé de ces prévisions de recettes et de dépenses.

Ces propositions budgétaires sont transmises avant le 31 octobre de l'année qui précède celle à laquelle elles se rapportent aux autorités de tarification compétentes en application de l'article R.314-3 du CASF.

Les autorités compétentes peuvent modifier les propositions budgétaires établies par l'établissement et doivent transmettre ces propositions de modification au moins 12 jours avant la publication de l'arrêté fixant les dotations régionales limitatives ou de l'objectif annuel d'évolution des dépenses au niveau départemental.[1]

Il convient de préciser que ce délai n'est pas exigé à peine d'irrégularité de la procédure et que donc le juge du tarif, alors qu'il constate un manquement à ces dispositions, ne peut se fonder sur ce constat pour annuler l'arrêté contesté.

Ces propositions budgétaires modifiées par les autorités de tarification doivent être motivées et faire apparaître les raisons permettant de justifier des abattements pratiqués sur les propositions initiales de l'établissement.

Là encore, l'absence de motivation dans les propositions budgétaires modifiées et le « rapport budgétaire » des autorités n'est pas susceptible d'entraîner en tant que tel l'annulation de l'arrêté fixant le tarif. En effet, le contentieux des arrêtés de tarification relève, en principe, du plein contentieux. Les autorités de tarification peuvent donc motiver les

(1) Article R.314-36 du CASF

arrêtés de tarification dans le cadre de leurs écritures produites devant le juge du tarif. Il est toutefois important de souligner cette absence de motivation dans le cadre du contentieux ultérieur.

Ces propositions budgétaires modifiées doivent alors être contestées par l'établissement ou le service dans un délai de huit jours. Il s'agit d'un délai particulièrement court qui ne place pas les établissements et services dans les meilleures conditions pour contester ces propositions budgétaires.

Cette contestation est d'autant plus importante que le code de l'action sociale et des familles précise que « *A défaut de réponse apportée dans les conditions et délai mentionnés au II, l'établissement ou le service est réputé avoir approuvé la modification proposée par l'autorité de tarification* ».

Il convient donc d'être vigilant et de contester les propositions budgétaires modifiées par les autorités de tarification en explicitant les « *raisons qui rendent impossible toute modification de ses propositions budgétaires visant à les rendre compatibles avec le montant total de dépenses que l'autorité de tarification se propose de retenir* »[2].

L'appréciation des juges du tarif diverge sur cette question et il convient donc d'expliciter, de manière particulièrement circonstanciée en citant notamment les chiffres relatifs aux dépenses constatées dans les exercices précédents, les raisons qui rendent impossible l'application des propositions contradictoires élaborées par les autorités de tarification.

Si l'autorité de tarification notifie plusieurs courriers contenant les propositions budgétaires, il convient de répondre à chacun d'entre eux dans le délai de 8 jours.

Les autorités de tarification réceptionnent les contestations présentées par les établissements et services, les analysent, en principe, communiquent aux établissements une décision tarifaire, puis l'arrêté fixant les tarifs de l'établissement ou du service.

Là encore les délais posés par le Code de l'action sociale et des familles ne sont pas mentionnés à peine d'irrecevabilité.

Seul l'arrêté doit être contesté soit devant le tribunal interrégional de tarification sanitaire et sociale (TITSS) territorialement compétent dans le délai d'un mois à compter de sa notification à l'établissement ou au service concerné, soit par le biais d'un recours gracieux ou d'un recours hiérarchique adressé à l'autorité de tarification ou à son supérieur hiérarchique, par LRAR et dans le délai d'un mois afin de proroger les délais de recours.

En l'absence de réponse de l'autorité de tarification à cette demande de recours gracieux ou hiérarchique dans le délai d'un mois, l'établissement ou le service dispose alors d'un délai d'un mois pour déposer une requête devant le TITSS compétent.

Le recours gracieux et la requête doivent « *contenir l'exposé des faits et des moyens de droit sur lesquels il se fonde ainsi que les conclusions, et être accompagné de la décision ou du jugement attaqué ou de sa copie conforme et de la copie conforme des documents auxquels il se réfère* »[3] et ils doivent mettre en exergue l'impossibilité pour l'établissement ou le service « *d'adapter ses propositions budgétaires aux montants approuvés par l'autorité de tarification* »[4].

Les différentes juridictions tarifaires sont également ambiguës sur l'appréciation de ce dernier critère puisque certaines l'exigent à peine d'irrecevabilité de la requête[5] alors que d'autres considèrent qu'il « *a le caractère d'une règle de procédure* » et « *a pour seul objet de rendre recevable son moyen de légalité interne tiré de ce que l'agence régionale de santé n'aurait pas légalement justifié ses abattements* » et « *est, en tout état de cause, sans incidence sur le bien-fondé du tarif fixé par l'autorité de tarification* »[6]

La Cour nationale de tarification sanitaire et sociale, qui juge en appel des décisions des TITSS, tend plutôt à suivre le TITSS de NANTES et juge

(2) Article R.314-24 du CASF

(3) R.351-17 CASF

(4) R.351-18 CASF

(5) Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Nantes, n° 13-14-41 du 30 décembre 2015

(6) Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de paris, n° 13.048, 21 octobre 2016

que « *ces dispositions ont trait à la forme des requêtes présentées au juge de la tarification et énoncent une condition de leur recevabilité* » et estime à ce titre que « *le moyen de légalité interne tiré de ce* » que « *l'agence régionale de santé devait tenir compte du « PATHOS moyen pondéré » évalué* » n'est pas recevable dès lors que l'établissement n'a pas « *indiqué les raisons pour lesquelles il ne lui était pas possible d'adapter ses propositions budgétaires aux montants approuvés par l'autorité de tarification* »[7]

(7) Cour nationale de la tarification sanitaire et sociale, n° A.2015.20, 16 décembre 2016

Il convient donc en tout état de cause d'être vigilant et de bien insister sur cette impossibilité d'adapter les propositions budgétaires aux montants approuvés par les autorités de tarification dans la requête déposée au TITSS.

Il faut par ailleurs souligner que les dispositions de l'article R.314-24 et 351-18 du CASF ne sont pas applicables aux litiges relatifs au résultat constaté sur un exercice et qui serait remis en cause par l'autorité de tarification.

Ainsi, l'affectation d'un résultat en application de l'article R.314-52 du CASF peut faire l'objet d'un recours contentieux qui n'est pas soumis aux dispositions citées supra, excepté pour les délais de recours.

En outre, mais cela fera l'objet de précisions ultérieures, les autorités de tarification qui contestent l'affectation ou le montant du compte de résultat d'un établissement public dans le cadre de l'analyse de la procédure budgétaire, sont en principe tardif à agir.

En effet, l'affectation d'un résultat pour les établissements publics fait l'objet d'une décision notifiée à l'ARS qui doit alors la remettre en cause conformément aux dispositions de l'article L.6143-4 du Code de la santé publique et donc dans le délai de deux mois à compter de la réception de cette décision.

L'ARS et même le Conseil Départemental ne peuvent donc remettre en cause l'affectation ou le montant d'un résultat dans le cadre de la procédure budgétaire si ce délai est dépassé[8]

(8) Cour nationale de la tarification sanitaire et sociale - Contentieux n° A.2013.032 et A.2013.032 bis, 27 mars 2015

La procédure budgétaire contradictoire impose le respect des règles prescrites par le Code de l'action sociale et des familles notamment concernant le contentieux tarifaire actuel des ESSMS, mais la réformation des modalités de tarification et la contractualisation progressive des EHPAD et moins immédiatement, de l'ensemble des ESSMS, vont avoir un impact indéniable sur cette procédure.

La disparition progressive de la procédure contradictoire et du contentieux tarifaire ?

Au préalable, il convient de distinguer le cas des forfaits soins et dépendance du tarif hébergement, ce dernier restant, en principe, soumis à la procédure budgétaire contradictoire. La procédure contentieuse évoquée *supra* continue donc de s'appliquer pour le tarif hébergement sous réserve néanmoins de la signature du CPOM envisagée ci-après.

En outre, les dispositions du Code de l'action sociale et des familles prévoient une compétence large du TITSS qui n'est pas nécessairement liée à la procédure budgétaire contradictoire, mais s'applique aux « décisions mentionnées à l'article L.314-1, L.314-9 et L.351-1 » ce qui recoupe peu ou prou l'ensemble des décisions touchant à la mise en œuvre de la tarification d'un ESSMS (Article R351-1 CASF).

La place du contentieux dans la procédure de tarification « à la ressource »

La réforme de la tarification des ESSMS inscrit le passage d'une tarification « à la dépense autorisée » à une tarification « à la ressource » passant ainsi d'un tarif journalier soins et dépendance à un forfait global relatif aux soins et un forfait global relatif à la dépendance.

Dans le cadre de la tarification à la dépense autorisée, l'établissement ou le service présente un budget prévisionnel annuel dans le but de négocier les tarifs avec les autorités de tarification et d'aboutir à la tarification en prenant en compte les charges et les produits.

L'approbation du budget est donc réalisée en amont par l'autorité de tarification qui valide le montant des dépenses et des recettes qui sont proposées par l'établissement ou le service.

Or, la tarification à la ressource se fonde sur la réalisation d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses dont l'objet est d'aider à déterminer un équilibre d'exploitation.

Ce passage à l'EPRD se fait dès 2017 pour les EHPAD et les PUV et à compter de l'année N+1 de la signature du CPOM pour les ESSMS relevant du champ des personnes en situation de handicap, les SSIAD/SPASAD et les accueils de jour autonomes.

Cette évolution marque un changement de paradigme qui avait déjà été introduit de manière récurrente dans les conventions tripartites conclues avec les autorités de tarification qui permettaient alors de déroger à certaines dispositions du Code de l'action sociale et des familles notamment en matière de procédure budgétaire.

Il n'y a donc plus notification du budget prévisionnel par les établissements et services concernés, mais notification, avant le 31 octobre, d'une annexe portant sur le prévisionnel d'activité pour l'année N+1.

Sur la base de cette activité prévisionnelle, les autorités de tarification notifient à l'établissement ou au service les décisions tarifaires (CD et ARS) ainsi que les tarifs journaliers. Les décisions tarifaires des forfaits soins et dépendances étant désormais fixées sur la base d'équation tarifaire intégrant des références nationales (valeur point GIR pour le forfait soins) ou départementales (valeur point GIR arrêté par le Président du Conseil Départemental).

Dès lors que ces décisions tarifaires ne sont plus modulées en fonction des besoins des établissements et services, le recours contentieux contre ces décisions ne présente plus d'intérêt sauf à ce qu'il existe une erreur dans l'application des références et de l'équation tarifaires.

Les autorités de tarification disposent de 60 jours pour contester le prévisionnel ou pour former des observations. Il n'est néanmoins pas prévu que le non-respect de ce délai entraîne une acceptation tacite de cette activité prévisionnelle.

Il semble donc que les autorités de tarification pourront le remettre en cause même au-delà de ce délai. Là encore, cela risque de générer des contentieux inutiles alors qu'il aurait pu être aisément indiqué que l'absence de contestation par les autorités de tarification valait accord tacite comme cela est le cas pour l'approbation de l'EPRD.

En effet, une fois l'EPRD communiqué aux autorités de tarification, elles peuvent s'y opposer dans un délai de 30 jours. Si aucune opposition n'est notifiée à l'ESSMS dans le délai de 30 jours, l'EPRD est réputé approuvé tacitement.

Sous réserve des décisions du juge du tarif, un ESSMS pourra donc contester une remise en cause tardive de l'EPRD par les autorités de tarification sous réserve que l'EPRD ait bien été notifié dans le délai de 30 jours à compter de la notification des décisions tarifaires et au plus tard le 30 juin.

L'EPRD et sa validation par les autorités sont donc une première source potentielle de contentieux tarifaire. Cela reste néanmoins potentiel tend l'intégration et la procédure de validation de l'EPRD tend à exclure la possibilité d'un contentieux.

En effet, en cas de rejet de l'EPRD, l'ESSMS doit établir un nouvel état dans le délai de 30 jours. Et si ce nouvel état n'est pas établi, c'est le Directeur général de l'ARS qui s'en charge. Pour les établissements publics, la saisine de la chambre régionale des comptes par le représentant de l'Etat est prononcée par le DGARS.

La marge de manœuvre est donc particulièrement restreinte pour les ESSMS qui souhaiteraient contester le rejet de l'EPRD par les autorités de tarification.

(9) R.314-227 et suivants du CASF

L'article L.6143-4 du Code de la santé publique applicable aux établissements publics précise néanmoins que :

« *Le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, mentionné à l'article L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles, est compétent en premier ressort pour statuer en matière contentieuse sur les recours formés contre l'opposition du directeur général de l'agence régionale de santé faite à l'approbation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses ou de ses modifications en application du 2° bis [EPRD] du présent article* ».

Les ESSMS publics sont donc bien fondés à contester devant le TITSS les oppositions et les modifications aux EPRD qui seront sollicitées par le DGARS.

S'agissant des établissements privés, le juge du tarif précisera les modalités d'un tel contentieux, mais il semble envisageable de contester la remise en cause de l'EPRD.

Outre, l'EPRD, les ESSMS doivent présenter une décision budgétaire modificative qui vise à corriger le montant initial des prévisions budgétaires votées. Elle permet donc de financer des charges nouvelles ou des charges plus importantes que prévu.

Cette décision modificative doit être soumise à l'approbation de l'autorité de tarification.

Là encore, en cas de rejet de cette demande de décision modificative ou lorsque les autorités de tarification demandent l'adoption d'une telle décision, les ESSMS pourront normalement contester ce refus devant le juge du tarif.

Il convient de noter que ces décisions modificatives donnent lieu à l'adoption d'une délibération par le conseil d'administration de l'ESSMS public.

De même, les virements de crédits comme les décisions modificatives doivent être notifiés au comptable public de l'établissement.

La décision de virer des crédits n'est en revanche pas soumise à l'approbation du DGARS, mais est encadrée par les dispositions du Code de l'action sociale et des familles[9]

Autre source très probable de contentieux, l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD) qui doit être transmis à l'autorité de tarification au plus tard le 30 avril de l'année qui suit l'exercice auquel il se rapporte.

L'ERRD est le pendant de l'EPRD et permet entre autres d'affecter le résultat de l'établissement ou du service.

Il faut noter que, alors même qu'il est prévu une libre affectation du résultat, le Code de l'action sociale et des familles encadre les modalités d'affectation du résultat et place l'apurement du déficit comme une priorité.

L'affectation du résultat sera donc plus difficilement contestable dans la mesure où le Code de l'action sociale et des familles fixe les priorités d'affectation.

Les décisions du juge du tarif dans les années à venir (au minimum compte tenu des délais particulièrement longs d'instruction des dossiers devant les TITSS) permettront d'éclaircir le rôle du juge dans la fixation du tarif après cette réforme substantielle de la tarification.

Bien que cette réforme apparaisse réduire l'incertitude dans l'élaboration du budget des ESSMS, il semble persister des opportunités de désaccord avec les autorités de tarification pouvant générer des contentieux tarifaires.

La contractualisation : source de tarissement du contentieux

Outre la réforme de la tarification qui modifie la philosophie du financement des ESSMS, la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 a introduit une obligation de contractualisation progressivement applicable à une grande partie des ESSMS.

À ce stade, ce sont principalement les EHPAD qui sont concernés par cette obligation de conclure des contrats pluriannuels d'objectif et de moyens (CPOM).

Le CPOM est l'outil de remplacement des conventions tripartites qui va permettre

aux autorités de tarification mettre en œuvre le passage à une tarification à la ressource, mais également d'encadrer et d'adapter de manière précise le périmètre d'activité devant être intégré dans la tarification de l'ESSMS.

Il permet par exemple d'aménager le rythme de convergence vers le tarif dépendance initialement prévue, à savoir 1/7e par an sur 7 ans.

Cette contractualisation progressive de l'ensemble des EHPAD aura un impact indéniable sur le contentieux tarifaire puisque dans le cadre de ce CPOM, les autorités de tarifications peuvent prévoir des dérogations à certaines dispositions du Code de l'action sociale et des familles et notamment modifier le fonctionnement de la procédure budgétaire qui subsiste pour le tarif hébergement.

Il est d'ailleurs prévu de manière claire dans les dispositions réglementaires et les circulaires adoptées suite à la réforme de la tarification que le CPOM pourra permettre la fixation pluriannuelle du tarif hébergement. Il a vocation à remplacer l'ensemble des conventions d'aide sociale précédemment conclues entre le Président du Conseil Départemental et les établissements.

La revalorisation du tarif hébergement est donc prévue dans le CPOM et ne pourra pas être remise en cause sauf par le biais d'un avenant. Une fois ce dernier fixé, il ne pourra plus être contesté devant le juge du tarif sauf à ce qu'une mauvaise application des dispositions du CPOM soit faite par les autorités de tarification. La procédure budgétaire contradictoire sera donc totalement exclue et le tarif hébergement lié entièrement au CPOM.

De même, l'affectation du résultat qui est en principe libre s'inscrit nécessairement dans le cadre du CPOM.

Une fois les modalités de l'affectation du résultat soumises au CPOM, la liberté de l'affectation du résultat sera donc probablement restreinte pour les établissements.

Il en va également ainsi de la modulation, applicable aux forfaits soins et dépendances, introduite par la réforme tarifaire et qui vise à moduler ces forfaits en fonction de l'activité de l'établissement. Celle-ci est progressivement mise en œuvre en fonction du pourcentage des tarifs plafonds perçus par l'établissement.

Le CPOM pourra donc encadrer les modalités de mises en œuvre de cette modulation afin de mieux contrôler l'activité d'un établissement et d'adapter plus rapidement les ressources dont il bénéficie à l'activité réelle.

De manière générale, le CPOM a été créé comme un outil permettant de fixer les obligations respectives des gestionnaires et des autorités de tarifications dans l'élaboration et le suivi budgétaire. Il instaure l'obligation de recourir à des indicateurs afin de faciliter et d'améliorer le suivi de l'établissement signataire ce qui influe nécessairement sur la marge de manœuvre de ce dernier pour remettre en cause les décisions adoptées par les autorités de tarification en matière de financement.

De tout ce qui précède, il est possible d'en conclure que le contentieux tarifaire deviendra de plus en plus marginal au fur et à mesure de l'application de cette réforme de la tarification principalement pour les ESSMS qui seront soumis à l'obligation de contractualisation, nonobstant le possible contentieux sur l'élaboration et l'application de l'EPRD évoqué supra.

Les ESSMS qui sont soumis à cette obligation, où qui y seront prochainement soumis devront être particulièrement attentifs à l'élaboration de ce CPOM qui risque d'organiser leur fonctionnement et leur financement pour plusieurs années.

Pour les autres, qui ne sont pas encore soumis à cette obligation de contractualisation et qui ne relèvent pas du champ de l'EPRD, le juge du tarif garde un rôle essentiel notamment compte tenu des orientations budgétaires arrêtant des budgets en constante diminution.

PARUTIONS

EPRD : Maîtriser la gestion des EHPAD et autres ESSMS

Jacques GROLIER - Infodium
Juillet 2017

Conscients qu'une gestion efficace ne peut que favoriser la mise en place de projets stables au profit des publics qu'ils accompagnent, les acteurs du secteur social et médico-social doivent s'investir dans l'apprentissage des outils de gestion. À cet effet, le passage à l'EPRD constitue une opportunité dans la mesure où cette présentation budgétaire contribue à apporter des informations diagnostiques fondamentales dans le cadre de l'analyse financière des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans un premier temps, cet ouvrage est fondé sur la présentation du fonctionnement budgétaire et comptable de l'établissement, base de l'ensemble des informations économiques et financières qui vont traduire l'état de santé de l'institution. Il s'agit ensuite d'utiliser les données comptables disponibles afin d'être à même de mener une étude financière de l'établissement, d'estimer ses coûts, puis de compléter ces informations par des indicateurs médico-sociaux qui vont permettre d'estimer au mieux les performances réalisées. Il devient alors possible de mettre en place une maîtrise de la gestion favorisant un pilotage de la performance au profit des populations fragilisées dont les équipes ont la charge.

Les coopérations en santé

Bruno Gallet - Presses de l'EHESP - juin 2017

La loi de modernisation de notre système de santé, dans la continuité des précédentes réformes, fait de la coopération l'outil principal pour relever les défis que pose aujourd'hui le système de santé. Ce guide permet de disposer des connaissances de base nécessaires pour analyser les grandes problématiques de des coopérations (notamment sur la gestion des personnels, les détentions d'autorisations d'activité, les GHT…), des définitions essentielles, et de comprendre les orientations futures de notre système de santé.

AGENDA

Journée nationale SSR et Territoires

6 juillet
Contact : ANAP

Certification des comptes du régime général de sécurité sociale - exercice 2016

Cour des comptes - juin 2017

Parmi les motifs de réserves émises par la cour, dans sa mission de certification, on notera que «*Les règlements aux établissements de santé anciennement sous dotation globale sont affectés d'un risque élevé de paiements erronés compte tenu des limites des contrôles opérés.*»

Finances Hospitalières est une publication mensuelle éditée par Infodium, **www.infodium.fr** - SAS au capital de 37 000 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038 - 69, avenue des Ternes 75017 Paris - **tél : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60** - **contact@infodium.fr** - **www.finances-hospitalieres.fr**
Président, directeur de la publication et de la rédaction : Laurent Queinnec - Conception graphique et maquette : Alain Alvarez, studio2A@wanadoo.fr
Mise en page : Yohann Roy, Publiatis - Abonnements et publicité : Nadine Giraud - Imprimerie Corlet Z.I - route de Vire, 14110 Condé-sur-Noireau
11 numéros par an - Abonnement 410 euros par an - Prix au numéro : 47 euros - n° de CPPAP 0421 I 88884 - ISSN 1955-642X
Dépôt légal date de parution - © Infodium – Reproduction interdite pour tout pays sauf autorisation de l'éditeur.

IMPRIM'VERT®

BULLETIN D'ABONNEMENT

Finances Hospitalières

A compléter et renvoyer à :
Finances Hospitalières - Infodium - 69, avenue des Ternes 75017 Paris
TEL : 09 81 07 95 76 FAX : 01 70 24 82 60

W115

1 an, 11 numéros,
et **l'accès au site**
www.finances-hospitalieres.fr
(consultation de la base de données)
au prix de **410 € TTC**

Ci-joint mon règlement par :
☐ Chèque à l'ordre d' **INFODIUM**
☐ Je souhaite une facture justificative
☐ Mandat administratif/à réception de facture

Conformément à la loi « Informatique et Libertés », vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant.

Infodium - SAS au capital de 37 000 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038
69, avenue des Ternes 75017 Paris – tél : 09 81 07 95 76 - Tarif applicable du 1er Janvier 2017 au 31 Décembre 2017.

Raison sociale : .....
Nom : ..... Prénom : .....
Fonction : .....
Adresse : .....
.....
Code Postal : ..... Ville : .....
Téléphone : ..... Fax : .....
E-mail **(Obligatoire)**: .....

Adresse de facturation si différent :
.....
.....
Code Postal : ..... Ville : .....

Cachet /Date
Signature