

CONTRIBUTIONS DES MEMBRES DU GROUPE N° 4
PRINCIPALES POSITIONS ET PROPOSITIONS EXPRIMEES EN REPONSE AU QUESTIONNAIRE

1. NOUVEAU CADRE BUDGETAIRE : L'EPDR

1.1 Nouvelle présentation budgétaire et financière

➤ Intérêt

- Souplesse (SNCH, FHF et conférences de directeurs CH et CHU)
- Permet de faire apparaître les déficits (SNCH, FHF et conférences de directeurs CH et CHU)
- Demande de remise à plat des budgets (SNCH)
- Cadre simplifié (FHF et conférences de directeurs CH et CHU)
- Rapprochement des approches budgétaires et financières (CHFO)
- Management des ressources au niveau de l'établissement permettant d'asseoir les développements et adaptations des structures (Pt CME de CH)
- Rapprochement des réflexions managériales des établissements privés (Pt CME de CH)
- Conforme à la logique de la T2A (INPH)

➤ Limite

- Faut-il remplacer le terme de budget par celui d'EPRD ? (SNCH)
- Regret de voir disparaître la procédure contradictoire (SNCH)
- Accord sur la suppression des groupes fonctionnels même si intérêt en terme de lisibilité (SNCH)
- La structure hospitalière n'a pas la même souplesse et ne permet pas la même réactivité que l'EPRD (FHF et conférences de directeurs CH et CHU, Pt CME de CH)
- Modification culturelle importante (CHFO, Pt CME de CH)
- Difficile à mettre en œuvre dans le contexte actuel des relations ordonnateurs comptables (CHFO)
- Impact immédiat des déficits de recettes sur la section d'exploitation et l'investissement (INPH)

1.2 Crédits évaluatifs

➤ Intérêt

- Caractère évaluatif des crédits responsabilisant (Pt CME de CH)
- Si maintien de crédits limitatifs, risque de faire prendre en réactivité (Pt CME de CH)
- Caractère évaluatif des crédits doit concerner l'intégralité de l'EPRD sur le champ MCO (FHF et conférences de directeurs CH et CHU)
- Contraire à l'esprit de la réforme de la tarification de maintenir des crédits limitatifs (INPH)

➤ Limite

- Moindre réactivité compte tenu des problèmes de structure et de la part faible de la T2A (Pt CME de CH)
- Caractère évaluatif des crédits déjà existant avec une compagne budgétaire étalée sur toute l'année ou les recettes subsidiaires (CHPO)
- Activités non soumises à T2A doivent disposer de crédits limitatifs (FHF et conférences de directeur CH et CHU)
- Rappeler que les charges financières et les amortissements demeurent des charges obligatoires (SNCH)

- Si les recettes ne sont pas présentes, se donner les moyens de réduire les dépenses également (SNCH)

1.3 *Traitement des activités hors champ T2A*

- Tant que la psychiatrie et le SSR ne sont pas soumis à la T2A, les suivre en budgets (FHF et conférences de directeurs CH et CHU, Pt CME de CH, CHG, INPH)
- Maintien de ces activités dans un budget unique (CHFO)
- Possibilité de créer des budgets annoncés pour des activités non financées par l'assurance maladie (CHFO)
- SNCH ?

1.4 *Possibilité d'inscrire les résultats excédentaires ou déficitaires*

- Un résultat déficitaire doit pouvoir être constaté et affiché (SNCH)
- Cette possibilité rend l'application des décisions stratégiques plus transparente (Pt CME de CH)
- Nécessité d'apurer les reports de charges existants (Pt CME de CH, CHFO, FHF et conférences de directeurs CH et CHU)
- Gain par rapport à la sincérité des comptes (CHFO)
- Evite le report indéfini des charges (INPH)
- L'inscription de déficits prévisionnels servira de prétexte à des restructurations brutales (INPH)

1.5 *Conséquences du recours à l'EPRD*

- Gestion complexe de la période transitoire avec 4 types de recette (FHF et conférences de directeurs CH et CHU)
- Devenir de la créance art. 58 ? (FHF et conférences de directeurs CH et CHU)
- Question de la moindre réactivité structurelle des établissements par rapport au privé (FHF et conférences de directeurs CH et CHY)
- Le niveau du groupe fonctionnel doit être maintenu (CHFO)
- L'augmentation d'activité est valorisée (Pt CME de CH)
- Nécessite l'instauration d'outils d'analyse et de prévision (Pt CME de CH)
- Nécessite la formation et le recrutement de personnels compétents (Pt CME de CH)
- Nécessité d'une valorisation de la qualité (Pt CME de CH)
- Relance la dynamique de coopération médico-administrative (Pt CME de CH)
- Cerner et maîtriser les difficultés de trésorerie que vont rencontrer les établissements (SNCH)
- L'hôpital public adopterait le fonctionnement d'une entreprise privée. Logique inacceptable (INPH)

2. NOUVELLES PROCEDURES ASSOCIEES A L'EPRD

2.1 *Calendrier budgétaire*

➤ Favorable à un budget voté en décembre et exécutoire en janvier

- L'absence de connaissance des tarifs ne saurait paralyser le système. L'adoption d'un BP précoce corrigé ensuite par DM paraît tout à fait compatible avec un financement à l'activité (CHFO)
- Rien n'empêche que la part « garantie » soit définitivement arrêtée en décembre et que la part variable soit ajustée en DM (FHF et conférences de directeur CH et CHU)

➤ Favorable à un budget voté en février et exécutoire en mars/avril

- Semble conforme à la logique T2A avec des tarifs nationaux fixés avec le PLFSS et préparation de l'PRD sur la base du case-mix n-1 (SNCH)
- Seule la connaissance des tarifs permet d'élaborer l'EPRD (Pt CME de CH)

2.2 – Modalités d'approbation

- Approbation tacite renforce le rôle du conseil d'administration (FHF et conférences de directeurs CH et CHU)
- Prévoir que l'approbation expresse peut être demandée par l'établissement (FHF et conférences de directeurs CH et CHU)
- Une prise de position explicite de l'ARH sur le BP reste indispensable (CHFO)
- Tout refus d'approbation doit être motivé (CHFO, SNCH)
- Approbation expresse dans le cadre d'une discussion budgétaire avec la tutelle (Pt CME de CH)
- Approbation tacite avec si nécessaire une procédure contradictoire (SNCH)
- Approbation tacite (INPH)

2.3 Suivi de l'exécution

- La décision modificative, et tant qu'elle modifie le montant prévisionnel du budget ou des groupes, doit relever de l'initiative de l'établissement et être soumise à l'instance délibérative (CHFO)
- Le suivi trimestriel (mensuel à terme) de l'exécution doit être soumis aux instances consultatives avant d'être présenté au CA, accompagné si nécessaire d'une DM (Pt CME de CH)
- Maintien d'une DM en cas de modification du montant des groupes (FHF et conférences de directeurs CH et CHU)
- Toute modification de l'EPRD devrait faire l'objet d'une approbation par les instances (INPH)
- Peuvent motiver une demande de DM par l'ARH :
 - effet de champ, application du SROS et résorption d'un déficit excessif (FHF et conférences de directeurs CH et CHU)
 - décision de financer et prendre en charge des activités nouvelles (SNCH)
 - modification importante de l'équilibre de l'EPRD (INPH)

2.4 Contrôle de l'exécution

- Favorable à un dispositif graduel alerte/mise en demeure/propositions de mesures par l'établissement/pouvoir de substitution (FHF et conférences de directeurs CH et CHU)
- Le pouvoir de substitution doit constituer le dernier recours (CHFO)
- Sur les seuils d'alerte
 - réserve quant à l'usage que pourraient en faire les instances délibératives (SNCH)
 - à définir en concertation avec les fédérations d'établissements (FHF et conférences de directeurs CH et CHU)
 - approche pragmatique tenant compte des contraintes du terrain (FHF et conférences de directeurs CH et ChU)
 - difficile d'imposer une conception mécaniste (CHFO)
 - seuil de 5 % (INPH)

2.5 Affectation des résultats

- Pas de constitution de réserves à caractère obligatoire (CHFO, INPH)
- Une par de résultat pourrait faire l'objet d'une affectation en réserve obligatoire le reste étant librement affecté (SNCH, FHF et conférences de directeurs CH et Chu)

2.6 Cohérence d'ensemble et partage des responsabilités

- A terme, l'EPRD gagnerait à être présenté par pôle d'activité (FHF et conférences de directeurs CH et CHU)
- Adapter la gouvernance pour une maîtrise partagée de l'activité avec les pôles et une cohérence d'ensemble assurée par le directeur (SNCH)
- L'EPRD doit être voté par le CA mais arrêté par le directeur (SNCH)
- L'EPRD doit être exécutoire dès sa transmission (SNCH)
- Possibilité de voter le plan pluriannuel de financement des investissements avec l'EPRD, mais seule la ligne de l'année N est soumise à approbation (SNCH)
- Pas de vote d'une limite annuelle de recours à l'emprunt (CHFO)

3. AUTRES ASPECTS TRAITÉS AU SEIN DU GROUPE 4

➤ Sur l'EPRD :

- L'évaluation de l'activité constitue une étape fondamentale pour élaborer un EPRD, étape qui doit associer les chefs et conseils de pôles président de CME et CME constituées et le conseil de politique générale (Pt CME de CH)
- Nouvelle gouvernance, organisant l'hôpital en pôles, permettant d'associer et de responsabiliser le producteurs de soins à la gestion de l'activité et des moyens (FHF et conférences de directeurs CH et CHU)
- Nécessité de développer des outils partagés d'analyses des coûts et de renforcer la culture managériale (Pt CME de CH)
- Une réforme de cette ampleur ne peut être réussie qu'avec le concours actif des personnels médicaux et soignants qui doivent pouvoir s'approprier les enjeux et les modalités de mise en œuvre (INPH)

➤ Sur les relations ordonnateurs/comptables :

- La séparation de l'ordonnateur et du comptable reste un principe légitime qui doit être modernisé (CHFO)
- Développer les procédures de simplifications des échanges entre ordonnateurs et comptables (FHF et conférences de directeurs CH et CHU)
- Nécessité d'assouplir le cadre réglementaire de gestion des différentes provisions et réserves (FHF et conférences de directeurs CH et CHU)
- Accord sur les mesures de simplification comptables évoquées dans la note de la DHOS (CHFO, SNCH)
- Laisser à l'ordonnateur la réalité d'un contrôle des dépenses et donc ne pas supprimer le mandatement (SNCH)
- Un service facturier assuré par le comptable serait source de confusion (SNCH)
- Doter chaque EPS d'un poste comptable dédié et spécialisé (SNCH)

➤ Sur les agences comptables (AC) :

- Pas opportun dans le contexte actuel où les EPS sont sollicités par de nombreuses réformes (FHF et conférences de directeurs CH et CHU)
- L'intérêt de l'AC n'est démontré ni sur le plan financier ni sur le plan organisationnel (FHF et conférences de directeurs CH et CHU) mais dont les contraintes multiples sont réelles (SNCH)
- Si la création d'AC va de paire avec l'instauration de l'EPRD, le désaccord entre les deux ministères et l'impréparation d'une telle réforme devrait renvoyer à plus tard les deux dispositifs (CHFO)

- Le remplacement des comptables directs du Trésor par des AC met l'hôpital public en situation d'être privatisable. Inacceptable (INPH).
- Sur les mesures de déconcertation :
 - Position très réservée sur la notion floue et non limitative de prise de participation (CHFO)
 - La valorisation de la recherche doit faire l'objet d'un travail spécifique approfondi (CHFO)