



Liberté . Égalité . Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**Ministère de la santé,
de la famille,
et des personnes handicapées**

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

Sous-direction des affaires financières
Bureau F4

Groupe de travail n°4

Compte rendu de la 2^{ème} réunion du 7 octobre 2003

Présents : cf liste jointe

1) Approbation du compte rendu de la réunion du 23 septembre : les remarques de MM. Anselin et Dandel sont prises en compte. Le programme de travail est approuvé.

2) Présentation de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses

M. Gratioux rappelle la logique (cf. fiches « Note de problématique » et « Régime budgétaire ») dans laquelle s'inscrit le nouveau cadre budgétaire proposé. Le système proposé, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), laisse une plus grande place à l'évaluation et à l'estimation. Ce type de présentation budgétaire est mis en œuvre, moyennant des adaptations, par l'EFS, les EPSCP (universités) et les EPST (établissements publics scientifiques et techniques).

M. Mariage apporte des précisions techniques sur la présentation même de l'EPRD à l'appui des modèles diffusés.

Les caractéristiques de l'EPRD sont les suivantes :

- c'est un document prévu et réglementé par le décret de 1962 portant règlement général de comptabilité publique
- l'autorisation attachée à l'EPRD ne s'établit plus au niveau des groupes fonctionnels (niveau de vote et d'approbation) mais au niveau global. De ce fait, l'action de l'ordonnateur n'est plus limitée dès lors que l'équilibre général de l'EPRD n'est pas remis en cause. Dans une telle hypothèse, une décision modificative devrait être soumise au conseil d'administration.
- le principe de l'équilibre budgétaire est maintenu, tant au niveau du compte de résultat qu'à celui du tableau de financement.
- les crédits en recettes et en dépenses sont évaluatifs. Il conviendra de décider si l'ensemble des crédits doivent être évaluatifs ou s'il faut maintenir le caractère limitatif à certains d'entre eux.
- la présentation sous forme d'EPRD permet, le cas échéant, de faire apparaître un déficit prévisionnel en cours d'exercice. Actuellement la situation est constatée en fin d'année lors de l'arrêt des comptes. L'EPRD permettra de prendre des mesures correctives en cours d'année.

L'EPRD se décline en 4 éléments :

- le compte de résultat prévisionnel, proche de l'actuelle section d'exploitation, présenté en équilibre
- le tableau de financement, proche de l'actuelle section d'investissement, présenté également en équilibre
- la capacité d'autofinancement (CAF), notion nouvelle par rapport à l'existant, fait le lien entre le compte de résultat et le tableau de financement auquel elle est intégrée soit en charge, soit en recette
- le fond de roulement, résultante des trois autres tableaux, mesure l'impact sur la trésorerie et constitue la ligne d'équilibre fondamental en déterminant comment un établissement va couvrir ses emplois à long terme par des ressources à long terme.

L'ensemble introduit une présentation complète de la politique d'investissement et des modalités de financement de l'établissement. A cet égard, l'EPRD retrace la politique de gestion de l'établissement et la façon dont l'équilibre va être obtenu.

L'EPRD se présente sous une forme synthétique, accompagnée d'une présentation détaillée par compte. Une réflexion devra être menée sur le bon niveau de présentation synthétique compte tenu de la spécificité hospitalière et de son plan comptable. L'objectif est de rester lisible tout en donnant une information suffisamment fine aux instances de l'établissement.

L'EPRD est complété par des budgets annexes, notamment ceux existants aujourd'hui. La question est de savoir si les budgets annexes qui ne concernent pas les activités relevant de la loi sociale doivent être suivis en crédits évaluatifs ou crédits limitatifs. L'autre question est de savoir si les activités (PSY et SSR) qui ne seront qu'à terme concernées par la T2A doivent ou non être suivies en budgets annexes dans cette attente.

Enfin, des activités spécifiques aux CHU telles que le développement et la valorisation de la recherche doivent recevoir une présentation budgétaire adaptée.

3) Réactions des membres du groupe de travail et réponses de la DHOS

- La présentation de l'EPRD a suscité des questions sur les mécanismes liant les différentes parties de l'EPRD, et notamment sur le lien entre le résultat et la capacité à investir de l'établissement, particulièrement lorsque le résultat est déficitaire. En particulier, il est difficile d'établir un parallèle avec l'ancienne section d'investissement ; de même, le traitement des comptes de groupe ? 4 en crédits évaluatifs est difficilement concevable. Il est demandé s'il est envisagé de modifier les textes relatifs aux programmes d'**investissement**.

L'approche préconisée consiste à appliquer le caractère évaluatif à l'ensemble de l'EPRD. Cela pose le problème du niveau de délibération et d'approbation du programme d'investissement et du plan de financement dans un cadre pluriannuel, par exemple. La conséquence pourrait en être une adaptation des textes. Il s'agit à ce stade de réflexions internes à la DHOS. Il serait souhaitable que le groupe de travail se prononce précisément sur ce point. M. Nicolle, rapporteur du groupe de travail n°1 sur la gouvernance, demande qu'il soit apporté une réponse à la question de savoir si le programme pluriannuel d'investissement peut-être un des volets du projet d'établissement et relève des compétences du conseil d'administration.

- La **difficulté d'appréhension** du document réside pour partie dans l'abandon d'une vision strictement budgétaire au profit de l'introduction d'une vision financière, à laquelle les établissements ne sont pas préparés et pour laquelle leurs outils ne sont pas adaptés. Le CH-FO ne perçoit pas la simplification apportée par un tel dispositif qui va bien au-delà d'un simple nettoyage du cadre actuel et s'ajoute aux chantiers sur la facturation, la nomenclature comptable, etc...Le CH-FO s'inquiète de l'adaptation des **systèmes d'information** : le calendrier annoncé ne tient pas compte des délais nécessaires à la consultation des éditeurs de logiciels et à la réalisation des maintenances, sauf à en majorer fortement le coût.

La DHOS a conscience qu'il s'agit d'un chantier lourd à mener simultanément à d'autres en cours ou à venir et qu'il conviendra d'être vigilant sur le calendrier de la réforme. Il s'agit néanmoins d'un chantier nécessaire.

En 2004, le régime budgétaire et comptable des établissements sera maintenu, mais le changement de logique (passage des dépenses encadrées au recettes estimées) nécessite d'apporter des assouplissements à ce régime : le budget primitif et les DM successives ne sont pas adaptées car les recettes seront variables de même que certaines dépenses médicales vont varier avec l'activité.

L'échéance pour la mise en place de l'EPRD est 2005 au plus tôt. Dès lors que les grands principes en seront arrêtés commencera un travail technique approfondi, dont les premières étapes seront une étude de faisabilité et une estimation des délais de réalisation. Des contacts ont déjà eu lieu avec la direction générale de la comptabilité publique.

- La logique de l'EPRD induit pour certains une remise en cause de l'organisation actuelle des postes comptables et des relations ordonnateur/comptable.
- Des questions ont aussi été posées concernant l'encadrement des **déficits d'exploitation** et sur l'éventualité que les marges de manœuvre des établissements ne les conduisent à travailler en termes de choix d'activité au détriment du personnel.

L'exercice d'estimation des recettes et des dépenses va, par construction, faire apparaître des déficits ou des excédents parce qu'il n'est pas possible d'anticiper parfaitement l'activité, les ressources et les dépenses.

Si un déficit apparaît, il faut l'analyser : est-il conjoncturel ? compatible avec les réserves accumulées par l'établissement ? pourra-t-il être résorbé l'année suivante ? La 1^{ère} intervention est celle de l'établissement qui apprécie la situation.

Lorsque ce déficit menace l'équilibre à terme de l'établissement, il appartient à l'ARH d'intervenir et de demander à l'établissement d'élaborer des mesures de retour à l'équilibre (qui seront examinées lors de la 3^{ème} réunion).

- Le traitement des **activités subsidiaires** a soulevé deux types de réflexions. Les jurisprudences sur la spécialité des missions de l'hôpital incitent les établissements à réduire leurs activités subsidiaires. Or il s'agit d'une variable d'ajustement des budgets hospitaliers. Le lancement d'une réflexion sur le cadre juridique de celles-ci est demandé. La question est également posée de savoir si celles-ci pourront être développées dans un cadre plus libéral.

La DHOS accepte de lancer la réflexion permettant de clarifier le cadre juridique des recettes subsidiaires, en notant toutefois qu'elles ne pourront pas représenter une part importante des recettes du fait du principe de spécialité des établissements publics.

- Concernant les **dépenses de personnel**, la direction du budget (Minefi) s'est prononcée en faveur du maintien du caractère limitatif des dépenses de personnel, assorti d'un plafond d'emplois en ETP rémunérés, car ces dépenses représentent des charges fixes de l'ordre de 70% des budgets et impactent donc fortement l'ONDAM. En outre, l'obligation à laquelle serait soumis l'établissement de présenter une DM pour faire évoluer les charges de personnel représente un élément de sécurité pour les établissements. La conférence des DG de CHU a réagi à cette proposition en soulignant qu'à terme 70% des recettes seraient concernés par la T2A, leur variabilité se traduisant par le caractère évaluatif des crédits correspondants, et qu'en face, seuls 30% des dépenses présenteraient le même caractère évaluatif. La conférence souhaite préserver l'esprit de la réforme et permettre aux établissements de développer une gestion prévisionnelle, nécessitant de rendre tous les crédits évaluatifs et d'apporter les simplifications maximum. Elle considère que la sanction doit intervenir a posteriori et non a priori, ce qui induit des changements notamment dans les relations ordonnateur/comptable.

La DHOS est consciente qu'il faut trouver un moyen terme entre la situation actuelle, où le caractère limitatif bloque les marges de manœuvre des établissements, et la totale liberté de recruter. Il faut éviter qu'une hausse conjoncturelle des recettes entraîne une hausse pérenne des dépenses de personnel. elle propose d'établir des recommandations sur la gestion de la masse salariale, dans un cadre plus souple pour ne pas entraver la gestion des établissements.

La DHOS rappelle également que l'évolution de la masse salariale est prise en compte, comme d'autres dépenses, dans la construction de l'ONDAM. La part forfaitaire tiendra compte de tous les

facteurs d'évolution des coûts. Les tarifs prendront en compte en moyenne les facteurs d'évolution des coûts.

- Concernant la **régulation volume-prix**, la DHOS explique que tous les ans il sera tenu compte de l'évolution des tarifs et de l'activité dans l'évolution de l'objectif. Si tous les établissements respectent l'évolution d'activité, il n'y aura pas de problème. Si un établissement constate une baisse d'activité, il faudra analyser si cette baisse est conjoncturelle ou structurelle. Dans ce dernier cas, il faudra revoir les dépenses à la baisse.

La CGT souligne que cette mécanique suppose que l'activité soit bien évaluée, notamment l'activité de recours, et que les stratégies définies dans les CPOM soient pérennisées en termes d'emplois, de ressources et d'activité. La DHOS rappelle que les MIGAC intègrent des financements spécifiques pour les engagements à long terme et les CPOM. La CNDCH est attentive à ce que l'enveloppe MIGAC ne soit pas évaluée par défaut mais corresponde bien à une estimation des activités qu'elle finance.

- La conférence des hôpitaux généraux interroge la DHOS sur le **rôle des instances**, et en particulier celui de la CME, dans la procédure budgétaire¹. Elle établit également une comparaison avec le privé, considérant que le secteur public accueille les patients les plus lourds et les moins solvables, ce qui constitue un facteur de « lourdeur ». Par ailleurs, le droit de regard de l'**ARH** va à l'encontre de la responsabilisation de l'établissement même si son rôle en cas de dérapage n'est pas contesté.

La procédure de vote du budget et le rôle des instances doivent être étudiés par les groupes n0 1 et 4. La DHOS attend les propositions des membres du groupe de travail sur ces points.

Concernant le rôle des ARH, il est certain que la responsabilité se déplace de l'ARH vers l'établissement, du fait de la disparition de la notion de « dépenses encadrées ». Il est envisagé que l'intervention de l'ARH se concentre sur l'estimation de l'activité, le dialogue à mener avec les établissements pour l'évaluation de l'enveloppe des MIGAC et les situations financières déséquilibrées que les établissements n'arrivent pas à rétablir, de manière à prévenir les « dérapages » lourds. De même, il n'est pas envisagé de faire approuver toutes les DM.

- Le traitement des **reports de charges** suscite des questions sur leur intégration à l'EPRD, sur l'assainissement de la situation des établissements, sur le suivi attentif des déficits prévisionnels. Un audit devrait permettre d'éclairer ce point délicat. L'attention est également appelée sur les établissements sous-dotés dont la situation risque de s'aggraver du fait de la T2A et sur le risque qu'une augmentation d'activité n'entraîne pas résorption du déficit si l'activité développée est peu rémunératrice au regard de l'échelle tarifaire.

Pour la DHOS, les reports de charges sont connus avec un retard d'environ 2ans à partir des comptes des établissements mis à disposition par la comptabilité publique. Le montant des reports de charges est à rapprocher du montant des reports de recettes qui vient l'atténuer. Dans l'EPRD, le report de charges se présentera sous forme de déficit, ce qui permettra à ce moment là de faire clairement le point sur la situation et de la traiter.

- La conférence des DG de CHU considère que le secteur public subit davantage de contraintes que le secteur privé et qu'il faut aller le plus loin possible dans la simplification.

Les **contrôles** opérés par les ARH seront identiques sur les deux secteurs public et privé pour ce qui concerne la facturation, et différents en matière budgétaire, les autorités de tutelle n'ayant pas les mêmes responsabilités à l'égard des établissements publics employant du personnel à statut public et des établissements privés employant du personnel de droit privé. Il apparaît naturel que le niveau d'exigence soit différent du simple fait du statut public ou privé de l'établissement.

Le contrôle de l'AP-HP continuera d'être exercé par les 4 ministres de tutelle, mais la logique de contrôle va évoluer comme pour l'ensemble des EPS.

¹ Les établissements de santé privés actuellement financés par dotation globale restent soumis à la même procédure budgétaire que les EPS

- Concernant les **budgets annexes**, le groupe ne se prononce pas sur le caractère évaluatif ou limitatif des crédits et ne remet pas en cause le maintien des budgets annexes existants. Le traitement des activités PSY et SSR amène des positions contradictoires :
- soit un suivi dans l'EPRD, puisque ces activités ont vocation à entrer dans la T2A
- soit un suivi en budgets annexes, pour permettre d'évaluer les effets de la réforme et éviter que ces activités ne se retrouvent sous-dotées.

La réunion du 22 octobre sera consacrée aux procédures budgétaires.

Calendrier des prochaines réunions :

- mercredi 22 octobre, 14h30, salle S02, 10/16 rue Brancion, Paris 15ème
 - mardi 4 novembre, 14h30, salon B
 - mardi 18 novembre, 14h30, salon C
- au ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 8 avenue de Ségur, Paris 7^{ème}.

