

**Groupe 4 : “ Le régime budgétaire et comptable ”
réunion du 23 septembre 2003**

**Séance présidée par E. Couty en présence de
L. Gratieux s/directeur “ F ”
M. Thorel chef bureau F4 rapporteur**

Boite E-mail : regles-financ-hosp@sante.gouv.fr

Etaients représentés Le Budget	Boyer
DSS 1A	Mme Farroux
DGCP	Mme Epiter
CNAM	Boyer
FHF	Mme Nguyen

Toutes les organisations conviées étaient représentées. Pour la CMH : B. Certain et C. Gibert

La double délégation était acceptée mais un seul délégué devait prendre la parole. Ce fut C. Gibert.

Ont été remises en séances 3 notes très claires :

Note problématique

Régime budgétaire (à étudier pour le 7 octobre)

Procédure budgétaire (à étudier pour X octobre-date à confirmer)

Procédure comptable (à distribuer réunion le 4 novembre)

Les 3 premières jointes par envoi séparé.

Les textes législatifs (ordonnance du 4 septembre 2003) et réglementaires utiles.

E. Couty après une présentation générale des objectifs Hôpital 2007 et des travaux des divers groupes a passé la parole à L. Gratieux qui a repris point par point la note de problématique.

E. Couty a proposé un tour de table :

La FHF s'est exprimée assez longuement en précisant que sous des aspects en apparence technique les objectifs du groupe financement étaient politiques et s'articulaient avec la thématique gouvernance. Donc il est utile qu'une coordination des travaux soit faite. (E. Couty répondra que c'est précisément le rôle du groupe de pilotage).

Elle a souligné les contraintes réglementaires préalables à une réforme du financement bien que la tarification à l'activité principe de la réforme soit déjà actée. Elle a souhaité que l'horizon des travaux soit plus clairement défini : s'il s'agit du long terme un statut plus libéral peut être envisagé avec notamment abolition ou atténuation de la distinction actuelle ordonnateur-comptable. S'il s'agit du court terme des améliorations techniques au mode de financement peuvent être mises en œuvres mais de portée limitée. En toute hypothèse l'importance de la détermination du calendrier de mise en place doit être faite très vite, ce d'autant que des priorités pour 2004 ont déjà été fixées par exemple cancer.

CG au nom de la CMH n'ayant pas eu connaissance à temps du communiqué de presse du 23 septembre a suivi les consignes : ligne soft : les docteurs viennent participer mais comprennent qu'ils ne sont pas les moteurs de la réflexion sur ce sujet. Il pose la question des éventuelles nouvelles modalités d'investissement-amortissement qui n'ont pas été abordées par L. Gratieux.

Les autres organisations représentatives ont rappelé leur ligne syndicale en particulier sur les statuts des personnels (FO) ou l'attachement à la santé publique et au maintien, pour l'hôpital, du Code des marchés publics (CGT).

Le SNAM a souligné l'hétérogénéité des systèmes d'information des hôpitaux. Les moins performants risquent d'être pénalisés par la mise en route même partielle dès 2004 de la tarification à l'activité.

La conférence des directeurs soutient les positions de la FHF, se pose la question des risques de capture de parts de marché par le secteur marchand si la réactivité des hôpitaux publics dans la future compétition n'est pas facilitée. Demande avant mise en place du nouveau mode de financement un audit sur l'hétérogénéité de performance des établissements. Les établissements les moins performants peuvent avoir une mauvaise gestion mais aussi être victime d'une sous-dotation lors de la mise en œuvre du budget global. Se posent enfin les problèmes de la gouvernance. Les médecins sont prescripteurs mais il est nécessaire qu'un contrôle de gestion les impliquent au niveau des chefs de pôles.

FO est opposée à la tarification à l'activité craignant que la variable d'ajustement soit la disparition du statut du personnel.

La CFDT exprime son inquiétude tant quantitative que qualitative sur la gestion des ressources humaines.

La CGC exprime son attachement au maintien d'un secteur privé et d'un secteur public compétitif et repose la question des investissements.

SUD, souligne la différence des objectifs des 2 secteurs et le risque d'inégalité de soins entre public et privé. Par exemple la charge spécifique des urgences doit être prise en compte non seulement sur le coût du service d'urgence mais sur l'hospitalisation d'aval.

La CFTC rappelant que la charge en personnel est le chapitre le plus important du budget craint que les variations budgétaires induites par la tarification à l'activité ne se répercutent sur l'emploi. Par ailleurs si la normalité du coût du GHS est clairement définie, les correctifs envisagés pour les situations particulières ne sont pas d'une clarté limpide.

L'INPH se pose la question de la mise en œuvre trop rapide de la détermination de l'activité nouvelle manière, de la pertinence des outils comptables disponibles et émet des doutes sur la faisabilité du calendrier proposé.

Le SNCH reconnaît la nécessité d'un changement par rapport au budget global mais s'inquiète du calendrier envisagé alors que la règle du jeu n'est pas encore connue, reprend l'argumentaire du Sud sur les risques d'inégalité public privé avec le même exemple des

urgences. Pose le problème des difficultés de trésorerie si le budget de l'année n -1 était trop sous doté.

La conférence des psychiatres (CHS) bien que non immédiatement concernée s'inquiète du risque d'inégalité de traitement par rapport au privé au vu des charges spécifiques du public : secteur, missions de service public, prise en charge psychologique des catastrophes, placements etc...

CFDT cadre sera très vigilant sur la mise en œuvre de l'outil T₂A, rappelle les liens financement-gouvernance.

La CNAM enfin rappelle que les payeurs (dont la CNAM) ont un rôle, qui doit s'amplifier, d'échange d'informations avec les établissements permettant la mise en œuvre de la nouvelle gestion de la trésorerie. Elle souligne le rôle non seulement du régime de base, mais également des régimes complémentaires, rappelle qu'il ne faut pas oublier dans les recettes budgétaires des établissements les activités de consultations externes. Fait allusion aux difficultés de changement de règles budgétaires et rappelle aux plus anciens les problèmes posés en 1983 par la mise en place du budget global.

E Couty a repris la parole pour souligner la cohérence de l'ensemble de la démarche en 4 groupes et un comité de pilotage, que si une ou deux séances supplémentaires sont nécessaires il faudra les tenir mais sans déborder trop sur le calendrier initial.

Il constate avec plaisir que l'ensemble des organisations conviées sont représentées et rappelle que toutes sont conviées à chaque groupe. Est ravi que les médecins s'impliquent dans la réforme de la gestion et du financement. Cette réforme ne sera un succès que si dans l'association médecins-direction, les docteurs prennent leurs responsabilités de participer à un management d'ensemble donc aussi du contrôle de gestion. Il rappelle que chaque organisation a été reçue en juin-juillet par le ministre pour échanger sur les principes de la réforme.

Le ministre a toujours insisté sur 2 points. La réforme n'est pas de transformer l'hôpital public en clinique privée. Le statut de l'hôpital public sera maintenu et surtout le statut du personnel ne sera pas modifié. E Couty revient sur le fait qu'un changement du financement hospitalier n'est pas une mince affaire que le dernier date de 1983, le président de 1913 !!

En ce qui concerne la réforme des investissements-amortissements elle fait partie du chantier 2003 déjà finalisé : il y a une relance quantitative considérable. Les hôpitaux proposent les opérations à la ARH qui a le pouvoir de régulation en fonction des enveloppes régionales allouées, mais ensuite l'hôpital est maître d'ouvrage et les dispositions de

l'ordonnance de 2003 permettent une mise en route très rapide. Ces investissements concernent aussi le système d'information.

A propos du calendrier, il souligne que certes celui-ci est très serré (début janvier 2004), mais que la mise en œuvre sera progressive.

En ce qui concerne la tarification à l'activité le coup est parti, le groupe technique concerné continue son travail à la fois d'analyse des expérimentations et de la faisabilité de la mise en place.

Pour 2004 le mode de financement par budget global perdure pour les hôpitaux publics mais une part variable définie lors de la loi de financement de la Sécurité Sociale 2004 prochainement discuté par le parlement sera prévue. L'ordre de grandeur actuellement retenu est de 10%.

Après avoir rappelé comment se procurer les documents de base et indiqué les références de la boîte E mail (voir supra) le directeur de la DHOS lève la séance.