

Finances Hospitalières

LA LETTRE DES DECIDEURS ECONOMIQUES ET FINANCIERS DES HÔPITAUX

MENSUEL FÉVRIER 2012 N° 55

EDITORIAL

Mécénat ? Sauver le service public, c'est également assurer son financement...

Les hôpitaux se trouvent au sein d'une délicate équation : investir plus pour produire plus d'activité, et en même temps revenir à l'équilibre financier, ce qui suppose une maîtrise des dépenses et un investissement contenu et limité. La rentabilité des investissements en matière hospitalière ne peut se dessiner et se mesurer que sur une échéance de moyen terme, or les nécessités de retour à l'équilibre, se situent, elles, dans le court-terme.

Dès lors, il semble légitime de trouver de nouveaux modes de financement des hôpitaux qui viennent compenser cette incapacité juridique de recapitalisation. Le recours au mécénat est vraisemblablement une solution qui pourrait s'avérer pérenne pour assurer le financement des investissements des hôpitaux et donc indirectement la possibilité de revenir à l'équilibre financier.

Naturellement, outre une certaine révolution culturelle que pourrait constituer ce nouveau mode de financement dans le service public français, ou à « la française », de nombreuses questions juridiques, financières et éthiques vont apparaître si ce mode de financement devenait durable.

Sur le plan juridique d'abord, il s'agira d'articuler le mécénat avec les lois de Rolland, c'est à dire les principes de base de notre conception du service public : égalité, continuité et adaptabilité constante, auquel on ajoute traditionnellement le principe de gratuité. Si ces principes constituent un socle juridique et idéologique fort de l'action publique, ils ne sont pas pour autant un « horizon indépassable ». La clef d'entrée que constitue le mécénat dans le champ de la réflexion juridique, obligera donc nécessairement à se poser la question de la pertinence de notre conception actuelle du service public et surtout de sa capacité à répondre aux fortes contraintes financières auxquelles il est soumis.

Sur le plan financier, le mécénat pose essentiellement la question de la contrepartie que l'hôpital public pourrait proposer aux donateurs. Naturellement la réponse à cette question, si elle est de nature financière, ne peut se concevoir sans cadre réglementaire strictement défini, délimité. Le principal écueil à éviter sera vraisemblablement de ne pas devenir dépendant des financeurs au point de dénaturer les activités de l'hôpital et donc ses missions. Il ne faudrait pas déstabiliser un système d'égalité devant les soins et de pluridisciplinarité, en un système de soins sélectifs, que cela soit sur le choix des patients mais également des activités, comme cela est le cas pour la recherche clinique en France sous la pression des laboratoires. Dès lors on comprend aisément que les problématiques juridiques et financières soulevées par l'introduction du mécénat dans le financement des investissements de l'hôpital public, ne peut faire l'économie d'une réflexion éthique. Que voulons-nous faire de nos services publics ? Est-on sûr d'avoir une vision commune et partagée de ce que sont les missions d'un hôpital public aujourd'hui en France ?

Cette réflexion doit avoir lieu et de manière rapide car la situation financière des hôpitaux exigent d'envisager toute forme d'idée nouvelle en matière de financement : sauver le service public, c'est également assurer son financement.

Jacques Touzard

Directeur du contrôle interne et de l'organisation aux hôpitaux de Saint-Maurice

SOMMAIRE

RECETTES & FACTURATION

Nouveautés 2012

L' ATIH publie comme chaque année la notice technique récapitulant les modifications à venir en 2012 dans le recueil et le traitement de l'information médicalisée page 2

Facturation

Modification de la tarification des prestations de soins prises en charge par l'aide médicale de l'Etat (AME) page 5

GESTION FINANCIÈRE

Emprunts

Point sur la dette des hôpitaux publics page 9

La politique d'emprunt des établissements public de santé sera plus strictement réglementée page 12

INVESTISSEMENT

Projets

Performances financières comparées de projets d'investissements hospitaliers page 15

COMPTABILITÉ & AUDIT

M21

Modification de la nomenclature budgétaire et comptable applicable au 1er janvier 2012 page 21

JURIDIQUE

Coût de la dépendance

Prise en charge de la dépendance : quel financement ? page 26

Marchés publics

Pénalité financière en cas de non-respect de la procédure des marchés publics page 27

PARUTIONS - AGENDA

..... page 28

NOUVEAUTÉS 2012

L'ATIH publie comme chaque année la notice technique récapitulant les modifications à venir en 2012 dans le recueil et le traitement de l'information médicalisée

Deux grandes modifications sont à souligner : la refonte de la classification des CMD 14 et 15 (obstétrique et néonatalogie) en MCO, et la mise en place d'un nouveau catalogue des actes en SSR. D'autres précisions sur le codage de certaines situations sont données.

Dr Roland Cash
Consultant

L'ATIH a publié sur son site le 28 décembre dernier la première notice technique 2012 avec ses annexes.

Une version 11d de la classification MCO

Dans l'ensemble, la densité des changements se réduit d'année en année ; la refonte de la classification pour les CMD 14 et 15, annoncée déjà il y a un an, constitue néanmoins une évolution importante, dans la lignée de la version 11 mise en place en 2009, qui avait à l'époque « épargné » ces 2 CMD. Cette nouvelle classification entrera en vigueur le 1er mars 2012 sous le numéro de version « 11d ».

Pour la CMD 14, la définition des racines est complètement modifiée :

- Les accouchements par voie basse et les césariennes sont distingués selon qu'il s'agit d'une grossesse multiple ou non, selon que le résultat de l'accouchement est un enfant mort-né ou vivant et, dans le cas des accouchements par voie basse, selon que cet accouchement survient chez une primipare ou une multipare. Un GHM est aussi créé pour les accouchements se produisant pendant le trajet vers la maternité. Ensuite, chaque racine fait l'objet de la même décomposition en degrés de sévérité que les autres GHM de la version 11 (avec des spécificités : par exemple, l'âge gestationnel joue le rôle de complication dans ce mécanisme).
- Les racines hors accouchement ont fait l'objet du même raisonnement que pour les séjours de chirurgie dans les autres CMD (sans qu'il ait forcément 4 niveaux de complications).
- On pourra noter aussi une nouveauté dans le modèle de financement : pour les séjours d'accouchement avec prise en charge d'affections de l'antepartum allongeant la durée du séjour de façon non prévisible, il est prévu des suppléments journaliers spécifiques.

Pour la CMD 15, les changements sont profonds :

- En premier lieu, cette catégorie ne s'intéresse plus qu'aux seuls séjours de nouveau-nés qui suivent immédiatement la naissance, sans retour à domicile. Les critères d'entrée dans cette CMD sont maintenant l'âge, le poids à l'entrée dans l'unité médicale et le mode d'entrée (transfert, mutation).
- Les racines de cette CMD ne sont plus segmentées en fonction des poids à l'entrée mais sur une combinatoire qui tient compte à la fois du poids à l'entrée et de l'âge gestationnel. Chacune des 10 racines médicales ainsi définies comprend 2, 3 ou 4 niveaux de complications.

Et la chirurgie est « rapatriée » dans cette CMD dans la nouvelle logique, avec 5 racines, tenant compte de la combinatoire poids-âge gestationnel.

Par ailleurs, les décès sont distingués selon qu'ils sont précoces ou tardifs.

Il est souligné que le recueil des données de poids et d'âge gestationnel est obligatoire.

- Ces modifications ont des conséquences sur d'autres CMD, puisque les séjours de nouveau-nés venant de leur domicile sont maintenant classés dans les CMD de spécialités (ex : ictère du nouveau-né, problèmes alimentaires du nouveau-né et du nourrisson...). Ainsi, des GHM nouveaux sont créés ; inversement, la racine 06C02 *Chirurgie majeure des malformations digestives* est supprimée.

A signaler que la version 11d comprend aussi quelques autres modifications : création ou suppression de GHM de chirurgie ambulatoire (GHM « J »), de GHM de courte durée (GHM « T »), et modifications de hiérarchie dans la CMD 09.

Nouvelle nomenclature des actes de rééducation et réadaptation

L'autre évolution importante est constituée par la nouvelle nomenclature des actes de rééducation et réadaptation (Catalogue spécifique des actes de rééducation et de réadaptation : CSARR), dont la publication est annoncée pour mars 2012.

Avant une utilisation généralisée en 2013, les établissements pourront commencer à utiliser le CSARR dès juillet 2012. Le deuxième semestre 2012 sera ainsi une période de transition où les deux catalogues des actes de rééducation (l'ancien, le CDARR, et le nouveau, le CSARR) coexisteront. Cette nouvelle nomenclature s'inscrit notamment dans le cadre de la préparation de la T2A en SSR, prévue pour 2013.

Le travail d'élaboration, qui a démarré en juin 2009, a associé les professionnels des sociétés savantes de rééducation et réadaptation, en se basant sur le principe de l'acte global. Tous les champs d'activité en établissements SSR ont été explorés pour une couverture aussi exhaustive que possible des actes réalisés par les professionnels de rééducation et réadaptation.

On pourra observer que l'entrée du secteur de SSR dans la T2A se fait progressivement du point de vue des mécanismes et du système d'information. Outre le recueil des molécules onéreuses déjà engagé dans FICHCOMP, les établissements devront recueillir les actes et consultations externes dans les résumés standardisés de facturation des actes et consultations externes (RSF-ACE) à compter de janvier 2012, comme dans le secteur MCO.

D'autres modifications sont à signaler pour le secteur MCO

- Un Relevé d'unité médicale (RUM) devra maintenant être produit pour les mort-nés, ceci afin de suivre l'indicateur de mortalité.
- Des nouveaux codes sont créés :

- un nouveau code d'unité médicale (code 61) pour les structures de prise en charge de la douleur chronique,
- un nouveau code de provenance pour les patients transférés depuis l'unité de réanimation d'un autre établissement (code R).

- Des nouvelles consignes de codage sont données, pour l'identification des dons d'ovocytes (avec une extension d'un code CIM-10), et pour quelques autres situations donnant lieu à modification du Guide méthodologique MCO :

- Lorsque des actes sont réalisés au cours du transport précédant l'admission, par le SMUR implanté dans l'établissement d'hospitalisation, ils sont enregistrés dans le RUM de la première unité médicale d'hospitalisation de l'établissement (comme pour les actes effectués dans la structure d'accueil des urgences).
- En soins palliatifs, le codage d'un diagnostic relié est étendu à toutes les maladies prises en charge, par exemple les accidents vasculaires cérébraux.
- Le diagnostic principal d'un séjour pour bilan préopératoire est toujours Z04.802, *Examen et mise en observation pour bilan préopératoire*, y compris si une affection est découverte à l'occasion de ce bilan. Dans ce cas, celle-ci est enregistrée comme diagnostic associé.
- Dans le cas d'une hospitalisation pour une prise en charge prévue mais qui ne peut être réalisée, le codage du DP peut connaître deux modalités :

**Z53.- Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux spécifiques, non effectués ; lorsque le motif de non réalisation ne justifie qu'une surveillance, sans qu'une affection ne soit mise en évidence;*

**l'affection cause de la contre-indication lorsqu'elle nécessite une prise en charge diagnostique ou thérapeutique.*

- Pour les GHM de séances, la variable « nombre de séances » devient obligatoire.

Parallèlement, les différents formats de fichiers évoluent.

FACTURATION

Modification de la tarification des prestations de soins prises en charge par l'aide médicale de l'Etat (AME)

La loi n° 2011-900 du 29 juillet 2011 de finances rectificative pour 2011 prend certaines dispositions qui intéressent le dispositif d'AME. C'est pour application de cette loi que l'arrêté du 14 décembre 2011 fixe « le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat ». L'arrêté est complété par une circulaire parue le même jour (N°DSS/1A/DGOS/R5/2011/468).

Cette évolution s'inscrit dans un mouvement de retouches significatives de l'AME auquel prennent part des considérations sur l'immigration, la santé publique, le financement de l'Etat et des structures d'hospitalisation⁽¹⁾.

Si la portée de la réforme s'avère limitée dans bon nombre d'établissements publics et privés, il n'en est rien dans les établissements, essentiellement publics, qui prennent en charge pour une part significative de leur activité des patients étrangers en situation irrégulière sur le sol français. C'est particulièrement le cas en Guyane et en Ile de France.

Le dispositif d'AME

L'AME recouvre en fait 3 dispositifs distincts, tous soumis à conditions de ressources :

Le droit commun

La part du droit commun représente 90% du financement de l'AME qui s'est élevé à 580 millions d'euros en 2010.

La loi 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) dispose que « toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière relève du régime général lorsqu'elle n'a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité. »

Créée par cette loi, l'AME est ni plus ni moins une CMU de base accompagnée de sa part complémentaire, dont peuvent bénéficier des personnes qui satisfont à la condition de résidence (une durée ininterrompue de trois mois minimum, un foyer ou un lieu de séjour principal sur le territoire français) mais ne se trouvent pas en France de manière régulière, notamment faute de titre de séjour initial ou renouvelé.

L'AME comme la CMU d'ailleurs, n'est pas une prestation de l'Assurance Maladie! Cette dernière en assure la gestion par délégation, le financement étant assuré par le budget de l'Etat et non par les cotisations sociales.

Olivier Wéry
Linkk Conseil

(1) Voir le très intéressant rapport d'information parlementaire du 9 juin 2011

Précisions sur l'AME dite « *complémentaire* ». Le droit à la protection complémentaire par l'AME est attribué pour une période d'un an et ne peut être remis en cause pendant cette période. Même si l'intéressé ne remplit plus la condition de résidence, le droit à la protection complémentaire ne peut prendre fin qu'à l'expiration de la période d'un an de droit. C'est ce droit que l'on qualifie d'AME complémentaire.

Les soins urgents

Il s'agit d'une simili AME sans condition de résidence, destinée à la prise en charge financière et individuelle de soins absolument nécessaires compte tenu de l'état de santé du patient. Les soins urgents sont définis comme des soins «*dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître*».

Par nature, ce dispositif s'avère rarement actionné.

L'AME humanitaire ou destinée aux détenus

Cette part de l'AME est très marginale.

Les établissements et prestations concernés

D'abord, sont concernés par la réforme tous les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés.

Ensuite, sont visées leurs prestations **d'hospitalisation** complète, de jour ou à domicile réalisées dans le **champ sanitaire MCO**. Les prestations sanitaires réalisées en SSR et en psychiatrie ne sont par conséquent pas sujettes à cette réforme. Il en va de même pour les soins externes et les IVG.

Enfin, l'AME « complémentaire » n'est pas intégrée au dispositif.

Le calendrier de la réforme

La réforme s'applique aux séjours concernés dont la date de sortie est postérieure ou égale au 1er janvier 2012. Par conséquent, les nouvelles modalités de facturation s'appliquent à des séjours commencés en 2011.

Le ministère a prévu une période transitoire du 1er janvier au 1er juillet 2012, destinée à préparer les organisations et les systèmes d'information pour le passage au dispositif cible. Un troisième jalon le 1er décembre 2013 verra le dispositif final véritablement mis en place.

Les évolutions apportées par la réforme

Les évolutions propres au secteur ex-DG

- Modalités de calcul

Jusqu'alors basées sur les seuls tarifs de prestation journalière (TJP) qui demeurent spécifiques à chaque établissement, les demandes de remboursement adressées à l'Assurance Maladie au titre des hospitalisations concernées par la réforme sont désormais calculées selon le droit commun en MCO : Une première fraction représentée par 80% du montant d'un « tarif national » à la pathologie, une seconde fraction représentée par 20%

du montant d'un « tarif local » à la discipline d'activité. Cette dernière est ni plus ni moins un ticket modérateur, « *une fraction au plus égale à 20 % des tarifs permettant de fixer les conditions et modalités de la participation du patient* » pour reprendre les termes de la loi de finances rectificative de 2011. Sous conditions de ressources, et peut être d'autres à l'avenir, ce ticket modérateur est pris en charge par l'Etat.

Désormais, la part principale des frais de soins est exclusivement tarifée à l'aide d'un groupe homogène de séjour (GHS) ou d'un groupe homogène de tarifs (GHT, pour l'hospitalisation à domicile). Par GHS il faut non seulement entendre le tarif « de base » mais aussi les suppléments associés (de réanimation, soins continus...), la minoration « extrême bas » et la majoration « extrême haut ». Par ailleurs, les molécules et dispositifs médicaux onéreux (listes en sus) liés au séjour sont également visés par le texte. Ils sont par contre remboursés sur la base de 100% du tarif de responsabilité, sans ticket modérateur.

Le calcul de la durée de séjour fait également l'objet d'une modification. Une note de bas de page dans la circulaire nous apprend que la durée de séjour est calculée, comme pour le PMSI, en retranchant la date de sortie à la date d'entrée. Jusqu'alors, la date de sortie était retranchée sauf en cas de décès du patient. Ceci est peut être annonciateur de modifications du calcul du ticket modérateur de droit commun.

- Modalités de remboursement aux établissements

A l'instar des demandes de remboursement au titre de la CMU de base et de sa part complémentaire (CMU-c), celles au titre de l'AME vont transiter par un double circuit de facturation-valorisation une fois le dispositif mis en place le 1er juillet 2012 : La fraction de « base » est valorisée sur E-PMSI tandis que la fraction résiduelle de 20% est facturée à l'Assurance Maladie par télétransmission B2.

Les évolutions communes aux secteurs ex-DG et ex OQN

- Un coefficient de majoration

La loi de finances rectificatives de 2011 institue un coefficient « *permettant la prise en compte des spécificités liées à l'accueil et à la prise en charge de ces patients* » en AME. Ce coefficient majore la tarification TPJ, GHS et GHT de 30%. Toutefois, en secteur ex-DG, la majoration de droit commun ne sera pleinement applicable qu'à compter du 1er décembre 2013 car, jusqu'à cette date, un coefficient transitoire de 2% s'ajoute au coefficient de 30% qualifié de « pérenne ».

Les majorations ne s'appliquent pas aux tarifs des molécules et dispositifs médicaux onéreux liés au séjour.

- Une facturation ou une valorisation transitoires

Durant la période transitoire, soit jusqu'au 1er juillet 2012, les établissements ne doivent pas transmettre à l'Assurance Maladie les factures concernées. Il est prévu un système d'avances (sans plus de précision) sur présentation de justificatifs pour les cliniques. Pour les établissements ex-DG, l'ATIH valorisera la partie « ticket modérateur ».

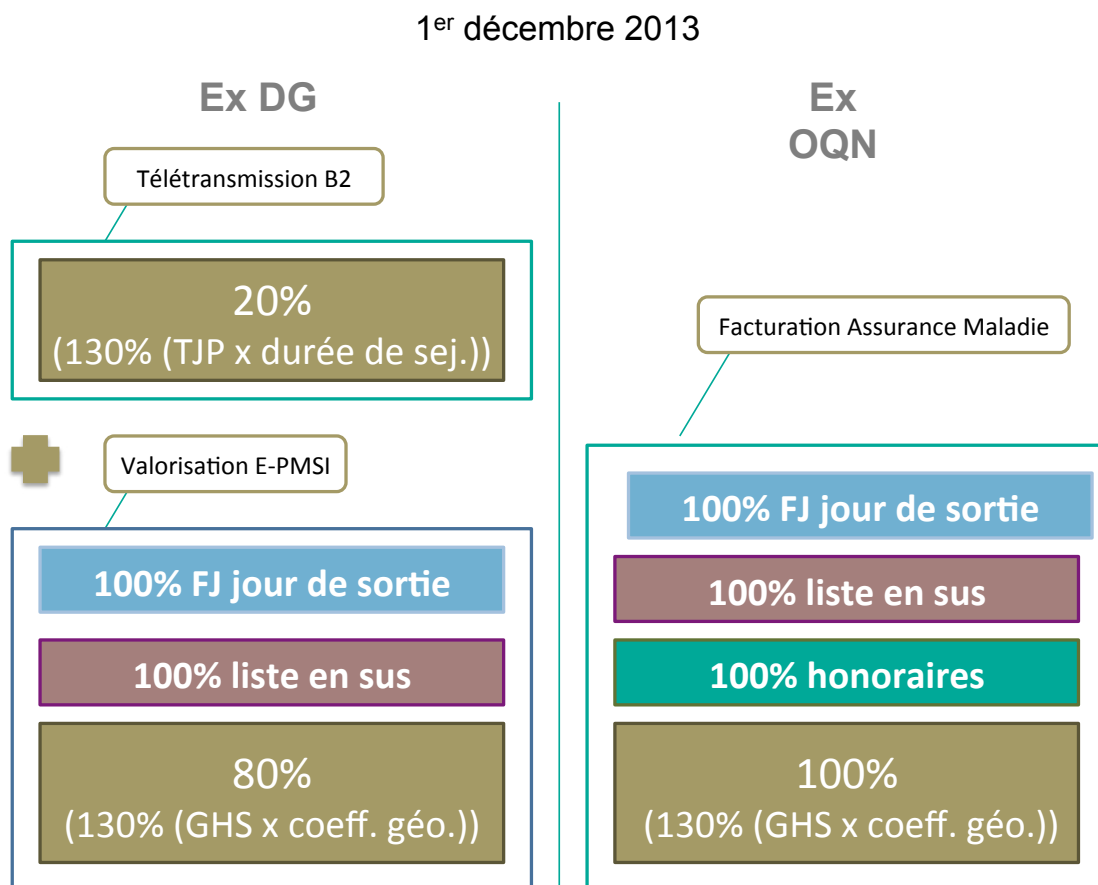
Conclusion

Finalement, la réforme n'impacte le secteur ex-OQN qu'à travers l'instauration d'un coefficient de majoration des tarifs puisque les cliniques utilisent déjà le GHS pour base de facturation commune à la part obligatoire et au ticket modérateur. L'évolution s'avère plus significative dans les établissements ex-DG où le TJP « local » semble renforcé dans son rôle. Cela vient-il confirmer que le calcul du ticket modérateur sur la base du GHS n'est pas pour tout de suite.

Par ailleurs, les ex-DG qui comptent une importante file active de patients pris en charge par l'AME devraient constater une réduction non négligeable de leurs ressources financières malgré l'instauration d'un coefficient de majoration. En effet, la réforme substitue un montant basé sur un tarif forfaitaire, quelle que soit la durée de séjour (exception faite des bornes), à un montant corrélé à la durée de séjour, calculé sur la base d'un tarif journalier avantageux.

La réforme se conjugue avec la récente obligation de timbre annuel (30€) qui fait parfois obstacle à la facturation de dossiers d'AME.

Ci-dessous : Schéma cible



EMPRUNTS

Point sur la dette des hôpitaux publics

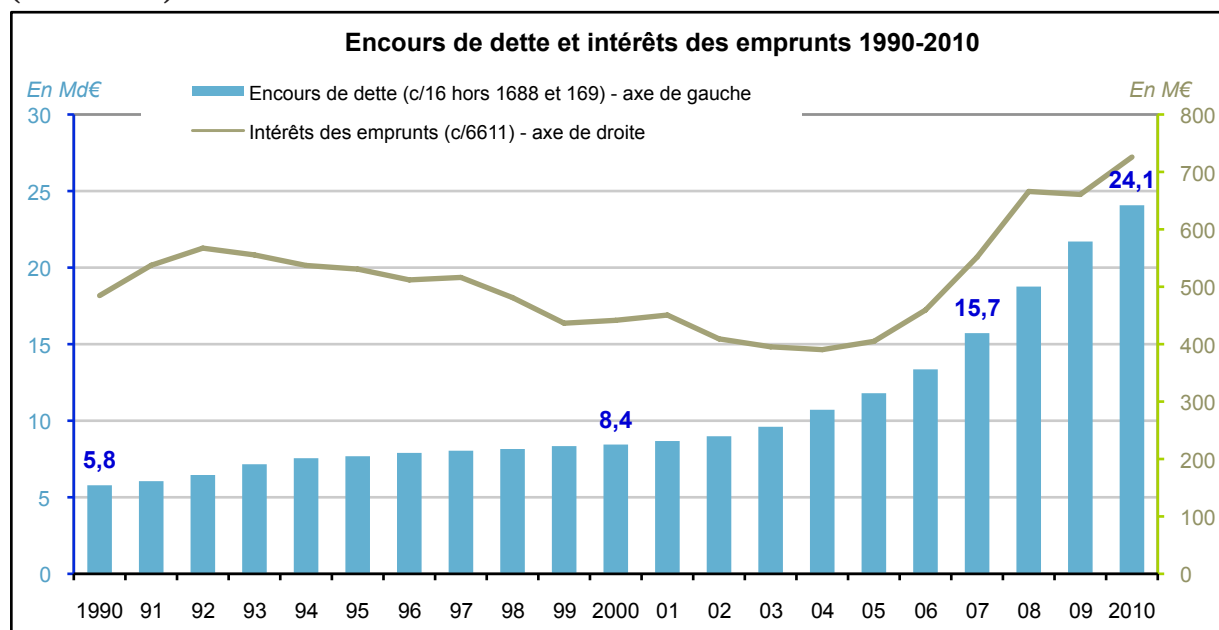
Le décret du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé a été pris pour l'application de l'article 12 de la loi du 28 décembre 2010 de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014. L'exposé des motifs de cet article 12 précisait que l'encadrement du recours à l'emprunt pour les établissements publics de santé « doit permettre de limiter l'augmentation préoccupante de l'endettement constatée depuis plusieurs années ». L'évaluation préalable de ce même article proposait de retenir trois ratios d'endettement pour aider les ARS à apprécier la « soutenabilité du recours à l'emprunt » d'un hôpital. Le décret reprend les trois ratios et donne des valeurs seuils. La parution de ce décret est donc l'occasion de faire un point sur la dette des hôpitaux publics sur la base des données comptables du dernier exercice clos, l'exercice 2010.

L'encours de dette des hôpitaux en chiffres

Contrairement aux collectivités locales qui ont connu une période de désendettement (1997-2002), les hôpitaux n'ont cessé de s'endetter au cours des 20 dernières années. Leur encours de dette qui progresse lentement durant la décennie 1990, passant de 5,8 à 8,4 milliards d'euros (+ 45 %) entre 1990 et 2000, augmente fortement durant la décennie suivante, passant de 8,4 à 24 milliards d'euros (+ 185 %) entre 2000 et 2010. La forte progression de l'encours de dette des hôpitaux publics enregistrée ces dernières années s'explique avant tout, et sans conteste, par la mise en œuvre d'un plan national de relance de l'investissement hospitalier financé majoritairement par emprunt, le plan Hôpital 2007.

Claire Bouinot
Direction des études de
Dexia Crédit Local

Evolution de l'encours de dette et des intérêts des emprunts (1990-2010)



Source : DGFIP 2010, calculs : Dexia Crédit Local

A partir de 2003, avec le lancement du plan Hôpital 2007, les hôpitaux ont en effet dû modifier l'équation de financement de leurs dépenses d'investissement. Il fallait financer des opérations d'investissement d'envergure autrement qu'avec une capacité d'autofinancement peu florissante, « tiraillée » par ailleurs par l'introduction de la tarification à l'activité. Les hôpitaux ont alors eu massivement recours à l'emprunt pour financer ces investissements supplémentaires, conformément à ce qui était prescrit par le ministère. Ainsi, alors que l'endettement (flux net de dette = nouveaux emprunts – remboursements des emprunts) représentait au plus 10 % des investissements avant 2003, il progresse fortement pour atteindre un pic en 2008 et 2009, environ 3 milliards d'euros, et représenter près de 50 % de l'investissement. En 2010, l'endettement des hôpitaux, suivant le repli de l'investissement, est redescendu autour de 2 milliards d'euros, soit 36 % de l'investissement. Les montants empruntés sur les dernières années sont donc importants et plus ou moins proportionnels aux investissements complémentaires réalisés dans le cadre des plans nationaux de relance de l'investissement hospitalier.

Les **intérêts des emprunts**, quant à eux, observent une évolution sur les 20 dernières années plus heurtée car déterminée à la fois par le niveau des taux d'intérêt et par le niveau de l'encours. Ils entament en 1993 une longue période de décroissance, passant de 600 à 400 millions d'euros en 2004, sous l'effet de la baisse des taux longs notamment. En 2005, avec la montée en charge de l'encours, les intérêts des emprunts augmentent fortement. En 2010, les intérêts des emprunts atteignaient 725 millions d'euros, ne représentant toutefois que 1,1 % du total des charges.

Les ratios d'endettement

Le décret du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt des hôpitaux précise que l'autorisation préalable du directeur général de l'ARS pour recourir à l'emprunt est nécessaire si l'hôpital présente au moins deux des trois caractéristiques suivantes :

- Le ratio d'indépendance financière, qui résulte du rapport entre l'encours de dette à long terme et les capitaux permanents, excède 50 % ;
- La durée apparente de la dette dépasse 10 ans ;
- L'encours de la dette, rapporté au total de ses produits toutes activités confondues, est supérieur à 30 %.

Il s'agit de trois ratios classiques d'endettement qui expriment le niveau d'encours de dette en fonction de trois grandeurs financières bien distinctes : les financements stables (haut de bilan), l'autofinancement et la taille budgétaire. Les modalités exactes de calcul restent à venir. Toutefois, si l'on s'appuie sur la base de données comptables de la DGFiP et d'autres sources ministérielles, on peut avancer quelques moyennes pour 2010 calculées sur l'ensemble des EPS, tout en gardant à l'esprit que ces moyennes masquent des situations individuelles très disparates. Ce que montrent d'ailleurs les écarts entre moyennes et médianes, ainsi que le graphique ci-après.

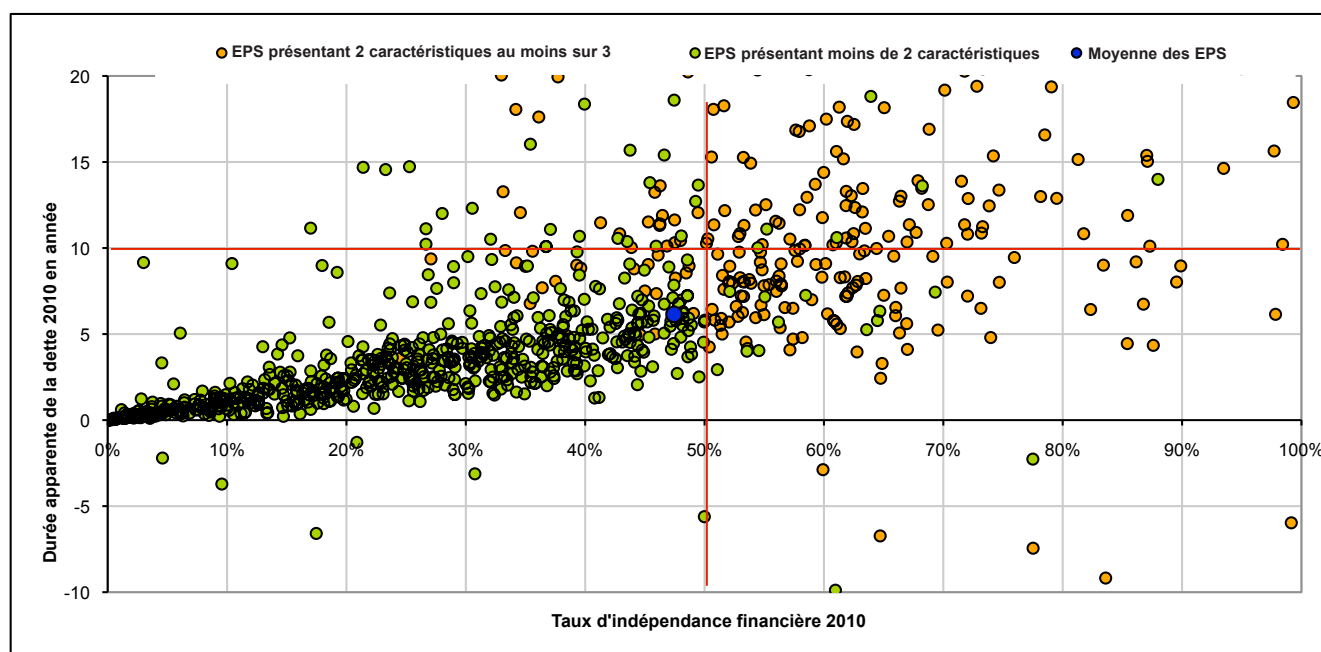
Données 2010	Ratio d'indépendance financière	Durée apparente de la dette	Encours de dette rapporté au total des produits
Moyenne Tous EPS	47,4 %	6,1 années	34,8 %
Médiane Tous EPS	33 %	3,7 années	23,7 %
Part des EPS dépassant la valeur seuil	27 %	19 %	42 %

Source : DGFIP 2010, calculs : Dexia Crédit Local

A partir des données calculées par nos soins, on constate avant tout qu'en moyenne l'indicateur rapportant l'encours de dette au total des produits dépasse la valeur seuil de 30 %. C'est aussi pour cet indicateur que le nombre d'EPS présentant cette caractéristique est le plus élevé (42 %). C'est donc le ratio le plus discriminant. En second lieu, vient le ratio d'indépendance financière, un quart des EPS ayant un taux d'indépendance financière supérieur à 50 %. Le critère de la durée apparente de la dette est le moins discriminant des trois ratios. Statistiquement, il n'y a pas de corrélation entre la taille budgétaire et le niveau des ratios : les petits établissements ne sont pas en situation plus difficile que les grands à l'aune de ces trois critères et inversement.

Au total, sur la base de nos calculs, ce sont plus de 300 EPS (soit un peu moins de 30 %) qui devraient demander une autorisation préalable à l'ARS pour recourir à l'emprunt.

Positionnement des établissements publics de santé au regard de deux critères : taux d'indépendance financière et durée apparente de la dette



Source : DGFIP 2010, calculs : Dexia Crédit Local

La politique d'emprunt des établissements public de santé sera plus strictement réglementée

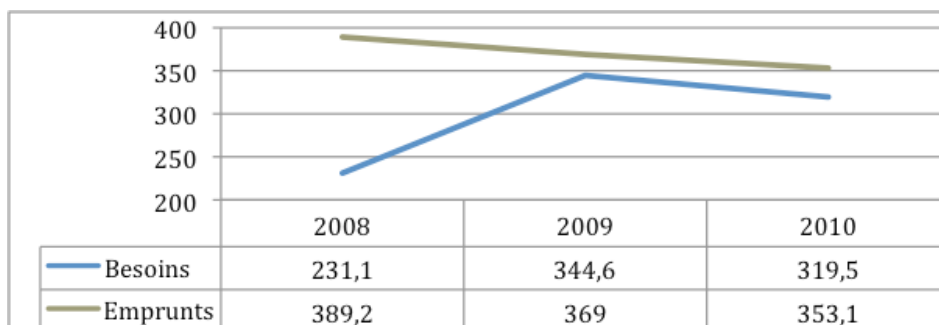
Les remarques de la Cour des comptes sur le dévoiement dans l'utilisation des emprunts à long terme, la situation financière dégradée de certains établissements publics en raison de certaines modalités de contrats financiers indexés sur des indicateurs aux évolutions non maîtrisées et la volonté du législateur de brider l'endettement public, ont conduit à réglementer le recours aux emprunts, pour notamment, les établissements publics de santé.

Henri Estrat

Déjà la Cour des comptes dans son Rapport sur l'application de la Loi de financement de la Sécurité Sociale de 2010 avait émis quelques réserves sur l'utilisation des emprunts à long terme de certains établissements de santé. Dans son chapitre consacré au financement du secteur hospitalier, la Cour des comptes avait alerté sur les libertés prises par les EPS vis à vis de la réglementation et des normes comptables concernant le respect du principe de l'indépendance des exercices (reports de charges, opérations à régulariser), de l'insuffisance de constitution de provisions au regard de certains risques (CET, renouvellement des immobilisations, dépréciation des comptes de tiers, judiciaires), du manque de justification des reprises de provision sinon des opportunités conjoncturelles pour « habiller » un résultat comptable, l'absence parfois de constat d'une perte définitive sur des créances irrécouvrables, le transferts irréguliers des charges entre budget principal et budgets annexes, le changement de rythme des amortissements... Ces manquements ont pour incidence de rendre les comptes insincères et souvent de minorer les déficits. Ces derniers ont été aggravés ces dernières années par une politique dynamique d'investissement soutenue par les plans nationaux (H2007, H2012, et autres plans ciblés) qui a conduit les établissements à accroître leur endettement. Certains établissements déjà fragiles financièrement n'ont pas eu un retour d'investissement suffisamment rapide et ont connu des difficultés financières telles que leur fonds de roulement s'est trouvé vite épuisé et ont sur-emprunté pour couvrir leurs charges d'exploitation.

Ce constat de la Cour des comptes peut être illustré par la situation dans la région PACA où le besoin en financement externe⁽¹⁾ est inférieur aux emprunts (M€) sur les trois dernières années.

(1) Investissements - (CAF nette + apports et subventions + cessions d'actifs)



La loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014 fixe pour ces années les objectifs de besoin de financement des administrations publiques (en points de PIB) notamment l'ONDAM mais également l'évolution de leur dette. Dans son article 12, le législateur a souhaité limiter le recours à l'endettement de certains organismes publics et définir pour les EPS des limites décrites dans un décret. Ce dernier n°2011-1872 du 14 décembre 2011 crée une section 4 au chapitre V du titre IV du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique.

Cette section subordonne le recours à l'emprunt des EPS⁽²⁾ dont la situation financière présente au moins deux des trois caractéristiques suivantes, à l'autorisation préalable du DGARS⁽³⁾ :

- Le ratio d'indépendance financière est supérieur à 50% ;
- La durée apparente de la dette excède 10 ans ;
- L'encours de la dette rapporté à l'ensemble des produits est supérieur à 30%.

(2) L'autorisation du DGARS porte sur un volume global annuel d'emprunt et non emprunt par emprunt

(3) voir aussi «Limites et réserves du recours à l'emprunt hospitalier» JB Mattret, Finances Hospitalières n°54 janvier 2012

En région PACA, pour l'année 2010, 29 EPS sur 64 répondent à ce critère.

catégorie	EPS concernés	EPS de la catégorie	% de la catégorie
CHU	2	2	100,0
Produits>100M€	7	8	87,5
30<P<85M€	9	15	60,0
10<P<30	5	8	25,0
CHS	1	6	16,7
Hôpitaux locaux	5	25	20,0
Total	29	64	45,3

- 23 établissements (35.9%) ont un endettement représentant plus de 30% des produits ;
- 21 établissements (32.8%) ont un taux d'indépendance financière supérieur à 50% ;
- 49 établissements (76.6%) ont une durée apparente de la dette supérieure à 10 ans.

La demande du directeur de l'établissement est accompagnée d'un nouveau PGFP afin d'évaluer l'impact financier prévisionnel du nouvel emprunt sur l'équilibre financier de l'établissement. Un prochain arrêté précisera ces modalités et critères d'autorisation.

En relation avec la charte de bonne conduite entre les collectivités locales et les établissements bancaires inspirée de la Charte dite Gissler, le décret fixe la nature des emprunts et des contrats financiers qui seront autorisés.

L'inversion de la courbe des taux et l'évolution des parités entre les principales devises ont mis à jour des risques exorbitants pour certaines collectivités locales et hôpitaux suite au déclenchement, après une période à taux bonifiés, de mécanismes de réajustement des taux d'intérêts.

Dans une période, où les banques n'étaient pas bridées dans le volume des prêts à accorder, elles ont fait œuvre d'une grande ingéniosité pour proposer à leurs clients des contrats dont les taux d'intérêt étaient liés à des indicateurs de plus en plus sophistiqués (effet de levier, effet de pente courbe

de taux, effet cumulatif, barrière activante....) mais sans réelle visibilité sur leur évolution future.

Le gouvernement a chargé M. Gissler de faire des propositions pour assainir ce marché des prêts à long terme. La charte préconise l'abandon de certains produits financiers (libellés en devises, indexés sur le change, produits de courbe, indexés sur les matières premières...) et propose de classer les autres emprunts selon le risque encouru.

Le décret du 14 décembre 2011, en tire les conséquences pour limiter le recours aux emprunts à taux variable sauf ceux :

- dont le taux d'intérêt est indexé sur un taux usuel du marché interbancaire de la zone euro (EURIBOR, EONIA, T4M, TAM, TAG) ;
- dont le taux d'intérêt est indexé sur l'indice du niveau général des prix ou sur l'indice harmonisé des prix à la consommation de la zone euro.

Ce taux variable ne peut devenir supérieur à deux fois le taux d'intérêt nominal initial sauf application de contrats financiers autorisés. Ces contrats sont des contrats d'option relatifs à des taux d'intérêt, des contrats d'échange relatifs à des taux d'intérêt (exemple swaps de taux) ou des accords de taux futurs. Ces contrats financiers peuvent présenter des taux fixes ou des taux variables si ces derniers répondent aux exigences décrites ci-dessus.

Cette restriction au recours à l'emprunt ne doivent pas faire oublier la pertinence d'utiliser des instruments de couverture des risques, notamment de taux. Le recours aux swaps de taux peut permettre à l'établissement de bénéficier des baisses des taux fixes et de se prémunir de la hausse des taux variables, faute de pouvoir de manière permanente et sans pénalités renégocier ses emprunts.

Les banques, dans le contexte financier international, sont pressées de renforcer leurs fonds propres⁽⁴⁾ mais doivent affronter une réduction de l'offre sur les marchés interbancaires. Certaines banques ont décidé de limiter la durée des prêts à l'investissement à 15 ans et privilégient les entreprises au détriment du secteur public local dont les hôpitaux. Devant ce tarissement de l'offre de prêts au financement de l'investissement⁽⁵⁾, il a été demandé à la CDC d'ouvrir une enveloppe de 3Md€ dont la moitié sous forme d'adjudication aux banques et l'autre moitié par prêts directs via ses directions régionales pour des prêts plafonnés entre 2 et 15 ans pouvant être indexé (LEP, EURIBO 3M, inflation). Les difficultés rencontrées par les EPS pour construire leurs plans de financement des investissements programmés se doublent d'une raréfaction des crédits de trésorerie, accrue par le non renouvellement depuis la mi-décembre des lignes de crédits de Dexia qui est dans l'attente d'un accord de répartition de ses activités entre la CDC, la Banque Postale et elle-même.

(4) 9% de leurs prêts d'ici fin juin 2012

(5) Pour les EPS seul les investissements du budget 2011 sont concernés

PROJETS

PERFORMANCES FINANCIÈRES COMPARÉES DE PROJETS D'INVESTISSEMENTS HOSPITALIERS

2 – Exemple simplifié tiré d'un cas concret : le remplacement de la cuisine centrale de l'hôpital X

Si les données de cet exemple ont été sensiblement simplifiées afin de favoriser une meilleure lisibilité de son traitement, elles restent proches de la réalité. Au-delà des objections et critiques auxquelles souhaite répondre cet article, les scénarios retenus dans la présentation permettent de revenir, on l'a dit, sur le (faux) problème des investissements de tailles différentes ainsi que sur la possibilité de comparer le « faire » avec le « faire-faire ».

Présentation générale de la problématique

L'hôpital X dispose d'une cuisine qui n'est plus aux normes. Afin d'assurer la fourniture de repas aux patients, trois projets sont en concurrence :

- Projet 1 : construction d'une cuisine dont la taille répond aux besoins de l'établissement ;
- Projet 2 : construction d'une cuisine sur-dimensionnée permettant, au delà des repas servis aux patients, de fournir des repas aux écoles et services sociaux de la ville et ainsi de générer des produits accessibles (contrat portant sur la durée de vie de l'investissement) ;
- Projet 3 : sous-traitance de la restauration.

Les données financières prévisionnelles estimées pour chacun des trois projets sont présentées dans les deux tableaux suivants. Concernant les informations détaillées dans ces tableaux, on précise que :

- une étude préliminaire a permis aux ingénieurs et au service des finances de l'établissement d'estimer au mieux les produits et les charges rattachables à chacune des trois solutions : en particulier, les produits sont ici estimés à partir des données de la *Base d'Angers*, c'est-à-dire au coût moyen de production d'un repas ;
- les tableaux d'amortissement comptable et d'amortissement d'emprunt sont quant à eux estimés sans ambiguïté, correspondant à des informations parfaitement connues ;
- le cumul des variations du *BFR* est toujours nul en euros courants : en effet, lorsque l'exploitation d'un projet prend fin, les stocks, créances d'exploitation et dettes d'exploitation disparaissent, les ponctions de trésorerie résultant de la constitution progressive du *BFR*, tout en devant être financées, ne sont donc que provisoires.

Jacques GROLIER
Maître de Conférences à
la Faculté des Sciences
Économiques – Université
de Rennes 1

Directeur du Master
d'Économie et de Gestion
des Établissements
Sanitaires et Sociaux

Conférencier à l'École des
Hautes Études en Santé
Publique

Voir la première partie de cet article dans le numéro de janvier «L'intérêt et la faisabilité de la mesure des performances financières d'investissements hospitaliers»

Données communes aux trois projets alternatifs

Durée de vie du projet	Le projet d'investissement est réalisé au cours de l'année 0 et son exploitation va de l'année 1 à l'année 4 (ces hypothèses, limitées dans le temps, ont pour seul objet de permettre la présentation exhaustive des calculs : une fois la démarche assimilée, des calculs identiques peuvent bien entendu être étendus sur une durée plus réaliste).
Autofinancement dégagé dans le cadre de la réalisation du projet	L'établissement met à la disposition du projet de rénovation de sa cuisine centrale la somme de 1 000 000 sous forme d'autofinancement, ce quel que soit le projet retenu.
Conditions de l'emprunt	<p>La différence entre le montant de l'investissement et l'autofinancement disponible est financée par un emprunt d'une durée équivalente à la durée de vie du projet (soit ici 4 années), emprunt remboursable selon la technique de l'amortissement constant du capital, avec un versement par an, au taux effectif global de 5 %.</p> <p>Dans le cas où le besoin de financement initial serait inférieur à l'autofinancement disponible, on considère que l'autofinancement est tout de même mis à la disposition du projet mais que celui-ci restitue la somme correspondante à l'établissement, sous forme d'un « prêt » à un taux égal au taux d'intérêt du marché (soit ici 5 %), remboursable par amortissement constant du capital. Le projet qui se trouverait dans cette situation ne supporte donc pas de charges financières (66) mais bénéficie de produits financiers (76).</p>
Amortissement de l'investissement	Afin de simplifier les calculs, l'amortissement linéaire sans <i>pro rata temporis</i> sur l'année 1 est retenu.
Conditions de remplacement des flux nets de trésorerie positifs	<p>Le responsable de l'investissement considère que, sur la durée de vie du projet, les flux nets de trésorerie positifs dégagés année après année peuvent être placés jusqu'à la fin du projet à un taux de 4 %.</p> <p>Effectivement, ces flux nets de trésorerie permettent de limiter les endettements futurs de l'établissement et donc de limiter les charges financières à venir.</p>

Données propres à chacun des trois projets alternatifs

	Projet 1 Construction d'une cuisine destinée à répondre exclusivement aux besoins prévisionnels de l'établissement	Projet 2 Construction d'une cuisine sur-dimensionnée permettant de générer des produits subsidiaires par cession de repas à l'extérieur	Projet 3 Sous-traitance de la fourniture de repas
Investissement lors de l'année 0	1 600 000	2 300 000	0
Produits			
Année 1	2 000 000	4 800 000	1 900 000
Année 2	2 300 000	3 700 000	1 950 000
Année 3	2 300 000	3 500 000	2 050 000
Année 4	2 000 000	3 400 000	1 900 000
Charges autres que charges financières (6611) et dotations aux amortissements (6811)			
Année 1	1 500 000	3 100 000	1 800 000
Année 2	1 600 000	3 200 000	1 900 000
Année 3	1 700 000	3 200 000	2 000 000
Année 4	1 800 000	3 200 000	2 100 000
Variations du BFR			
Année 1	50 000	250 000	250 000
Année 2	80 000	100 000	50 000
Année 3	110 000	90 000	20 000
Année 4	- 240 000	- 400 000	- 320 000

Le calcul des flux annuels nets de trésorerie associés à chacun des projets

Les informations présentées ci-dessus permettent tout d'abord de construire le tableau d'amortissement comptable et le tableau d'amortissement d'emprunt propres à chacun des projets.

Ainsi, si on développe le calcul pour le projet 1 :

Tableau d'amortissement comptable – exemple Projet 1				
Années	1	2	3	4
Valeur brute	1 600 000	1 600 000	1 600 000	1 600 000
Dotations aux amortissements	400 000	400 000	400 000	400 000
Amortissements	400 000	800 000	1 200 000	1 600 000
Valeur nette comptable	1 200 000	800 000	400 000	0

Tableau d'amortissement d'emprunt – exemple Projet 1				
Années	1	2	3	4
Capital restant dû	600 000	450 000	300 000	150 000
Intérêts	30 000	22 500	15 000	7 500
Amortissement	150 000	150 000	150 000	150 000
Annuité	180 000	172 000	165 000	157 000

Prenant toujours en exemple le projet 1, nous proposons de détailler la construction des *EPRD-EGESS* des années 0 (investissement) et 1 (première année d'exploitation).

EPRD-EGESS de l'année 0 (exemple projet 1) :

L'année 0 correspondant à l'année d'investissement, l'exploitation n'a pas commencé. L'*EPRD-EGESS* n'a donc sur cette période ni compte de résultat, ni tableau de passage du résultat à la *CAF*, ni tableau de passage de la *CAF* à la trésorerie courante. Seul le tableau de financement est actif.

Tableau de financement – Projet 1 – Année 0			
Investissement (D/2)	1 600 000	600 000	Emprunt (C/16)
			<i>I₀</i> Investissement autofinancé
Total équilibré du tableau de financement	1 600 000	1 600 000	Total équilibré du tableau de financement

EPRD-EGESS de l'année 1 (exemple projet 1)

Au titre de l'exercice 1 pour le projet 1, l'enchaînement des quatre tableaux permettant l'estimation du flux net de trésorerie associé à l'investissement se présente comme suit :

Compte de résultat – Projet 1 – Année 1			
Charges autres que 6811 et 6611	1 500 000	2 000 000	Produits
Dotations aux amortissements	400 000		
Charges financières	30 000		
Résultat positif	70 000		
Total équilibré du compte de résultat	2 000 000	2 000 000	Total équilibré du compte de résultat
Tableau de passage du résultat à la CAF – Projet 1 – Année 1			
		70 000	70 000
		400 000	Dotations aux amortissements
CAF	470 000		
Total équilibré du tableau de passage du résultat à la CAF	470 000	470 000	Total équilibré du tableau de passage du résultat à la CAF
Tableau de passage de la CAF à la trésorerie courante – Projet 1 – Année 1			
Augmentation du BFR	50 000	470 000	CAF
Trésorerie courante	420 000		
Total équilibré du tableau de passage de la CAF à la trésorerie courante	470 000	470 000	Total équilibré du tableau de passage de la CAF à la trésorerie courante
Tableau de financement – Projet 1 – Année 1			
Remboursement d'emprunt (D/16)	150 000	420 000	Trésorerie courante
Flux net de trésorerie de l'année 1 : CF₁	270 000		
Total équilibré du tableau de financement	420 000	420 000	Total équilibré du tableau de financement

Une démarche identique effectuée chaque année pour les trois projets conduit aux flux nets de trésorerie suivants :

Flux annuels nets de trésorerie associés au trois projets					
Années	0	1	2	3	4
Projet 1	- 1 000 000	270 000	447 500	325 000	282 500
Projet 2	- 1 000 000	1 060 000	26 250	- 147 500	298 750
Projet 3	- 1 000 000	150 000	287 500	305 000	282 500

L'estimation de la performance financière de chacun des projets en concurrence

L'estimation de la performance financière de chacun de trois projets étudiés s'effectue en calculant le taux intégré de chacun des projets, sous l'hypothèse d'un remplacement des flux financiers au taux estimé à 4 % par le preneur de décision. Le taux intégré ainsi calculé sera à la base du classement financier des projets, l'investissement étant d'autant mieux classé en termes financiers que son taux intégré sera élevé.

Le détail du calcul du taux intégré du projet 1 est décrit dans le tableau suivant :

- on recense tout d'abord les flux nets de trésorerie qui viennent d'être estimés ;

- on capitalise les flux nets positifs au taux j indiqué par le décideur (ici, 4 %) et ce jusqu'à l'horizon ultime N du projet (ici, année 4) puis on les cumule ;
- on recense les flux nets de trésorerie négatifs ;
- on dispose alors des flux qui vont donner lieu à calcul du taux intégré.

Calcul du taux intégré – Exemple projet 1				
Années	Flux nets de trésorerie constatés	Flux positifs placés au taux de 4 % jusqu'à la fin du projet	Flux négatifs	Flux étudiés
0	- 1 000 000		- 1 000 000	- 1 000 000,00
1	270 000	303 713,28	0	0,00
2	447 000	484 016,00	0	0,00
3	325 000	338 000,00	0	0,00
4	282 500	282 500,00	0	1 408 229,28
	-	1 408 229,28	-	-

Il ressort de ces calculs que la réalisation du projet 1 conduirait à une dépense initiale nette de 1 000 000 en année 0 suivie de flux positifs dont la somme capitalisée au taux de 4 % en année 4 s'élèverait à 1 408 229,28.

La performance financière de ce projet est donc équivalente à celle d'un placement de 1 000 000 en année 0 conduisant 4 ans plus tard à disposer de la somme de 1 408 229,28.

On recherche donc le taux g tel que :

$$1\,000\,000 \times (1 + g)^4 = 1\,408\,229,28$$

$$\Rightarrow 1 + g = \left(\frac{1\,408\,229,28}{1\,000\,000,00} \right)^{1/4}$$

$$\Rightarrow g = 8,94 \%$$

De la même façon, on trouvera :

$$\text{Projet 2 : } g = 7,99 \%$$

$$\text{Projet 3 : } g = 4,21 \%$$

Il résulte de cette démarche que la recherche de l'efficacité financière conduirait à opter pour le projet 1, le projet 2 venant en deuxième position, ces deux projets surclassant nettement le projet 3.

Pour information, l'utilisation du critère du taux interne de rentabilité (TIR) aurait donné :

$$\text{Projet 1 : } TIR = 12,41 \%$$

$$\text{Projet 2 : } TIR = 16,33 \%$$

$$\text{Projet 3 : } TIR = 4,30 \%$$

On le voit, au-delà d'une majoration artificielle des performances financières attendues, le critère TIR peut conduire à des classements de projets différents de ce qui ressort d'une estimation économiquement justifiée des taux potentiels de remplacement des flux nets de trésorerie positifs. Cela explique, comme on l'a

montré dans l'article précité, que nous considérons que ce critère devrait être abandonné, tout comme la VAN et le délai de récupération.

Analyse de la sensibilité des résultats à l'hypothèse portant sur le taux j

Le responsable de l'investissement a indiqué qu'il pensait que les flux nets de trésorerie positifs apparaissant en cours de projet pourraient être placés jusqu'à la fin du projet à un taux de 4 %. Afin d'estimer la sensibilité des résultats obtenus par rapport à cette hypothèse, il est possible de reprendre les calculs réalisés en posant deux autres valeurs pour j , soit $j = 3 \%$ et $j = 5 \%$. On arrive alors aux résultats suivants :

j	Projet 1	Projet 2	Projet 3
3 %	8,52 %	7,32 %	3,90 %
4 %	8,94 %	7,99 %	4,21 %
5 %	9,35 %	8,67 %	4,52 %

On constate que, sous les hypothèses retenues, le projet 1 est toujours financièrement plus intéressant que le projet 2, le projet 3 se trouvant loin derrière. Le classement des projets n'est donc pas affecté par le taux j retenu à condition, bien sûr, de rester dans une fourchette de taux économiquement cohérente.

Conclusion

La présentation qui vient d'être proposée est fondée sur deux constats permettant la mise en application dans les hôpitaux publics d'outils financiers d'estimation de la performance d'investissements :

- d'une part, les produits résultant de l'investissement sont connus ou peuvent être estimés à partir de la comptabilité analytique, les coûts de référence pouvant constituer des quasi-produits dans une démarche proche du benchmarking ;
- d'autre part, les notions de coût du capital ou encore de rentabilité des trésoreries disponibles peuvent être estimées par le taux d'intérêt de marché opposable à l'établissement dans le cadre de ses emprunts, dans la mesure où tout flux net de trésorerie dégagé par un investissement constitue autant d'emprunts en moins à contracter dans l'avenir, générant ainsi une économie de charges financières.

Les investissements d'un établissement public de santé se prêtent donc bien à des démarches d'analyse de performance financière. Dès lors, la plupart des outils initialement développés pour les entreprises privées du secteur lucratif sont aisément transposables aux établissements publics de santé, tout en ayant soin de tenir compte des particularités de ce secteur, et tout en rappelant que la prise de décision ne se fonde jamais exclusivement sur des considérations d'ordre financier, même dans le secteur privé.

Il est à noter qu'on assiste même actuellement à une ré-introduction des outils qui viennent d'être rappelés dans les entreprises privées. Certains acteurs de ce secteur trouvent effectivement dans l'EPRD, initialement dédié au secteur public, une source d'amélioration dans la présentation des réflexions financières.

M21

Modification de la nomenclature budgétaire et comptable applicable au 1er janvier 2012

L'arrêté du 16 décembre 2011 porte modification de l'arrêté du 17 octobre 2007 fixant la nomenclature des comptes obligatoirement ouverts dans l'état des prévisions de recettes et de dépenses et dans la comptabilité des établissements publics de santé⁽¹⁾.

Modifications de la nomenclature budgétaire comptable des établissements publics de santé

Jean-Bernard Mattret

Les comptes suivants sont modifiés dans l'annexe I

(1) Arrêté du 16 décembre 2011 portant modification de l'arrêté du 17 octobre 2007 fixant la nomenclature des comptes obligatoirement ouverts dans l'état des prévisions de recettes et de dépenses et dans la comptabilité des établissements publics de santé JORF n°0299 du 27 décembre 2011 page 22311 texte n° 37

- 1° En classe 1. - Comptes de capitaux

En 16. Emprunts et dettes assimilées :

Le compte « 1632 Autres emprunts obligataires » est remplacé par le compte : « 1632 Opérations sur capital non échu des emprunts obligataires remboursables in fine - anticipation du remboursement en capital ».

- 2° En classe 7. - Comptes de produits

En 73. Produits de l'activité hospitalière :

Le compte « 73125 Spécialités pharmaceutiques administrées en consultations externes, relevant de l'article L. 162-27 du code de la sécurité sociale » est remplacé par le compte : « 73125 Spécialités pharmaceutiques ou dispositifs médicaux administrés en consultations externes, relevant de l'article L. 162-27 ou L. 165-1 du code de la sécurité sociale » et le compte « 732415 Spécialités pharmaceutiques administrées en consultations externes, relevant de l'article L. 162-27 du code de la sécurité sociale » est remplacé par le compte « 732415 Spécialités pharmaceutiques ou dispositifs médicaux administrés en consultations externes, relevant de l'article L. 162-27 ou L. 165-1 du code de la sécurité sociale ».

Les comptes suivants sont créés dans l'annexe I

- 1° En classe 1. - Comptes de capitaux

a) En 13. Subventions d'investissement :

Après le compte « 13182 FMESPP » est créé le compte suivant : « 13183 Fonds d'intervention régional (FIR) ».

Après le compte « 13982 FMESPP » est créé le compte suivant : « 13983 Fonds d'intervention régional (FIR) ».

b) En 16. Emprunts et dettes assimilées :

Après le compte nouveau « 1632 Opérations sur capital non échu des emprunts obligataires remboursables in fine - anticipation du remboursement en capital »

est créé le compte suivant : « 1638 Autres emprunts obligataires ».

Après le compte « 16449 Opérations afférentes à l'option de tirage sur ligne de trésorerie » sont créés les comptes suivants :

« 1645 Remboursements temporaires sur emprunts auprès des établissements de crédit » ;

« 16451 Remboursements temporaires sur emprunts en euros ;
16452 Remboursements temporaires sur emprunts en devises ».

(2) Arrêté du 29 décembre 2011 relatif à l'instruction budgétaire et comptable M. 14 applicable aux communes et aux établissements publics communaux et intercommunaux à caractère administratif (NOR: COTB1132560A) (JORF n°0302 du 30 décembre 2011 page 22892 texte n° 113).

Voir aussi : INSTRUCTION BUDGÉTAIRE ET COMPTABLE M. 14 ; Annexe à l'arrêté du 29 décembre 2011 (Journal officiel du 30 décembre 2011).

Extrait de l'instruction budgétaire et comptable M14 mise à jour au 1er janvier 2012⁽²⁾, l'encadré suivant explique les mouvements des comptes 1645, 16451 et 16452.

Le cas particulier des remboursements temporaires sur emprunts :

Cette opération consiste à rembourser temporairement le capital restant dû sur un emprunt en cours d'amortissement. Le compte 1645 «Remboursements temporaires sur emprunts auprès des établissements de crédit» est :

- crédité par le débit du compte 1641 ou 1643, pour le montant du capital restant dû, par opération d'ordre budgétaire, à l'occasion du remboursement temporaire ;
- débité par le crédit du compte au Trésor lors du versement du remboursement temporaire à l'établissement de crédit ;
- crédité par le débit du compte au Trésor lors du reversement par l'établissement de crédit du capital restant dû ;
- débité par le crédit du compte 1641 ou 1643 pour le montant du capital restant dû, par opération d'ordre budgétaire à l'occasion du reversement par la banque du remboursement temporaire.

Le compte 16451 retrace les remboursements temporaires sur emprunts en euros. Le compte 16452 retrace quant à lui les remboursements temporaires sur emprunts en devises.

Après le compte « 16751 Dettes - Contrats de partenariat », est créé le compte suivant : « 16752 Dettes - Baux emphytéotiques ».

- 2° En classe 2. - Comptes d'immobilisations

a) En 20. Immobilisations incorporelles :

Après le compte « 205 Concessions et droits similaires, brevets, licences, marques et procédés, droits et valeurs similaires » sont créés les comptes suivants :

« 2051 Concessions et droits similaires ;
2052 Quotas de gaz à effet de serre ».

Après le compte « 208 Autres immobilisations incorporelles » sont créés les comptes suivants:

« 209 Restitutions sur immobilisations incorporelles » ;
« 2095 Restitutions sur quotas de gaz à effet de serre ».

b) En 23. Immobilisations en cours :

Après le compte « 2351 Part investissement - Contrats de partenariat », est créé le

compte suivant : « 2352 Part investissement - Baux emphytéotiques ».

c) En 24. Immobilisations affectées ou mises à disposition :

Après le compte « 241 Immobilisations affectées ou mises à disposition » sont créés les comptes suivants :

« 2411 Groupements d'intérêt public (GIP) ;
2412 Groupements d'intérêt économique (GIE) ;
2413 Groupements de coopération sanitaire (GCS) » ;
« 2418 Autres ».

Après le compte « 249 Droits du remettant » sont créés les comptes suivants :

« 2491 Groupements d'intérêt public (GIP) ;
2492 Groupements d'intérêt économique (GIE) ;
2493 Groupements de coopération sanitaire (GCS) » ;
« 2498 Autres ».

d) En 26. Participations et créances rattachées à des participations :

Après le compte « 266 Autres formes de participation » sont créés les comptes suivants :

« 2661 Participations aux groupements de coopération sanitaire (GCS) » ;
« 2668 Autres ».

- 3° En classe 6. - Comptes de charges

a) En 61. Services extérieurs :

Après le compte « 61231 Part fonctionnement - Contrats de partenariat » est créé le compte suivant : « 61232 Part fonctionnement - Baux emphytéotiques ».

b) En 62. Autres services extérieurs :

Après le compte « 6223 Médecins (consultants exceptionnels) » sont créés les comptes suivants :

« 6225 Indemnités aux comptables et aux régisseurs ;
62251 Comptables ;
62252 Régisseurs ».

c) En 65. Autres charges de gestion courante :

Après le compte « 654 Pertes sur créances irrécouvrables » sont créés les comptes suivants :

« 6541 Créances admises en non-valeur ;
6542 Créances éteintes ».

- 4° En classe 7. - Comptes de produits

a) En 73. Produits de l'activité hospitalière :

Après le compte « 7348 Autres actes et prestations » sont créés les comptes suivants :

« 73481 Remboursement des frais de prélèvement d'organe » ;
« 73488 Autres ».

b) En 74. Subventions d'exploitation et participations :

Après le compte « 747 Subventions et participations » est créé le compte suivant : « 7471 Fonds d'intervention régional (FIR) ».

c) En 77. Produits exceptionnels :

Après le compte « 7721 Réémission de titres suite à annulation sur exercice clos » est créé le compte « 7722 Produits sur exercices antérieurs à la charge de l'assurance maladie ».

Modifications de la nomenclature budgétaire comptable des comptes de résultats prévisionnels annexes lettres mnémotechniques

Les comptes suivants sont créés dans l'annexe II

- 1° Au I. - *Dotations non affectées et services industriels et commerciaux (A), en classe 6. - Comptes de charges*

En A65. Autres charges de gestion courante :

Après le compte « A654 Pertes sur créances irrécouvrables » sont créés les comptes suivants:

« A6541 Créances admises en non-valeur ;
A6542 Créances éteintes ».

- 2° Au II. - *USLD et activités à caractère social et médico-social (B, E, J, L, M, N, P), en classe 6. - Comptes de charges*

a) En 61. Services extérieurs :

Après le compte « 61231 Part fonctionnement - Contrats de partenariat » est créé le compte suivant : « 61232 Part fonctionnement - Baux emphytéotiques ».

Après le compte « 6161 Multirisques » est créé le compte suivant : « 6162 Assurance obligatoire dommage - construction ».

b) En 62. Autres services extérieurs :

Après le compte « 6223 Médecins (consultants exceptionnels) » est créé le compte suivant : « 6225 Indemnités aux régisseurs ».

c) En 65. Autres charges de gestion courante :

Après le compte « 654 Pertes sur créances irrécouvrables » sont créés les comptes suivants :

« 6541 Créances admises en non-valeur ;
6542 Créances éteintes ».

- 3° Au III. - Ecoles et instituts de formation des personnels paramédicaux et de sages-femmes (C), en classe 6. - Comptes de charges

a) En C61. Services extérieurs :

Après le compte « C61231 Part fonctionnement - Contrats de partenariat » est créé le compte suivant : « C61232 Part fonctionnement - Baux emphytéotiques ».

Après le compte « C6161 Multirisques » est créé le compte suivant : « C6162 Assurance obligatoire dommage - construction ».

b) En C62. Autres services extérieurs :

Après le compte « C6223 Médecins (consultants exceptionnels) » est créé le compte « C6225 Indemnités aux régisseurs ».

c) En C65. Autres charges de gestion courante :

Après le compte « C654 Pertes sur créances irrécouvrables », sont créés les comptes suivants:

« C6541 Créances admises en non-valeur ;
C6542 Créances éteintes ».

Composition des titres du compte de résultat prévisionnel principal (CRPP)

Le titre Ier « Produits versés par l'assurance maladie » de l'annexe III est modifié

Après le chapitre « 7312 Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique » est inséré le chapitre : « 7722 Produits sur exercices antérieurs à la charge de l'assurance maladie ».

Le titre III « Autres produits » de l'annexe III est modifié

Le chapitre « 77 Produits exceptionnels » est remplacé par le chapitre : « 77 Produits exceptionnels (sauf 7722) ».

Modification du tableau de financement prévisionnel-emplois et ressources

Le titre Ier « Remboursement des dettes financières » de l'annexe IV est modifié

Le chapitre « 16 Emprunts et dettes assimilées (sauf 166 et 1688) » est remplacé par le chapitre : « 16 Emprunts et dettes assimilées (sauf 1632, 166 et 1688) ».

Le titre II « Immobilisations » de l'annexe IV est modifié

Le chapitre « 20 Immobilisations incorporelles » est remplacé par le chapitre : « 20 Immobilisations incorporelles (sauf 2095) ».

Le titre Ier « Emprunts » de l'annexe IV est modifié

Le chapitre « 16 Emprunts et dettes assimilées (sauf 166, 1688 et 169) » est remplacé par le chapitre : « 16 Emprunts et dettes assimilées (sauf 1632, 166, 1688 et 169) ».

Le titre III « Autres ressources » de l'annexe IV est modifié

Avant le chapitre « 267 Créances rattachées à des participations » est inséré le chapitre : « 209 Restitutions sur immobilisations incorporelles ».

Prise en charge de la dépendance : quel financement ?

La couverture de la dépendance est au cœur de tous les débats. Si la question n'est pas nouvelle, la réflexion sur le défi des situations de dépendance liées à l'allongement de l'espérance de vie s'avère nationale. Mais en dehors des études, rapports et groupes de travail, quelles solutions se concrétisent ?

Muriel Trémeur

Référence : Réponse ministérielle n° 123681 JOANQ 3 janvier 2012, p. 106

La réponse ministérielle est sans ambiguïté : « *La crise financière et le risque de dégradation de la notation de la dette de la France ont conduit le Gouvernement à reporter les mesures financières les plus lourdes de la réforme de la dépendance* ». Dès lors la question est de savoir à quelle période ces mesures seront-elles prises ? La réponse est toute aussi claire, « *lorsque le contexte le permettra* ». C'est dire si le débat sur le financement de la dépendance peut encore attendre plusieurs années compte tenu des prévisions économiques relativement pessimistes de ces prochaines années. Toutefois, des informations sont données sur les mesures tendant à aider les personnes âgées.

Des aides financières déjà mobilisées

Les fonds publics mobilisés en faveur des personnes âgées dépendantes se sont élevés à 25 millions d'euros en 2011 auquel s'ajoute 1,5 milliard d'euros supplémentaires dans le cadre du plan Alzheimer. De plus, il est précisé que depuis 2007, 7 500 places nouvelles d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont créées chaque année. L'année prochaine, un investissement de 400 millions d'euros supplémentaires est programmé « pour améliorer la prise en charge » des personnes âgées.

Par ailleurs, de nouvelles aides sont rendues possibles avec les lois de finances pour 2012 :

- la mise en place d'un plan d'aide à l'investissement. Ce plan, à hauteur de 50 millions d'euros, doit soutenir les travaux de rénovation des établissements et des services accueillant les personnes âgées, et développer les structures de prise en charge intermédiaires ;

- la croissance de l'ONDAM médico-social de 4,1 %. Cette hausse devrait ainsi injecter des moyens supplémentaires dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées en poursuivant la médicalisation des EHPAD ;

- la création d'un fonds en faveur des services à domicile qui sera hébergé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Ce fonds sera doté de 50 millions d'euros pris sur le budget de l'État, pour accompagner la restructuration des services d'aide à domicile afin de les aider à retrouver les conditions d'un équilibre financier

De nouvelles pistes de réflexion

Des pistes de réflexion sont à l'étude à la suite du débat national sur la dépendance ouvert depuis février 2011 :

- l'amélioration de l'organisation

du système de prise en charge contribuerait à dégager des marges nouvelles d'efficience. Le gouvernement envisage de réfléchir concrètement à la manière d'éviter des journées d'hospitalisation pour les personnes âgées compte tenu de leur coût élevé. Cette mesure devrait permettre de dégager près de 2 millions d'euros qui pourraient être

réaffectés pour d'autres besoins ;

- la mise en place d'un accompagnement sur le choix d'une maison de retraite. Un site Internet dédié devrait être créé au cours de l'année 2012, tandis que la mise en place d'indicateurs de qualité dans les EHPAD a été engagée.

MARCHÉS PUBLICS

Pénalité financière en cas de non-respect de la procédure des marchés publics

A la suite d'un référé contractuel passé par un candidat évincé, une pénalité de 10 000 euros est infligée à un hôpital outre les frais de procédure remboursés à son cocontractant. Le litige concerne un appel d'offres ouvert pour l'attribution d'un marché ayant pour objet des prestations de gardiennage du site et de plusieurs centres annexes de santé.

Référence : Conseil d'État, 30 novembre 2011, n° 350788

La procédure soumise au juge administratif est relative à un appel d'offres ouvert passé par un centre hospitalier, lancé pour l'attribution d'un marché de quatre lots ayant pour objet des prestations de gardiennage, de surveillance et de télésurveillance.

Par deux courriers datés des 11 avril et 20 avril 2011, le centre hospitalier a notifié à une entreprise le rejet de ses offres pour les lots n° 1, 3 et 4. Cette société a engagé un référé contractuel. En effet, le contrat relatif au lot n° 1 a été signé par le centre hospitalier le 22 avril 2011. Or, il a notifié préalablement à cette date, par deux courriers en date des 11 avril et 20 avril 2011, le rejet des offres pour les lots n° 1, 3 et 4 à l'entreprise concernée, et donc de l'attribution du marché. Il résulte donc de la procédure que la signature du marché relatif au lot n° 1 a eu lieu deux jours après l'envoi à la société de la notification du rejet de son offre, « notification qui, en méconnaissance de l'article 80 du

code des marchés publics, ne prévoyait le respect d'aucun délai de suspension avant la signature du contrat ». Le Conseil d'État relève donc que le délai de suspension ne pouvait commencer à courir et décide d'infliger une pénalité financière de 10 000 euros qui sera versée au Trésor public. Sa décision prend en considération d'une part, le « très faible délai » laissé à la société évincée pour saisir le juge des référés et, d'autre part, « la nature de la méconnaissance par le centre hospitalier de ses obligations, n'affectant pas la substance même de la concurrence ».

Parallèlement, le juge prononce l'annulation des autres lots du contrat passé. Toutefois, cette annulation n'intervient qu'à l'expiration d'un délai de quatre mois à compter de la date de la décision rendue. En effet, ce dernier prend en considération la nécessité d'assurer la continuité des prestations de gardiennage, de surveillance et de télésurveillance des centres de santé durant le délai nécessaire au lancement d'une nouvelle procédure de publicité et de mise en concurrence et à l'attribution des nouveaux marchés correspondant aux lots en cause.

Muriel Trémour

Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins

Dr Fabienne Coquelet et Hélène Valdelièvre - DREES - Décembre 2011

Les soins de suite et de réadaptation (SSR) en hospitalisation complète ont concerné, en 2008, la prise en charge de soins traumatologiques et rhumato-orthopédiques. La durée moyenne de séjour est de 34 jours. L'offre en soins SSR est assurée par 1762 établissements dont près de la moitié appartiennent au secteur public. L'activité représente près de 34 millions de journées dont 7% effectuées en hospitalisation à temps partiel. L'activité en hospitalisation complète représente plus d'un million de séjours. Le personnel soignant employé est en moyenne de 0,52 par lit ou place pour le personnel infirmier

et aide-soignant, et de 0,13 pour le personnel de rééducation. des établissements de santé.

Le patrimoine immobilier des établissements publics de santé non affecté aux soins

Cour des comptes - Janvier 2012

Dans un rapport présenté au Sénat, la Cour des comptes souligne l'importance du patrimoine hospitalier qui serait, selon elle, mal géré : locaux non affectés ou abandonnés, locations gratuites ou sous valorisées... En cause, les obstacles juridiques et les moyens limités des collectivités locales qui sont souvent les premières concernées par la reprise de ces biens immobiliers. Egalement en ligne de mire, le désintérêt, parfois, de la part des établissements et de leur tutelle sur ces dossiers. La Cour recommande aux établis-

21 mars

F3S : Fonction et Services Supports en Santé
Paris

Contact: SPH Conseil

sements d'établir une stratégie patrimoniale et de professionnaliser les équipes sur le sujet.

Guide méthodologique pour l'élaboration des CPOM ARS / Etablissements de santé et titulaires d'autorisation

DGOS - Janvier 2012

Le guide situe le rôle et le périmètre du CPOM dans son contexte financier et régional. Il propose des recommandations sur les principaux enjeux de la démarche de contractualisation ; des outils pour la négociation et le suivi des contrats ; une structuration du contrat et un CPOM-type utilisable par les ARS. On y trouve également des fiches pratiques dont une sur le financement et une autre sur les autorisations et les indicateurs de pilotage de l'activité.

Finances Hospitalières est une publication mensuelle éditée par **Infodium**, www.infodium.fr - SAS au capital de 37 000 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00012 41, rue Ramey 75018 Paris - tél : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60 - contact@finances-hospitalieres.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 - assistante marketing : Mehtap Bozman - Imprimerie Corlet Z.I - route de Vire, 14110 Condé-sur-Noireau
11 numéros par an - Abonnement 395 euros par an - Prix au numéro : 43,20 euros - n° de CPPAP 0411 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 - 41, rue Ramey 75018 Paris
TEL : 09 81 07 95 76 FAX : 01 70 24 82 60

W55

1 an, 11 numéros,
et un accès au site
www.finances-hospitalieres.fr
(consultation de la base de données)
au prix de **395 € 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 37 000 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00012
41, rue Ramey 75018 Paris - tél : 09 81 07 95 76 - Tarif applicable du 1^{er} Janvier au 31
Décembre 2011.