

Finances Hospitalières

LA LETTRE DES DECIDEURS ECONOMIQUES ET FINANCIERS DES HÔPITAUX

MENSUEL JANVIER 2019 N°131

ÉDITORIAL

Plan Santé 2022 : « hôpitaux de proximité V2 » ou « établissements communautaires » ?

Quatrième des 10 « mesures phare » du plan « Ma Santé 2022 » : *La labellisation dès 2020 des premiers « hôpitaux de proximité »*, avec un objectif de l'ordre de 500 à 600 établissements d'ici la fin du Plan. Surprise ! La notion d'« hôpital de proximité » (HP) existe déjà bel et bien depuis que la Loi HPST puis la LFSS 2015 ont supprimé les « hôpitaux locaux », défini des critères d'éligibilité, mélangeant seuils d'activité et caractéristiques territoriales, et mis en place un financement dérogatoire avec une dotation annuelle de financement en substitution du « tout T2A ». 243 HP sont actuellement agréés, la plupart située dans des régions démographiquement fragiles et la quasi-totalité affiliée à un GHT.

Comme on imagine mal la création *ex-nihilo* de quelque 300 nouveaux hôpitaux en France, la promesse gouvernementale passe par une redéfinition et un élargissement des critères de qualification d'établissements classés comme CH. Cela ne rend pas un « petit » CH géographiquement plus proche de la population, mais peut le sécuriser financièrement avec un budget garanti à 80% ou même 90% de son historique. Mais du coup, les missions de ces « HP » nouvelle version changeront. Elles devraient être, logiquement, un peu plus larges que celles des actuels ex-HL qui sont essentiellement des missions de premier recours et d'orientation vers le second recours. Ils assureront des soins en médecine polyvalente, des soins aux personnes âgées, des SSR, des consultations de spécialités, des consultations non programmées, etc. avec un plateau technique de biologie et d'imagerie, des équipes mobiles et des équipements en télémédecine.

Mais tout cela ressemble étrangement aux missions dévolues aux « établissements de santé communautaires » proposés par le HCAAM dans son récent « scénario de rupture » de Septembre 2018. Le périmètre des activités est très semblable, le HCAAM n'excluant pas une activité de chirurgie ambulatoire sous certaines conditions. Il estime à 450 environ le nombre d'établissements pouvant être ainsi requalifiés.

Selon le HCAAM, ces établissements communautaires différencieraient « fondamentalement » d'avec les actuels HP par la nature des relations avec la médecine ambulatoire. Ils doivent, est-il écrit, travailler en « étroite collaboration avec les acteurs de ville pour organiser les parcours ». La dénomination de ces établissements communautaires a précisément été choisie pour « marquer la différence avec les actuels hôpitaux de proximité ou ex-locaux ».

On sait que la FHF a fortement et solennellement critiqué cette suggestion au motif qu'elle était redondante avec les hôpitaux de proximité actuels dont les missions impliquent, du moins officiellement, une collaboration avec les CPTS.

Derrière cette querelle statutaire, deux questions d'avenir : dans la logique de la « gradation », les « hôpitaux » au sens propre du terme devront-ils se cantonner au second recours et abandonner le premier recours (hors urgence) à des structures *ad-hoc*, proches de la médecine ambulatoire ? Et à plus court terme, la notion d'« hôpital », même qualifiée de « proximité », constitue-t-elle, pour diverses raisons, culturelles, administratives, économiques, etc., un obstacle à une forte et durable collaboration avec la médecine de ville ?

Claude Le Pen

SOMMAIRE

ÉVÈNEMENT

Analyse macroéconomique du PLFSS 2019 p2

Ce qu'il faut retenir de la LFSS 2019 pour les établissements de santé et le secteur médico-social p4

TARIFICATION & FACTURATION

Rénover et simplifier la prise en charge financière des soins à l'hôpital p7

PERFORMANCE

La planification des prises en charge, un levier d'efficience pour les établissements SSR p11

CONTROLE DE GESTION & AUDIT

Propositions pour un renouveau managérial de la comptabilité analytique hospitalière p18

BUDGET & COMPTABILITÉ

L'instruction M21 au 1er janvier 2019 p21

JURIDIQUE

Le GIP blanchisserie et les prestations délivrées à des tiers au groupement p23

VEILLE DOCUMENTAIRE / AGENDA

..... p27 ; 28

Analyse macroéconomique du PLFSS 2019

Le PLFSS 2019 s'inscrit, comme les années précédentes, dans un contexte de maîtrise des dépenses publiques pour respecter nos engagements européens en matière budgétaire. Cependant, les incertitudes sur l'évolution de la croissance économique et le manque de marge de manœuvre lié à un taux de prélèvement obligatoire ayant atteint ses limites supportables conduisent à un exercice de prévision particulièrement fragile auquel s'ajoutent les mesures nouvelles liées à la contestation des « gilets jaunes ».

Henri ESTRAT

Les PLF et PLFSS pour 2019 prévoient un déficit des administrations publiques (APU) de 2,6 points de PIB en 2018 et de 2,8 points de PIB en 2019, après 2,7 points de PIB en 2017. Ils intègrent la révision des comptes des APU par l'Insee pour les années 2016 et 2017, le remboursement de la taxe sur les dividendes à 3 % et la bascule du CICE en baisse de charges. Les mesures récentes sur l'abandon des taxes sur les carburants, la hausse de la prime d'activité, la défiscalisation des heures supplémentaires, la renonciation de la hausse de 1.7 point de la CSG sur les retraites inférieures à 2000€ vont impacter les recettes de l'Etat et de la Sécurité sociale. L'effet sur le déficit public est dépendant des mesures qui seront prises pour contrebalancer ces dépenses supplémentaires (économies supplémentaires, report de la transformation du CICE....)

Ces incertitudes sont aggravées par une appréciation de l'environnement économique particulièrement incertain pour les années 2019 et suivantes en raison du ralentissement de l'activité mondiale, de la contraction des exportations, de la hausse des taux d'intérêt à moyen et long terme, du ressentit négatif par les ménages de l'évolution de leur pouvoir d'achat qui influe sur leur consommation et leur investissement en logement. On notera également l'inflation stimulée par les dérèglements du marché pétrolier où l'offre est contrainte soit par les désordres politiques de certains producteurs (Venezuela, Lybie), soit par les sanctions américaines vis-à-vis de l'Iran, ou encore par l'OPEP qui souhaite maintenir un prix du Brent à un niveau rémunérateur. Ces incertitudes risquent de compromettre le scénario optimiste du gouvernement qui table pour 2019 sur une croissance stabilisée à 1.7% et d'ors et déjà est fragilisée par le mouvement de contestation qui entrave l'activité économique en cette fin d'année 2018.

Dans ce contexte, le déficit public pourrait dépasser le seuil des 3% avec un déficit structurel dont l'évolution proposée par le gouvernement à la Commission européenne ne répond pas au Pacte de stabilité. En l'absence d'une réduction franche des dépenses publiques et notamment de l'Etat, la dette publique continuera à progresser et les marges de manœuvre budgétaires seront quasi inexistantes en cas de ralentissement de l'activité économique.

Pour ce qui concerne les administrations de sécurité sociale, le PLFSS prévoit la poursuite du redressement des comptes. En 2018, les comptes de la Sécurité sociale ont largement bénéficié du dynamisme des cotisations sociales induites par une croissance et un marché de l'emploi moins tendu. En 2019, l'amélioration espérée du solde des régimes obligatoires reposera d'une part sur une fiscalité accrue sur le tabac (1.3Md€), le relèvement des cotisations Arcco-Agirc (1.9Md€) et d'autre part d'une réduction des dépenses provenant de la désindexation des prestations sociales autres que les minima sociaux (0.3% sur 2019 et 2020), des économies réalisées sur les aides au logement (1.2Md€), sur la prime à l'emploi des PME et sur les emplois aidés (2.1Md€). Cependant les mesures nouvelles décrites ci-dessus risquent de compromettre l'équilibre des comptes des administrations sociales.

Branches	2017	2018	2019
Maladie	-4.9	-0.9	-0.5
AT-MP	+1.2	+0.9	+1.2
Famille	-0.2	+0.4	+1.2
Vieillesse	+2.0	+0.4	+0.3
Total RO	-1.9	+0.7	+2.2
FSV	-2.9	-2.1	-1.8
Total RO+FSV	-4.8	-1.4	+0.4
ONDAM	190.7	195.4	200.3

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) sera fixé à +2,5 % en 2019, après +2,3 % en 2018. Le gouvernement a fait le choix, par cette évolution exceptionnelle, de renforcer l'effort d'investissement dans la santé dont 130 millions d'euros seront consacrés au financement de la modernisation des établissements médico sociaux. Les hôpitaux quant à eux pourront bénéficier d'une dotation de 300 millions d'euros sur la base d'indicateurs de qualité. Par ailleurs, des financements spécifiques au forfait seront mis en place pour la prise en charge hospitalière des pathologies chroniques telles que le diabète et l'insuffisance rénale chronique.

L'exécution de l'ONDAM 2018 a mis en exergue un risque de dépassement de 455M€ du fait des dépenses de soins de ville (560M€ notamment sur les médicaments et les indemnités journalières) compensé par une sous-consommation du secteur hospitalier (105M€). Pour faire face à ce risque, le PLFSS 2019 prévoit l'annulation de crédits mis en réserve destinés aux établissements de santé (200M€), aux établissements médico-sociaux (200M€), au FIR et autres opérateurs (55M€). Ainsi les dépassements récurrents des soins de ville sont couverts par les autres sous objectifs plus vertueux. Le dépassement de l'ONDAM dépenses de ville impose des annulations croissantes de crédits pour les établissements de santé et médico-sociaux alors même que le déficit des établissements publics de santé se creuse d'année en année comme le montre l'évolution du résultat des comptes principaux des établissements publics de santé (en millions d'euro):

2014	2015	2016	2017
-385	-600	-434	-876

La dégradation de la situation financière touche toute les catégories d'établissement. La rentabilité des hôpitaux (résultat/recette d'activité) s'établit à un niveau négatif supérieur à -0,1% en moyenne avec 6 établissements sur 10 en déficit. Le taux de marge et la CAF sont en régression constante avec pour effet de réduire les investissements, donc l'efficacité des soins, et parallèlement à accroître l'endettement pour faire face à une modernisation à minima des équipements.

Le redressement des comptes de la Sécurité Sociale qui bénéficie d'une dynamique des ressources est réalisé au détriment des établissements de santé et médico-sociaux devant l'incapacité des pouvoirs publics à maîtriser les dépenses de soins de ville.

Le respect de l'ONDAM 2019 est suspendu, comme le rappelle l'avis du Comité d'alerte d'octobre 2018, au maintien d'une réserve d'un montant suffisant de **crédits hospitaliers** (crédits mis en réserve au titre du coefficient prudentiel ou crédits non encore délégués). Ce même Comité d'alerte souligne les dépassements constants du sous objectif « soins de ville » et les ponctions systématiques sur les autres sous objectifs. Il note que certaines économies pour ramener l'évolution tendancielle (4.5%) des dépenses du champ de l'ONDAM à une évolution souhaitée (2.5%), les économies demandées (3 830M€ contre 4 165M€ en 2018) résultent pour partie d'une réduction de la contribution au financement des établissements médico-sociaux destinés aux personnes âgées et personnes handicapées (235M€) alors que l'on sait que ces accompagnements nécessiteront des moyens accrus. De même, il est prévu une économie de 200M€ sur les indemnités journalières malgré le constat de résultats décevant depuis plusieurs années. Ce manque de réalisme des

économies proposées fragilise la crédibilité des prévisions d'évolution des dépenses de santé et font redouter des « *arrangements budgétaire* » comme la souligné mainte fois la Cour de comptes pour afficher la réalisation de l'ONDAM.

Ces éléments seront mis en jour dans nos colonnes une fois les différents budgets (Etat et Sécurité sociale) validés.

PLFSS

Ce qu'il faut retenir de la LFSS 2019 pour les établissements de santé et le secteur médico-social

La LFSS pour 2019 a été adoptée définitivement par les députés le 3 décembre et a fait l'objet de la traditionnelle saisine du Conseil Constitutionnel par l'opposition. Moins traditionnellement, elle devra être modifiée pour tenir compte des annonces présidentielles du 10 décembre, sur les heures supplémentaires et la CSG en particulier.

Elle est la première loi de financement de la sécurité sociale adoptée dans le contexte du plan « Ma santé 2022 » annoncé en septembre 2018. Quelques articles peuvent être considérés comme un début d'application de cette réforme.

Raoul TACHON

Les principaux articles qui impactent les établissements sont les suivants :

L'article 7 prévoyait de dispenser les salariés de cotisations sur les heures complémentaires et supplémentaires à partir du 1er septembre 2019. L'exonération de cotisations patronales et de l'impôt sur le revenu n'était pas prévue. Le dispositif initial et donc sans doute le nouveau bénéficie à tous les salariés du privé et à ceux des trois fonctions publiques, dont la fonction publique hospitalière.

Suite aux annonces présidentielles, l'exonération des heures supplémentaires sera totale sur les cotisations sociales et l'impôt sur le revenu.

Selon les années, le nombre moyen d'heures supplémentaires rémunérées (et non récupérées) par agent dans la FPH est de l'ordre de 8 par an, un peu plus pour les soignants. Il s'agit d'une moyenne tous métiers confondus. Certaines professions sont plus concernées que d'autres : IBODE, IADE...L'impact sur le revenu de la plupart des agents devrait rester modeste.

Par ailleurs, pour les établissements privés, les dispositifs du CICE et du CITS sont remplacés par des exonérations de charges sociales (article 8)

LES ARTICLES 37, 38, 39 S'INSCRIVENT DANS LE CHAPITRE « TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SOINS », QUI EST UNE PREMIÈRE DÉCLINAISON DES MESURES DU PLAN « MA SANTÉ 2022 »

L'article 37 introduit la possibilité, à l'horizon 2020, d'une sanction financière d'au plus 0,5% des recettes annuelles d'assurance-maladie pour les établissements qui sont au-dessous du seuil minimal de résultats fixé pour certains indicateurs qualité. Par ailleurs, le financement dédié à la qualité passe à 300 m€ financé par redistribution des ressources actuelles et s'étend à la psychiatrie en 2021.

L'article 38 met en place, de façon progressive, un nouveau modèle de financement pour les pathologies chroniques.

L'objectif est de substituer à la tarification à l'acte un mode de financement forfaitaire

(1) Forfait de réorientation des urgences : quels impacts pour les structures saturées et pour celles en sous-activité ? *Finances Hospitalières* n° 130, décembre 2018

incluant la prévention, l'éducation du patient, la coordination des soins. Pour certaines prises en charge, le financement des établissements de santé ne se ferait plus au GHS et à la consultation mais via un forfait annuel. La liste des activités concernées sera définie par arrêté, les premières devraient être le diabète et l'insuffisance rénale chronique.

Si l'aspect « coût » n'est pas le seul mis en avant, notons que le taux de progression des dépenses d'assurance-maladie pour la prise en charge du diabète a augmenté de 2,6% par an entre 2012 et 2015 et celui de la prise en charge de IRC de 2,9% par an, au-dessus donc de la progression de l'ONDAM. L'impact à moyen terme de cette mesure est toutefois bien incertain, tant sur le plan de sa mise en œuvre par les établissements et la médecine de ville que sous l'angle macro-économique.

L'article 39 contient diverses mesures destinées à amplifier la portée du dispositif d'innovation du système de santé, dans la continuité de l'article 51 du PLFSS pour 2018.

Il prévoit notamment :

- La possibilité pour un praticien, dans des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante, de réaliser une activité libérale en secteur 1 hors de l'établissement ou il est nommé ou d'exercer en libéral, toujours sans dépassements, au sein d'un centre de santé.

Il s'agit de favoriser l'exercice mixte « ville/hôpital » pour attirer les praticiens dans les zones déficitaires en offre de soins.

- La possibilité pour une SISA (société interprofessionnelle de soins ambulatoires) d'adapter ses statuts pour permettre l'encaissement des rémunérations des activités de prise en charge sanitaire et médico-sociale de ses membres

Les maisons de santé conventionnées sont constituées en SISA et leur objet était limité à la mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité des professionnels ainsi qu'à l'exercice d'activités en communs limitativement énoncés (éducation thérapeutique, coopération entre professionnels). Cet article leur ouvre l'accès à de nouvelles activités dans le champ sanitaire et médico-social (pratiques avancées...)

- La possibilité pour un GCS intégré dans une expérimentation de prise en charge coordonnée de redistribuer une rémunération à ses membres.

Le GCS a par nature un caractère non lucratif et ne peut distribuer de bénéfices à ses membres. Par dérogation, cet article permet la redistribution d'un intéressement collectif aux membres d'un GCS intégré dans une expérimentation de prise en charge coordonnée.

ARTICLES À CARACTÈRE FINANCIER CONCERNANT LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

L'article 41 précise que le taux maximal applicable aux nouveaux emprunts consentis dans le cadre d'une sécurisation des emprunts structurés détenus par les hôpitaux est égal au taux de rendement des OAT de maturité la plus proche de la durée de vie moyenne initiale de l'emprunt structuré faisant l'objet de la renégociation, constaté à la date à laquelle celui-ci a été initialement consenti et majoré de 0,5%

Cet article, supprimé par le Sénat puis réintroduit par les députés vise à protéger la centaine d'hôpitaux qui portent encore 450 m€ d'encours de prêts « toxiques » d'une augmentation brutale des taux d'intérêt. Il s'agit pour la Ministre « de sortir d'une situation très insécurisante avant que le risque ne se réalise »

L'article 43 introduit à titre expérimental pour une durée de trois ans la facturation d'un forfait de réorientation des urgences par les SAU.

Il s'agit de désengorger les urgences et de valoriser l'orientation des patients vers une réponse adaptée à leur situation, qui peut bien souvent être une structure de ville ou d'une maison médicale de garde.¹

L'article 44 renvoie à un décret pour préciser les modalités de récupération des sommes induit facturées par les établissements de santé au titre des activités pour lesquelles ils ne disposent pas d'autorisation.

Les établissements visés sont notamment ceux qui maintiennent une activité de cancérologie bien qu'étant en dessous des seuils minimum d'activité, pourtant fixés à un niveau très bas en France.

L'article 49 sur le renforcement de l'usage du numérique et le partage d'information oblige les éditeurs demandant une certification à faire évoluer leur logiciel en conformité avec les évolutions des critères de certification, sous réserve d'une pénalité pouvant aller jusqu'à 10% du CA hors taxes réalisé en France pour le ou les logiciels concernés.

SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

L'article 63 prévoit, à titre expérimental et pour 5 ans, que la tarification des établissements pour personnes handicapées qui relèvent à la fois des ARS et des départements – FAM, CAMSP...- peut être basculée sur l'une ou l'autre de ces autorités.

Cet article s'inscrit, timidement, dans la lignée des préconisations du rapport du Sénateur Mouiller d'octobre 2018 qui suggérait d'aller plus loin en supprimant les cofinancements de structures dans le secteur du handicap.

L'article 64 anticipe à 2021 et non 2023 la convergence tarifaire pour la section soins des EHPAD.

La tarification de la dotation soins au « GMPS » opposable au financeur depuis 2017 est généralement favorable aux EHPAD dont une majorité y trouve une augmentation de ses moyens. Pour ménager les finances publiques, l'impact en avait été lissé sur 7 ans. Les établissements dont le financement est inférieur à la cible bénéficieront donc deux ans avant la date prévue de la totalité du complément de ressources apporté par cette réforme.

FACTURATION

Rénover et simplifier la prise en charge financière des soins à l'hôpital

Dans notre système français de prise en charge des frais de soins par l'Assurance maladie, la T2A et la FIDES ont sans aucun doute apporté du sens à la facturation hospitalière avec d'une part l'application de tarifs unitaires médicalisés et d'autre part une relation directe avec tous les payeurs de soins. Pour autant, des questions majeures restent sans véritable réponse. En premier lieu celle de la neutralité des tarifs, en second lieu celle de la complexité, et donc du coût, de la facturation.

Pour ce qui concerne les soins externes, eu égard au montant des tarifs facturés, ces deux questions sont liées. En effet, on sait de longue date que les tarifs de ces activités, issus de négociations conventionnelles avec la médecine libérale, couvrent très imparfaitement les frais de soins hospitaliers aux urgences comme en programmé¹. Par ailleurs, l'application du tiers payant en ambulatoire via une facturation directe à l'AMO comme à l'AMC demeure d'une complexité inouïe au regard des enjeux financiers, complexité accrue avec la création fréquente de nouveaux tarifs et forfaits.

A cet égard, les gestionnaires de l'hôpital ont le sentiment que leur organisation n'est pas traitée à l'égal de celle des professionnels de santé de la ville, tant du point de vue de la couverture des charges de fonctionnement des consultations que du point de vue de l'application du tiers payant.

DES QUESTIONS TARIFAIRES RESTENT EN SUSPENS

Dans un rapport de 2012² l'inspection générale des affaires sociales indique que « La tarification des actes et consultations externes réalisés dans les hôpitaux publics repose sur les tarifs pratiqués en ville. ». Elle ajoute que « rien ne garantit que ces tarifs rendent compte des coûts hospitaliers. Il apparaît que cette activité est largement sous rémunérée ». L'inspection recommande d'ailleurs « une affirmation plus forte et plus claire du principe de neutralité tarifaire » en ce domaine.

Il ne faut pas oublier que les médecins libéraux ne sont plus rémunérés par le seul tarif des actes réalisés mais aussi par des majorations (de prise en charge des personnes en ALD, des personnes âgées, ...), ces dernières n'étant pas applicables en secteur hospitalier public à quelques exceptions près.

Une refondation sur la base du paiement à l'acte

Pour ce qui concerne les soins externes programmés, à côté du paiement à l'acte, un financement de la structure pourrait être envisagé sur des bases forfaitaires, à l'instar du financement des maisons de santé pluri-professionnelles ou des centres de santé. Ce financement regrouperait des MIG existantes telles que les consultations mémoire, les consultations de centre de référence, ... Il ferait l'objet d'un suivi sur la base d'indicateurs d'activité, financiers et populationnels. Ces indicateurs pourraient également inciter à des mutualisations de moyens (en secrétariat médical, en infirmiers, ...) et à la dématérialisation des processus de rendez-vous et compte rendus d'examen.

Ou bien, comme le recommandait déjà en 2012 le rapport précité, il s'agirait de créer un supplément aux tarifs de ville pour les actes réalisés dans les hôpitaux publics. Ou bien encore, dans la continuité des réflexions actuelles de la Task Force chargée de proposer de nouveaux modes de financement pour la transformation du système de santé, il pourrait aussi être proposé de mettre en place des forfaits hospitaliers pour financer la

Camille DUMAS

Directeur des affaires
financières

Hospices Civils de Lyon

Olivier WERY

CNEH

(1) Consultations externes hospitalières : la "danseuse" de l'hôpital. *Revue Hospitalière de France*. N° 542. Octobre 2011

(2) *Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*. Inspection générale des affaires sociales. Mars 2012

prise en charge de certaines pathologies chroniques tenant compte de la file active de patients, quel que soit son mode de prise en charge. Cette nouvelle approche aurait le mérite de mettre un terme à l'insécurité juridique actuelle que représente toujours la circulaire frontière. Il serait également mis fin à l'empilement successif de nouvelles prestations facturables créées pour compenser l'insuffisance de rémunération des soins externes à l'hôpital, à l'instar du forfait prestation intermédiaire ou du forfait APE.

Pourquoi pas une nouvelle échelle de tarifs ACE propre aux établissements Ex-DG ?

En dehors de la biologie et de l'imagerie, deux activités finement décrites par la NABM et la CCAM et où le processus de cotation est bien maîtrisé, pourquoi ne pas créer une échelle tarifaire homogène mais simplifiée qui distinguerait par exemple la petite chirurgie des urgences, les consultations programmées complexes ou très complexes, avec coordination, etc. ?

Cette échelle, qui nécessiterait une étude de coût spécifique, remplacerait d'ailleurs une tarification peu lisible pour les hospitaliers ce qui rejoindrait les préoccupations en terme de coût de la collecte et de la facturation des actes.

LA FACTURATION DES SOINS S'AVÈRE TROP COMPLEXE ET COÛTEUSE

Un tiers payant couteux à appliquer

Il suffit de passer en revue les étapes du processus de facturation et de décompter le nombre d'intervenants spécialisés pour se convaincre que le temps et l'énergie consacrés à la constitution d'une facture de soins externes et à son recouvrement sont démesurés. Qu'en sera-t-il lorsque l'activité des urgences sera en FIDES, c'est-à-dire lorsque la permanence des soins avec son cortège de précarités, d'aléas et de contraintes de fonctionnement devra faire l'objet d'une facture individuelle ?

La crainte d'un accroissement important des charges de travail administratif a pesé pour beaucoup dans la décision de reporter la généralisation du tiers payant en ville, malgré un cadre de facturation à l'AMO simplifié et sécurisé : garantie de paiement sur la base des droits de la carte Vitale, système ADRI (équivalent de CDRi).

Sans parler de généraliser le tiers payant AMC : les professionnels libéraux craignent à raison de connaître ce que les hôpitaux et centres de santé constatent tous les jours c'est-à-dire traiter avec de multiples interlocuteurs (mutuelles, assurances, organismes de prévoyance, opérateurs techniques) pour passer convention, recycler de nombreux rejets liés aux droits, consacrer du temps à la lecture de cartes papier peu explicites, ...

Si la question du coût de la facturation des soins se pose avec beaucoup d'acuité pour les soins externes, du point de vue strictement économique compte tenu des montants à facturer, elle n'en demeure pas moins pertinente pour la facturation des hospitalisations.

A titre de repère sur les coûts de facturation hospitaliers, d'après la base d'Angers, le coût du dossier traité par la fonction « accueil et gestion des malades » (il s'agit d'un coût non complet) est évalué en moyenne à un peu plus de 8€ (référentiel 2015). Soit pour un important centre hospitalier qui prend en charge cinquante mille hospitalisations et deux cent cinquante mille consultations un coût total de plus de 2,4M€, soit 0,6% de son budget, dont 98% en frais de personnel.

Si l'on comprend bien l'intérêt pour l'assurance Maladie de mieux connaître l'activité hospitalière à travers les GHM et les actes CCAM, ne pourrait-on pas simplifier la collecte et la transmission des données ainsi que le paiement des tarifs correspondant ? En particulier là où les enjeux financiers sont moindres, c'est-à-dire en soins externes.

Libéraux ou hospitaliers, les préoccupations sur la mise en œuvre du tiers payant se rejoignent

Avec la généralisation du tiers payant à terme dans le secteur des soins de ville, les

modalités de facturation et de paiement des soins sont appelées à converger. Les propositions d'un récent rapport écrit à deux voix par l'AMO et l'AMC, les souhaits des professionnels de santé libéraux font écho à ceux des hospitaliers³:

- le tiers payant doit préserver le temps médical et non médical;
- l'établissement ne doit pas supporter le risque financier lié au tiers payant;
- le paiement de l'établissement de santé doit être rapide (ce qui est déjà le cas en FIDES ACE);
- le suivi des paiements à l'établissement de santé doit être simple;
- l'établissement de santé doit bénéficier d'une assistance facilement accessible et d'un accompagnement dédié;

(3) Rapport conjoint de l'assurance Maladie obligatoire et des complémentaires santé sur les solutions techniques permettant la mise en place du tiers payant généralisé. 19 février 2016.

Le tiers payant par l'hôpital doit être simplifié et sécurisé

Les solutions adoptées par le projet SIMPHONIE pour simplifier et sécuriser le tiers payant portent exclusivement sur le processus, dans le cadre d'un système à la structure complexe inchangée. Il s'agirait de reposer les bases d'un tiers payant à l'hôpital qui concilierait accès aux soins (une valeur chère aux yeux des hospitaliers), simplicité de mise en œuvre et sécurité financière. S'il est grand besoin de rénover le tiers payant par l'hôpital, c'est donc tant en ce qui concerne les modalités de son application, qui nécessitent une redéfinition du calcul de la répartition entre AMO et patient, les garanties qui peuvent y être attachées et la transmission des factures.

Une application du tiers payant simplifiée

Fondamentalement, une transformation en profondeur du principe du ticket modérateur est amenée à voir le jour dans les prochaines années. Si l'arrivée du virage numérique et digital en santé permet d'entrevoir des gains structurels sur la fonction admission-facturation-recouvrement chez les établissements de soins autant que chez le payeur, il ne peut être fait l'économie d'une réflexion plus globale sur la redéfinition et la simplification des règles de partage des frais de santé à l'hôpital entre l'AMO et l'AMC, en plaçant une fois de plus le patient au centre des préoccupations.

Avec la probable montée en charge des prises en charges au parcours et la mort programmée à compter de 2020 du tarif de prestation journalière (TJP), sur la base duquel est calculé le ticket modérateur en hospitalisation, on trouve l'opportunité, pour ne pas dire la nécessité, de refondre les règles de calcul du ticket modérateur, de l'application du forfait journalier et du ticket modérateur forfaitaire.

Pourquoi ne pas envisager un paiement AMO intégral sans rien à la charge du patient lorsqu'il se trouve dans certains parcours ou épisodes de soins ou sur la base de certains critères individuels (tel que l'âge) ou de prise en charge (sur la base du GHM) ?

En hospitalisation, 60 à 70% des assurés pris en charge par l'Assurance maladie sont d'ores et déjà pris en charge avec une exonération de ticket modérateur, pour ALD le plus souvent, pour acte exonérant ou pour invalidité.

Si le principe d'une participation de l'assuré à ses frais de soins à l'hôpital doit demeurer, la révision des critères et des taux de prise en charge, servant à calculer la contribution de l'AMO et le ticket modérateur, constitueront un chantier incontournable pour sortir de la complexité actuelle, fruit de l'histoire de la couverture des soins de santé à l'hôpital. Dans ce cadre, l'introduction d'une forfaitisation du ticket modérateur constitue peut-être une évolution prometteuse.

Vouloir rénover et simplifier la prise en charge financière des soins à l'hôpital s'inscrit pleinement dans le cadre des orientations de la stratégie nationale de transformation du système de santé « Ma Santé 2022 ». Cet objectif ambitieux doit être entrepris en cohérence avec les programmes inscrits dans le plan de transformation selon une approche transversale et non plus en silo ainsi que dans le respect des principes fondamentaux qui gouvernent la prise en charge globale des patients à l'hôpital :

- garantir l'égalité d'accès aux soins et supprimer les renoncements aux soins pour des raisons financières en raison du reste à charge à l'hôpital ;
- rendre le patient acteur de sa prise en charge en simplifiant les parcours patients et en réduisant les délais d'attente du patient à l'hôpital liés aux procédures administratives ;
- offrir de nouveaux services numériques et digitaux aux patients : dossier médical partagé, espace numérique santé, prise en rendez-vous, admission et paiement en ligne.

Une application du tiers payant sécurisée par des garanties de paiement

Tenus de pratiquer le tiers payant et d'assurer la permanence des soins tout en étant à l'équilibre économique, les établissements hospitaliers doivent bénéficier de garanties de paiement de la part des tiers payeurs AMO comme AMC. En effet, les établissements, de plus en plus contraints en terme de trésorerie alors que le système de financement se complexifie, ne doivent plus supporter les risques financiers à court terme comme à plus long terme inhérents à ce service rendu aux assurés pour favoriser leur accès aux soins.

En ce qui concerne le paiement des soins externes par l'AMO, le non-respect du parcours de soin par l'assuré ne doit plus être un motif de rejet, les établissements pouvant être payés intégralement comme c'est actuellement le cas dans le secteur libéral depuis le 1er janvier 2017. Par ailleurs, il s'agirait, également à l'instar de la ville, de faire disparaître les rejets de l'AMO liés à des questions de droits bien que ces droits ne soient pas à jour (ouverture et nature des droits, mutations de régime, ...), sous réserve de la lecture de la carte Vitale ou de la consultation de CDRi. Ces garanties relatives aux droits AMO pourraient être sollicitée de l'AMC, sur la base de la lecture des cartes de « mutuelle » et bientôt la consultation d'annuaires de bénéficiaires. Les rejets AMO et AMC ont de moins en moins de sens désormais avec l'instauration de la Protection Universelle Maladie (PUMA), avec la généralisation des contrats collectifs d'assurance complémentaire santé dans les entreprises⁴ et la généralisation de CDRi.

(4) Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi

Des factures de tiers payant adressées à un tiers payeur unique

Envisagé dans le cadre de la généralisation du tiers payant en ville, un système de payeur unique pourrait être mis en œuvre pour la part des frais de soins. Le principe originel du co-paiement AMO-Patient (assuré par son AMC) demeure mais il n'existe plus qu'un unique flux de facture. Ne s'agissant pas de frais de soins et hors « panier », les prestations de confort pourraient demeurer facturées directement à l'AMC via un flux dédié. Certains représentants de l'AMC ne souhaitent cependant pas un système sans éclatement de flux, craignant de devenir un payeur aveugle, bien qu'existent déjà un système d'entente sur les prises en charge préalables à l'entrée en hospitalisation.

Si la solution est retenue, la question du calcul de la répartition des frais de soins entre AMO et AMC demeure cependant, même en cas de « 100% » notamment en raison du forfait journalier. Ce calcul exige toujours une charge de travail administrative coûteuse pour collecter et vérifier l'information sur les droits.

SSR

La planification des prises en charge, un levier d'efficacité pour les établissements SSR

Dans la perspective de la mise en place de la dotation modulée à l'activité (DMA), il devient urgent pour les structures SSR d'optimiser l'organisation des prises en charge. Cette évolution est un argument de plus en faveur de la création et la professionnalisation d'une fonction de planification coordonnée, si ce n'est centralisée.

10 ans après la mise en place de la T2A dans les établissements MCO, le financement par dotation des structures de soins de suite et de réadaptation (SSR) est à son tour remis en cause. Si le calendrier précis de la montée en charge du nouveau système de tarification limite encore la part de la dotation modulée à l'activité (DMA) à 10% du financement total, il est indispensable pour les établissements concernés de prévenir une baisse potentielle de leurs revenus. Et dès lors, de se pencher sur les prises en charge, tant dans leur volume que leur contenu et l'efficacité de leur organisation.

Au-delà de l'enjeu financier, les structures SSR font en effet face à des problématiques organisationnelles complexes du fait de la multiplicité des professions et équipements engagés auprès des patients : plateau technique de rééducation-réadaptation conséquent, coordination et pluridisciplinarité nécessaires des équipes médicales, soignantes, rééducatives voire des travailleurs sociaux. Il s'agit donc non seulement de prendre en charge davantage de patients mais aussi de répondre à un enjeu de qualité des soins dans le contexte d'une pression plus forte sur les durées de séjour.

STRUCTURER ET PROFESSIONNALISER UNE FONCTION PLANIFICATION EN SSR POUR AMÉLIORER L'ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE ET LA GESTION DES RESSOURCES

Pour de nombreuses structures SSR, la planification des prises en charge est souvent perçue comme une tâche complexe qui mobilise beaucoup de temps et génère des retards. Elle est souvent répartie entre de multiples acteurs, plus ou moins formés à la réaliser, qui y consacrent souvent un temps conséquent. Effectivement, le manque ou absence de structure dédiée à cet effet complique l'accès à une planification de fait éparpillée, et, en cas de dysfonctionnement, peut être à l'origine d'une perte de chances pour le patient, de gaspillage de ressources, humaines et matérielles, voire de risques juridiques pour l'établissement. La professionnalisation et la structuration d'une fonction planification en SSR constitue un levier fondamental de l'amélioration de l'organisation des prises en charge, tant pour les professionnels que pour les patients.

Concrètement, une coordination, voire une centralisation de la planification des prises en charge présente plusieurs intérêts :

- **Amélioration de l'allocation des ressources, diminution du nombre de prises en charge non réalisées et identification des points de tensions** : en acquérant une vision globale des emplois du temps professionnels, de l'utilisation du plateau technique et des équipements de l'établissement, il est plus aisé d'identifier les ressources insuffisamment utilisées et à l'inverse les points de tension ralentissant la fluidité des parcours. Une meilleure visibilité sur l'ensemble des ressources permet également de diminuer le nombre de conflits horaires qui concentrent une partie des crispations du personnel et sont dommageables pour le patient.

Christelle GUIN

Directrice du centre médical
et pédagogique de Varennes-
Jarcy Fondation Santé des
étudiants de France

Camille RENAULT

Consultante GovHe

- **Gain en temps** : en structurant et en professionnalisant la fonction planification, des tâches auparavant dissoutes dans le quotidien des professionnels sont désormais centralisées, ce qui facilite l'organisation de leur journée, leur fait gagner du confort dans la gestion des plannings et représente un gain de temps non négligeable.
- **Fluidification des parcours** : les pertes de temps liées à l'ajustement insuffisamment anticipé des prises en charge sont réduites au bénéfice de DMS raccourcies, ce qui peut se traduire par un gain économique immédiat dans le contexte de la DMA. Pour le patient, le séjour gagne en fluidité ; ses prises en charges sont anticipées et planifiées, il ne subit pas de stress lié à l'organisation.
- **Gain en lisibilité** : l'information devient plus accessible et la gestion des ressources en est facilitée.
- **Gain en visibilité** : la professionnalisation de la fonction planification accompagnée d'outils adaptés de gestion des plannings, facilite la mise en place d'un pilotage de moyen et long terme. Il devient possible de concevoir des tableaux de bord de gestion des ressources assorti d'indicateurs de suivi à la fois du pilotage en temps réel (disponibilité des ressources) et de pilotage stratégique (analyses coût-opportunité de projets d'investissement, etc.).
- **Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins** : les besoins en volume de séances de rééducation, les ajustements nécessaires sont plus facilement identifiables pour le médecin. L'identification d'une fonction planification facilite ainsi la réactivité à toutes les étapes de la prise en charge (évolution des besoins, etc.).
- **Développement de synergies** : conséquence des gains en lisibilité dans l'utilisation des ressources et des prises en charge, l'identification des synergies possibles entre les métiers devient plus aisée. Surtout, la planification, en questionnant les tâches et positionnements de chacun dans les processus organisationnels, constitue un bon levier pour mobiliser les équipes dans une dynamique de changement et de construction collective.

Enfin, il s'agit de définir la planification comme un métier à part entière, avec une liste de tâches et de compétences définies. L'objectif est bien de recentrer chacun sur le cœur de métier pour lequel il a été formé, en particulier pour les fonctions de management intermédiaire, souvent très mobilisées sur des tâches de planification pour lesquelles elles n'ont pas forcément ni l'outil, ni la méthodologie adéquates.

UNE APPROCHE GLOBALE À STRUCTURER EN PLUSIEURS THÉMATIQUES IMBRIQUÉES QUI SUIVENT LE DÉROULEMENT DU PARCOURS PATIENT

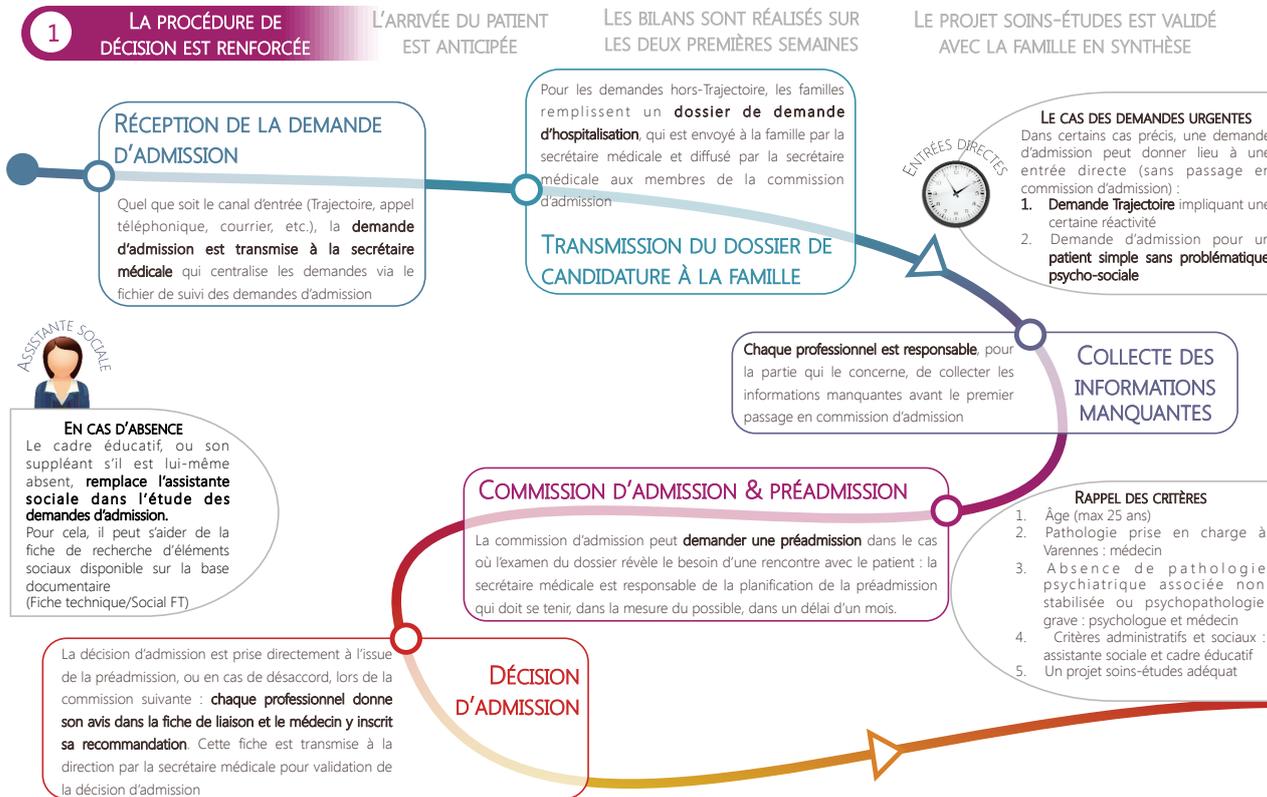
La refonte des processus de planification est un vaste chantier qui peut concerner la quasi-totalité des fonctions d'un établissement de santé et il est parfois complexe de dissocier les sujets. Il peut sembler par exemple opportun de commencer par la planification des actes de rééducation. Mais rapidement, ce sujet viendra s'articuler avec celui du positionnement des soins infirmiers dans la journée du patient. Et à partir de là, les visites médicales. Et une fois ces différentes prises en charge intégrées, viendra s'ajouter la question des réunions professionnelles et du temps de travail individuel. Pour conserver une vision d'ensemble du rôle de chacun, il est donc important de construire, à partir d'une vision globale du sujet, une approche subdivisée en thématiques complémentaires.

Il est possible d'envisager le sujet de la planification en 6 axes qui suivent le parcours du patient dans l'établissement, depuis son admission jusqu'à sa sortie :

L'admission et planification initiale

Dans l'approche que nous proposons, la fonction planification peut intervenir dès la réception des demandes d'admission. Il est effectivement fondamental de définir précisément les schémas organisationnels à ce point de départ, puisque l'ensemble des processus de planification qui suivront le parcours du patient découlent du cadrage initial donné à l'admission du patient dans l'établissement.

ADMISSION DU PATIENT



Extrait d'une synthèse de processus d'admission cible (pour communication interne)

L'objectif de cet axe est donc de définir ou d'optimiser la transmission de l'information entre les différents professionnels impliqués dans la décision d'admission tout en respectant les délais et contraintes et de définir des volumes de prises en charge « standards » par profil de pathologie afin d'initialiser des emplois du temps patient temporaires. Cela dans l'attente des différents bilans qui permettront par la suite de personnaliser la prise en charge du patient en fonction de ses besoins. Ces emplois du temps temporaires sont ainsi le moyen de proposer des soins et activités au patient dès son admission.

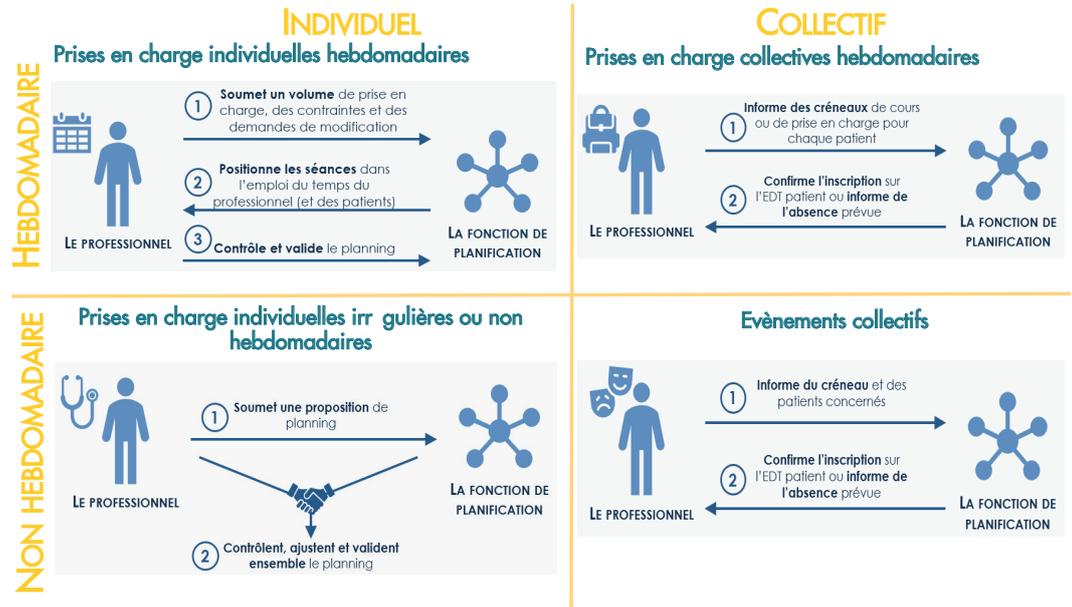
L'ajustement hebdomadaire des plannings

Une fois l'emploi du temps temporaire validé, il est important que la fonction planification soit en mesure d'ajuster d'une semaine à l'autre les volumes et l'articulation des prises en charge du patient en fonction de son évolution. La réactivité et l'anticipation sont deux principes fondamentaux qui guident la réalisation des processus de planification, en particulier à ce stade. À partir d'une identification des différents types de rendez-vous et professionnels impliqués, de leur nature et de leur fréquence, il s'agit de définir les modalités d'intégration dans les emplois du temps (qui choisit le créneau, qui arbitre en cas de conflit horaire, quel délai à respecter pour les modifications, et plus généralement quel arbre décisionnel).

Les relations entre la planification et les professionnels différent selon les prises en charge



- Les différentes modalités de relation avec la planification :



Définition des différents processus de planification selon la typologie de prise en charge

La gestion du « non-programmé »

L'élaboration des processus de création et d'ajustement des plannings couvre environ 80% des évènements prévisibles à intégrer dans les emplois du temps. Il reste toutefois une part d'évènements à anticiper pour limiter la désorganisation qu'ils pourraient avoir sur la planification (défaillance technique d'un équipement, etc.). Il faudra donc identifier le rôle de la fonction planification à l'intérieur de chaque protocole et définir les délais de réaction attendus.

La préparation de la sortie

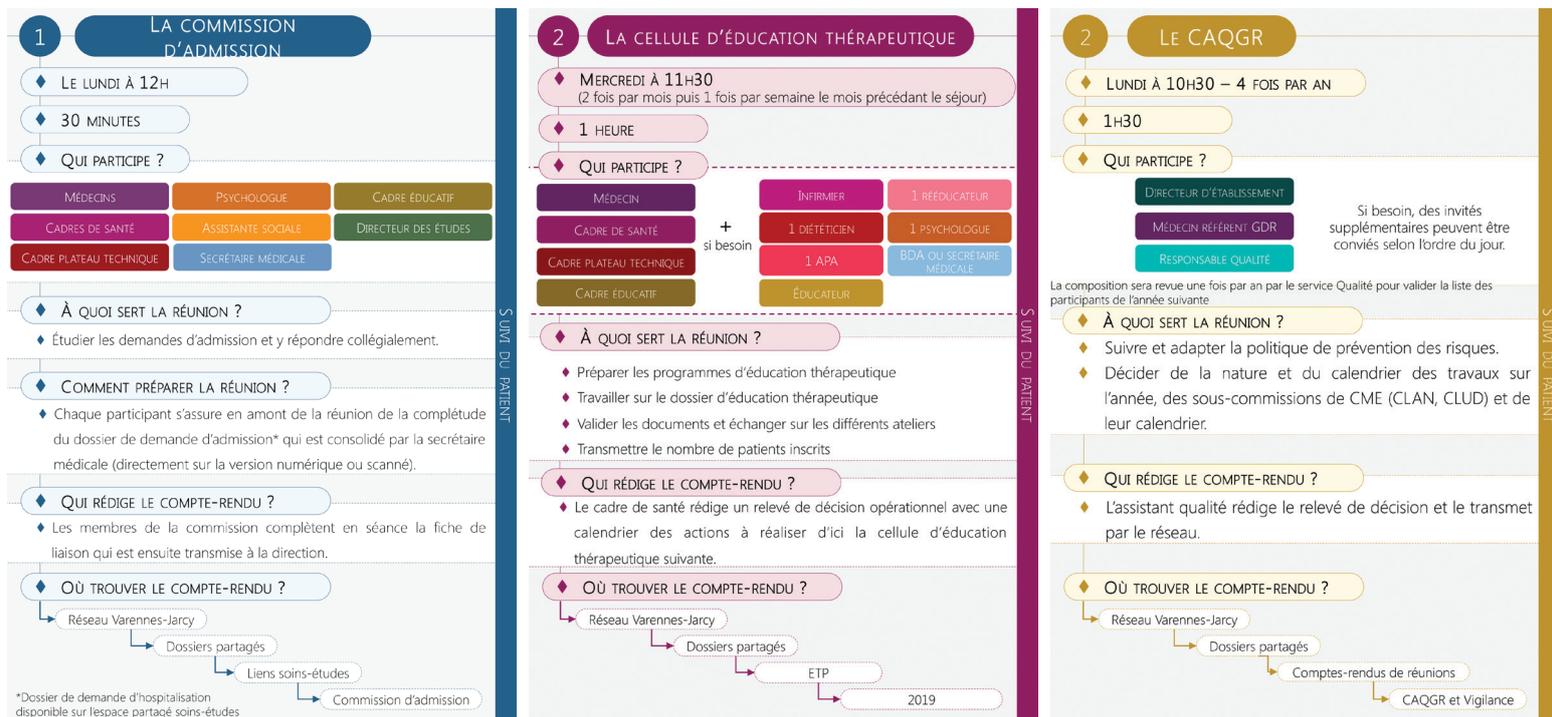
Les professionnels à mobiliser et la nature des prises en charge évolue à mesure de l'avancée du parcours patient et les besoins qui en découlent doivent être pris en compte en amont par la fonction planification.

Il existe souvent un décalage entre l'état de santé du patient et son projet de sortie, lié à la problématique d'acceptation du handicap. Il s'agira donc dans cette partie de formaliser une organisation souple et réactive de préparation de la sortie, rythmée par le suivi médical (qui fixe un objectif initial en début de séjour et l'ajuste ensuite) et des points réguliers à définir avec les autres professionnels (réunions pluridisciplinaires régulières, etc.). Pour les patients complexes, cela peut nécessiter la désignation d'un « référent sortie » qui coordonnera les différentes démarches à entreprendre d'un point de vue médical, social, etc.

L'intégration des temps hors prise en charge directe

Pour que la fonction planification réponde pleinement aux attentes des autres professionnels, elle doit pouvoir intégrer les temps hors prise-en-charge dont ont besoin les professionnels. Il s'agit de temps de travail individuels et collectifs. Pour les temps collectifs, ce travail sur la planification ne saurait être complet sans une optimisation des temps passés en réunion. Ce constat se traduit par la nécessité d'un état des lieux du nombre de réunions réalisées au sein de la structure, de leur composition, de leur durée, de leur fréquence, de leur objet. Cet état des lieux permet ensuite de définir une cible pour chaque réunion et déterminer celles

pouvant être positionnées sur des créneaux fixes limitant ainsi la désorganisation que ces réunions peuvent avoir par rapport aux prises en charge des patients. Ce type de travaux a permis de diviser par 2 le temps alloué par les professionnels aux instances réglementaires.



Extrait d'un livret décrivant pour chaque réunion de la structure, l'organisation cible

Suivi et pilotage des ressources et des activités

Fil conducteur de l'exercice, les données concernant la gestion des ressources et de l'activité sont nécessairement centralisées pour permettre le travail de planification. Ces données et les indicateurs qui en découlent ont une double vocation. D'une part, ils servent d'outil de pilotage en temps réel de l'activité (par exemple, la disponibilité des ressources est un critère pour décider de l'admission de nouveaux patients). D'autre part, ces données et indicateurs permettent de mettre en regard les besoins en ressource humaines et matérielles et les différents types de prises en charge fournissant les clés à un niveau plus macroscopique fournissant les moyens d'améliorer l'efficacité des organisations (grâce par exemple à l'observation du taux de patients inoccupés heure par heure).

S'APPUYER SUR CES AXES POUR CRÉER LA CELLULE PLANIFICATION

Cette réflexion sur la nature des tâches incombant à une fonction planification et la définition des différents processus afférents permet de dessiner dans un second temps une cellule planification plus ou moins centralisée de par le nombre d'acteurs impliqués et son périmètre d'intervention.

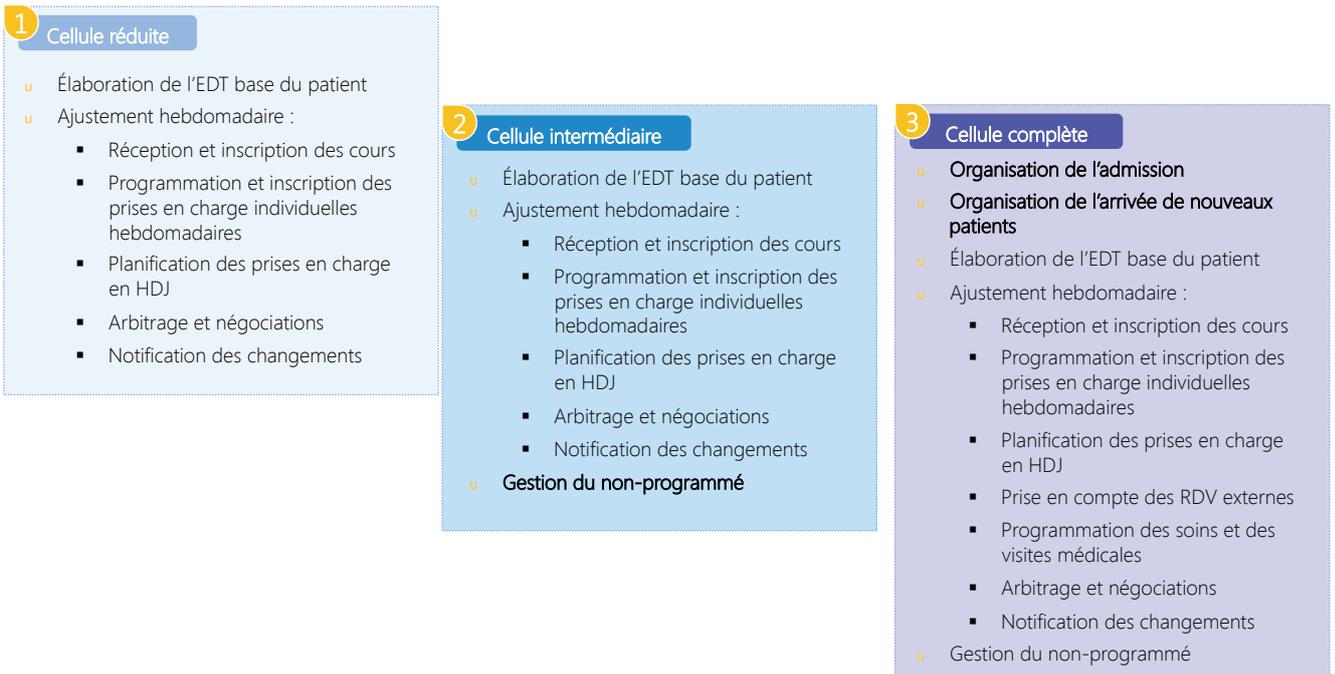
Cette cellule a 5 missions :

- **Une mission de connaissance** : maîtrise de l'organisation fonctionnelle des métiers. La cellule planification connaît les besoins des différents professionnels en fonction des types de prises en charge et sait les anticiper.
- **Une mission d'information, de partage et de diffusion** : diffusion des plannings aux patients aux professionnels et aux familles. L'entité en a la responsabilité et se positionne comme référence sur le sujet et constitue le point de départ de la transmission de l'information, y compris en cas de gestion des imprévus.

- **Une mission de positionnement** : gestion logistique des plannings. La cellule planification a la charge de la bonne répartition des prises en charge. Elle s'assure que chaque patient ait toutes les prises en charge prévues dans le projet thérapeutique et propose des combinaisons qui limitent au maximum les arbitrages à réaliser et donc les pertes de chance pour le patient.
- **Une mission de centralisation** : point central dépositaire de l'information vérifiée, la cellule planification est la seule à avoir une vision exhaustive des plannings et à pouvoir les modifier.
- **Une mission de médiation** : identification des arbitrages à réaliser, notamment en cas de conflit horaire. Elle est responsable du respect de l'arbre décisionnel, c'est -à-dire qu'elle sait identifier les conflits de prise en charge qui doivent être remontés au médecin pour arbitrage.

À partir de ces missions, les 6 axes décrits plus hauts permettent de préciser les tâches structurantes qui incomberont à cette cellule dans le processus d'admission (planification de l'accueil, de l'emploi du temps temporaire), l'ajustement hebdomadaire des plannings, la gestion du non-programmé (replanification des rendez-vous suite à l'absence imprévue d'un professionnel, une défaillance technique, etc.). De ces tâches pourront être déduites le dimensionnement adéquat de la fonction planification (nombre d'ETP, centralisation ou répartition des tâches, etc.).

Plusieurs dimensionnements, correspondant à trois degrés de centralisation sont envisageables :



Une notion clé : la mise en place d'un logiciel de planification adapte et interface avec le DPI

La mise en place d'un logiciel de planification ergonomique, flexible et souple dans son utilisation est un outil indispensable au bon fonctionnement de la cellule. Il doit être adapté aux spécificités du SSR (répétition automatique des prises en charge d'une semaine sur l'autre, prise en compte des ressources limitées en équipements de plateau technique, etc.).

Il sera utilement interfacé avec le dossier patient informatisé (DPI) afin de faciliter l'accessibilité de l'information sur les besoins de prise en charge. Cet interfaçage permet de simplifier les canaux d'information en consolidant dans un dossier patient unique l'ensemble des besoins et des modalités de prise en charge.

LES CLÉS DU SUCCÈS DE LA DÉMARCHE : LA CO-CONSTRUCTION, L'IMPLICATION DE LA DIRECTION CRÉENT UNE DYNAMIQUE COLLECTIVE D'APPROFONDISSEMENT DU TRAVAIL PLURIDISCIPLINAIRE

- **Construire collectivement les processus de planification** : ces processus, pour être effectivement appliqués, doivent être appréhendés et compris par les professionnels qui les appliqueront. C'est pourquoi il est indispensable de réaliser des ateliers de travail au cours desquels les équipes complètent les propositions de logigrammes et identifient à partir des difficultés qu'ils rencontrent dans leur quotidien, les écueils à éviter.
- **Mobiliser grâce à une équipe de direction fortement impliquée dans le changement** : La réussite de ce type de projet, de par l'ampleur qu'il peut avoir, est étroitement corrélée au niveau d'implication des équipes de direction. La mise en place des processus qui en découlent conduit à remettre en cause des habitudes anciennes et souvent difficiles à perdre. L'effort pédagogique à mener auprès des équipes ne doit donc pas être négligé et la mobilisation de l'ensemble des professionnels sera d'autant plus facilitée que l'équipe de direction est partie prenante du changement.

La refonte et la centralisation des processus de planification, au-delà des nombreux objectifs décrits dans cet article, a l'intérêt de mettre en évidence assez rapidement les écueils d'une structure dans l'allocation des ressources et le contenu de ses prises en charge. Il est par exemple possible que la centralisation des rendez-vous patients mette en évidence l'inadéquation des horaires des professionnels avec les activités et conduise à réviser les roulements. La fonction planification peut rencontrer des difficultés à initialiser les premiers emplois du temps patient du fait de projets thérapeutiques aux objectifs imprécis ou de parcours patients insuffisamment définis. Ainsi, la professionnalisation de la fonction de planification, en questionnant les pratiques et les modes de travail de chacun, crée une dynamique positive et constitue un levier concret de remise en cause des pratiques amorçant ainsi un vertueux d'approfondissement du travail en pluridisciplinarité.

Propositions pour un nouveau managérial de la comptabilité analytique hospitalière

L'objet de cet article est de susciter un débat sur la CAH, alors que l'analyse médico-économique et la pertinence des changements induits par les modèles économiques dans le système de soins subissent lassitude et remise en cause. Cinq propositions sont formulées de manière volontairement tranchée - et enthousiaste - en espérant avant tout susciter une nouvelle impulsion.

Frédéric GJOSTEEN

Le développement de la comptabilité analytique dans le champ hospitalier (CAH) connaît peu d'équivalents dans les autres pans de l'action publique. Ses racines historiques sont profondes, sans doute inspirées de la volonté de transposer à l'enjeu économique la notion d'«evidence-based » inhérente à la pratique médicale.

La CAH a néanmoins besoin d'une relance. Vingt années ont été consacrées au calcul de coûts des séjours hospitaliers MCO affinés en fonction des cas cliniques, avec succès, au prix néanmoins d'un amalgame entre la CAH et l'échelle nationale de coûts (ENC) et d'un décalage désormais important avec les enjeux stratégiques du secteur hospitalier. Le présent article s'efforce de proposer 5 axes de relance méthodologiques et transverses aux différents champs d'activité, en illustrant les écueils actuels.

PRENONS LE VIRAGE AMBULATOIRE

Le cadre analytique est tout entier structuré autour de la notion de nuitée d'hospitalisation pour des raisons historiques. Pourtant, rares sont les activités cliniques dans lesquelles c'est le « lit » qui justifie l'activité hospitalière. En chirurgie, en radiologie, en obstétrique, en néphrologie, aux urgences c'est le plateau technique qui explique la présence du patient dans l'hôpital, avec une lourdeur d'intervention qui supposera tantôt une nuitée, tantôt un box.

D'ailleurs la notion d'« hospitalisation de jour » n'a de sens que pour les initiés du secteur ; comment expliquer à un usager que c'est le niveau de médicalisation, et parfois le niveau d'anesthésie, qui trace un tel fossé entre activité externe et séjours ?

La journée fonctionne comme une œillère, concentrant les imputations primaires ou déversements de coûts, reléguant l'activité externe au rang d'activité « structurellement non rentable » alors que c'est cette activité qui concentre la relation avec la patientèle.

Expérimentons le renversement des imputations : l'hébergement et l'accueil de jour en fonctions support d'activités de diagnostic et d'intervention, avec différents paliers de surveillance médicale.

OUTILLONS LE MANAGEMENT MÉDICAL

Seules quelques spécialités affectent la totalité de leur temps à une seule section d'analyse. Pour la majorité des cliniciens, le temps médical est à répartir entre visites, consultations, actes techniques, gardes/astreintes et puis management, enseignement, recherche. Pourtant bien souvent, l'imputation primaire vise uniquement l'UF d'hébergement, charge aux chefs de service et aux contrôleurs de gestion d'inventer leurs clés de répartition pour affecter du temps médical au plateau technique et aux consultations.

Cette information est pourtant précieuse pour mieux comprendre comment le temps médical s'organise dans l'hôpital. Des comparaisons entre spécialités et entre établissements seraient précieuses.

Une évolution des règles d'imputation primaire du temps médical permettrait de retracer ces arbitrages sur les priorités du temps médical senior et interne ; puis, par parangonnage, d'apporter un éclairage à chaque chef de service sur des niveaux d'activité de référence qu'il peut raisonnablement programmer.

RENOUONS AVEC LES ENJEUX FONDAMENTAUX DU MANAGEMENT PARAMÉDICAL

Le cadre analytique répond peu aux enjeux des cadres de santé : qu'importe le binôme IDE/AS pour 15 lits, leur préoccupation quotidienne consiste à suppléer les absences. Constatons l'ampleur de l'absentéisme : 8% dans la FPH avec une durée moyenne de 30 jours (hors absences formation). Le cadre de santé sait qu'à tout moment de l'année, son équipe de 20 professionnels compte 3 à 4 absents, avant prise en compte des formations et des repos ; soit au moins 1 intervenant à suppléer chaque jour, plus ou moins anticipable.

Pourtant cette information ne ressort pas dans le cadre analytique, qui au mieux constate des ratios d'effectif qui enflent.

Le contrôle de gestion peut investir les données RH pour refléter les stratégies de suppléance : objectiver les moyens de remplacement (notamment les pools), distinguer les heures supplémentaires. Des principes nationaux harmonisés seraient opportuns pour permettre la comparaison entre structures : isoler d'une part la maquette théorique et la parangonner, d'autre part la « déformation » entraînée par les conditions de travail.

Et pourquoi pas aller au-delà : modélisons autrement l'incidence des mi-temps thérapeutiques et les absences formation afin d'en révéler le coût ; fournissons aux cadres soignants un outil à leur disposition pour se comparer et progresser, en distinguant les catégories professionnelles ; mettons en valeur les variantes en termes d'interface soignants-logistique par un arbre analytique adapté.

OBJECTIVONS LES COOPÉRATIONS

Une illustration pour commencer : il n'est pas normal que les biologistes hospitaliers se comparent au tarif réglementaire du « B » (0,27€) si le coût estimé en interne ne tient pas compte des coûts des fonctions support, de l'immobilier et de l'informatique. La base d'Angers reste un outil apprécié des hospitaliers pour apprécier l'efficacité de leurs fonctions logistiques et médico-techniques, mais les principes de déversement de coûts doivent être révisés : au laboratoire comme à la blanchisserie ou dans les services d'hospitalisation, les locaux sont entretenus, le personnel est recruté, etc. Cela représente au bas mot 25% de coût supplémentaire.

Par ailleurs, la démultiplication des transports inter-établissements de santé mériterait un cadre analytique adapté sous peine que les œillères favorisent un fonctionnement en silos.

EVITONS L'AMALGAME ENTRE MODÈLE ÉCONOMIQUE ET MODÈLE DE COÛTS

Citons un paradoxe : la sophistication actuelle des CREA encourage un repli individualiste des établissements de santé sur la manière d'exploiter les différentiels de « marge » entre activités alors même que l'élan collectif qui l'a construite visait à promouvoir une équité de traitement entre équipes hospitalières.

Puis un deuxième paradoxe, une autre œillère dans nos réflexions : dans le cadre financier actuel, l'investissement en équipement biomédical et immobilier reste péjorativement affublé d'une obligation de « dégagement de marge », alors que le budget de formation continue est (légitimement) sanctuarisé par des cotisations ; pourtant les deux engagent pareillement l'avenir...

Conclusion

Aucun modèle économique n'est applicable à tous les contextes. Le mode de financement adapté est celui qui impulsera au mieux des changements de priorités conformes aux attentes, en contenant les dérives comme les effets d'aubaine. Cela suppose de connaître les « charnières » qui induisent le plus fortement les pratiques. On trouve ici la limite entre modèle de coûts et modèle économique : c'est au premier qu'il revient d'analyser et trouver les inducteurs, au second qu'il revient de déterminer comment s'en saisir.

Recentrons la CAH sur l'analyse de la formation des coûts, affranchissons-là des modes de rémunération : renouons avec les choix opérationnels faits par les managers de proximité et notre capacité à expliquer les incidences économiques de leurs choix.

Tout savoir sur la délégation polaire en 60 fiches pratiques

Sous la coordination de **Jean GUICHETEAU**
Dr Antoine LEMAIRE, Agnès LYDA-TRUFFIER, Anne-Claude GRITTON

Sortie en janvier 2019



BON DE COMMANDE - A retourner à Infodium, 69, avenue des Ternes 75017 Paris ou par télécopie au 01 70 24 82 60

	HT	TTC
<input type="checkbox"/> OUI , Je commande exemplaire(s) du livre « <i>Délégation polaire</i> , Comment dynamiser la gestion de l'hôpital en 60 fiches pratiques », 300 pages. (ISBN 978-2-9559203-3-6) TVA : 5,5 %	61,61	65,00
Participation forfaitaire aux frais de port (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC). TVA : 20 %	5,00	6,00
Total		

Mme, Mlle, M.
 Nom : Prénom :
 Établissement :
 Fonction :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Téléphone : Fax :
 E-mail :

Je règle par :

Chèque bancaire ou postal à l'ordre d'INFODIUM. Je recevrai une facture justificative.
 A réception de facture (avec RIB)

Cachet / Signature



69, avenue des Ternes 75017 Paris
 Tél. : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60
 courriel : infodium@infodium.fr

M21

L'instruction M21 au 1er janvier 2019

Un arrêté met à jour l'instruction M21 au 1er janvier 2019. La mise à jour modifie le tome 1 et ses annexes 1, 2 et 3, ainsi que le tome 2.

LES MODIFICATIONS DU TOME 1

Les modalités de calcul relatif au compte 153 – *Provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte-épargne temps (CET)* sont désormais définies de la même façon pour les agents titulaires et non titulaires de la fonction publique hospitalière ainsi que pour les personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements publics de santé. La provision correspond au nombre de jours constatés dans le compte épargne-temps et valorisés sur une base individuelle, en retenant le coût moyen journalier de chaque agent concerné ou sur une base statistique, en retenant le coût moyen journalier par catégorie d'agents. Dans sa rédaction antérieure, la provision correspond au nombre de jours constatés dans le compte épargne-temps, valorisés en fonction d'un montant forfaitaire par catégorie statutaire dans laquelle est classé l'agent concerné, majoré des cotisations patronales en vigueur.

Deux précisions sont apportées sur le dispositif applicable aux emprunts obligataires *in fine* :

- Il est facultatif et est ouvert aux seuls établissements ayant déjà comptabilisé des opérations au compte 1632. Toutefois, en vertu du principe comptable de permanence des méthodes, un traitement identique doit s'appliquer à l'ensemble des emprunts remboursables *in fine* ;
- Les établissements ayant recours à des emprunts obligataires remboursables *in fine* et dont le ratio d'indépendance financière défini à l'article D. 6145-70 du code de la santé publique excède 50 % doivent par ailleurs décrire dans l'annexe au compte financier l'impact qu'aurait sur les remboursements d'emprunt et le fonds de roulement un amortissement annuel *in fine*.

L'annexe 2 du présent arrêté remplace la fiche d'écriture n°39 intitulée "*Opérations sur capital non échu des emprunts obligataires remboursables in fine*", telle qu'elle est annexée à l'annexe 3 du tome I de l'instruction M21.

Un complément est apporté au commentaire du compte 204 "*Contribution aux investissements communs des GHT* " : dans l'encadré « *Technique budgétaire et comptable* », après les mots « *3/ Amortissement de l'immobilisation et de la subvention reçue* » sont insérés les mots « *(à comptabiliser dans le CRPA G)* . »

L'annexe 3 du présent arrêté remplace la fiche d'écriture n°46 intitulée "*Comptabilisation des immobilisations acquises dans le cadre d'un groupement hospitalier de territoire*", telle qu'elle est annexée à l'annexe 3 du tome I de l'instruction M21.

L'utilisation du compte 26 "*Participation et créances rattachées à des participations*" est supprimée lorsqu'il s'agit de prendre des participations dans le capital des sociétés d'économies mixtes locales (SEML) lorsqu'elles sont matérialisées par des titres. En conséquence, le compte 2615 « *Titres de participation aux sociétés d'économie mixte (SEM)* » est supprimé.

Le commentaire du compte 419173 « *Caution des hébergés* » est modifié : désormais, Cette caution ne peut excéder le montant du tarif mensuel d'hébergement qui reste effectivement à la charge de la personne hébergée. Auparavant, le montant était égal à deux fois le tarif mensuel d'hébergement qui reste effectivement à la charge de la personne hébergée.

Jean-Bernard MATTRET

(1) Arrêté du 29 novembre 2018 modifiant l'arrêté du 16 juin 2014 relatif à l'instruction budgétaire et comptable M. 21 des établissements publics de santé NOR : SSAH1832748A

Le commentaire du compte 442 "Etat – Impôts et taxes recouvrables sur des tiers" est remplacé par le commentaire figurant en annexe 1 du présent arrêté. Ce dernier prend en considération les conséquences comptables attachées à la création du prélèvement à la source.

Des modifications terminologiques sont apportées au compte 4632 « Fonds reçus ou déposés – Usagers ». Au quatrième et au dix-neuvième alinéas, les mots « fonds trouvés sur les malades mentaux » sont remplacés par les mots « fonds trouvés sur les personnes hospitalisées en service psychiatrique ».

En commentaire du compte 73 "Produits de l'activité hospitalière", la partie intitulée « Pour le CRPP : produits de l'activité hospitalière » est modifiée pour ajouter un trente-deuxième alinéa selon lequel le compte 7313 enregistre les participations au titre des détenus. En conséquence, le quarante-neuvième alinéa est supprimé.

L'article 2 de l'arrêté met à jour, en conséquence des commentaires précédents, les nomenclatures comptables qui figurent en annexe 1 du tome 1 de l'instruction M21.

LES MODIFICATIONS DU TOME 2

Dans l'hypothèse où le juge des comptes confirme une décision rejetant l'admission en non-valeur, si le comptable est mis en débet, dès réception de l'arrêt et au vu du titre de recettes émis par l'ordonnateur, il crédite le compte 7718 « Autres produits exceptionnels sur opérations de gestion » par le débit du compte 429 « Déficit et débet des comptables et régisseurs ». Auparavant, le comptable devait créditer les comptes où figurent les restes à recouvrer par le débit du compte 429 « Déficit et débet des régisseurs ».

EPRD : Maîtriser la gestion des EHPAD et autres ESSMS

- Approche budgétaire et comptable
- EPRD applicable au 1^{er} janvier 2017

Par Jacques GROLIER - Préface de Jean-Patrick LAJONCHERE

NOUVEAU



BON DE COMMANDE - A retourner à Infodivium, 69, avenue des Ternes 75017 Paris ou par télécopie au 01 70 24 82 60

	HT	TTC
<input type="checkbox"/> OUI , Je commande exemplaire(s) du livre « EPRD : Maîtriser la gestion des EHPAD et autres ESSMS » par Jacques Grolier, 370 pages (ISBN 978-2-9559203-0-5) TVA : 5,5 %	61,61	65,00
Participation forfaitaire aux frais de port (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC). TVA : 20 %	5,00	6,00
Total		

Mme, Mlle, M.
 Nom : Prénom :
 Établissement :
 Fonction :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Téléphone : Fax :
 E-mail :

Je règle par :

Chèque bancaire ou postal à l'ordre d'INFODIVUM. Je recevrai une facture justificative.

A réception de facture (avec RIB)

Cachet / Signature

ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE

Le GIP blanchisserie et les prestations délivrées à des tiers au groupement

Un GIP personne morale de droit public peut-il facturer des prestations à des tiers au groupement sans porter atteinte au principe de liberté du commerce et de l'industrie ? La Cour Administrative d'Appel de Marseille vient répondre à cette question et apporte des précisions sur le cadre juridique de cette intervention sur un marché concurrentiel

CAA de MARSEILLE, 2ème chambre - formation à 3, 18/10/2018, 16MA03605

UN CADRE LÉGAL ET JURISPRUDENTIEL PARTICULIÈREMENT FOURNIT

Il y a un peu plus de cent ans, le Conseil d'Etat jugeait que les conseils municipaux ne pouvaient ériger des sociétés publiques pour intervenir sur un secteur commercial qu'en raison de circonstances particulières de temps ou de lieu d'une part, et si un intérêt public justifiait une telle intervention sur ce secteur, d'autre part.¹

Entre les lignes, il convenait de lire le caractère exceptionnel d'une telle intervention par une personne morale de droit public et exclusivement en cas de carence de l'initiative privée sur ce secteur commercial.

Depuis ces deux décisions, la jurisprudence n'a eu de cesse d'évoluer vers une participation plus importante des personnes morales de droit public en tant qu'opérateur économique.

Dans le cadre des marchés publics tout d'abord, le Conseil d'Etat a progressivement permis à certaines personnes publiques de légitimer leur intervention sous réserve de respecter les principes de liberté du commerce et de l'industrie et le principe de spécialité.

En vertu de ce dernier principe, les personnes publiques ne peuvent agir sur un marché concurrentiel que dans les domaines immédiatement connexes aux missions qui leurs sont imparties et sous réserve que cette intervention soit conforme à l'intérêt général et utile à l'accomplissement de ces missions². Cet arrêt permet de discerner les contours de la décision de la Cour d'Appel de MARSEILLE qui fait l'objet du présent commentaire.

L'intervention des personnes publiques sur le champ concurrentiel n'en est pas moins encadrée et doit se faire sur un marché où il existe une carence de l'initiative privée³. Cette carence de l'initiative permet ainsi de justifier de l'existence d'un intérêt public à intervenir sur le marché en cause. Aux circonstances exceptionnelles de temps et de lieu de l'intervention vient se substituer la notion d'intérêt public.

Or, ce critère de l'intérêt public va être apprécié de manière assez large par le juge administratif permettant ainsi une intervention accrue des personnes publiques sur les secteurs concurrentiels.

C'est également sous l'angle de la commande publique que cette question de l'intervention sur un secteur concurrentiel s'est posée.

Sous les réserves précédemment évoquées de respect du principe de spécialisation et d'intérêt public, le Conseil d'Etat a admis la candidature de personnes publiques, et il est notamment venu préciser les modalités de cette participation.

Mathieu GAUTIER
Avocat
VATIER

(1) Conseil d'Etat, 29 mars 1901, Casanova, Lebon 333 ; GAJA, 17e éd., n° 8 ; Conseil d'Etat sect. 30 mai 1930, Lebon 583 ; GAJA, 17e éd., n° 43

(2) Conseil d'Etat, Assemblée Générale, 22 mars 1994, n°355089

(3) Conseil d'Etat, Assemblée, 31/05/2006, 275531

(4) Conseil d'État, Assemblée,
30/12/2014, 35556

Ainsi, dans sa décision Société Armor SNC, le Conseil d'Etat indique que cette mission peut s'exécuter « *dans le but notamment d'amortir des équipements, de valoriser les moyens dont dispose le service ou d'assurer son équilibre financier, et sous réserve qu'elle ne compromette pas l'exercice de cette mission* »⁴.

Cette précision est particulièrement importante car elle permet de donner un cadre juridique à l'intervention des personnes publiques sur un marché concurrentiel. Si la candidature d'une personne publique à un appel d'offre lancé par un autre acheteur public peut en effet surprendre, cela constitue cependant une véritable opportunité de rentabiliser les investissements parfois très lourds qui sont réalisés.

En résumé, les critères suivants sont donc posés par la jurisprudence pour rechercher si l'intervention d'une personne publique sur un marché concurrentiel est légitime :

- L'intervention s'opère dans un but d'intérêt public qui peut notamment tenir à la carence de l'offre privée, à l'amortissement des équipements ou à la valorisation des moyens dont dispose le service ;
- L'intervention constitue le prolongement d'une mission de service public et ne compromet pas l'exercice de cette mission ;
- Elle respecte les principes de libre concurrence et de liberté du commerce et de l'industrie ce qui peut notamment imposer, dans le cadre des marchés publics, de proposer un prix qui prenne en compte l'ensemble des coûts directs et indirects ;

Ces éléments doivent donc être examinés en amont par toute personne publique pour déterminer si une intervention sur un secteur concurrentiel ou une candidature à un marché public est possible.

L'ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE PRISE EN CHARGE PAR LE GIP

Ce cadre légale et jurisprudentiel s'applique notamment aux GIP en tant que personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière.

L'article 98 de la LOI n°2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit précise que les membres qu'ils soient publics ou privés « y exercent ensemble des activités d'intérêt général à but non lucratif, en mettant en commun les moyens nécessaires à leur exercice ».

Ainsi, l'objet du GIP est de permettre à ses membres de coopérer et de mettre en commun les moyens dont ils disposent. Il n'est ainsi pas prévu dans ces dispositions que le GIP puisse fournir des prestations en dehors de ses membres.

C'est sur cette question que l'arrêt de la Cour administrative d'appel de Marseille donne un éclairage.

Dans cette affaire, le Centre Hospitalier de Martigues, membre d'un groupement d'intérêt public (GIP), avait mis en commun son service de blanchisserie avec la commune de Martigues et la maison de retraite publique locale, eux aussi membres du GIP. Cette mise en commun des moyens permettait à l'ensemble des membres de profiter de ce service.

Toutefois, le GIP ne réservait pas le bénéfice de ce service de blanchisserie à ses membres.

L'objet de la convention constitutive du GIP précisait qu'il pouvait réaliser ces prestations pour toutes « *personnes morales de droit public ou de droit privé de l'ouest de l'Etang de Berre désirant confier au groupement le traitement de leur linge* ».

Ainsi, le GIP prévoyait la réalisation de prestation au-delà des membres du groupement pour des personnes morales de droit public ou de droit privé.

Le groupement des entreprises industrielles de services textiles (GEIST) n'a que modérément apprécié cette concurrence et a demandé au préfet d'annuler l'arrêté approuvant la convention constitutive du GIP. Cette demande ayant été rejetée, le juge administratif a été saisi d'une demande en annulation de ce refus.

La Cour administrative d'appel va apporter une réponse pour le moins intéressante aux arguments avancés par le GEIST.

Il vérifie tout d'abord que les prestations de blanchisserie constituent bien le prolongement de la mission de service public assurée par un établissement public de santé. La Cour cite notamment l'article L.6145-7 du Code de la santé publique qui précise que les établissements publics de santé peuvent, à titre subsidiaire, assurer des prestations de service. Cet article est complété par le volet réglementaire qui précise que ces prestations de service doivent être réalisées dans la limite des moyens humains et matériels indispensables à la réalisation des missions de soins, de diagnostics et d'hébergement assurés par les établissements publics de santé.

En tant qu'activité subsidiaire, il est en effet logique que les établissements publics de santé soient contraints de délivrer ces prestations dans la stricte limite de leurs activités et missions.

Sur ce point la Cour administrative d'appel constate que *« L'activité annexe de blanchisserie constitue le complément normal de l'activité principale de délivrance de soins avec hébergement exercée par les établissements de santé, qui revêt un caractère d'intérêt général et d'utilité pour l'établissement public »*.

Le caractère indispensable de cette activité accessoire, annexée à la mission de soins et d'hébergement des établissements publics de santé, n'est ici pas discutable. Ainsi, la cour considère que cette activité, même lorsqu'elle est exercée dans le cadre d'un GIP, constitue le prolongement de la mission de service public des établissements publics de santé sans y porter atteinte.

Une fois ce critère de prolongement des missions rempli, la Cour s'attache à vérifier que l'activité en cause s'opère dans un but d'intérêt public.

En l'espèce, la Cour juge que *« La prise en charge d'une telle activité économique au profit de tiers au groupement nécessite de justifier d'un intérêt public, lequel réside en l'espèce en la recherche de l'équilibre financier de la structure par une utilisation optimale des équipements communs »*.

La Cour considère ainsi que la vente de prestations de service en dehors des membres du GIP peut être justifiée par la recherche d'un équilibre financier de la structure et une utilisation optimale des équipements communs.

Malheureusement, la Cour n'indique pas précisément les éléments qui lui ont permis de considérer que les prestations du GIP ne portaient pas atteinte au principe de liberté du commerce et de l'industrie. Il aurait en effet été intéressant de pouvoir examiner les conditions dans lesquelles s'opère cette recherche de l'équilibre financier de la structure et de l'utilisation optimale des équipements communs.

Nombreux sont en effet les établissements publics de santé qui sont à la recherche d'un équilibre financier. Or, ce critère de l'équilibre financier doit-il s'analyser sur l'ensemble de la structure ou uniquement sur le service en cause, ici les prestations de blanchisserie ? D'autant plus que la structure en cause ici n'est pas un établissement public de santé mais bien un GIP. On regrettera que la Cour n'apporte pas plus de précisions sur cette question et tranche de manière assez laconique sur ce point.

On peut également s'interroger de la conclusion rapide de la Cour sur la légalité des prestations réalisées pour des membres extérieurs au GIP. Elle affirme ainsi que :

« Un GIP, personne morale de droit public, peut légalement prendre en charge une activité économique sans méconnaître la liberté du commerce et de l'industrie et le droit de la concurrence dès lors que la création d'un GIP destiné à exercer de telles activités est prévue par les dispositions de la loi et répond à un intérêt public ».

Or, les dispositions législatives encadrant le GIP n'évoquent pas cette possibilité de délivrer des prestations à des tiers au groupement et prévoient uniquement la mise en commun des moyens nécessaires à leur exercice et pour des activités d'intérêt général à but non lucratif.

Pour la Cour, le fait de vendre des prestations de blanchisserie à des tiers au groupement n'est pas contraire à ces principes dès lors que le GIP peut prendre en charge une activité économique.

Cette conclusion apparaît hâtive au regard des dispositions légales précitées. L'article 113 de la LOI n°2011-525 du 17 mai 2011 précise bien cependant que les ressources des groupements sont composées des « produits des biens propres ou mis à leur disposition, la rémunération des prestations et les produits de la propriété intellectuelle ; ».

Cela pose dès lors la question du caractère lucratif de cette activité portée par le GIP qui n'est plus exclusivement réservée à ses membres et ne constitue pas une mise en commun des moyens.

La Cour a certainement profité de la présence du Centre Hospitalier, établissement public de santé autorisé par des dispositions spécifiques du Code de la santé publique à fournir des prestations accessoires à son activité, pour justifier de la légalité des prestations fournies par le GIP.

Mais il semble toutefois audacieux, si ce n'est risqué, de considérer que tout GIP pourra porter une activité et facturer des prestations à des tiers pour assurer la recherche d'un équilibre financier tel que semble l'indiquer la Cour Administrative d'Appel de Marseille dans cet arrêt.

Fiabilisation et certification des comptes à l'hôpital

Manuel pratique

Par Karim AMRI - Préface d'Edouard COUTY



 **BON DE COMMANDE** - A retourner à Infodium, 69, avenue des Ternes 75017 Paris ou par télécopie au 01 70 24 82 60

	HT	TTC
<input type="checkbox"/> OUI , Je commande exemplaire(s) du livre « <i>Fiabilisation et certification des comptes à l'hôpital</i> » par Karim Amri, 200 pages. (ISBN 978-2-9559203-1-2) TVA : 5,5 %	61,61	65,00
Participation forfaitaire aux frais de port (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC). TVA : 20 %	5,00	6,00
Total		

Mme, Mlle, M.
 Nom : Prénom :
 Établissement :
 Fonction :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Téléphone : Fax :
 E-mail :

Je règle par :
 Chèque bancaire ou postal à l'ordre d'INFODIUM. Je recevrai une facture justificative.
 A réception de facture (avec RIB)

Cachet / Signature

VEILLE DOCUMENTAIRE

Les soins de suite et de réadaptation entre 2008 et 2016

Charavel, Claire ; Mauro, Léa ; Seimandi, Tom ; in Les Dossiers de la Drees, n°30, novembre 2018, 40p.

Depuis 2008, l'activité des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) a augmenté de 16 %, atteignant 37,9 millions de journées en 2016 pour plus d'un million de patients. Cette augmentation s'explique surtout par le vieillissement de la population qui accroît la demande en SSR. C'est surtout le secteur privé lucratif qui bénéficie de cette hausse d'activité. Les capacités ont augmenté (+ 13%) mais le taux d'occupation s'est renforcé (+ 3 %) et le virage ambulatoire a explosé (+ 74 %). On peut donc en déduire que le SSR s'est modernisé de manière vertueuse, en exploitant mieux ses capacités, en adaptant mieux son offre aux besoins (les séjours en hospitalisation complète sont plus lourds puisque dédiés à des patients plus âgés et plus dépendants) en améliorant également son ancrage territorial, de sorte que les disparités régionales tendent à se réduire.

Analyse de l'activité hospitalière 2017

ATIH, novembre 2018, 24p.

« En 2017, plus de 3 300 établissements de santé ont traité 12,7 millions de patients, soit un taux d'hospitalisation de 191 patients pour 1 000 habitants. » Les hommes représentent 51 % des hospitalisations en psychiatrie contre 45 % en MCO, SSR et HAD. Mais les âges extrêmes de la vie sont ceux qui connaissent le plus d'hospitalisations. Un nombre croissant de patients sont hospitalisés dans plusieurs champs de prise en charge successivement, ce qui atteste de la vitalité du parcours de soins (notamment Psy/ MCO et MCO/SSR).

58% des décès ont lieu à l'hôpital (351.500 personnes) mais l'HAD soins palliatifs est largement montée en charge.

Parmi les causes de recours, l'AVC touche 142.000 patients pour 17.800 décès, en MCO et SSR. 91% des hospitalisations ont lieu dans le secteur public. De fait, les Etablissements publics de santé réalisent 60 % de l'ensemble des journées en MCO et 70 % en psychiatrie.

Au sein de l'hospitalisation MCO, le virage ambulatoire génère des journées compensant la réduction des hospitalisations complètes, même si 1 million de journées en moins ont été enregistrées entre 2016 et 2017. La DMS est stable à 5,5 jours, ce qui est assez long, et témoigne donc que les séjours maintenus en HC le sont pour des motifs assez graves. Cette progression des journées sans hébergement s'essouffle néanmoins et connaît une croissance faible (1,6 % en 2017 contre 5 % l'année précédente). Celle-ci est également due au déclassement de prises en charge vers l'externe (ex. toxine botulique).

La baisse de la natalité se poursuit (-2,1 % entre 2016 et 2017) et conduit en chaîne à une réduction des hospitalisations de femmes et d'enfants de moins de 5 ans.

Enfin, les SAU génèrent 25 % des séjours. Le dispositif de réorientation des patients aux urgences (amendement Vêran) paraît donc plutôt intéressant pour réduire ces 75% de patients.

Pour l'édition 2017, une approche transversale des parcours de patients entre les différents champs d'activité est présentée globalement et de manière spécifique sur trois types de prises en charge : les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les soins palliatifs et les addictions chroniques. Plus de 3 300 établissements de santé ont accueilli 12,7 millions de patients.

20 chiffres clé de la Drees

Drees, Ministère de la santé et des solidarités, décembre 2018, 27p.

Ce document été réalisé à l'occasion des 20 ans de la Drees. Depuis 1998 la Drees accompagne et évalue les politiques publiques sociale et sanitaire.

Quelques chiffres :

- 32,1 % du PIB sont consacrés aux dépenses sociales.
- Espérance de vie en bonne santé : 64,9 ans pour les femmes et 62,6 ans pour les hommes, avec une tendance au rapprochement. En revanche, 23 % des plus de 95 ans sont des hommes.
- 4,15 millions de bénéficiaires des minima sociaux, en baisse d'1,8 % par rapport à N-1.
- Reste à charge des dépenses de santé : 7,5 %
- 1363 établissements publics de santé, 680 à but non lucratif et 1001 cliniques privées, pour 400 000 lits et 75 000 places. Le transfert capacitaire de l'HC vers l'HdJ se poursuit.

La prise en compte du risque dans la décision publique : pour une action publique plus audacieuse.

Conseil d'Etat. La documentation française, juin 2018. 124 p.

Cette étonnante étude analyse la prise en compte du risque dans la décision publique : les décideurs publics sont amenés à faire des choix qu'on suppose soucieux de l'intérêt général et de la bonne gestion, mais qui revêtent une part d'incertitude (donc de risque) et doivent en permanence arbitrer entre principe de précaution et enjeux de nature scientifique, technologique, économique ou sociétale.

Un groupe d'expert a rassemblé des membres du Conseil d'État et de la Cour de cassation ainsi que des représentants de l'administration et de l'université. Leur objectif a été d'armer les décideurs publics de manière à ce qu'ils ne renoncent pas à des politiques audacieuses, mais soient cadrés par un jeu de bonnes pratiques essentielles, renforçant l'anticipation des risques. Le rapport préconise aussi une rénovation de la gouvernance publique en faveur de davantage d'autonomie et d'ambition.

Enfin, plusieurs propositions visent à améliorer le traitement contentieux de la responsabilité des acteurs publics devant les juges administratif, financier ou pénal.

Les prix des EHPAD en 2017

Cnsa, Analyses statistique, n°5, mai 2018, 17p.

En 2017, le prix médian d'une chambre seule en EHPAD s'élève à 1953€ par mois (moyenne de 6 140 EHPAD), soit 4 € de plus qu'en 2016. Cette évolution de 0,2 % est inférieure à l'augmentation des coûts à la consommation (+ 1,2 %), attestant de la bonne gestion des EHPAD. Pour autant le critère financier n'est pas le seul déterminant d'entrée en EHPAD : l'urgence de la prise en charge, la situation géographique, la qualité de l'accueil et le projet de l'établissement interviennent aussi dans le choix des résidents et de leur famille.

AGENDA

Paris Healthcare Week

21 au 23 Mai 2019, Paris Expo - Porte de Versailles

Finances Hospitalières est une publication mensuelle éditée par **Infodium**, www.infodium.fr - SAS au capital de 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038 - 69, avenue des Ternes 75017 Paris - tél : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60 - infodium@infodium.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 - Abonnements et publicité : Nadine Giraud - Imprimerie Corlet Z.I - route de Vire, 14110 Condé-sur-Noireau
11 numéros par an - Abonnement 420 euros par an - Prix au numéro : 47 euros - n° de CPPAP 0421 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 - 69, avenue des Ternes 75017 Paris
TEL : 09 81 07 95 76 FAX : 01 70 24 82 60 - infodium@infodium.fr

W131

1 an, 11 numéros,
et **l'accès au site**

www.finances-hospitalieres.fr

(consultation de la base de données)

au prix de **420 € 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 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038
69, avenue des Ternes 75017 Paris - tél : 09 81 07 95 76 - Tarif applicable du
1^{er} Janvier 2019 au 31 Décembre 2019.