

Finances Hospitalières

LA LETTRE DES DECIDEURS ECONOMIQUES ET FINANCIERS DES HÔPITAUX

MENSUEL SEPTEMBRE 2018 N°127

ÉDITORIAL

L'expérimentation PAERPA remplit-elle ses promesses ?

L'expérimentation lancée en 2014 dans 9 territoires pilotes¹ pour améliorer le Parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), sous l'égide du ministère de la Santé et des ARS, a été évaluée par l'IRDES². Les premiers résultats³, concernant les années 2015 et 2016, sont globalement décevants au regard des attentes initiales ; l'analyse statistique a permis toutefois d'identifier quelques améliorations dans certains territoires.

L'enjeu est d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans et plus et de leurs aidants en faisant progresser la coordination des différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social au niveau local. De nombreux outils ont été déployés en ce sens, à des degrés divers selon les territoires, plus ou moins rapidement (l'hétérogénéité des situations est soulignée par les auteurs). L'un des objectifs était de limiter les séjours à l'hôpital et les mauvaises pratiques médicamenteuses. Pour cela, plusieurs indicateurs ont été construits : durée cumulée des séjours, réhospitalisations à 30 jours, hospitalisations non programmées, hospitalisations potentiellement évitables, passages aux urgences non suivies d'hospitalisation, polyprescription, prescription pharmaceutique inappropriée.

L'évolution 2014-2016 a été analysée, et ce, en comparant les territoires PAERPA et des territoires « témoins » (aux caractéristiques socio-économiques et sanitaires similaires) afin de disposer d'une mesure d'impact. En évolution, seuls les indicateurs concernant la prescription pharmaceutique sont orientés à la baisse, notamment celui concernant les prescriptions inappropriées (-20% pour les 9 territoires), mais sans écart majeur, globalement, par rapport aux territoires hors PAERPA.

Des différences significatives sont cependant observées dans certains territoires PAERPA. Dans trois d'entre eux, une évolution favorable est notée pour 2015 et 2016 par rapport aux zones témoins : l'Aquitaine sur la polymédication (-8 à 9%), le Nord-Pas-de-Calais sur la polymédication (-2 à 3%) et les prescriptions inappropriées (-8 à 10%), et la Lorraine sur le recours aux urgences (-23%). Les auteurs observent que dans ces trois zones, les acteurs locaux étaient organisés avant même le lancement du programme (avec par exemple des actions contre la iatrogénie médicamenteuse), signifiant qu'il faut certainement davantage que deux années pour observer des effets favorables liés à un changement organisationnel en faveur de la coordination. « *Le croisement de ces résultats avec les analyses qualitatives et les données de déploiement des dispositifs suggère que la différence de « maturité » entre les territoires peut être un facteur déterminant.* » Par ailleurs, en Midi-Pyrénées et en Bourgogne, l'impact de Paerpa est significatif à partir de 2016, en termes de réduction des hospitalisations non programmées (respectivement -16% et -14%). En Bourgogne, Paerpa a eu aussi un impact significatif sur les hospitalisations évitables (-24%).

Le résultat le plus négatif porte sur la durée cumulée des séjours et le taux de réhospitalisation à 30 jours : il paraît difficile de réduire ces facteurs, même avec des dispositifs de coordination bien organisés. En réalité, dans les territoires PAERPA comme dans les hors PAERPA, la plupart des indicateurs concernant l'hôpital sont à la hausse, en particulier les passages aux urgences. Il semble que d'autres outils seraient à développer en matière d'interface ville-hôpital, de structuration des soins primaires, de réactivité des dispositifs face à des situations aiguës.

Roland CASH

(1) Bordeaux (Aquitaine), Nord-Ouest de la Nièvre (Bourgogne), Sud-Est de l'Indre et Loire (Centre), Nord parisien (IDF), Sud-Ouest de la Corrèze (Limousin), Grand Nancy (Lorraine), Hautes-Pyrénées (Midi-Pyrénées), Valenciennois-Quercitain (Nord-Pas de Calais), Mayenne (Pays de la Loire)

(2) Institut de recherche et documentation en économie de la santé

(3) Evaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa). Premiers résultats - Damien Bricard, Zeynep Or, Anne Penneau (Ides), Questions d'Economie de la santé, n° 235, juillet/août 2018

Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa). Premiers résultats - Zeynep Or, Damien Bricard, Nelly Le Guen, Anne Penneau, les Rapports de l'IRDES, n° 567, juin 2018

SOMMAIRE

TARIFICATION & FACTURATION

Y a-t-il encore un ticket modérateur pour les sorties SMUR ? p2

GESTION FINANCIÈRE

Encadrement du recours à l'emprunt : Quelle régulation ? Quels enjeux ? Analyses et propositions méthodologiques p6

PERFORMANCE

La non pertinence des actes : l'exemple de la chirurgie de l'obésité p10

BUDGET & COMPTABILITÉ

Gestion et fonctionnement des GCS publics de moyens : Les nouvelles règles budgétaires et comptables en vigueur p14

La communication financière relative aux établissements publics de santé p20

JURIDIQUE

Les nouvelles obligations hospitalières relatives à la facturation des patients p24

VEILLE DOCUMENTAIRE / AGENDA

..... p27 ; 28

Y a-t-il encore un ticket modérateur pour les sorties SMUR ?

Si le cadre juridique définissant le financement des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) a été récemment précisé en ce qui concerne les sorties dites « secondaires », il subsiste un doute sur la participation pouvant être demandée aux usagers pris en charge lors d'une sortie dite « primaire ».

Jean-Claude DELNATTE

LES SORTIES SMUR SECONDAIRES NE SONT PLUS FACTURABLES

Rappelons que selon les dispositions de l'article R6123-15 du code de la santé publique (CSP) : « Dans le cadre de l'aide médicale urgente, la structure mobile d'urgence et de réanimation a pour mission :

1° D'assurer, en permanence, en tous lieux et prioritairement hors de l'établissement de santé auquel il est rattaché, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation, et, le cas échéant, et après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé.

2° D'assurer le transfert entre deux établissements de santé d'un patient nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet »

La mission définie au 1° correspond à une sortie primaire et celle définie au 2° à une sortie secondaire. Il est précisé à l'article R. 6123-16 que : « Les interventions des SMUR (...) sont déclenchées et coordonnées par le SAMU ».

La facturation par des établissements gestionnaires de SMUR des sorties secondaires effectuées au profit de patients pris en charge par d'autres établissements avait donné lieu à des contentieux qui ont trouvé leur issue devant le Conseil d'Etat¹, lequel a conclu qu'une SMUR n'intervient que dans le cadre de sa mission de service public d'aide médicale urgente, sur décision du médecin régulateur du service d'aide médicale urgente (SAMU), et relève d'un financement par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Le décret n° 2017-390 du 23 mars 2017 relatif au financement des SAMU et des SMUR est venu modifier le j du 2° de l'article D. 162-6 du code de la sécurité sociale, qui énumère les dépenses correspondant aux missions pouvant être financées par la dotation MIGAC, désormais rédigé comme suit : « j) L'aide médicale urgente constituée des missions des services d'aide médicale urgente mentionnées aux articles R. 6311-2 et R. 6311-3 du code de la santé publique et de l'ensemble des interventions des structures mobiles d'urgence et de réanimation mentionnées au 2° de l'article R. 6123-1 du même code, quel que soit le lieu de prise en charge du patient; »

Précédant de peu la publication de ce décret, l'instruction n° DGOS/R2/2017/90 du 15 mars 2017 relative aux pratiques de facturation inter établissements des transports SMUR secondaires, précise que : « Les facturations inter établissements des transports SMUR secondaires, dès lors qu'il y a sortie du SMUR, n'ont plus cours à compter du 01/03/2017 » et modifie en conséquence la circulaire DHOS/F4 n° 2009-319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé.

(1) Conseil d'Etat SOCIETE POLYCLINIQUE SAINT-JEAN N° 393311 Lecture du 8 février 2017)

<p align="center">Circulaire DHOS/F4 n° 2009-319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé</p>	
Rédaction d'origine	Rédaction issue de l'instruction n° DGOS/R2/2017/90 du 15 mars 2017
<p>3. Modalités de facturation des transports d'urgence</p> <p>Les modalités de facturation varient selon qu'il s'agit de transports primaires ou secondaires (cf. fiche transport du guide MEAH/DHOS)</p> <p>3.1. Les transports primaires. Les transports primaires correspondent aux transports effectués du lieu de prise en charge des patients jusqu'à l'établissement de santé ; ils sont financés dans le cadre de la dotation missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), quel que soit le lieu de prise en charge médicale du patient (voie publique, domicile...), dès lors qu'il y a sortie du SMUR</p> <p>3.2. Les transports secondaires Les transports secondaires (1) (entre établissements) doivent être facturés à l'encontre de l'établissement d'origine (établissement demandeur). Le tarif applicable est basé sur le temps de présence du médecin du SMUR auprès du malade (cf. article 4 et article 5 du décret n° 2009-213)</p>	<p>3. Modalités de facturation des transports d'urgence</p> <p>Les transports primaires correspondent aux transports effectués du lieu de prise en charge des patients jusqu'à l'établissement de santé ; ils sont financés dans le cadre de la dotation missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), quel que soit le lieu de prise en charge médicale du patient (voie publique, domicile...), dès lors qu'il y a sortie du SMUR.</p> <p>Les transports secondaires correspondent aux transports effectués entre établissements de santé ; ils sont financés dans le cadre de la dotation missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), dès lors qu'il y a sortie du SMUR. ».</p>

La circulaire budgétaire et tarifaire 2017² indique que, afin de compenser la perte de recettes, « la MIG SMUR est abondée d'un montant correspondant à 60,3 M€ en année pleine. Il s'agit du montant retenu au titre des facturations de SMUR secondaire dans le cadre de la modélisation mise en oeuvre à partir de 2016. Applicable à partir du 1er mars 2017, l'abondement de la MIG SMUR sera réparti prorata temporis sur les années 2017 et 2018 : abondement de 10/12e en 2017, et abondement des 2/12e restants en 2018. »

(2) Circulaire no DGOS/R1/2017/164 du 9 mai 2017 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2017 des établissements de santé BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2017/6 du 15 juillet 2017

L'APPLICATION DU TICKET MODÉRATEUR AUX INTERVENTIONS PRIMAIRES SMUR APPELLE UNE CLARIFICATION

D'aucuns ont conclu de ces évolutions que toutes les sorties SMUR, secondaires et primaires, n'étaient plus facturables mais la question de l'application du ticket modérateur lors d'une sortie primaire mérite cependant d'être posée.

L'instruction du 15 mars 2017 n'évoque pas ce point, pas plus que le décret n° 2018-354 du 15 mai 2018 portant sur la prise en charge des transports de patients.

La note d'information N° DSS/1A/DGOS/R2/2018/80 du 19 mars 2018 relative à la mise en oeuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017 indique au § 1.2.4. portant sur les transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente (AMU) :

« Dès lors que le transport est effectué dans le cadre de l'AMU le transport réalisé est facturable à l'assurance maladie.

Cette disposition ne concerne pas les transports assurés par le SMUR qui sont financés sur l'enveloppe MIG de l'établissement gestionnaire du SMUR. »

La position ministérielle est incertaine et, pour le moins, évolutive : à la question d'un parlementaire³, le ministre du travail, de l'emploi et de la santé répondait le 29/11/2011⁴ : « L'aide médicale urgente - dont le SMUR est une des modalités avec le service d'accueil des urgences et le SAMU - étant une mission de service public, le financement dépend des dotations allouées à l'établissement de santé de rattachement au titre des missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC). Les interventions du SMUR

(3) Question N° 70494 publiée au JO le : 09/02/2010 page : 1300

(4) Réponse publiée au JO le : 29/11/2011 page : 12632

ne peuvent donc pas donner lieu à une facturation directe à la personne transportée justifiant de sa qualité d'assuré social. En effet, pour les transports du lieu de prise en charge (domicile, voie publique...) jusqu'à l'hospitalisation du patient, la participation laissée à la charge de l'assuré (ou ticket modérateur) est supprimée. En ce qui concerne les transports entre deux structures hospitalières, cette participation est maintenue mais réclamée en même temps que le forfait d'hospitalisation. Il ne peut donc y avoir en aucun cas d'avance des frais. »

(5) Réponse publiée au JO le : 28/10/2014
page : 8951

(6) Question écrite N° : 24692 publiée au JO
le : 23/04/2013

En 2014 la ministre des affaires sociales et de la santé répondait dans le même sens⁵ à une autre question écrite⁶ « *Les conditions d'exonération du ticket modérateur sont applicables aux transports sanitaires, notamment entre deux structures hospitalières. En revanche, la prise en charge d'un patient par la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) ne peut pas être remboursée aux patients par les caisses primaires d'assurance maladie. En effet, le financement des SMUR est assuré par des dotations versées aux établissements sièges des SMUR au titre de missions d'intérêt général (MIG). La prestation SMUR étant financée par le biais de cette dotation, elle ne peut donc donner lieu à une facturation au patient et à un remboursement par l'assurance maladie ».*

(7) Question N° 10048 publiée au JO le :
13/11/2012 page : 6372

(8) Réponse publiée au JO le : 20/10/2015
page : 7870

Cependant, à une question analogue, posée le 13/11/2012⁷, la ministre des affaires sociales et de la santé, après s'être donnée le temps de la réflexion, apportait le 20/10/2015⁸ la réponse suivante : « *S'agissant du point particulier du SMUR, le tarif servant de base au calcul de la participation des patients est fixé régionalement par l'agence régionale de santé afin de tenir compte des coûts réels de fonctionnement, sur la base de l'activité prévisionnelle du SMUR, décomptée en demi-heures. Il faut également noter que l'ensemble des règles d'exonération ou de minoration de la participation des patients sont maintenues et applicables à l'intervention de chacun des acteurs pouvant intervenir à la demande du SAMU. Enfin, ces facturations n'entraînent pas de double financement des services, puisque les dotations financières des établissements de santé pour le fonctionnement des SMUR sont atténuées du montant du produit des facturations directes. Néanmoins, afin de garantir une homogénéité de traitement, ce sujet sera clarifié dans le cadre de la réforme du financement des structures de médecine d'urgence mise en oeuvre en 2016. »*

Il ne ressort pas de la lecture des textes que la part de la dotation MIGAC allouée aux établissements gestionnaires d'une SMUR aurait vocation à couvrir intégralement et exclusivement les charges exposées pour l'exercice de cette mission: l'article L162-22-13 du code de la sécurité sociale (CSS), qui crée la dotation nationale de financement des MIGAC, dispose que celle-ci « *participe notamment au financement* » des missions qu'il énumère et l'article D162-8 du même code précise que : « *Ces dotations participent au financement de ces missions dans la limite des dépenses y afférentes à l'exclusion de la part incombant à d'autres financeurs en application de dispositions législatives ou réglementaires et de celle déjà supportée par l'assurance maladie en application des dispositions législatives ou réglementaires relatives à la prise en charge des soins. »*

En outre, aux termes de l'article 4 du décret n° 2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs des dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé :

« *Pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, les tarifs de prestations servant de base au calcul de la participation des patients et mentionnés au II de l'article 33 de la loi du 18 décembre 2003 susvisée sont établis pour au moins chacune des catégories suivantes :*

1° *L'hospitalisation complète en régime commun en distinguant :*

- a) *Services spécialisés ou non ;*
- b) *Services de spécialités coûteuses ;*
- c) *Services de spécialités très coûteuses ;*

2° *L'hospitalisation à temps partiel ;*

3° La chirurgie ambulatoire ;

4° L'hospitalisation à domicile ;

5° Les interventions de la structure mobile d'urgence et de réanimation »

L'article 5 du même décret précise : « Les tarifs de prestations mentionnés au 5° de l'article 4 sont obtenus en divisant le coût de revient prévisionnel par le nombre de demi-heures prévues pour les interventions terrestres et par le nombre de minutes prévues pour les interventions aériennes » et son article 5-1, créé par le décret n° 201-425 du 29 avril 2010, donne compétence au directeur général de l'agence régionale de santé pour arrêter les tarifs mentionnés à l'article 4 précité.

Le 5° de l'article 4 de ce décret n'a pas été abrogé par le décret du 23 mars 2017, comme il aurait dû l'être si le pouvoir réglementaire avait entendu supprimer la participation des usagers aux frais de transports SMUR.

Une clarification juridique paraît donc très souhaitable afin de permettre aux établissements gestionnaires de SMUR :

- Soit, de reprendre la facturation aux usagers ou à leur mutuelle du ticket modérateur, s'il est confirmé que celui-ci est maintenu,
- Soit, dans le cas contraire d'obtenir une compensation financière sous forme d'abondement de leur dotation MIGAC.

Fiabilisation et certification des comptes à l'hôpital

Manuel pratique

Par Karim AMRI - Préface d'Edouard COUTY

NOUVEAU



BON DE COMMANDE - A retourner à Infodium, 69, avenue des Ternes 75017 Paris ou par télécopie au 01 70 24 82 60

<input type="checkbox"/> OUI , Je commande exemplaire(s) du livre « Fiabilisation et certification des comptes à l'hôpital » par Karim Amri, 200 pages. (ISBN 978-2-9559203-1-2) TVA : 5,5 %	HT	TTC
	61,61	65,00
	5,00	6,00
Participation forfaitaire aux frais de port (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC). TVA : 20 %		
	Total	<input type="text"/>

Mme, Mlle, M.
 Nom : Prénom :
 Établissement :
 Fonction :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Téléphone : Fax :
 E-mail :

Je règle par :

Chèque bancaire ou postal à l'ordre d'INFODIUM. Je recevrai une facture justificative.
 A réception de facture (avec RIB)

Cachet / Signature

Encadrement du recours à l'emprunt : Quelle régulation ? Quels enjeux ? Analyses et propositions méthodologiques

L'enjeu inhérent à l'encadrement du recours à l'emprunt des établissements Publics de Santé, régi par le décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011, consiste en première intention à contenir ou tenter de maîtriser l'évolution de l'encours de la dette hospitalière publique, du risque de taux sous-jacent et du risque de liquidité.

Néanmoins, pour atteindre l'objectif ambitieux de maîtrise de l'endettement, après avoir promu son expansion via les plans hôpitaux 2007 et 2012, et laissé le risque de taux se diffuser jusque-là, sans doute faut-il définir précisément ce qui doit être régulé, pour définir des indicateurs stables et invariants, notamment au regard des problématiques de doctrine comptable, et s'assurer de la cohérence des politiques de financement avec les orientations stratégiques pluriannuelles.

Sébastien Lucido et Pascale Develey

Analystes, ANALIS FINANCE

Le décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif *aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé* fixe une liste d'indicateurs de mesure de l'autonomie financière et leurs seuils respectifs pour déterminer le statut d'un EPS quant à sa politique d'endettement. Il résulte de ce décret que :

- soit l'établissement satisfait aux conditions définies ; il reste alors autonome dans sa politique d'endettement à long terme, sous réserve de souscrire uniquement les catégories d'emprunts et de produits dérivés dont la nature est également régie par ce décret ;
- soit l'établissement ne satisfait pas aux critères d'évaluation ; il se voit dès lors soumis à l'accord préalable du directeur général de l'ARS, après avis consultatif du directeur régional des Finances Publiques, pour la souscription de toute nouvelle enveloppe à long terme.

Tant que le niveau de deux des trois ratios n'est pas conforme aux contraintes, sauf avis contraire de l'ARS, l'EPS est donc en partie privé de son autonomie en matière de gouvernance et de mise en œuvre de ses orientations stratégiques. La large diffusion des emprunts structurés et les politiques incitatives des plans Hôpital 2007 et 2012 ont grandement contribué à un endettement massif des EPS, dont l'Etat a par la suite dû tenter d'en contenir la croissance. La vocation des trois ratios, tels que définis dans le décret, est de mesurer si la situation d'endettement des hôpitaux est jugée 'soutenable' en totale autonomie, compte tenu de niveau de l'activité réalisée, mais également du niveau de trésorerie potentielle générée par cette même activité.

Néanmoins, le calcul des indicateurs, et leurs valeurs, sont sensibles aux choix méthodologiques retenus pour la représentation du bilan (optique fonctionnelle, comptable, économique...), et peuvent donc conduire à une interprétation différente, en l'absence d'harmonisation des pratiques.

Nous constatons qu'avant toute tentative d'analyse des indicateurs obtenus, des biais méthodologiques sont susceptibles d'altérer le niveau des ratios, ce qui induit des problématiques de stabilité et de robustesse.

En termes de prise de décisions, cela soulève donc légitimement la question de la pertinence des indicateurs retenus bruts, sans retraitement, dans la mesure où ils influent largement les processus de prise de décision d'investissement et de financement.

Un enjeu majeur revient dès lors à définir ce qui doit être mesuré précisément, pour tenter notamment de rendre plus proches de leurs objectifs les éléments entrant dans l'analyse de la situation structurelle d'une entité ou, à terme, d'un groupe, au niveau consolidé.

LES PROBLÉMATIQUES ISSUES DES DIFFÉRENTES REPRÉSENTATIONS DU BILAN

Les trois indicateurs 'socles', suivis par les tutelles, pour réguler l'endettement public hospitalier sont respectivement :

- le taux d'indépendance financière, mesurant la part de l'endettement à long terme dans le total des capitaux permanents, normant ainsi un taux d'endettement dont le niveau acceptable est fixé à 50% des capitaux permanents, pour le secteur ;
- la durée apparente de la dette, exprimant le nombre d'années de capacité d'autofinancement nécessaires au remboursement de l'encours de dette, si elle y était totalement consacrée et invariante (seuil à 10 ans) ;
- le poids de l'endettement long rapporté au total des produits dont le niveau est fixé à 30%.

Tous ces indicateurs ont donc pour composante commune l'encours de dette financière à moyen et long termes (i.e. supérieur à 1 an à l'origine). Le premier indicateur porte un regard sur la géographie du capital de l'établissement afin d'évaluer le niveau de saturation de l'endettement.

Néanmoins, si l'évaluation de l'encours de dette bancaire ne pose, en l'espèce, aucun souci méthodologique, celle des capitaux permanents, est, en revanche, sensible à la nature du bilan utilisé pour réaliser les analyses. Ainsi, le ratio issu d'une évaluation par le bilan fonctionnel, en valeurs brutes, sera toujours plus favorable, (effet d'affichage), que le même indicateur calculé à partir du bilan patrimonial. La méthodologie d'analyse retenue viendra, selon le choix, gonfler l'encours des capitaux permanents, à hauteur des dotations aux amortissements et des dépréciations de stocks et comptes de tiers, portées en ressources stables dans l'analyse fonctionnelle, tandis que les approches patrimoniale et comptable confrontent les actifs nets d'amortissements et de dépréciations à des passifs, nets par nature.

Nous constatons ainsi une dilution artificielle, et purement méthodologique, du poids de la dette dans le total des capitaux permanents, tels que valorisés par l'approche fonctionnelle (il en va de même pour le FRNG et le BFR, évalués en valeurs brutes). Le calcul de la durée apparente de la dette n'a pas d'autre sujet de débat que celui de l'intégration éventuelle des variations de provisions pour dépréciations de comptes de tiers dans le calcul de la CAF. Enfin le troisième indicateur, quant à lui, semble s'éloigner d'une mesure opérationnelle de la capacité à assurer le service de la dette, mais également d'une mesure du taux d'endettement.

Le total des produits étant en partie constitué d'éléments non encaissables, souvent non récurrents, il ne reflète donc pas le niveau de trésorerie que l'établissement dégage pour financer le remboursement de sa dette, et n'est pas construit sur un véritable socle financier permettant d'évaluer le niveau de saturation de l'endettement.

Nous sommes ainsi amenés à nous interroger sur ce qui doit être mesuré quand on parle d'indépendance financière et de taux d'endettement pour mesurer :

- le risque de liquidité ;
- la capacité à financer les investissements,

Nous sommes donc amenés à préciser le périmètre et la nature de la dette financière à intégrer dans les analyses ayant pour objectif de réguler l'endettement public. Le décret cité précise notamment que l'autorisation au recours à l'emprunt ne s'applique pas pour les emprunts d'une durée inférieure à 12 mois.

Le risque auquel établissements et tutelles pourraient être confrontés, est celui d'une décorrélation entre la durée des emplois et la maturité des financements.

QUELS OBJECTIFS DE RÉGULATION ? QUELS INDICATEURS ?

Nous avons vu que l'objectif majeur était de réguler le volume d'endettement au travers d'une autorisation préalable pour les établissements dont la situation est ponctuellement ou structurellement jugée fragile. Si tel est le cas, sans doute doit on étendre la notion d'endettement à l'endettement réel, structurel, mobilisé de manière permanente quelle qu'en soit la durée à l'origine.

La notion d'indépendance financière ignore la maturité des ressources financières, excluant de son périmètre les ressources de financement courtes, et peut donc masquer en partie, un déséquilibre réel.

Tant que l'encours de lignes de trésorerie nécessaire est accordé par les banques, le coût de financement global en bénéficie, ce qui reste toutefois moins vrai en configuration de courbe de taux peu pentue, (i.e. tant que l'écart entre index monétaires et obligataires est peu élevé). En complément, l'objectif de trésorerie zéro, longtemps présenté comme un dogme, voire comme un gage de performance, a montré ses limites pendant la période de restrictions de l'octroi de crédits et de défiance des banques vis-à-vis du secteur public.

Un taux acceptable d'indépendance financière et un fonds de roulement positif, ne garantissent pas le paiement des dettes, terme par terme. Nous préférons donc, par extrapolation à ce raisonnement, la notion de dette nette à celle de trésorerie nette, dans la mesure où elle n'est pas sujette, dans son évaluation, à la prise en compte de la maturité à l'origine des emprunts.

Elle reflète fidèlement l'endettement réel, et permet en ce sens d'appuyer la décision de financement sur une analyse sincère, non impactée par les pratiques de présentation comptable.

Il y a bien une réalité économique derrière le financement permanent d'un niveau insuffisant de capitaux permanents. Les hypothèses de plans de financement, bâtis sur une restriction des volumes d'activité, une décroissance des tarifs imposée, et un niveau de marge cible prévisionnel piloté majoritairement par la masse salariale, paraît économiquement peu soutenable, et financièrement générateur de déséquilibre.

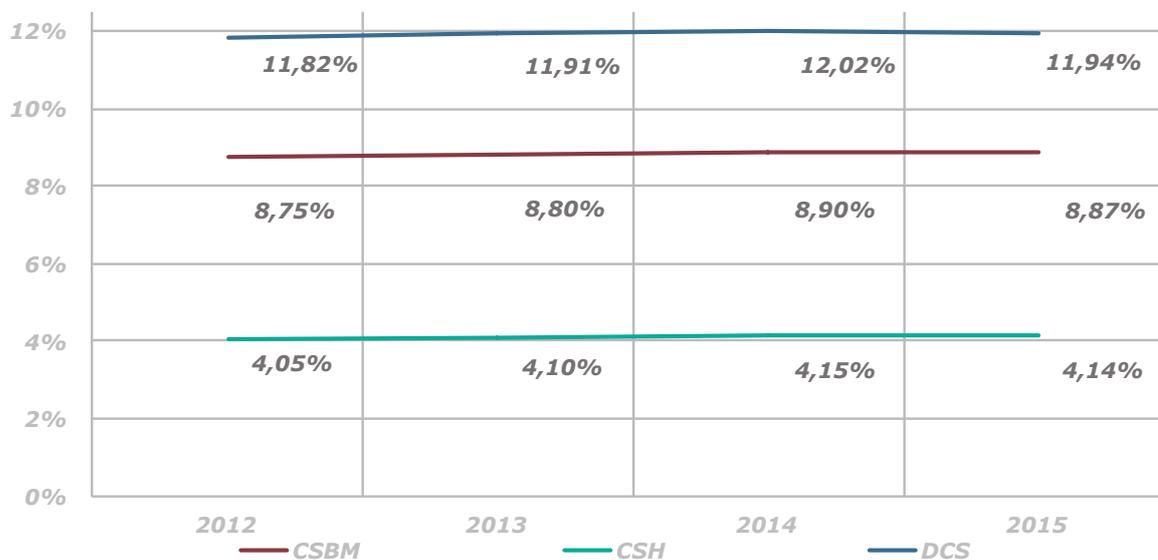
Notre propos n'est nullement de promouvoir le recours systématique à de la dette longue pour régler toute situation de déséquilibre financier, sans projection pluriannuelle de la trajectoire d'un désendettement qu'une entité ne pourrait assumer. En revanche, l'objectif est bien d'analyser le niveau réel d'endettement financier mobilisé de manière permanente, pour agir en conséquence, et éventuellement repenser le modèle économique de certaines activités soumises notamment à un niveau élevé de contraintes opérationnelles et tarifaires.

En conséquence, la tendance actuelle orientée vers le pilotage à la marge brute générée par l'activité des établissements, (qui doit notamment assurer le service de la dette existante, le renouvellement des investissements), semble trouver ses limites dans le contexte actuel de régulation des dépenses de santé.

En effet, les déterminants de la marge restent exogènes et non maîtrisés par les établissements, puisque réévalués annuellement, au niveau macro, dans un cadre plus global, celui de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) et plus spécifiquement de l'ONDAM. Ainsi, les dépenses de santé visant un caractère de stabilité relative dans le total de la richesse nationale, peu de leviers restent disponibles pour les établissements pour agir sur le niveau de leurs produits et celui de leurs charges qui sont directement issues du niveau cible de dépenses publiques. Le graphe ci-dessous, illustre la stabilité de la part de PIB allouée au financement de la consommation de soins et de biens médicaux

(CSBM), de la consommation de soins hospitaliers (CSH), et de la dépense de santé courante (DCS), notamment sur les quatre premières années du dernier CPOM échu.

EVOLUTION DES AGRÉGATS EN % DU PIB ANNUEL



Source : calculs effectués par les auteurs sur la base des données de la banque mondiale et du rapport de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique (DREES) 'les dépenses de santé en 2015'

Ainsi, la pression exercée sur la marge d'exploitation réduit, de facto, les liquidités disponibles pour autofinancer l'investissement, et favorise le recours à l'endettement (de maturité courte ou longue).

En conséquence, les établissements, et à terme les groupes ayant la situation la plus contrainte, pourront être amenés à se financer à court terme pour investir, créant ou accentuant ainsi une asymétrie entre la maturité des actifs et celles des financements. Il semble donc approprié de mener une réflexion de fonds sur la nature des déterminants de l'endettement, pour ensuite tenter de le maîtriser, par des politiques tarifaires appropriées.

En termes d'analyse de l'existant, quelques ajustements nous paraissent opportuns sur les indicateurs actuels, et conduiraient à retraiter :

- le taux d'indépendance financière de l'encours perpétuellement mobilisé (ou encours moyen) sur ligne de trésorerie, notamment pour obtenir une vision de l'endettement structurel réel plus précise que la dette longue rapportée au total des capitaux permanents ;
- le niveau du FR résiduel, disponible pour financer le BFR après l'investissement ;
- la durée apparente de la dette de l'encours moyen mobilisé sur lignes de trésorerie, afin d'obtenir notamment le nombre d'années de CAF nécessaire au remboursement de la dette à long terme majorée de la dette à court terme assimilable à de l'endettement long terme.

Enfin, valoriser et analyser régulièrement la situation d'endettement net, afin de mesurer le niveau réel de dépendance financière de l'établissement.

En synthèse, une approche globale, économique et financière, semble désormais nécessaire à l'évaluation réelle de la situation d'endettement réel des EPS, en partie subie et partiellement issue de politiques macroéconomiques dont les objectifs restent parfois difficilement déclinables, notamment au niveau des opérateurs économiques.

La non pertinence des actes : l'exemple de la chirurgie de l'obésité

Depuis plusieurs années, les observations et les rapports se multiplient sur la chirurgie bariatrique et ses dérives. La CNAMTS, l'IGAS, la HAS, la DREES, l'Académie de Médecine : autant d'institutions qui ont relevé les anomalies dans les indications et les prises en charge, sans qu'au demeurant, la situation ne change en quoi que ce soit. Pourtant, il s'agit d'actes inscrits dans le programme de lutte contre la non pertinence des soins. Comment rendre compte de l'augmentation régulière de cette activité chirurgicale ? Et que faudrait-il faire pour améliorer la pertinence, ainsi que le suivi des patients ?

Roland CASH

ETAT DES LIEUX

La chirurgie bariatrique est une chirurgie de l'estomac pour patients atteints d'obésité sévère ou compliquée. Afin de réduire les capacités de l'estomac à contenir de la nourriture, il y a trois grands types d'intervention : la pose d'un anneau gastrique ajustable à l'endroit de la jonction entre l'œsophage et l'estomac, qui réduit le diamètre de « l'entrée » dans l'estomac, cette intervention ayant l'avantage d'être réversible, contrairement aux autres ; le court-circuit gastrique (ou « by-pass ») : le chirurgien établit une liaison entre le haut de l'estomac et le tube digestif, court-circuitant la majeure partie de l'estomac qui ne reçoit plus d'aliments ; la « *sleeve gastrectomy* », qui réduit la taille de l'estomac directement puisqu'on en enlève environ les quatre cinquièmes pour ne conserver qu'un tube étroit. C'est cette dernière modalité qui est maintenant majoritaire, la part des anneaux périgastriques étant passée à moins de 4% en 2016.

Ces interventions sont mutilantes, mais pour les personnes en hyper-obésité, cela permet de juguler une situation impossible à résoudre par le seul régime. Encore faut-il avoir essayé le régime auparavant ! Surtout qu'après ces interventions, le patient est obligatoirement soumis à un changement radical de ses habitudes alimentaires, et doit faire attention à ne pas subir de carences nutritionnelles.

Les recommandations de la HAS indiquent que ces interventions constituent un traitement de deuxième intention, en cas d'échec d'une prise en charge médicale, diététique et psychologique bien conduite, pendant au moins 6 mois, chez les patients dont l'indice de masse corporelle (IMC)¹ est supérieur à 40 (ou 35 lorsqu'il existe des comorbidités comme un diabète, une hypertension artérielle, une apnée du sommeil...).

Il faut aussi que la décision d'intervention soit collégiale, pluridisciplinaire et qu'un suivi de long terme soit organisé, avec prise en charge hygiéno-diététique durant toute la vie. Une autre condition est que le patient ait été informé, ait compris et accepté la nécessité du suivi de long terme. Dans le cadre du plan Obésité, ont été mis en place des centres experts (centres spécialisés de l'obésité ou CSO), au nombre de 37, pour organiser tout cela, ce qui n'est pas simple car de nombreuses professions de santé sont impliquées : chirurgien, médecin endocrinologue/nutritionniste, diététicienne, psychologue...

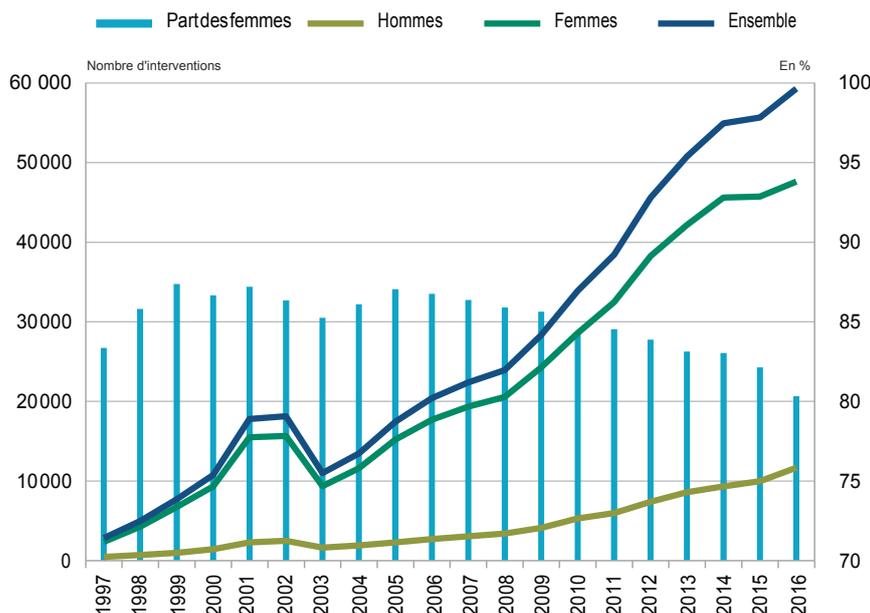
Dans ces conditions, la chirurgie est efficace pour réduire le poids et éviter des comorbidités sévères. Elle est particulièrement indiquée et efficiente en cas de diabète de type 2, et d'IMC très élevé (supérieur à 50).

(1) L'IMC est le rapport entre le poids et la taille (en mètres) élevée au carré. La norme se situe entre 19 et 25. L'obésité commence à 30 ; au-delà de 35, on parle d'obésité sévère et au-delà de 40, d'obésité morbide

Mais il existe des effets secondaires : mortalité post-opératoire (1 pour 1000 cas opérés), échec et reprise de poids (notamment en l'absence de suivi nutritionnel adéquat), troubles psychiatriques (dont un risque suicidaire accru), gastrite, ulcère digestif, dénutrition, carences vitaminiques (notamment en vitamines B1 et B12, entraînant des risques de complications neurologiques), perte de masse musculaire...

Malgré ces problèmes, la chirurgie bariatrique s'est fortement développée depuis 20 ans, et malgré une campagne active de l'Assurance maladie pour freiner certains excès, au début des années 2000, ces activités sont reparties à la hausse, comme l'indique le graphique issu de la récente publication de la DREES sur le sujet.

Évolution des interventions de chirurgie de l'obésité de 1997 à 2016



Lecture • En 2016, 59 283 interventions de chirurgie de l'obésité ont été enregistrées (échelle de gauche), 80,3 % concerne des femmes (échelle de droite).

Champ • France entière, tous âges.

Source • ATIH, base nationale PMSI-MCO ; exploitation DREES.

Remarque : Le nombre d'interventions inclut les interventions pour révision et ablation de matériel.

L'augmentation dans la période récente est de 16% par an, et on compte ainsi en France un demi-million de personnes ayant subi une intervention de chirurgie bariatrique. Ce phénomène est à mettre en regard de la prévalence de l'obésité qui n'augmente que de 6% par an.

La dépense directe liée aux séjours chirurgicaux est de l'ordre de 200 millions d'euros par an.

La France est l'un des pays avec le plus fort taux d'interventions pour obésité par habitant : 6,5 / 10 000 habitants en 2013 (contre 3 en 2003), soit 6 fois plus qu'en Allemagne ou au Royaume-Uni, qui ont pourtant des prévalences de l'obésité chez l'adulte supérieures à celle de la France (17% en France, 23,6% en Allemagne, 26,9% au Royaume-Uni, 38,2% aux États-Unis, en 2015, d'après le Panorama de la santé 2017 de l'OCDE) ; nous dépassons même les États-Unis ; seules la Suède et la Belgique ont des taux supérieurs aux taux français.

En outre, comme la plupart des actes chirurgicaux, on observe de fortes disparités régionales, (Cf. Carte de l'Atlas des variations de pratiques médicales page 26).

En 2014, toutes techniques chirurgicales confondues, les taux de recours standardisés varient de 8 séjours pour 100 000 habitants en Guyane et 24 dans le Puy-de-Dôme à plus de 140 dans l'Yonne et l'Aube, et 170 en Haute-Corse, pour un taux de recours moyen au niveau national de 72.

Ces disparités sont sans relation directe avec la fréquence de l'obésité. On constate par exemple un très fort taux d'interventions dans le Sud-Est de la France, une des régions les moins touchées par l'obésité. On peut ainsi supposer que certaines indications sont excessives.

À noter que deux tiers des actes sont effectués en secteur privé, dont le suivi post-opératoire est moins bien organisé que dans le secteur public.

En effet, et là réside certainement le principal problème, la CNAMTS observe que la supplémentation nutritionnelle et vitaminique (fer, calcium, vitamine D...), nécessaire après ce type de chirurgie, est insuffisante chez les patients opérés. De fait, le suivi de long terme est problématique : d'après la CNAMTS, « *sur les 50 000 patients opérés chaque année, un sur deux est perdu de vue deux ans après l'intervention ou fait l'objet d'un mauvais suivi, ce qui induit un échec thérapeutique à moyen ou long terme avec une reprise de poids significative, une dégradation de l'état de santé et des complications tardives.* » Complétant l'analyse par une étude de cohorte, la CNAMTS observe que seules 14% des personnes opérées ont un bon suivi à 5 ans, 50% un suivi moyen (avec quelques lacunes) et 36% un mauvais suivi (une seule ou aucune consultation avec un médecin généraliste, aucune consultation avec un chirurgien ou un endocrinologue[ni hospitalisation], aucun bilan sanguin (fer, calcium, vitamine D) et si bypass, aucune délivrance de fer, calcium ou vitamine D).

Le constat global est donc le suivant : de nombreuses interventions de chirurgie bariatrique ne sont pas pertinentes et, quand elles le sont, elles ne sont pas assorties du suivi nutritionnel indispensable. Et selon la région de domicile et l'établissement concerné, la probabilité de se faire opérer est très variable.

LES CAUSES

Ces observations ne sont expliquées ni par des différences d'état de santé, ni par les préférences des patients. On doit se demander comment il est possible que des médecins formés dans des universités de qualité et ayant de nombreuses années d'expérience puissent commettre de tels écarts par rapport aux recommandations. Plusieurs explications peuvent être discutées : incitations économiques via le paiement à l'acte, problèmes de formation et d'appropriation des recommandations les plus récentes,...

La subtilité est qu'une intervention de chirurgie bariatrique peut s'avérer pertinente dans un contexte donné, après un parcours plus ou moins bien suivi qui a conduit le patient à un état de santé nécessitant cette intervention, mais elle devient en réalité non pertinente dès lors que le suivi n'est pas assuré dans de bonnes conditions. Et dans la plupart des établissements, aucune organisation spécifique n'est mise en place pour cela.

COMMENT AMÉLIORER LES PRISES EN CHARGE ?

La CNAMTS s'est saisie de ce sujet depuis de nombreuses années, et certains établissements ont par exemple été placés sous observation, et même sous entente préalable, pour cette activité, mais cela ne suffit pas à résoudre le problème. Il faut envisager des mesures plus contraignantes.

L'Académie de Médecine, dans son rapport, propose un renforcement de l'information du patient, et une plus grande participation des médecins généralistes dans cette prise en charge dès la phase pré-opératoire, en s'aidant

notamment des outils numériques (dossier médical partagé avec les chirurgiens). Une telle évolution pourrait en effet améliorer la qualité du suivi.

L'exemple des centres spécialisés de l'obésité (CSO) illustre comment pourrait évoluer l'organisation des soins. Ces centres offrent toutes les garanties de respect des recommandations. Mais il n'y en a que 37, alors qu'il y a plus de 400 établissements réalisant la chirurgie bariatrique (sachant qu'une centaine d'entre eux réalisent les 2/3 des interventions pratiquées). Il faudrait confirmer le mouvement engagé avec ces centres en organisant autour d'eux (éventuellement en accroissant leur nombre) les parcours de soins : chaque décision d'intervention devrait être validée par un CSO ; et les établissements non CSO devraient passer une convention avec un CSO dans ce but.

Une procédure possible est de passer par une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) avant toute intervention. Déjà, une instruction ministérielle précise que la prise en charge par l'assurance maladie pour les personnes âgées de moins de 18 ans n'est possible qu'à la condition d'être étayée par le compte-rendu de la RCP d'un CSO (les indications de la chirurgie bariatrique chez les mineurs doivent être posées avec la plus grande circonspection, et pourtant, près de 1500 enfants ont été opérés en 20 ans). La mesure pourrait être étendue aux adultes.

La CNAMTS observe que certains pays ont trouvé des solutions pour limiter le nombre de perdus de vue après la chirurgie bariatrique, notamment en adoptant un modèle de suivi s'appuyant sur des centres spécialisés pluridisciplinaires ; c'est le cas des Pays-Bas qui ont instauré des Dutch Obesity Clinics qui suivent 60% des patients à raison de 6500 nouveaux cas par an. Ces centres assurent une prise en charge pluridisciplinaire tout au long du processus. Aussi, les CSO en France pourraient évoluer vers une mission de cet ordre, assurant la coordination du suivi des patients.

La CNAMTS propose en outre la création d'un registre pour la chirurgie bariatrique, afin de « *développer des outils d'analyse de la pertinence de la chirurgie, de la qualité du suivi, de l'efficacité de la chirurgie et de ses complications.* »

On pourrait aussi imaginer que les établissements présentant un fort taux de non pertinence, pourraient se voir interdire la poursuite de cette activité, après une phase d'observation.

Enfin, pour contrer l'incitatif du paiement à l'acte, des leviers financiers pourraient être mobilisés. Il faudrait ajouter à la tarification un volet de type « bonus-malus » pour donner à la rémunération une autre dimension : un bonus en cas d'atteinte de certains objectifs de qualité : mise en œuvre des recommandations, suivi au long cours des patients, etc. ; et un malus en cas de réalisation d'actes s'avérant non pertinents. Un tel système pourrait permettre de renverser le sens de l'incitatif en faveur des bonnes pratiques.

Bibliographie

- CNAMTS, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2018 - Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie
- M. Le Bail, Z. Or, Atlas des variations de pratiques médicales – recours à dix interventions chirurgicales, Ministère des affaires sociales et de la santé, ATIH, IRDES, novembre 2016
- HAS, Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte, recommandation de bonne pratique, 2009
- Académie nationale de médecine, Améliorer le suivi des patients après chirurgie bariatrique, décembre 2017
- IGAS, Evaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 et 2016 (PNNS 3) et du plan Obésité 2010-2013, rapport établi par C. de Batz, F. Faucon, D. Voynet, juillet 2016
- DREES, P. Oberlin, C. de Peretti, Chirurgie de l'obésité : 20 fois plus d'interventions depuis 1997, Etudes et Résultats n° 1051, février 2018
- R. Cash, J. de Kervasdoué, La coûteuse inégalité des soins, Ed. Economica, 2018

Gestion et fonctionnement des GCS publics de moyens : Les nouvelles règles budgétaires et comptables en vigueur

Depuis la publication du décret du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique (GBCP)¹, les GCS publics de moyens sont soumis aux dispositions des titres Ier et III de ce même décret. L'article 200 prévoit que la comptabilité des organismes publics doit comprendre « une comptabilité budgétaire, une comptabilité générale et, le cas échéant, une comptabilité analytique ». Cependant, par exception à cette disposition, les GCS publics de moyens n'ont pas à tenir de comptabilité budgétaire ; ils appliquent ainsi le titre III à l'exception des articles portant spécifiquement sur la comptabilité budgétaire (1° et 2° de l'article 175, articles 178 à 185, et 204 à 208).

Philippe SOLIVERI

Responsable de l'offre Finances et Contrôle de gestion du Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH)

(1) Jean-Bernard MATTRET « Décrets du 7 novembre 2012 réformant le décret du 29 décembre 1962 portant règlement général de la comptabilité publique », Finances hospitalières, n° 65, janvier 2013

(2) Plateforme « Budget+ » mise en place par la mission accompagnement GBCP et échanges avec les experts de la DGFIP (bureau CE2B) et de la DB (bureau B2O) budgetplus.finances.gouv.fr

(3) www.performance-publique.budget.gouv.fr/cadre-gestion-publique/gbcp-organismes-publics/instruction-nomenclature-communes-m9

(4) www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publique/files/files/documents/gestion_publique/GBCP/organismes/RRBO_201609.pdf

LE NOUVEAU RÉGIME COMPTABLE ET LE NOUVEAU CADRE BUDGÉTAIRE ²

Dans l'esprit du décret, les GCS de moyens publics ont une activité quasi-commerciale qui leur permet de s'appuyer sur une logique de pilotage par le résultat et non de pilotage par les dépenses. C'est pour cela que ces organismes sont dits « hors comptabilité budgétaire ».

Cependant, bien que ces organismes n'aient pas à tenir une comptabilité budgétaire, leur assemblée délibérante doit voter un budget composé d'un compte de résultat prévisionnel et d'un état prévisionnel de l'évolution de la situation patrimoniale en droits constatés.

Ce nouveau régime budgétaire des organismes « hors comptabilité budgétaire » se caractérise par :

- Une nouvelle Instruction Budgétaire (M9) commune à tous les organismes. Elle devra être appliquée dès que le système d'information du GCS public de moyens le permettra, et au plus tard pour la tenue de l'exercice comptable 2020. Cette nouvelle Instruction Budgétaire remplacera l'Instruction budgétaire M95 (BOFIP-GCP-17-0003 du 20/01/2017 NOR : ECFE1700172J Instruction du 22 décembre 2016)³ ;
- L'absence de limitativité des crédits ;
- L'absence de plafond d'emplois et de Document Prévisionnel de Gestion des Emplois et des Crédits de Personnel (DPGECP) ;
- L'absence d'Autorisations d'Engagement (AE) et de Crédits de Paiement (CP) ;
- La mise en place de nouveaux cadres de présentation applicables immédiatement ;
- Une rénovation du processus de la dépense et de la recette.

LE DOSSIER BUDGÉTAIRE

Le cadre budgétaire des organismes « hors comptabilité budgétaire » est précisé dans le recueil des règles budgétaires des organismes, publié par arrêté du 07 août 2015 modifié par l'arrêté du 24 août 2016 relatif aux règles budgétaires des organismes⁴.

Pour la préparation du Budget Initial 2019 (BI), les Ordonnateurs et les Agents Comptables des GCS publics de moyens doivent s'appuyer sur la toute dernière circulaire 2B20-18-3117 (NOR : CPAB1817747C) relative à la gestion budgétaire et comptable publique des organismes et des opérateurs de l'État pour 2019 parue le 9 juillet 2018⁵.

(5) www.performance-publique.budget.gouv.fr/documents-budgetaires/les-circulaires-budgetaires/circulaire-budgetaire-09072018#.W09DMUknY2w

Le Budget Initial (BI) doit être adopté par l'organe délibérant dans des délais permettant qu'il soit exécutoire au 1er janvier de l'exercice auquel il se rapporte (article 176 du décret GBCP).

L'assemblée Générale délibère et vote :

- Le tableau de présentation des emplois (tableau n°1) ;
- Le compte de résultat prévisionnel en droits constatés (tableau n°2) ;
- L'état prévisionnel de la situation patrimoniale en droits constatés (tableau n°2) ;

L'assemblée Générale est informée sur :

- Le tableau des dépenses par destinations (tableau n°3) ;
- Le tableau des opérations pour compte de tiers (tableau n°4) ;
- Le plan de trésorerie (tableau n°5) ;
- Le tableau des opérations pluriannuelles en droit constatés (tableau n°6).

Le dossier budgétaire comprend, outre les tableaux présentant le budget, une Note de Présentation rédigée par l'Ordonnateur. Cette note doit éclairer les membres de l'organe délibérant sur les raisons et les conséquences des décisions soumises à leur approbation. Elle doit commenter les grandes lignes des tableaux soumis au vote et les tableaux présentés pour information. Elle analyse la soutenabilité du budget présenté et doit également intégrer tous les éléments non financiers qui concourent directement à l'activité de l'organisme afin d'éclairer l'organe délibérant.

Le tableau des emplois (tableau n°1) présenté pour vote

Dans de nombreux cas de GCS publics de moyens, les agents sont mis à disposition par les membres et ne sont pas rémunérés par le GCS lui-même, mais par leur organisme d'origine. On parle dans ce cas de « mises à disposition entrantes ». Dès lors, ils n'ont pas vocation à figurer dans le volet gauche de ce tableau n°1. Dans cette partie du tableau ne figurera que l'emploi relatif à l'Agent Comptable. En revanche ces mises à disposition devront figurer dans la partie droite du tableau détaillé (« Total des emplois en fonction dans l'organisme »). Ainsi on retrouvera à la fois l'emploi de l'Agent Comptable et les mises à disposition dans cette partie droite du tableau détaillé.

Compte de résultat prévisionnel et état prévisionnel de l'évolution de la situation patrimoniale en droits constatés (tableau n°2) présenté pour vote

Ce tableau se compose de quatre sous tableaux présentés en droits constatés :

- Compte de résultat prévisionnel ;
- Calcul de la CAF ;
- Etat prévisionnel de l'évolution de la situation patrimoniale ;
- Variation et niveau des fonds de roulement, besoin en fonds de roulement, et trésorerie (pour information).

Les anciens tableaux de l'EPRD (le compte de résultat détaillé, le tableau de financement et le tableau des immobilisations qui étaient en vigueur avant la mise en œuvre de la GBCP, ne figurent plus dans la liasse budgétaire à présenter pour les Budgets Initiaux et Rectificatifs des organismes non soumis à la comptabilité budgétaire (partie V du recueil des règles budgétaires des organismes - arrêté du 24 août 2016 modifiant l'arrêté du 7 août 2015 relatif aux règles budgétaires des organismes).

Budget par destination (tableau n°3) présenté pour information :

Ce nouveau tableau reprend la même logique qui a été retenue pour la présentation du budget de l'Etat : missions/programmes/actions.

Cette présentation constitue un changement de modèle de gestion que ce soit au moment où le GCS est en phase de construction budgétaire, ou au moment de la présentation du budget à l'organe délibérant). En effet, la destination est le critère le plus pertinent pour rapprocher les objectifs fixés au GCS, et les moyens financiers qu'il met en œuvre pour y arriver.

La destination constitue le support privilégié du dialogue de gestion au sein du GCS, elle permet de faciliter la lecture du budget à des non-initiés, et de faciliter le suivi des prévisions budgétaires. Elle indique la finalité de la dépense (finalité stratégique ou finalité opérationnelle) est peut-être considérée comme un outil de la programmation.

Une nomenclature par destination doit être établie suivant une arborescence qui peut également présenter des sous destinations. Attention toutefois à ne faut pas recréer une présentation de type « comptabilité analytique », puisque que la destination repose sur la logique d'imputation directe : une dépense doit être imputable à une destination sans passer par l'utilisation de clé de répartition (sauf pour les dépenses de personnel où le recours à des clés de répartition peut être nécessaire, pour restituer le budget par destination dans le cas où les personnels ne peuvent être affectés à une unique destination).

Dans cette logique, l'identification de dépenses « résiduelles » ne pouvant être directement rattachées aux destinations stratégiques ou opérationnelles doit conduire à leur regroupement au sein d'une destination « support ».

Opérations pour compte de tiers (tableau n°4) présenté pour information :

Ce tableau retrace les opérations traitées, en comptabilité générale en encaissements ou décaissements, uniquement en comptes de tiers, s'agissant d'opérations gérées par l'organisme pour le compte de tiers. Les GCS peuvent être concernés pour les opérations relatives à la TVA collectée et déductible, strictement imputées sur des comptes de tiers.

Si le GCS n'est pas concerné par ce tableau, il pourra être intégré à la liasse budgétaire mais présenté vide, et la note de l'Ordonnateur précisera qu'il est sans objet.

Plan de trésorerie (tableau n°5) présenté pour information :

Ce tableau évalue le montant mensuel des encaissements et des décaissements ainsi que le solde de trésorerie en fin de mois. Il permet de matérialiser les pics potentiels de besoins de trésorerie au cours de l'exercice et de calibrer les versements de fonds en fonction de ces besoins.

Tableau des opérations pluriannuelles (tableau n°6) présenté pour information :

Ce tableau permet de déterminer la soutenabilité à l'échelle pluriannuelle.

Pour l'exercice considéré, il permet d'éclairer et de justifier et de retrouver les montants inscrits dans le compte de résultat prévisionnel et l'état prévisionnel de l'évolution de la situation patrimoniale en droits constatés.

Il se décline sous deux formats (prévision et exécution). La présentation doit être détaillée par opérations ou regroupement d'opérations.

Le Budget Rectificatif (BR), n'est pas obligatoire pour procéder à des mouvements d'une nature vers une autre, ni pour exécuter un niveau de dépense supérieur aux montants inscrits à titre prévisionnel au sein des différentes natures de charges, puisque les prévisions de charges ou d'immobilisations inscrites au budget présentées par nature ne sont plus limitatives.

Cependant, en application du principe de sincérité budgétaire, la prévision votée par l'organe délibérant peut-être actualisée par le vote d'un Budget Rectificatif :

- À l'occasion du vote du Compte Financier de l'exercice précédent ;
- Du vote du Budget Initial de l'exercice suivant ;
- Afin d'ajuster la prévision au plus près de l'exécution budgétaire.

La composition du dossier de présentation des Budgets Rectificatifs est similaire à celle du dossier de Budget Initial. Des colonnes présentent les écarts entre le Budget Rectificatif et le Budget Initial et les éventuelles modifications seront commentées dans la note de l'Ordonnateur.

LA CLÔTURE : LE COMPTE FINANCIER

Le Compte Financier est établi par l'Agent Comptable. Il est visé par l'Ordonnateur qui certifie qu'il retrace la comptabilité dont il est chargé et les ordres de recouvrer et de payer, transmis à l'Agent Comptable (article 212 du décret GBCP).

La date limite de production du Compte Financier est fixée au 16 Avril N+1 pour les organismes « hors comptabilité budgétaire » sauf pour les **GCS publics** pour lesquelles cette date est repoussée au **30 juin N+1**.

La composition du Compte Financier est la suivante :

- Le Rapport de Gestion de l'Ordonnateur
- Les états financiers et tableaux

Le Rapport de Gestion de l'Ordonnateur

Le Compte Financier est accompagné d'un Rapport de Gestion établi par l'Ordonnateur pour l'exercice écoulé, commentant les données figurant dans celui-ci.

Ce rapport est construit en reprenant les éléments de la Note de Présentation du budget de l'Ordonnateur, et en expliquant :

- L'évolution des produits, des charges et des immobilisations,
- Les mouvements de crédits significatifs.

Le bilan de l'exécution annuelle doit notamment permettre de vérifier la soutenabilité budgétaire de la stratégie de l'année précédente.

Ce rapport doit être de nature à éclairer les membres de l'organe délibérant sur les motifs et les conséquences des décisions soumises à leur approbation.

Les GCS publics de moyen proposent également dans ce rapport un état des coûts de revient de leurs prestations de services.

Les états financiers et tableaux

Selon l'article 211 du décret GBCP, le compte financier comprend :

- Les états financiers annuels prévus à l'article 202 du décret GBCP :
 - Bilan ;
 - Compte de résultat ;
 - État de l'évolution de la situation patrimoniale ;
 - Annexe des comptes annuels ;
- La balance des comptes des valeurs inactives.

Le dossier de présentation du Compte Financier comprend également, pour l'information de l'organe délibérant, les tableaux budgétaires suivants :

- Le tableau de présentation des emplois (tableau n°1) ;
- Le tableau du budget par destination (obligatoire) et par origine (facultatif) (tableau n°3) ;

- Le tableau des opérations pour comptes de tiers (tableau n°4) ;
- Le plan de trésorerie (tableau n°5) ;
- Le tableau des opérations pluriannuelles (tableau n°6 – exécution).

Le compte de résultat, le tableau d'évolution de la situation patrimoniale et le tableau des opérations pour compte de tiers doivent comporter, outre la colonne présentant l'exécution, une colonne présentant la prévision reprenant les ouvertures en Budget Initial et en Budget(s) Rectificatif(s).

LA « RÉVOLUTION » OU LA « RÉNOVATION » DU PROCESSUS DE LA DÉPENSE ET DE LA RECETTE⁶

La chaîne de la dépense

La mise en œuvre du décret GBCP s'accompagne d'une rénovation de la chaîne de la dépense afin d'améliorer l'efficacité du processus.

La comptabilisation des charges et immobilisations doit désormais être réalisée au plus près du fait générateur de celles-ci. Il est donc indispensable d'identifier et de valoriser la charge ou l'immobilisation lors de l'acceptation de la réception des biens, services ou autres livrables. Le gestionnaire du GCS enregistrera et valorisera le service fait, sur la base des actes contractuels (commandes, contrats...) sans attendre d'avoir reçu les factures correspondantes.

Les nouvelles règles sur la chaîne de la dépense peuvent amener les GCS à revoir leur modèle de gestion et leur organisation. Elles se résument ainsi :

- Le recours à un Engagement Juridique qui peut être pluriannuel et qui traduit la commande (l'Engagement Comptable disparaît) ;
- La constatation puis la certification du service fait, en référence à l'Engagement Juridique, indépendamment de la réception de la facture et au plus proche du fait générateur (en comptabilité, il convient de procéder au débit du compte de classe 6 ou 2 par le crédit du compte 408 « Factures non parvenues ») ;
- Le traitement de la Demande de Paiement qui matérialise l'ordre donné par l'Ordonnateur à l'Agent Comptable de procéder au paiement (le terme de Mandat disparaît).

La mise en œuvre de ces nouvelles règles nécessite un état des lieux préalable de l'organisation actuelle afin de mesurer les écarts avec le modèle cible.⁷

La chaîne de la recette

Les changements sur la chaîne de la recette sont moins importants, si ce n'est l'affirmation du développement de la dématérialisation des flux et du pilotage de la trésorerie.

- Même si les CGS publics de moyens n'ont pas obligation à utiliser Chorus Pro, la dématérialisation des pièces justificatives permet de les associer au flux informatisé, sans avoir recours à un deuxième flux matérialisé parallèle. La fiabilité et l'efficacité des processus sont ainsi améliorés. Conformément à l'article 199 du décret GBCP, les pièces justificatives doivent être conservées au sein de l'organisme pendant toute la durée de mise en jeu de la responsabilité de l'Agent Comptable (5 ans). L'article 51 du décret GBCP précise que les organismes doivent pouvoir les mettre à disposition de la Cour des comptes. L'organisme doit être en capacité de mettre à disposition du juge des comptes une liste détaillée des opérations passées durant la période d'examen. Cette liste produite devra permettre au juge des comptes de sélectionner les opérations dont il souhaite que les pièces justificatives soient extraites et mises à sa disposition.

(6) MISE EN ŒUVRE DES TITRES I ET III DU DÉCRET N°2012-1246 RELATIF À LA GESTION BUDGÉTAIRE ET COMPTABLE PUBLIQUE(GBCP) DANS LES ORGANISMES - Dossier de prescriptions générales Annexe du dossier de prescriptions générales pour les organismes non soumis aux dispositions du décret GBCP relatives à la comptabilité budgétaire - VERSION 3.3 - « DPG_20161007_Annexe_HCB_V3.3 »

(7) Le kit « Organisation » disponible sur GBCP2016 peut vous aider à identifier les adaptations à apporter à l'organisation pour la mise en œuvre du décret GBCP.

- Le pilotage de la trésorerie est un outil à disposition du Comptable et de l'Ordonnateur permettant d'assurer la gestion courante de chaque organisme. Cet outil de pilotage n'est pas spécifiquement introduit par le décret GBCP, mais sa mise en œuvre est fortement recommandée pour améliorer la gestion courante des organismes. Les prévisions de trésorerie permettent d'évaluer les besoins futurs en trésorerie sur l'année en cours et les années suivantes.

CONCLUSION

Le décret GBCP du 7 novembre 2012 introduit de profonds changements en comptabilité qui induisent également des modifications dans l'organisation des GCS publics de moyens qui doivent s'adapter, notamment sur le processus de la dépense et de la recette.

Chaque gestionnaire doit en prendre la mesure afin de mettre à jour la liasse budgétaire dès la préparation du Budget Initial 2019 (nouveaux tableaux pour vote et pour information) puisque ces tableaux sont déjà applicables, y compris dans le cas où le GCS n'a pas encore mis à jour son système d'information.

Néanmoins, la phase finale de ces modifications doit intervenir dès que possible et au plus tard le 31 décembre 2019, lorsque l'Instruction Budgétaire M95 disparaîtra et sera remplacée par l'Instruction Budgétaire commune M9.

[CONFÉRENCE NATIONALE]

SAVE THE DATE

Déficits des hôpitaux refusons la fatalité !

Mercredi 7 novembre 2018
de 10H00 à 16H30
PARIS

infos : communication@fr.gt.com



INFORMATION FINANCIÈRE

La communication financière relative aux établissements publics de santé

La communication financière est élaborée en vue de répondre aux besoins d'information des différents publics auxquels elle s'adresse. Ces publics constituent autant de cibles qui déterminent les objectifs de la communication, le contenu de l'information financière et son support. L'analyse du contenu de l'information financière relative aux établissements publics de santé produite en interne comme en externe au regard des attentes des publics cibles permet de dégager des pistes d'amélioration possibles.

Florence BONNAFOUX

La communication financière relative aux établissements publics de santé porte sur l'information financière produite par les établissements publics de santé eux-mêmes et sur l'information financière produite sur les établissements publics de santé par des organismes qui leurs sont extérieurs (organismes de contrôle ou d'études, gouvernement, organismes de crédits ou de notation, media, etc.). Cette communication financière produite par des organismes tiers est élaborée à partir de l'information financière délivrée par les établissements publics de santé et retravaillée en fonction des objectifs propres des organismes tiers. La communication financière produite par les établissements publics de santé vise des cibles internes comme externes au travers d'un contenu largement réglementé. Le domaine de la santé est particulièrement riche en dispositifs de recueil et d'analyse d'informations d'activité et d'information financières qui constituent, avec les rapports de synthèse produits par les organismes tiers, autant de sources d'informations financières externes. La communication financière relative aux EPS peut néanmoins gagner en pertinence et en disponibilité.

UNE DIVERSITÉ DE PUBLICS CIBLE ET DE MESSAGES À COMMUNIQUER

La communication financière des établissements publics de santé s'adresse à deux grands types de publics cible : un public externe et un public interne.

Les objectifs visés par la communication des établissements de santé sont différents selon les publics cibles. En ce qui concerne la communication externe, les messages développés sont adaptés aux cibles que sont traditionnellement les citoyens, usagers ou salariés potentiels et les élus locaux, les organismes de crédits et agences de notation et les organismes de contrôle et de tutelle. En ce qui concerne les citoyens, usagers ou salariés potentiels, et élus locaux, le message a pour objectif principal d'informer sur l'activité, la qualité des soins et ses principales évolutions (ouverture ou fermeture de services, développement de nouvelles activités, acquisition de matériels innovants) entraînant un impact en termes d'investissements et de variation de l'emploi. Vis-à-vis des fournisseurs, le message a pour objectif d'informer sur toute évolution de l'activité entraînant une évolution des achats et investissements prévisibles à court ou moyen terme (externalisation de certains services, mutualisation avec un autre établissement, programme de maintenance ou d'investissement, etc.) ainsi que sur les délais de paiement. Pour les organismes de crédit et agences de notation, le message a pour objectif d'informer sur la situation financière et notamment la capacité d'autofinancement et la durée de désendettement. Enfin, pour les organismes de contrôle et de tutelle (CAC, CRC, IGAS, ARS, ministère et agences, etc.), le message porte sur la situation financière, l'activité et la soutenabilité de celle-ci compte tenu du contexte concurrentiel et de l'évolution des tarifs.

La communication financière interne s'adresse à deux types de publics. Il s'agit d'une part des agents et de leurs représentants syndicaux pour lesquels le message délivré porte sur l'activité, la qualité des soins et la situation financière de l'établissement, notamment les plans de redressement de l'équilibre éventuellement en place et leurs conséquences en termes d'activité et d'emploi, et d'autre part des organismes de gouvernance pour lesquels le message porte sur la fiabilité des comptes, la situation financière, l'activité et la soutenabilité de celle-ci compte-tenu du contexte concurrentiel et de l'évolution des tarifs.

UN CONTENU FORTEMENT ENCADRÉ ET UNE FAIBLE UTILISATION D'OUTILS DE COMMUNICATION À LA MAIN DES ÉTABLISSEMENTS

Face à cette diversité de publics cibles et de focus sur les messages délivrés, les outils et le contenu de l'information financière produite par les établissements publics de santé sont fortement encadrés. L'utilisation par les établissements publics de santé d'outils de communication pour lesquels ils disposent d'une réelle liberté reste très limitée.

Une des principales forces de la communication financière des EPS est sa confection partenariale entre l'ordonnateur et le comptable selon des procédures et méthodes de travail bien établies. Il en résulte des documents financiers unifiés accompagnés d'un rapport explicatif permettant de mettre en lumière les points saillants de l'exercice tant du point de vue de l'ordonnateur que du comptable. Le support principal de la communication financière des EPS est le compte financier unique et le rapport annuel préparés conjointement par l'ordonnateur et le comptable et présentés au conseil de surveillance. Le calendrier de production, les modalités de son établissement et le contenu du compte financier unique et du rapport annuels sont régis par le code de la santé publique¹. Les établissements réalisent des rapports infra-annuels (RIA) sur leur activité et situation financière à destination des autorités de tutelle. Leur calendrier de réalisation ne permet pas d'en faire des documents très opérationnels. Si l'instruction interministérielle du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé a pour objectif d'adapter le calendrier budgétaire pour renforcer le pilotage budgétaire des établissements par les ARS, celui-ci reste très tardif. Le premier rapport infra-annuel est en effet produit en octobre ou novembre de l'année en cours.

Les instances des établissements sont consultées sur ou informées du budget annuel (EPRD – état des prévisions de recettes et de dépenses) et leur projection pluriannuelle (PGFP² – plan global de financement pluriannuel) en décembre de l'année précédente et ces documents sont arrêtés par le chef d'établissement et transmis à la tutelle en janvier de l'année en cours. Le PGFP contient une présentation pluriannuelle prévisionnelle de la situation financière de l'établissement ainsi que certains ratios d'analyse financière³. La procédure d'approbation est, depuis le 1er janvier 2017, une procédure d'approbation tacite sous 30 jours par l'ARS sauf pour les établissements en plan de redressement (PRE) pour lesquels l'ARS approuve expressément l'EPRD et le PGFP.

Les instances des établissements les plus importants prennent l'initiative de réaliser un second niveau de communication par des communiqués de presse ou des publications sur leurs sites internet à l'occasion d'événements spécifiques (principales étapes budgétaires⁴, PGFP⁵, certification des comptes⁶, émission d'un emprunt obligataire). Ces pratiques restent encore limitées. Le compte financier est rarement mis sur le site internet de l'établissement à disposition du public, même dans une version simplifiée. Cependant, la publication de rapports d'activité annuels ou de fiches de chiffres clés contenant des éléments financiers est plus fréquente⁷ mais les données sont, en règle générale, présentées avec plus d'un an ou deux années de retard.

(1) Article R6145-43 et suivants du code de la santé publique

(2) Définit par l'article L.6143-7 du code de la santé publique

(3) Résultat/total des produits, marge brute, taux de marge brute, fonds de roulement, besoin en fonds de roulement, trésorerie nette, CAF, effort d'investissement en % des produits courants de fonctionnement, taux de renouvellement des immobilisations, taux d'endettement, durée apparente de la dette, taux d'indépendance financière

(4) Voir par exemple le communiqué de presse du 20 octobre 2017 de l'AP-HP publié sur son site internet concernant notamment la modification de l'EPRD

(5) Voir par exemple la motion de la CME de l'AP-HP du 6 décembre 2016

(6) Voir par exemple le communiqué de presse du 11 juillet 2017 de l'AP-HP concernant la certification des comptes

(7) Voir par exemple le CHRU de Tours sur la page www.chu-tours.fr/le-rapport-dactivite-du-chu.html concernant le rapport d'activité 2015 ou la page www.chu-tours.fr/le-chu-en-chiffres-les-chiffres-cles.html concernant les chiffres clés 2016

UNE CERTAINE PROFUSION D'INFORMATION FINANCIÈRE COLLECTÉE OU SYNTHÉTISÉE PAR DES ORGANISMES TIERS

Le domaine de la santé fait l'objet d'un effort particulier de recueil d'informations tant sanitaires que d'organisation des moyens humains et financiers. Ces informations sont progressivement rendues publiques sous réserve des dispositions relatives au secret médical. Les principaux dispositifs de recueil et de diffusion d'information financière sur les établissements de santé sont gérés par l'ATIH (Agence technique d'information sur l'hospitalisation), établissement public administratif de l'État créé en 2000. L'information est mise à disposition sur son site internet dédié appelé Scansanté (www.scansante.fr). Elle provient d'une remontée du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), des études nationales de coût (ENC), des états financiers (comptes financiers, EPRD, rapports annuels infra-annuels), des bilans sociaux et des ministères pour ce qui concerne les dotations et forfaits versés. Il s'agit donc d'une information particulièrement riche en matière financière mais aussi concernant l'activité des établissements.

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, créée en 2009, met en ligne et entretient une base de donnée d'indicateurs de performance des établissements qui pratiquent de la médecine, de la chirurgie ou de l'obstétrique et qui permet des comparaisons entre établissements notamment dans le domaine financier (base de données Hospidiag).

Certains établissements publics de santé sont notés par les agences de notation (AP-HP, HCL par exemple). C'est une obligation pour pouvoir bénéficier d'un financement sur le marché obligataire, soit à titre individuel soit de façon groupée au travers du CHU de France Finance⁸. La publication d'une fiche de notation est l'occasion d'une communication financière sur l'établissement public de santé.

Enfin, les établissements publics de santé font l'objet de rapports d'observations définitives de la part des chambres régionales des comptes qui sont publiés sur le site internet de la Cour des comptes. Des enquêtes thématiques sont lancées ponctuellement par les juridictions financières et sont publiées soit dans des rapports thématiques spécifiques soit au sein du rapport annuel de la Cour des comptes⁹. Les ministères et organismes d'études (DGOS¹⁰, DREES¹¹, etc.) travaillent à partir des éléments financiers communiqués aux organismes de tutelle et de contrôle pour produire divers rapports de synthèse sur les établissements publics de santé.

MAIS UNE ADÉQUATION ENCORE PERFECTIBLE DE L'INFORMATION FINANCIÈRE PRODUITE AVEC LES ATTENTES DES PUBLICS CIBLE

Si l'information financière produite, résultant d'un cadre légal et réglementaire précis, répond aux besoins des autorités de tutelles (ARS) ou de contrôle (CAC, juridictions financières), elle n'est pas adaptée ou rendue facilement disponible pour certains publics cible, notamment les citoyens, usagers, élus locaux, fournisseurs ou agents de l'établissements. Les messages portés par la communication financière des établissements publics de santé vers ces cibles sont donc peu opérants.

La principale faiblesse concerne le caractère très touffu, non synthétisé et difficilement lisible de l'information financière pour le public non averti. L'absence d'éléments d'information de contexte au regard du territoire de santé ou des autres établissements de santé du même type (même type d'activité, même strate de taille) ne permet pas au lecteur des états financiers d'apprécier rapidement, via des ratios harmonisés, la performance de l'établissement. Une autre limitation est l'absence d'information pluriannuelle dans le compte financier ou ses annexes. Pour pallier ce manque,

(8) Le CHU de France Finance est un groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyens, regroupant 20 centres hospitaliers régionaux et universitaires publics français (CHU)

(9) Voir par exemple le chapitre sur la dette des hôpitaux au sein du rapport public annuel 2018 de la Cour des comptes

(10) Voir par exemple le rapport au Parlement sur les recompositions hospitalières 2017 de la DGOS

(11) Voir par exemple l'édition 2018 sur les établissements de santé, panoramas de la DREES

il suffirait d'intégrer dans les annexes du compte financier le PGFP en veillant à articuler le calendrier de sa validation par l'ARS avec celui de la validation du compte financier par le conseil de surveillance.

L'information financière n'est pas encore, à l'heure actuelle et pour la plupart des établissements publics de santé, directement disponible. Le compte financier unique et le rapport financier ne sont que très rarement disponibles sur les sites internet des établissements publics de santé. Les données chiffrées, que ce soient de l'EPRD ou du PGFP, ne sont pas mises en ligne sous forme d'open data pouvant être exploitées directement. La dématérialisation et la mise en place de systèmes d'information intégrés dans la plupart des établissements de santé sont pourtant de nature à faciliter la mise à disposition de données financières au public et à toutes les parties intéressées. Leur exploitation par le plus grand nombre concourt à la meilleure compréhension du fonctionnement et des contraintes du service public hospitalier. Les établissements de santé sont soumis aux mêmes obligations en matière d'opendata que l'ensemble des établissements publics. Au titre de la loi n°2016-1321 du 7 octobre 2016 pour une République numérique, les établissements publics de santé ou médico-sociaux sont concernés par son article 6 qui instaure le principe de l'opendata par défaut. À ce jour, sur le portail de l'opendata du gouvernement (www.data.gouv.fr), seuls figurent deux jeux de données concernant les équipements des hôpitaux.

Au final, il apparaît qu'un ensemble de mesures permettraient d'améliorer l'adéquation de la communication financière des établissements publics de santé avec les attentes des publics cible. L'approbation formelle du PGFP par le conseil de surveillance et sa mise en annexe du compte financier ou du rapport annuel permettrait de fournir une information sur l'évolution pluriannuelle prévisible de la situation financière de l'établissement. La mise en place d'une obligation de publication de ratios standardisés décrivant l'activité de l'établissement et sa situation financière (activités autorisées, lits et places, RSA ambulatoires et non ambulatoire par domaine et reprenant les indicateurs financiers du PGFP) permettrait de replacer celles-ci dans l'environnement concurrentiel et d'effectuer des comparaisons géographiques et temporelles. Enfin, pour faciliter la bonne diffusion et appréhension de cette information financière, il convient de rendre obligatoire leur publication en open data. Cet effort d'enrichissement et d'amélioration de la disponibilité de l'information financière conduirait très probablement à une amélioration de la maîtrise par les établissements publics de santé de leurs processus d'élaboration et de validation de leurs états financiers ainsi qu'à une plus grande maturité dans leur communication financière vis-à-vis des tiers.

Les nouvelles obligations hospitalières relatives à la facturation des patients

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a modifié sensiblement les articles du Code de la santé publique relatifs à l'information du patient, notamment en ce qui concerne la facturation dont celui-ci peut faire l'objet. Ainsi, après les dispositions bien connues – elles aussi remaniées – de l'article L. 1111-2 (information sur l'état de santé), l'article L. 1111-3 dispose dorénavant que « *toute personne a droit [gratuitement] à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais* ». Or, quelles que soient les intentions de départ du législateur, cette réforme comporte des imprécisions juridiques, sources de risques pour les établissements comme pour la stabilité du dispositif lui-même.

Benoît Apollis

Maître de conférences des universités, Consultant

QUELLES OBLIGATIONS ?

Outre l'article L. 1111-3 précité, l'article L. 1111-3-2 du Code de la santé publique précise, s'agissant des établissements de santé, que « *l'information est délivrée par affichage dans les lieux de réception des patients ainsi que sur les sites internet de communication au public* ».

En application des dispositions de l'article L. 1111-3-3 du même code, qui fixent les règles d'application des articles L. 1111-3 et L. 1111-3-2, a été publié l'arrêté du 30 mai 2018 relatif à l'information des personnes destinataires d'activités de prévention, de diagnostic et/ou de soins (JORF du 8 juin 2018). Celui-ci, entré en vigueur le 1er juillet 2018 (art. 13), impose que chaque établissement de santé affiche dans les lieux de réception des patients ainsi que sur leur site internet la formule suivante : « *Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant à des exigences particulières que vous auriez sollicitées ne peut vous être facturé. Le montant de ces exigences particulières, dont la liste est strictement définie par la réglementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins* » (art. 9).

L'article 10 de l'arrêté prévoit, quant à lui, que les établissements doivent afficher « *le tarif des exigences particulières ainsi que les modalités selon lesquelles la participation de l'assuré est fixée, que la prestation soit externe ou hospitalière* ». Ils doivent également délivrer l'information relative aux frais pratiqués par chaque professionnel exerçant en leur sein « *une activité salariée de prévention, de diagnostic et de soins* », conformément aux dispositions de l'arrêté les concernant (art. 6 et 8) – sachant que les libéraux sont, en tant que tels, automatiquement et personnellement soumis aux mêmes obligations.

De même, « *lors de la prise de rendez-vous médical réalisée auprès d'un établissement public de santé, l'information relative à l'activité salariée ou libérale du professionnel qui délivre la prestation de soins est communiquée au patient* ». Où l'on voit que l'expression « *activité salariée* » doit s'entendre largement ici, comme toute modalité d'exercice professionnel autre que libéral (agent public titulaire, contractuel, salarié à proprement parler dans certains établissements privés, etc.).

De son côté, le nouvel article L. 1111-3-1 du Code de la santé publique énonce : « *pour toute prise en charge effectuée par un établissement de santé, le patient reçoit, au moment de sa sortie, un document l'informant, dans des conditions définies par décret, du coût de l'ensemble des prestations reçues avec l'indication de la part couverte par son régime d'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, de celle couverte par son organisme d'assurance complémentaire et du solde qu'il doit acquitter* ».

Le décret déterminant les conditions d'application de ce texte a été publié le 3 novembre 2016 (décret n° 2016-1471 du 28 octobre 2016) et a introduit un nouvel article D. 1112-67-1 dans le Code de la santé publique. Ce dernier précise dans le détail la structure et le contenu du « *document destiné à informer [les patients] du montant des prestations qui leur ont été délivrées* ».

Enfin, l'article L. 1111-3-4 pose une interdiction formelle et apparemment claire : les établissements de santé « *ne peuvent facturer au patient que les frais correspondant aux prestations de soins dont il a bénéficié ainsi que, le cas échéant, les frais (...) correspondant aux exigences particulières qu'il a formulées* ».

QUELS RISQUES ?

Aux différents articles du Code de la santé publique précédemment mentionnés, s'ajoutent les dispositions de l'article L. 1111-3-5 qui déterminent les sanctions possibles en cas de violation de ces nouvelles obligations hospitalières : « *Les manquements aux obligations prévues aux articles L. 1111-3, L. 1111-3-2, L. 1111-3-3 et L. 1111-3-4 du présent code sont recherchés et constatés par les agents de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, dans les conditions définies à l'article L. 511-7 du code de la consommation. / Ces manquements sont passibles d'une amende administrative dont le montant ne peut excéder 3 000 € pour une personne physique et 15 000 € pour une personne morale. L'amende est prononcée dans les conditions prévues au chapitre II du titre II du livre V du code de la consommation* ».

Ainsi, le risque principal pour les établissements de santé consiste à faire l'objet d'un contrôle des agents de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (CCRF) de leur préfecture de département. Celui-ci peut être diligenté à la suite d'une plainte d'un ou plusieurs patients considérant que leurs droits n'ont pas été respectés (mauvaise information sur les frais pratiqués, absence de choix pour les prestations particulières, etc.) ou encore à la faveur de l'application d'un programme national de contrôle – comme tel semble bien être le cas en ce moment au vu de la multiplicité des contrôles un peu partout sur le territoire.

Il faut dire que ce qui a motivé principalement l'intervention du législateur en la matière concerne la facturation non pas tellement des soins, mais davantage de ce que le Code de la sécurité sociale désigne comme « *les prestations pour exigences particulières du patient* ». C'est ainsi que le ministère en charge de la Santé avait déjà publié en 2015 une instruction DGOS/R1 n° 2015-36 du 6 février 2015 « *relative au guide pratique de facturation des prestations pour exigence particulière du patient à destination des établissements de santé* ». Celle-ci avait, et a toujours pour objet « *de rappeler la réglementation applicable et les recommandations utiles en matière de facturation des prestations pour exigence particulière du patient suite à l'augmentation des dérives et abus constatés en la matière* » (p. 1).

Si l'instruction ne fait que les rappeler, c'est que ces règles sont fixées par les dispositions du Code de la sécurité sociale. Son article R. 162-27 détaille, en effet, à la fois les catégories de prestations concernées et les modalités de leur facturation au patient, sachant que cette liste se veut exhaustive :

« *Les catégories de prestations pour exigences particulières du patient, sans fondement médical (...) qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale, en sus des prestations mentionnées au 1° des mêmes articles, sont les suivantes :*

1° *L'installation dans une chambre particulière, en l'absence de prescription médicale imposant l'isolement, en cas d'hospitalisation ;*

2° *L'hébergement, ainsi que les repas et les boissons des personnes qui accompagnent la personne hospitalisée ;*

3° *La mise à disposition du patient, à la chambre, de moyens d'émission et de réception d'ondes radioélectriques, notamment la télévision et le téléphone ;*

4° *Les interventions de chirurgie esthétique (...);*

(1) L'article mentionne aussi « le maintien du corps du patient dans la chambre mortuaire de l'établissement, à la demande de la famille, au-delà du délai de trois jours ».

5° Les prestations exceptionnelles ayant fait l'objet d'une demande écrite, dans la mesure où ces prestations ne sont pas couvertes par les tarifs des prestations de l'établissement (...) »¹.

Moyennant quoi, si des prestations sont facturées en sus de cette liste ou si les conditions de facturation qu'elle contient ne sont pas respectées, alors un contrôle des services départementaux de la CCRF est envisageable, lui-même potentiellement suivi, aux termes des dispositions de l'article L. 521-1 du Code de la consommation, de la notification à l'établissement concerné d'une injonction de cesser les facturations irrégulières, voire du prononcé d'une sanction en cas de persistance de sa part.

QUEL CONTENTIEUX ?

Les contrôles des services de la CCRF s'étant multipliés en 2017 et début 2018, un contentieux tend aujourd'hui à se nouer devant les juridictions administratives.

Ainsi qu'il a été dit, l'article L. 521-1 du Code de la consommation dispose : « Lorsque les agents habilités constatent un manquement ou une infraction avec les pouvoirs prévus au présent livre, ils peuvent, après une procédure contradictoire, enjoindre à un professionnel, en lui impartissant un délai raisonnable qu'ils fixent, de se conformer à ses obligations ».

Il se trouve que ces dispositions se situent dans un chapitre du Code de la consommation intitulé « Mesures de police administrative » (V. C. consom., art. L. 521-1 et s.). Le juge administratif a donc reconnu à ces injonctions la qualité de mesures de police administratives, confirmant ainsi sa compétence pour connaître des actions en annulation les concernant (V. CAA Versailles, 16 juillet 2012, Soc. Canal +France, Soc. Canal + Distribution, req. n° 10VE03618 : AJDA 2013, p. 28, note C. Courault).

A notre connaissance, aucun jugement n'a pour l'instant été rendu. Il ne convient donc pas de spéculer maladroitement sur ce que les premières décisions pourront contenir. L'on peut néanmoins évoquer ce que seront sans doute les éléments sur lesquels les juges vont être appelés à statuer.

D'abord, des moyens de légalité externe seront nécessairement soulevés dans la mesure où les injonctions considérées doivent respecter, comme mesures de police, nombre de dispositions du Code des relations entre le public et l'administration (exigence de motivation notamment).

Ensuite, sur le fond, plusieurs notions méritent d'être éclairées par le juge. Ainsi de la notion fondamentale de « patient » à l'endroit duquel est posée une interdiction de facturer au-delà de ce que prévoit l'article L. 1111-3-4 du Code de la santé publique. Toutefois, comme on le sait, aucune disposition de ce code, ni d'aucun autre de droit français, n'a jamais donné de définition juridique du « patient »...

Enfin, il ne serait pas surprenant non plus que les conditions d'application des nouvelles obligations pesant sur les établissements de santé fassent l'objet d'interprétation. Car l'entrée en vigueur des dispositions précitées est loin d'être uniforme. Si l'article L. 1111-3-4 du Code de la santé publique est entré en application le jour de la promulgation de la loi du 26 janvier 2016, il en va autrement pour les autres articles qui l'accompagnent.

Au regard des dispositions de l'article L. 1111-3-3 du Code de la santé publique, l'on doit logiquement conclure que l'obligation d'informer « par affichage dans les lieux de réception des patients ainsi que sur les sites internet de communication au public » ne s'applique que depuis l'entrée en vigueur de l'arrêté du 30 mai 2018 relatif à l'information des personnes destinataires d'activités de prévention, de diagnostic et/ou de soins, c'est-à-dire le 1er juillet dernier.

Par ailleurs, en ce qui concerne le « document destiné à informer [les patients] du montant des prestations qui leur ont été délivrées », l'entrée en vigueur de l'article D. 1112-67-1 du Code de la santé publique est repoussée encore plus loin dans le temps puisqu'elle s'organise « selon des modalités calendaires arrêtées par le ministre chargé de la santé et au plus tard à la date mentionnée au A du III de l'article 78 de la loi du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 », c'est-à-dire au 1er mars 2022 – si toutefois la date de la pleine application de la réforme tarifaire des établissements de soins de suite et de réadaptation visée par cet article n'est pas encore repoussée d'ici-là...

VEILLE DOCUMENTAIRE

VOTRE LETTRE FINANCES HOSPITALIÈRES ÉVOLUE POUR RÉPONDRE AUX ATTENTES DE SES LECTEURS, DIRECTEURS ÉCONOMIQUES ET FINANCIERS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, AVEC UNE NOUVELLE MAQUETTE ET QUELQUES MODIFICATIONS DE RUBRIQUES :

Editorial

Tarification & facturation

Commande publique

Marchés financiers

Gestion financière

Performance

Contrôle de gestion & audit

Budget & comptabilité

Juridique

Veille documentaire

Le nouveau site internet de la revue (www.finances-hospitalieres.fr) sera en ligne fin septembre.

AMÉLIORER LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET MAÎTRISER LES DÉPENSES

Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019 - Juillet 2018

Tous les ans, l'Assurance Maladie présente son passionnant rapport « **charges et produits** », dont l'objectif est de sélectionner des pistes d'efficacité et d'économies. L'enjeu pour 2019 est de dégager 2 mds €. Sont particulièrement visées des problématiques de santé publique dont l'effet de levier est massif : plusieurs préconisations concernent la santé mentale, les maladies chroniques, le cancer. Techniquement, deux axes se dégagent : la pertinence des soins, mais aussi leur qualité évaluée en impact sur la vie du patient grâce aux PROMs. En termes de financement, sont prioritaires les forfaits populationnels, dans un souci de couverture maximale des risques par les ressources publiques. Enfin, promotion est faite des outils d'e-santé et d'autonomisation du patient comme pilotes de sa propre santé.

« La mise en place d'un système d'Assurance Maladie protecteur, redistributif et aujourd'hui universel, n'est pas en soi une évidence. Les exemples existent à travers le monde de ce que seraient les conséquences de l'absence d'un tel choix politique et social : combien de malades ne trouveraient pas de réponses à leurs besoins de santé ? Combien seraient en mesure de faire face aux conséquences financières de la maladie, qui les privent de revenus et dans le même temps nécessite des dépenses souvent très lourdes ? Combien de professionnels de santé pourraient vivre de leur pratique et répondre ainsi aux demandes de soins de la population ?

Notre système de santé solidaire constitue un bien commun. Il revient à l'ensemble des acteurs du système de santé français, chacun dans le cadre des missions et du rôle qui sont les siens, d'œuvrer pour le préserver. »

Notre système doit faire face au vieillissement de la population et à la transition épidémiologique, dans un contexte d'inégalités de l'offre sur le territoire. Ainsi, « le dernier défi tient à la soutenabilité de notre modèle de protection sociale. La progression spontanée des dépenses de santé atteint en France un rythme proche de 4 % par an, alors que notre capacité à respecter l'équilibre financier de notre système de solidarité conduit à devoir respecter un objectif national de dépenses d'Assurance maladie fixé autour de 2 % par an. Ceci suppose de modérer la progression des dépenses à hauteur de 4 Mds€ environ chaque année. Les leviers de régulation utilisés pour atteindre cet objectif indispensable pèsent d'autant plus lourdement sur les acteurs qu'ils jouent largement sur la maîtrise tarifaire et sollicitent encore insuffisamment les gains d'efficacité qui pourraient résulter d'une action plus volontariste sur les organisations et les pratiques. »

Le rapport préconise 4 niveaux de transformation de notre système : améliorer l'offre rendue à la population, vieillissante et atteinte de pathologies chroniques, notamment ; repenser les pratiques autour du paradigme de la pertinence ; développer les alternatives à l'hospitalisation conventionnelle ; enfin, il convient de réguler les dépenses : « Il est désormais temps de donner à la qualité, la pertinence et la sécurité des soins une traduction plus concrète dans nos dispositifs de régulation, en particulier dans les modes de financement des professionnels et les organisations de santé. »

COOPÉRATION DES ÉQUIPES HOSPITALIÈRES AVEC LES MÉDECINS ET PARAMÉDICAUX DE VILLE

Le Cossec, Chloé ; Giacobelli, Maud ; De Chambine, Sophie ; in Santé publique vol. 30, n°2, mars-avril 2018, pp.213-224.

Partant du double constat de l'explosion des maladies chroniques et du développement qualitatif de la palette des prises en charge, les auteurs considèrent que « *L'ensemble de ces évolutions nécessite une refonte des organisations hospitalières ainsi qu'une coopération renforcée avec les professionnels de ville qui assurent la prise en charge du patient au quotidien.* ». Partant d'un questionnaire, la présente étude tend à classer les différentes méthodes de coopération utilisées par l'AP-HP, 1er CHU de France, protéiforme, pour optimiser le parcours de soin de ses patients entre ville et hôpital. Sur cette base, sont distingués 6 niveaux d'actions, de l'accès des professionnels de ville à l'hôpital jusqu'à des projets de recherche conjoints. Le premier niveau, l'accès aux soins hospitaliers, est le plus prisé, qu'il s'agisse de prise de rendez-vous facilités et directs, de contacts experts ou de la mise à disposition de services spécifiques (accès sans rendez-vous, par exemple). Ces actions ont été synthétisées par l'AP-HP dans son programme Médecins Partenaires, réunissant 2000 médecins libéraux autour de services offerts par le CHU.

Le nombre d'actions engagées, l'implication des acteurs du parcours pour optimiser le suivi du patient, le désir de renforcer les liens (actions de formation, de recherche etc.) mettent en évidence une dynamique très positive centrée sur l'amélioration continue des conditions de prise en charge du patient.

AGENDA

Séminaire National des Hospitaliers / Colloque ENCC 2018 : « (R)évolutions à l'hôpital ? Les enjeux de l'innovation, de la pertinence et des financements »

4 et 5 octobre - Lyon - Contact : SPH

Finances Hospitalières est une publication mensuelle éditée par **Infodium**, www.infodium.fr - SAS au capital de 4 200 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 - infodium@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 415 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.



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 - infodium@infodium.fr

W127

1 an, 11 numéros,
et l'accès au site

www.finances-hospitalieres.fr

(consultation de la base de données)

au prix de **415 € TTC**

Ci-joint mon règlement par :

- Chèque à l'ordre d' **INFODIUM**
 Je souhaite une facture justificative
 Mandat administratif/à réception
de facture

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

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 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038
69, avenue des Ternes 75017 Paris - tél : 09 81 07 95 76 - Tarif applicable du 1^{er} Janvier
2018 au 31 Décembre 2018.