

## Groupe de travail « Régime budgétaire et comptable » - Plan Hôpital 2007

Mardi 18 novembre 2003 – 14h30 – DHOS

Représentant la DHOS : Mme Thorel, M. Gratioux, M. Mariage

Présents : une trentaine de personnes

Ordre du jour : Synthèse des travaux du groupe de travail n°4

La réunion est animée par M. Gratioux.

### Approbation du projet de compte-rendu des réunions du 22/10/2003 et 04/11/2003

Quelques observations de forme.

### Synthèse des travaux du groupe de travail n°4

Un document de synthèse est remis sur table, provenant des réponses envoyées par les différentes organisations constitutives du groupe. Seules 8 réponses ont été enregistrées (dont celle de l'INPH).

Voir le texte joint intitulé « Contribution des membres du groupe n°4 » daté du 17/11/03.

M. Mariage détaille ce document de 5 pages.

*Dans l'ensemble, cette réunion était beaucoup moins intéressante que les précédentes. Seul certains points de détail ont fait l'objet de commentaires. Le compte-rendu sera donc plus succinct et axé sur les points particuliers ne figurant pas dans ce document.*

### EPRD :

- La suppression des groupes fonctionnels est dans la logique de la T2A en raison du caractère évaluatif des recettes. Cependant, pour répondre aux besoins de présentation de l'EPRD aux instances de l'hôpital, ils seront maintenus sous une « certaine forme ».
- Maintien des activités hors T2A au sein d'un budget annexe (essentiellement pour psychiatrie et SSR) :
  - La DHOS n'y est pas favorable car elle craint que les reports de charge soient placés sur ces budgets annexes.
  - Les organisations de directeurs et d'administratifs n'y sont pas favorables car elles craignent la surcharge de travail.
  - Les organisations de praticiens y sont favorables **SAUF LA CMH** qui s'exprime pour l'intégration de la psychiatrie dans l'EPRD après que le représentant de l'INPH ait avancé le souhait que ces activités soient maintenues dans un budget annexe afin d'éviter que ces crédits ne servent à combler les déficits des recettes des disciplines qui seront soumises à la T2A (*à mon sens, la réaction du représentant de la CMH, M. Gibert, est une provocation délibérée à l'intention de l'INPH et de sa présidente*).

### Modalités d'approbation :

La DHOS défend la position de l'approbation tacite. Le Syncass-CFDT demande le maintien d'une procédure contradictoire. Il demande également quel sera le devenir du « juge des tarifications ». M. Gratioux reconnaît que l'architecture des recours sera modifiée. C'est le Ministère chargé de la santé qui exercera le pouvoir de fixer les tarifs GHS, par conséquent, le seul recours possible est devant le

Conseil d'Etat. Le « juge des tarifications » n'interviendra que pour les recours concernant les dotations complémentaires de financement et les MIGAC. En pratique, tout ce qui restera de la compétence de l'ARH sera susceptible d'un recours auprès du « juge des tarifications ».

#### Suivi de l'exécution :

En ce qui concerne le niveau de note de l'EPRD, M. Gratieux explique que les groupes fonctionnels n'existeront plus en tant que tel mais qu'une synthèse par groupe de dépenses sera nécessaire pour présentation au CA. La différence est que cette présentation n'aura plus de caractère contraignant.

La FHF estime que l'EPRD devrait être présenté dans un premier temps par groupe fonctionnel, mais qu'il faudra privilégier à terme la présentation par pôle d'activité. Elle ajoute que les interventions de l'ARH devraient être restreintes à une liste limitative de motifs.

Le représentant de la conférence des présidents de CME des centres hospitaliers a la même position que la FHF sur les possibilités d'intervention de l'ARH mais n'est pas favorable à une présentation par pôle d'activité car il craint les comparaisons abusives.

M. Gratieux reconnaît qu'il y aura forcément une distinction entre les outils de gestion interne et les éléments à présenter aux tutelles (*commentaire personnel : bonjour la transparence !*). Il ajoute qu'il sera possible aux tutelles d'évaluer effectivement les recettes, mais pour la répartition interne des charges, ce sera toujours difficile (*conclusion : la T2A n'a pas pour objectif principal l'amélioration de la connaissance des charges réelles des établissements de santé*).

Le représentant de la CNAMTS se demande s'il ne faut pas instaurer 2 calendriers :

- un pour l'approbation budgétaire auprès des tutelles,
- un autre pour la notification des tarifs, pour éviter les rappels de facturation.

M. Gratieux explique que la date de prise en compte des nouveaux tarifs sera le 1<sup>er</sup> mars de chaque année et garantit que cette date sera respectée. Il n'y aura pas de problème de trésorerie des hôpitaux pour cause de retard car jusqu'à cette date, ce seront les tarifs de l'année précédente qui seront en vigueur.

Le représentant des ARH considère qu'il faut trouver un espace de discussion entre les directeurs d'établissements et l'ARH. Qu'est-ce qu'une approbation tacite ? La simple conformité à une décision prise par ailleurs (ex : MIGAC), ou bien un examen plus technique des données qui sera de toute façon très difficile ? Il estime que le contrôle sera forcément restreint et de l'ordre du vraisemblable.

M. Gratieux précise qu'il consistera surtout en un pouvoir d'opposition dans les cas extrêmes.

Le représentant des ARH ajoute qu'il faut penser au problème des voies de recours tout se suite et éviter ce qui s'est passé pour le financement des réseaux.

La FHF estime que dès que les enveloppes à caractère limitatif seront distribuées, il doit être possible de mettre en œuvre une procédure contradictoire.

Le représentant de la conférence des directeurs de centre hospitalier se demande si les MIGAC doivent être considérées comme une charge calculée ou comme un volume de recettes octroyées (ce qui supposerait dans ce dernier cas qu'il faudrait ajuster les dépenses) ?

M. Gratieux explique qu'en principe, le volume des MIGAC sera déterminé par l'ARH mais que cela n'empêchera pas le PLFSS de définir certains critères de répartitions spécifiques. Par conséquent une partie des MIGAC sera calculée en fonction de la réalisation de certaines missions. Les MIGAC combineront donc les 2 modalités de répartition.

#### Contrôle de l'exécution :

Le problème majeur semble être de déterminer le seuil d'intervention des tutelles. Ni la DHOS, ni aucun intervenant dans la salle ne semble avoir de solution miracle. Le problème est double :

- ne pas fixer un seuil trop élevé car cela risquerait d'être trop tard pour les établissements en difficulté,
- ne pas fixer un seuil trop bas car cela paralyserait les établissements dans leur marge de manœuvre.

Le Syncass-CFDT demande jusqu'où ira l'intervention des tutelles. Jusqu'à la suspension du directeur ?

M. Gratieux, incapable de répondre de façon précise, estime qu'il faudra une combinaison de critères.

La FHF souligne qu'il faudra absolument un rebasage de la dotation des établissements de santé si on veut éviter le déclenchement généralisé du système d'alerte dès 2005. La salle approuve entièrement ces propos.

Il s'en suit une longue discussion sur le problème de la nécessité de constituer une réserve financière dans chaque établissement afin de pallier aux périodes de « vache maigre ».

Le Syncass-CFDT va jusqu'à dire que cette réserve pourrait servir à financer l'intéressement.

Cette discussion fastidieuse se termine lorsque le représentant de la Direction générale de la comptabilité publique du MINEFI considère que ce système de réserve financière sera inapplicable pour les établissements déficitaires, qui sont légion. La salle est alors du même avis.

M. Gratieux reconnaît que le phénomène des reports de charges est très variable et qu'il faudra adapter et clarifier la situation de départ.

Le représentant CFE-CGC demande ce que deviendront les dotations non affectées (exemple des vignobles des hospices de Beaune, ou bien de l'opéra de Bordeaux...)

M. Gratieux reconnaît que le problème n'a pas été traité mais qu'il faudra bien revoir toutes les règles. La solution pourrait être l'orientation de ces activités vers un cadre industriel et commercial.

#### Régime comptable :

La DHOS reconnaît les réserves de l'ensemble des participants et l'absence de besoins d'une réforme supplémentaire. Une modernisation des rapports entre EPS et comptables du Trésor est nécessaire.

#### Valorisation de la recherche :

Ce point nécessite une réflexion d'ensemble. Actuellement, il est possible pour un EPS d'exploiter un brevet par l'intermédiaire de la perception de droits. Est envisagée la participation d'un EPS dans une

société commerciale. De même, il serait possible pour un EPS qui a une activité de fabrication de médicaments de créer une société commerciale pour en assurer le fonctionnement.

Le représentant CFE-CGC pose le problème du lien entre la rémunération du chercheur et la participation de l'EPS. Il y aurait un texte à ce sujet qui ne répondrait pas à toutes les questions.

M. Gratieux reconnaît que ces problèmes n'ont pas été encore traités à ce stade.

Un des participants demande si l'assurance - maladie reprendra le déficit de ces entreprises privées ? La salle s'anime. Mais la question a le mérite de poser clairement le problème. Il est moins risqué pour les EPS de se cantonner à prendre des participations uniquement par brevets.

La CFDT ajoute qu'il faut penser au statut des personnels et à leur devenir avant de se lancer dans ce genre d'aventures.

#### Remarques d'ensemble :

Le représentant CFTC s'inquiète du niveau des tarifs GHS qui seront fixés par le gouvernement. Ceux-ci dépendront de l'ONDAM voté par le Parlement ce qui aura une grande incidence sur la qualité des soins. Les EPS ont pour mission de soigner les patients quelle que soit leur pathologie et il ne leur appartient pas de sélectionner les patients. Sur ce point, la DHOS n'a pas tenu compte des propositions des organisations syndicales.

M. Gratieux explique que les références pour la détermination des tarifs seront les coûts moyens observés, d'où la nécessité des procédures d'alerte et des mesures correctives.

Le représentant INPH remarque que l'objectif affiché de cette réforme est pourtant l'alignement des tarifs des établissements publics avec ceux du privé, alors qu'il faudrait plutôt tenir compte des particularités des missions du service public. L'ensemble de la salle semble partager cette position.

La représentante de la CHG fait la même remarque et ajoute qu'il sera nécessaire de revoir la nomenclature des actes médicaux.

Le représentant du SNCH souligne que la réforme de la tarification ne peut se concevoir sans la réforme de la gouvernance hospitalière.

Le représentant INPH attire l'attention des participants sur le fait qu'une réforme de cette ampleur ne peut réussir qu'avec le concours actif des personnels médicaux et soignants des établissements de santé. Pour cela, il aurait fallu qu'ils soient associés à la définition et à la mise en œuvre des objectifs, or cela n'a absolument pas été le cas, à part pour quelques modifications à la marge. Il rappelle qu'une conférence de presse aura lieu le 20 novembre où les organisations syndicales préciseront ces éléments.

La représentante de la CMH approuve tacitement du chef.

La réunion s'achève sur cette remarque, après un silence pesant.