

EDITORIAL

La T2A a résisté à l'alternance politique... et au choc de simplification

François Hollande s'était engagé à réformer la tarification hospitalière « pour mettre fin à l'assimilation de l'hôpital avec les établissements privés ». Qu'en est-il au terme du mandat présidentiel et de la législature qui s'achèvent ?

Dès 2012, une décision emblématique est prise : l'arrêt du processus de convergence tarifaire public-privé, en rupture avec la politique de la majorité de droite qui s'était efforcée de rapprocher progressivement les tarifs des deux secteurs. En revanche, la nouvelle majorité de gauche, toute aussi soucieuse que la précédente du respect de l'ONDAM, s'inscrit dans la continuité en se dotant d'un nouvel outil de régulation, le coefficient prudentiel, s'appliquant à l'ensemble des tarifs, et institue un mécanisme de dégressivité tarifaire, censé corriger les effets jugés inflationnistes de la T2A. En conjuguant gel de crédits, provision de volume et coefficient prudentiel, elle s'efforce de freiner la progression des dépenses d'assurance maladie, au prix de baisses tarifaires que les établissements supportent tout en devant appliquer des mesures nouvelles, statutaires, catégorielles et de santé publique, insuffisamment financées, et respecter de nouvelles normes, toujours plus contraignantes et coûteuses.

La réforme promise par le Chef de l'Etat est ensuite entreprise par l'introduction de nouvelles modalités de financement qui ne mettent pas en cause les principes fondamentaux de la T2A. Ainsi, des financements mixtes, combinant tarification individuelle et dotation, sont créés au profit des établissements isolés géographiquement et des hôpitaux de proximité, afin de contribuer au maintien d'une offre de soins dans des territoires faiblement peuplés. Un dispositif d'incitation financière à la qualité est mis en oeuvre au vu du constat que cette dimension serait insuffisamment prise en compte dans le financement du secteur hospitalier, à rebours des tendances observées au plan international.

En 2017, après une longue élaboration, entrent en vigueur les nouvelles règles de financement des SSR, présentées comme étant en rupture avec le modèle T2A mais s'en inspirant néanmoins fortement.

Une expérimentation de tarification « au parcours » pour l'insuffisance rénale chronique et le traitement du cancer par radiothérapie est également engagée.

Deux dossiers sont laissés en plan : celui du financement de la psychiatrie, l'état des réflexions, et sans doute l'absence de volonté politique, ne permettant toujours pas d'envisager une réforme à brève échéance et celui de la réforme de l'assiette de calcul du ticket modérateur à l'hôpital, maintes fois différée.

Au bout de cinq ans, il faut donc constater que le modèle T2A, étendu aux SSR sous une autre appellation, n'a pas connu les bouleversements promis mais s'est encore complexifié du fait des divers aménagements qui lui ont été apportés.

Pour la suite, il appartiendra aux nouveaux pouvoirs publics qui s'installent de décider, ou non, de s'orienter vers un nouveau modèle, reposant en partie sur un financement au parcours de soins, concept qui semble recueillir un assentiment majoritaire. Ils disposeront pour ce faire des propositions récemment présentées par la mission animée par Olivier Véran.

Jean-Claude DELNATTE

SOMMAIRE

RECETTES & FACTURATION

Financement des établissements
Deuxième rapport de la mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé, animée par Olivier Véran page 2

CAQES
Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins page 6

ACHATS & MARCHÉS PUBLICS

GHT
Les modalités juridiques de gestion de la fonction achat par les 135 établissements supports précisées par le décret n°2017-701 du 2 mai 2017 page 11

GESTION FINANCIÈRE

Analyse financière
Le bilan financier, socle de l'analyse financière rétrospective d'un EPS, et sa relative instabilité page 16

COMPTABILITÉ & AUDIT

M21
Rectification d'erreurs au compte 1022 page 22

JURIDIQUE

Commande publique
Les prérogatives de puissance publique de l'acheteur ne sont pas sans limites, sauf à s'exposer au risque contentieux ! page 24

PARUTIONS - AGENDA

..... page 28

Deuxième rapport de la mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé, animée par Olivier Véran

Roland CASH

(1) Voir Finances Hospitalières n° 104 de juillet 2016

L'esprit de ce deuxième rapport

Ce deuxième volet des travaux animés par Olivier Véran, sous-titré « **Une nouvelle échelle de valeur** », est résolument prospectif, n'hésitant pas à entrer dans des analyses techniques détaillées.

Suite à une nouvelle lettre de mission de juin 2016, signée par la Ministre de la Santé, cette phase des travaux a poursuivi les réflexions du premier rapport¹ en s'appuyant de la même façon sur des auditions, des tables rondes, des réunions de travail avec l'administration centrale, et la réunion régulière d'un comité rassemblant des compétences diversifiées (médecins, directeurs, économistes, sociologues...), avec l'assistance de l'IGAS.

Mais alors que le premier rapport restait inscrit dans le référentiel T2A, avec préconisations de mesures ayant vocation à pouvoir être mises en œuvre rapidement (et cela a été le cas pour certaines d'entre elles, comme la création de la prestation intermédiaire), ce second rapport vise « à s'affranchir du référentiel T2A pour proposer de nouveaux modes de financement des établissements de santé ».

Les constats sont connus : mauvaise prise en compte de la complexité des parcours des patients atteints de maladies chroniques, contrainte budgétaire pesant sur les possibilités d'innovation et d'investissement, prise en compte tardive de ces innovations, coordination insuffisante et cloisonnement des organisations en ville et à l'hôpital, nécessité d'investir davantage dans la prévention, etc.

Ces constats ont été exprimés à de nombreuses reprises dans des rapports officiels ou par les professionnels, « *de telle sorte qu'on peut affirmer sans prendre de risque que le financement au parcours de soins d'un malade dans sa globalité, plutôt que soin par soin, à l'acte en médecine de ville, à l'activité en établissement, est un enjeu, sinon consensuel, largement partagé.* »

Les évolutions du mode de financement

Sur la base de ces constats, l'idée force est d'associer plusieurs modes de rémunération :

- Un financement « T2A » pour les séjours « ponctuels », « simples » ; il est reconnu en effet que le paiement à l'activité est adapté pour les activités standardisées telles que la chirurgie ou la médecine interventionnelle.
- « *Un financement à l'épisode de soins pour les actes chirurgicaux lourds ou des soins médicaux aigus nécessitant une prise en charge en amont et en aval, impliquant des médecins et soignants de ville et des professionnels des établissements de soins.* »

- *Un financement au parcours, répondant spécifiquement à la prise en charge des pathologies chroniques, et impliquant la médecine de ville et la médecine hospitalière.* »

Ces deux dernières modalités sont regroupées sous le terme de « paiement intégré ». Les avantages sont connus à travers les expériences étrangères : « *ils favorisent la coordination des acteurs, réduisent le taux de complications et de ré hospitalisations, d'admission en urgence, et tendent à améliorer l'efficacité et la qualité des soins. Ils constituent un levier majeur pour rompre la logique « en silos » du système de soins et décloisonner les différents segments du système de soins, réduire les actes inutiles et redondants, intégrer les stratégies de prévention, renforcer l'efficacité de notre système de santé et améliorer les résultats sur la santé des patients.* »

La proposition se veut ambitieuse, les conditions de réussite sont nombreuses, mais elle se veut aussi pragmatique. Il s'agira de tester de tels modes de paiement dans des territoires volontaires avec des acteurs motivés, et de changer de méthode : « *Foin des protocoles nationaux chronophages et qui retardent, sinon grèvent les volontés de changement.* » Les expérimentations doivent rester souples, en laissant ouvertes plusieurs possibilités pour la structure coordinatrice, en réponse à des appels d'offre lancés par les ARS, en laissant une grande place à l'initiative des professionnels de santé. Dans tous les cas, la liberté de choix du patient serait respectée.

La mesure de la qualité des soins

Un autre axe fort concerne la mesure de la qualité. Il existe en effet le soupçon que le seul accent mis sur les aspects économiques fasse passer au second plan les exigences de qualité. « *On doit s'assurer en mesurant la qualité des soins délivrés que le système hospitalier est fidèle à sa mission fondamentale, qu'il est guidé dans son pilotage et son fonctionnement par des objectifs conformes à sa vocation première* », à savoir délivrer des soins de qualité.

Pour disposer d'une information plus pertinente et plus opérationnelle sur la qualité des soins, à destination de l'ensemble des acteurs, à commencer par les patients, il est proposé de refonder la politique de mesure de la qualité, autour de trois piliers :

- Le recueil de l'expérience des patients ;
- Le recueil de l'expérience des soignants ;
- Des indicateurs cliniques de qualité fondés sur les résultats, pour dépasser les seuls indicateurs de processus ; les difficultés scientifiques et techniques pour mettre en place de tels indicateurs ne sont pas sous-estimées, mais « *il convient d'engager dès à présent l'investissement nécessaire pour disposer de ces données. A cet égard, il est proposé d'y consacrer, sous l'égide de la HAS, autant de moyens que ceux aujourd'hui consacrés au développement et à la maintenance des outils de tarification.* »

La question de savoir s'il faudra intégrer ces données pour rémunérer les établissements n'est pas tranchée à ce stade, les résultats des expérimentations étrangères de paiement à la performance étant « *largement considérés comme décevants* ».

Cet axe de proposition reste fondamental, dans la mesure où « *on ne lèvera les inquiétudes légitimes que suscite la T2A que si l'on rétablit l'ordre des priorités : tout d'abord bien soigner, ensuite veiller à la bonne utilisation des ressources consacrées aux soins* ».

En outre, de tels indicateurs de qualité sont nécessaires pour toute expérimentation d'un financement au parcours ou à l'épisode.

Les propositions thématiques

Plusieurs autres thèmes ont fait l'objet de développements, de nombreuses annexes complétant le rapport, détaillant les travaux menés, permettant de situer les termes de la problématique et d'apporter des éclairages issus des auditions ou d'expériences étrangères. Nous évoquons ici essentiellement les pistes de recommandations.

Investir dans la recherche interventionnelle et l'innovation organisationnelle

Quelques pistes particulières sont soulignées : modification de la méthodologie d'évaluation des innovations organisationnelles ; partage des informations entre les acteurs ; fongibilité des crédits ; mise en place de plateformes régionales d'innovation organisationnelle intégrées, chargées d'accompagner les projets de recherche interventionnelle.

Hospitalisation à domicile

Il s'agit, pour faciliter son développement, de modifier le modèle médico-économique à la base de la tarification, avec notamment plus grande médicalisation de l'information, prise en compte de la coordination dans les tarifs, mécanismes d'ajustement pour tenir compte notamment de l'isolement géographique, et de la précarité.

Accès à l'innovation

Il est proposé de faire évoluer le modèle d'attribution des MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation), en prenant à nouveau en compte les dépôts de brevets.

Le comité préconise également la mise en place de plateformes régionales d'innovation et de recherche intégrées « *qui auront pour mission d'accompagner les projets de recherche, de leur amorçage jusqu'aux dépôts de brevets.* » Ces plateformes devront travailler en réseau avec les centres de ressources biologiques, les plateaux d'imagerie moléculaire, et d'une manière générale développer les écosystèmes existants ou en émergence.

En outre, il est observé que « *les délais entre la genèse de l'innovation et son intégration dans les tarifs sont excessifs, aussi il apparaît nécessaire de restaurer l'enveloppe de recours exceptionnel, mise en place par la mission T2A.* »

Le dispositif du forfait innovation, rencontrant pour le moment peu de succès (seuls trois projets bénéficient de ce dispositif), devrait être simplifié.

Concernant la liste en sus des médicaments, le comité propose une nouvelle approche, avec « *la mise en place d'un dispositif spécifique pour les médicaments anticancéreux où l'ensemble des produits anticancéreux sera facturé en sus (liste positive) ; ceci facilitera la gestion et la lisibilité de la liste, tout en permettant un suivi exhaustif des traitements du cancer et de l'application des protocoles recommandés, par pathologie et par stade.* »

L'investissement hospitalier

Face au constat d'une diminution progressive de l'effort d'investissement des établissements de santé (de 10,5% en 2010 à 6,5% en 2015 dans les établissements publics, en % des produits). « *Il existe un risque réel*

et préoccupant à court et moyen terme d'une dégradation des équipements hospitaliers et en conséquence d'une atteinte à la sécurité et à la qualité des soins. » Entre autres approches, le comité propose « l'adoption par les groupements hospitaliers de territoire (GHT) d'un plan d'investissement commun avec une gestion mutualisée des investissements. »

Un accent particulier est mis sur l'investissement dans le numérique et le pragmatisme qui doit présider aux choix futurs, avec territorialisation des investissements dans le secteur numérique, dossier patient informatisé par GHT, choix d'un système d'information interopérable avec la ville, schéma directeur national d'hébergement des données des territoires de santé...

La santé mentale

De nombreuses réflexions ont porté sur l'organisation des soins et la territorialisation, et sur l'avenir du mode de financement. Mais à ce stade, la prudence est de mise : *« bien que le système d'information ait gagné en exhaustivité, la difficulté qui demeure à faire émerger une approche standardisée des prises en charge dans le domaine de la psychiatrie ne permet pas d'envisager une réforme globale du modèle de financement en vigueur. »* Toutefois, le système actuel pourrait évoluer en pondérant la dotation globale en fonction de critères liés d'une part à l'activité, d'autre part aux besoins épidémiologiques de la population. Il s'agirait d'une *« dotation modulée à la population et aux soins réalisés »* (DMPSR), qui permettrait de couvrir les coûts fixes, et qui serait complétée par une part modulable au gré d'indicateurs à déterminer. Tout ceci demande des travaux complémentaires ; des travaux sont aussi nécessaires dans le domaine du non recours aux soins.

Une autre problématique soulevée lors des auditions est celle de la diffusion de l'innovation. Un Observatoire régional des innovations en santé mentale pourrait être placé au sein des ARS, afin de recenser les expériences nouvelles et d'en permettre la diffusion à une large échelle. Les techniques de réhabilitation psycho-sociale en particulier sont évoquées, dans la suite du rapport Laforcade.

La question spécifique de la précarité

Celle-ci est enfin évoquée, dans la mesure où elle est à l'origine de surcoûts pour les établissements. Une réflexion sur l'évolution du modèle actuel présidant à l'attribution de la MIG précarité est menée. Il pourrait être défini le « profil social » de l'établissement, qui combinerait une approche populationnelle par analyse rétrospective des prises en charge de patients précaires et une approche écologique (calcul d'indices de défavorisation sociale).

Avenir des travaux

En l'état actuel, il est encore impossible de dire si l'ensemble de ces riches analyses pourra aboutir à certaines mesures de nature à améliorer l'organisation et le financement des soins, mais l'esprit a bien été de faire avancer la réflexion et la concertation sur un grand nombre de sujets dans un esprit constructif : *« la remise de ce rapport intervient à quelques semaines de la fin du quinquennat, les membres du comité ont travaillé de façon non partisane, dans le seul intérêt de moderniser pour le conforter le financement des établissements de santé. Nous espérons que ces travaux interviendront en appui des politiques publiques qui seront mises en oeuvre au cours des prochaines années. »*

Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins

Le décret n° 2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (le « CAQES ») a été publié au journal officiel du 22 avril 2017, suivi par la publication de deux arrêtés en date du 27 avril 2017 définissant le contrat type ainsi que des référentiels de pertinence, de qualité et de sécurité des soins¹.

Jean-Claude DELNATTE

(1) JO du 30 avril 2017

Le nouveau décret, dont les dispositions sont codifiées sous les articles D 162-9 à D 162-16 du code de la sécurité sociale (CSS), est pris pour l'application de l'article 81 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016, qui institue un contrat unique ayant vocation à se substituer à différents dispositifs (CBU, régulation de la liste en sus, CAQOS, contrat de pertinence des soins et CAPES) qui s'étaient empilés au fil des ans. Il définit avec un grand luxe de détails, souvent redondants avec les dispositions législatives, le contenu du contrat, ses modalités d'application ainsi que la procédure de contractualisation et d'évaluation. Il précise les règles relatives à l'élaboration du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins et définit les attributions d'un observatoire régional et d'une instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins, dont il fixe la composition et le mode de fonctionnement.

Les référentiels et les seuils de pertinence

En application des dispositions de l'article L 162-30-3 du CSS l'Etat arrête, sur la base de l'analyse des dépenses d'assurance maladie ou des recommandations élaborées par la Haute Autorité de santé, l'Institut national du cancer ou l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, des référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie, sur certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels de santé y exerçant.

L'arrêté du 27 avril 2017 fixe ces référentiels comme suit :

- Le taux d'évolution des dépenses de transports faisant l'objet d'une prescription dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville est fixé à 2,2 % et le montant de ces dépenses est fixé à 500 000 € ;
- Le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments faisant l'objet d'une prescription dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville est fixé à 4 % ;
- Le taux d'évolution des dépenses des spécialités pharmaceutiques facturées en sus des GHS est fixé à 4,1 % ;
- Le taux d'évolution des dépenses des produits et prestations facturées en sus des GHS est fixé à 5,8 % ;

- Le taux de prescription de médicaments génériques prescrits par les médecins exerçant dans l'établissement de santé est fixé à 45,5 %.

La liste des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins pris en compte pour évaluer les risques infectieux, médicamenteux et le risque de parcours de soins du patient ainsi que les valeurs limites que doivent atteindre les établissements de santé ciblés sont fixés en annexe à l'arrêté ; il s'agit :

- De l'indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN 2) (Valeur à atteindre : classe A ou B) ;
- Du taux de séjours disposant de prescriptions informatisées (Valeur à atteindre : strictement supérieure à 10 %) ;
- Du taux qui évalue la qualité et le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation à son destinataire (Taux de conformité supérieur à 10 %, soit au moins 1 dossier sur 10 conforme).

Le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins

Le plan définit les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins. Il est arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) pour une durée de quatre ans, après avis de la commission régionale de coordination des actions de l'agence et de l'assurance maladie et il est révisé chaque année.

Le plan précise :

- Le diagnostic de la situation régionale, réalisé sur un champ thématique délimité par la commission régionale de coordination des actions de l'agence et de l'assurance maladie, avec le concours de l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (cf infra) ;
- Les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins en définissant les actes, prestations et prescriptions retenus qui portent, le cas échéant, sur la structuration des parcours de santé et l'articulation des prises en charge en ville et en établissement de santé, avec ou sans hébergement ;
- Les actions communes aux domaines mentionnés ci-dessus et les modalités de suivi et d'évaluation ;
- Les critères permettant d'identifier les établissements de santé faisant l'objet du volet additionnel relatif à la pertinence du CAQES et ceux visés par la procédure de mise sous accord préalable.

L'observatoire régional

Un observatoire régional constitué auprès de l'ARS regroupe notamment des représentants des établissements de santé de la région. Il assure un suivi et une analyse des pratiques de prescription, il organise des échanges sur les pratiques relatives à l'usage des médicaments et des produits et prestations et définit notamment les critères d'évaluation, en fonction des indicateurs et des thèmes régionaux.

La dotation régionale des MIGAC peut contribuer au financement de cet observatoire.

Un observatoire interrégional peut être constitué auprès de plusieurs ARS.

L'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins

Il est créé une nouvelle instance devant contribuer à l'amélioration de la pertinence des prestations, des prescriptions et des actes dans la région et concourir à la diffusion de la culture de la pertinence des soins et à la mobilisation des professionnels de santé. Elle est consultée sur le projet de plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, lors de sa préparation, de sa révision et de son évaluation.

Ses membres, dont le nombre ne peut excéder vingt, sont nommés par le directeur général de l'ARS. Cette instance comprend obligatoirement le directeur général de l'ARS et des représentants de l'assurance maladie, des fédérations hospitalières, des unions régionales des professionnels de santé, des associations d'usagers agréées ainsi qu'un professionnel de santé exerçant au sein d'un établissement de santé.

La mise sous accord préalable

Le nouveau décret précise la procédure de mise sous accord préalable en application des dispositions de l'article L. 162-1-17 du CSS : le directeur général de l'ARS notifie à l'établissement la liste des actes, prestations ou prescriptions pour lesquels il envisage la mise en oeuvre de la procédure de mise sous accord préalable.

Le représentant légal de l'établissement peut présenter ses observations écrites ou demander à être entendu par le directeur général de l'ARS dans le délai d'un mois à compter de la date de réception de la notification.

A l'expiration de ce délai et après avis de l'organisme local d'assurance maladie, le directeur général de l'ARS notifie sa décision motivée à l'établissement. Celle-ci précise au représentant légal de l'établissement, qui en informe dans les meilleurs délais les professionnels concernés, la date effective d'entrée en vigueur de la mise sous accord préalable, son terme, les actes, prestations ou prescriptions concernés, la procédure applicable ainsi que les voies et délais de recours.

Le directeur général de l'ARS fait connaître, simultanément, sa décision au directeur de l'organisme local d'assurance maladie et au service du contrôle médical.

Le contrat tripartite d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins

Aux termes de l'article L. 162-30-2 du CSS le contrat a pour objet d'améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et des prescriptions et de permettre une diminution des dépenses de l'assurance maladie. Il est conclu entre le directeur général de l'ARS, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le représentant légal de chaque établissement de santé relevant de leur ressort géographique.

Sa durée est indéterminée. Par dérogation, les volets additionnels peuvent être conclus pour une durée maximale de cinq ans. Il doit être conforme au contrat-type fixé par l'arrêté du 27 avril 2017.

Le nouveau contrat comporte :

1° Un volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations ;

2° Le cas échéant, un ou plusieurs volets additionnels conclus avec les établissements identifiés en application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins ou ne respectant pas, pour certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant, les référentiels mentionnés supra.

Le directeur général de l'ARS, après avis de l'organisme local d'assurance maladie, soumet à l'établissement, une proposition de CAQES comportant un volet obligatoire et le cas échéant, un ou plusieurs volets additionnels. A l'issue d'un délai d'un mois, si l'établissement n'a pas conclu le contrat ou si, compte tenu des observations de l'établissement, le directeur général de l'ARS décide de maintenir sa décision, ce dernier lui notifie la proposition de contrat, amendée le cas échéant, et mentionne la sanction encourue en cas de refus de signature (cf infra).

La réalisation des objectifs du contrat fait l'objet d'une évaluation annuelle effectuée conjointement par l'ARS et l'organisme local d'assurance maladie. A l'issue de l'évaluation, le directeur général de l'ARS transmet au représentant légal de l'établissement un rapport mentionnant notamment, le cas échéant, les sanctions ou intéressements envisagés

Un régime de sanctions

La dimension punitive du nouveau dispositif est particulièrement développée.

En cas de refus par un établissement de santé de conclure un CAQES ou l'un de ses volets, le directeur général de l'ARS prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une sanction financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. La somme de cette sanction et de celles mentionnées à l'article L. 162-30-4 du CSS ne peut être supérieure à 5 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. Le produit de ces sanctions est versé à l'assurance maladie.

En cas de refus de conclure les volets relatifs aux produits de santé, le directeur général de l'ARS peut choisir de réduire de 30 % la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations facturés en sus des GHS. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.

En cas de non-réalisation ou de réalisation partielle des objectifs du CAQES, le directeur général de l'ARS peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, prononcer une sanction financière proportionnelle à l'ampleur des manquements constatés et à leur impact sur les dépenses d'assurance maladie, dans la limite, pour chaque volet du contrat, de 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos et dans la limite totale, pour l'ensemble des volets, de 5 % de ces produits par an.

La non-réalisation ou la réalisation partielle des objectifs peut également donner lieu à la mise sous accord préalable de certaines prestations ou prescriptions, ou, lorsqu'il s'agit de manquements relatifs à des produits de santé, à la réduction, dans la limite de 30 % et en tenant compte des manquements constatés, de la part prise en charge par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations facturés en sus

des GHS en lieu et place de la sanction mentionnée au premier alinéa du présent article. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.

L'établissement de santé faisant l'objet d'une mise sous accord préalable peut également être sanctionné lorsqu'il délivre des actes, prestations ou prescriptions malgré une décision de refus de prise en charge et lorsqu'il omet, en l'absence d'urgence, de solliciter l'accord du service du contrôle médical.

Le décret du 20 avril 2017 entre en vigueur le lendemain de sa publication. Les contrats conclus avant sa publication continuent à produire leurs effets jusqu'au 31 décembre 2017.

Sous couvert de contractualisation, le nouveau dispositif relève en fait du régime de la décision administrative unilatérale, les établissements de santé ne pouvant, dans la pratique, ni refuser de signer le contrat ni en discuter les termes. Il introduit par ailleurs une forme de tutelle de l'assurance maladie, étroitement associée aux décisions du directeur général de l'ARS, sur ces établissements. Enfin, il ne faut sans doute pas s'attendre à ce que l'instauration de règles aussi contraignantes permette une diminution conséquente des dépenses de l'assurance maladie : d'après l'étude d'impact du PLFSS pour 2016, la substitution du CAQES aux autres contrats existants ne générerait qu'une économie de 7M€ en 2017, 8 M€ en 2018 et 9 M€ en 2019.

La facturation des soins hospitaliers

de Olivier Wery

Préface de Jean-Claude Delnatte

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

<input type="checkbox"/> OUI , Je commande exemplaire(s) du livre « <i>La facturation des soins hospitaliers</i> » de Olivier Wery ISBN 978 2 9505550 7 0 TVA : 5,5 %	HT	TTC
	58,77	62,00
Participation forfaitaire aux frais de port (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC). TVA : 20 %.	5,00	6,00
Total		<input type="text"/>

Mme, Mlle, M.

Nom : Prénom :

Établissement :

Fonction :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Fax :

E-mail :

Cachet / Signature

Je règle par :

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

À réception de facture (avec RIB)

INFODIUM
ÉDITIONS

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

GHT

Les modalités juridiques de gestion de la fonction achat par les 135 établissements supports précisées par le décret n°2017-701 du 2 mai 2017

La mise en place d'une fonction achat commune dans chaque groupe hospitalier de territoire (GHT) va nécessiter le déploiement progressif d'une organisation profondément renouvelée.

Celle-ci, dont la responsabilité est confiée aux 135 établissements support, devra pour réussir être créatrice de valeur pour chacun des établissements parties pour le compte desquels elle sera gérée.

Elle devra aussi soutenir activement la mise en œuvre du projet médical qu'ils ont vocation à partager.

Cela impliquera d'instaurer une démarche collaborative dans laquelle chaque établissement partie devra avoir l'assurance de voir respecter la spécificité de ses attentes et de ses besoins et de dégager de nouvelles marges de manœuvre budgétaires.

Compte tenu du caractère contraignant de la réglementation applicable à la commande publique, il est essentiel que le cadre juridique dans lequel va s'opérer cette transformation de l'organisation des achats hospitaliers soit défini très précisément.

La publication du décret n°2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonction et missions mentionnés à l'article L.6132-3 du code de la santé publique au sein des groupements hospitaliers de territoire constitue un premier pas dans ce sens.

Le texte précise, pour cela, un certain nombre de règles relatives au fonctionnement des groupements hospitaliers en matière d'achat en modifiant l'article R.6132-16 du code de la santé publique.

Il dispose que :

- L'établissement support assure la passation des marchés et de leurs avenants conformément aux dispositions de l'ordonnance n°2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics.
- L'établissement partie au groupement hospitalier de territoire assure l'exécution de ces marchés conformément aux dispositions de la même ordonnance.
- L'établissement support est chargé de la politique, de la planification, de la stratégie d'achat et du contrôle de gestion des achats pour ce qui concerne l'ensemble des marchés et de leurs avenants.
- Un plan d'action des achats du groupement hospitalier de territoire est élaboré pour le compte des établissements parties au groupement.
- Les compétences nécessaires à la mise en œuvre de la fonction achat sont transférées au directeur de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire au 1er janvier 2018, sauf si une date antérieure a été prévue à cet effet par la convention constitutive de ce groupement.

Dominique LEGOUGE

Quels sont les marchés publics dont la passation relèvera, à compter du 1er janvier 2018, de l'établissement support en vertu de l'article R.6132-16-I du Code de la santé publique?

Il s'agit d'une question très importante à laquelle il importe de répondre très précisément car elle permet de définir les responsabilités respectives des établissements supports, des établissements parties et de leurs directeurs respectifs.

Elle est aussi essentielle en termes de sécurité juridique, la signature d'un marché par une personne incompétente ayant vocation à être sanctionnée (nullité du contrat, refus de paiement suite au contrôle de la compétence de l'auteur de l'acte par le comptable public, etc.).

Que faut-il entendre par marché public ?

Relèvent de la qualification de marché public tous les contrats conclus à titre onéreux par un ou plusieurs établissements parties à un GHT avec un ou plusieurs opérateurs économiques (toute personne physique ou morale publique ou privée ou groupement de ses personnes dépourvu de la personnalité morale) pour répondre à ses (leurs) besoins en matière de travaux, services ou fournitures.

Il est important de souligner le fait que ce contrat peut ne pas être écrit dès lors que le montant du marché passé ne va pas au-delà d'un montant de 25 000 euros HT.

Ne sont pas considérés comme des marchés publics en vertu de la réglementation tant européenne que nationale les actes juridiques suivants: les décisions ou contrats attribuant une subvention (Exemple : la cotisation à une structure de coopération), les contrats de travail, les conventions d'occupation domaniale (bail emphytéotique administratif, autorisation d'occupation du domaine public), les conventions de mécénat, les contrats de concession de service et de travaux (ils sont caractérisés par un transfert en totalité ou en partie du risque d'exploitation au concessionnaire).

Le cas des marchés publics dont la passation est soumise au respect des dispositions de l'ordonnance du 23 juillet 2015

Entrent dans cette catégorie tous les marchés, que le chapitre II de l'ordonnance du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics, n'a pas exclus de son champ d'application. La compétence de leur passation est donc transférée, sans exception possible, à partir du 1er janvier 2018 aux établissements support.

Sont concernés, à ce titre, tous les marchés passés par un ou plusieurs établissements publics de santé partie à un GHT et cela :

- Quel que soit leur objet, qu'il s'agisse de travaux, de fournitures, de services ou de marchés de partenariat.
- Quelle que soit leur forme (accord-cadre, marché subséquent, marché ordinaire) et qu'il fasse ou non l'objet de la rédaction d'un contrat écrit (les achats sur facture entrent dans le champ du transfert de compétence dans la mesure où l'article 15 du décret d'application de l'ordonnance du 23 juillet relative aux marchés publics n'exige la passation d'un marché écrit qu'au-delà de 25 000 euros HT).
- Quel que soit leur montant, le transfert de compétence s'appliquant dès le premier euro
- Quelle que soit la procédure de passation de marché utilisée : appel d'offres, procédure concurrentielle avec négociation, procédure adaptée, dialogue compétitif, marché négocié sans mise en concurrence, concours, etc.

Le transfert de compétence à l'établissement support concerne donc toutes les contrats d'acquisitions dès lors qu'ils sont conclus à titre onéreux. Il ne connaît

aucune dérogation, que celle-ci soit tirée de la valeur de l'acquisition (exemple : une fourniture ou un service acheté sur simple facture en utilisant le mécanisme de la régie d'avance), de son objet (exemple : l'achat d'une prestation de service médicale comme une consultation de spécialité à un médecin installé en ville).

Il concerne aussi tous les contrats, dès lors qu'ils sont conclus à titre onéreux, qui visent à externaliser des achats (marché de service d'achat centralisé auprès d'une centrale d'achat comme la passation d'un bon de commande à l'UGAP, marché confiant un mandat ayant pour objet une activité d'achat auxiliaire, signature de la convention constitutive d'un groupement de commandes visant à confier à un de ses membres la passation de tout ou partie de la procédure de passation d'un marché public pour le compte d'un ou plusieurs établissements parties du GHT).

Le cas des contrats qui sont qualifiés de marchés publics par la réglementation européenne et l'ordonnance du 23 juillet 2015 mais qui ne sont pas soumis aux règles de passation et d'exécution définies par cette dernière.

Les contrats dont la passation et l'exécution ne sont pas soumises aux règles définies par l'ordonnance du 23 juillet 2015, mais qui relèvent de la catégorie juridique des marchés publics, sont-ils aussi inclus dans le transfert de compétence à l'établissement support ?

Une lecture stricte du nouvel article R.6132-16-I du code de la santé publique devrait conduire à aller dans le sens d'une réponse positive. Celui-ci dispose, en effet, que l'établissement support est chargé de passation de l'ensemble des marchés et de leurs avenants conformément (c'est à dire en respectant les règles) aux dispositions de l'ordonnance du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics.

Les marchés publics, non soumis aux règles de passation et d'exécution des marchés publics définies par l'ordonnance du 23 juillet 2015, concerne des secteurs d'activité importants.

Il s'agit de tous les marchés publics qui sont énumérés dans les articles 14, 17 et 18 du chapitre II « marchés publics exclus » de l'ordonnance du 23 juillet 2015.

Sont visés à ce titre :

- Tous les marchés publics de services mentionnés à l'article 14 de l'ordonnance et notamment les marchés de services qui ont pour objet l'acquisition ou la location de biens immeubles, de bâtiments existants ou de terrain, les marchés de services qui sont des contrats d'emprunt, les marchés de services relatifs au transport de voyageurs par chemin de fer ou par métro, les marchés publics de services avec pouvoir adjudicateur ou une entité adjudicatrice bénéficiant en vertu d'une disposition légalement prise d'un droit exclusif, certains marchés de service juridique (ex : notaire).
- Tous les marchés publics dit de quasi-régie (in house) de l'article 17 de l'ordonnance. Relèvent, par exemple, de cette catégorie, les marchés passés avec un groupement de coopération, un groupement d'intérêt public ou une association dont est membre un des établissement partie d'un groupe hospitalier de territoire.
- Tous les marchés publics de coopération entre pouvoirs adjudicateurs mentionnés à l'article 18 de l'ordonnance.

Il s'agit d'une catégorie particulière de marchés qui, pour bénéficier de l'exonération de l'application des règles de passation de droit commun doivent répondre à certaines conditions très strictes (coopération n'obéissant qu'à des conditions d'intérêt général, moins de 20% des activités concernées par la coopération devant être réalisées sur le marché concurrentiel). Relèvent, par exemple, de cette catégorie les contrats de coopération à titre onéreux passé par un ou plusieurs établissements partie d'un GHT.

A quelle est la date aura lieu le transfert de compétence à l'établissement support de passation des marchés ?

Un transfert de compétence devenant effectif au plus tard le premier janvier 2018

Le transfert entrera en vigueur le 1er janvier 2018 sauf si une date antérieure a été prévue par la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire.

Il se matérialisera par le transfert du pouvoir de signature (pour les marchés matérialisés par un contrat écrit) et de décision (pour les achats sur simple facture qui sont autorisés dès lors que le marché est inférieur à 25 000 euros HT).

Autrement dit, tout nouveau marché concernant un des établissements partie d'un groupe hospitalier de territoire devra être signé par le directeur de l'établissement support ou une personne bénéficiant de sa délégation de signature.

Seront aussi concernés les marchés dont la procédure de passation a été engagée avant le premier janvier 2018.

Attention : la décision de renouvellement des marchés existants ne relèvera pas de la compétence transférée au directeur de l'établissement support car il ne s'agit pas d'un acte de passation de marché mais d'exécution.

La question spécifique des avenants

Bien que la passation des avenants soit considérée juridiquement comme relevant de l'exécution des marchés, celle-ci est transférée à la compétence de l'établissement support par le nouvel article R.6132-16 du Code de la santé publique.

La signature des avenants relatifs à des marchés qu'ils soient passés antérieurement ou postérieurement au premier janvier 2018 relèvera donc du directeur de l'établissement support.

Quels sont les actes de passation des marchés publics autres que celui de la signature du contrat et des avenants qui relèvent de la compétence de l'établissement support ?

Il s'agit de tous les actes faisant partie de la passation des marchés publics au sens des dispositions de l'ordonnance du 23 juillet 2015 et de son décret d'application.

Il s'agit des actes nécessaires à :

- La préparation des marchés publics : étude et échanges préalables avec les opérateurs économiques (sourcing), élaboration des spécifications techniques, allotissement, contenu des marchés
- La passation des marchés publics proprement dite : calcul de la valeur estimée, choix de la procédure, publicité préalable, sélection des candidats et choix de l'offre, attribution du marché, information des candidats, notification du marché, avis d'attribution
- La transparence : rapport de présentation, accès aux données essentielles des marchés publics, conservation des dossiers.

Quels sont les actes qui continuent à relever en matière de marchés publics de la compétence de chaque établissement partie du GHT ?

Il s'agit de tous les actes nécessaires à l'exécution des marchés : émission des bons de commandes et des ordres de service, opérations de réception, pénalités et primes, paiement, traitement des litiges, acceptation de sous-traitant, remise de l'exemplaire unique en vue d'une cession ou d'un nantissement, décision de renouvellement ou de résiliation.

A noter : l'engagement des dépenses relevant des établissements parties, un établissement support ne peut signer un engagement de commande minimum dans le cadre d'un marché à bons de commandes qu'avec l'accord de l'établissement partie concerné.

Quelles sont les responsabilités respectives de l'établissement support et des établissements parties ?

L'établissement support et son directeur assureront seuls à compter du 1er janvier 2018 la responsabilité des opérations liées à la passation des marchés et des avenants qui relèveront désormais de leur compétence exclusive.

Cette responsabilité pourra, notamment, être de nature:

- Administrative, en cas par exemple de demande d'indemnisation de préjudice subi par un candidat suite à la passation d'un marché.
- Pénale en cas de réalisation pendant la passation d'un marché d'un acte contraire aux dispositions destinées à garantir la liberté d'accès et l'égalité de traitement des candidats.

Chaque établissement partie au GHT et son directeur continuera quant à lui assurer la responsabilité des opérations liées à l'exécution des marchés (ex : contentieux indemnitaire de l'exécution).

Rappel : la délégation de signature n'exonère pas le délégant de sa responsabilité même si elle est de nature à la diminuer.

Quelles seront les personnes habilitées à intervenir dans les opérations de passation des marchés des établissements parties à un GHT à compter du 1er janvier 2018 ?

N'auront vocation à intervenir que les personnes nommées dans la fonction achat pour le compte des établissements parties par le directeur de l'établissement support selon les modalités prévues par la convention constitutive.

Elles pourront dans ce cadre bénéficier de délégation de signature du directeur de l'établissement support.

Quel est l'impact juridique des dispositions transférant à l'établissement support la compétence relative la politique, la planification, la stratégie d'achat, du contrôle de gestion des achats et l'élaboration du plan d'action achat du groupe hospitalier de territoire ?

Les dispositions de l'article du R.6132-16 du Code de la santé publique font référence à des termes (achats, politique, stratégie, plan d'actions, contrôle de gestion) qui n'ont pas aujourd'hui de définition juridique précise.

Elles visent à donner à l'établissement support une compétence qui aille au-delà du simple respect formel des dispositions relatives à la passation des marchés publics.

Elles ont vocation à être définies dans des textes interprétatifs à venir (ex : guide relatif à la fonction achat qui n'a pas encore été officiellement publié au moment où cet article est écrit).

A noter : les opérations relevant de l'approvisionnement et de la logistique, qui relèvent pour partie de l'exécution des marchés, ont été retirées de la compétence de l'établissement support dans la nouvelle version de l'article R.6132-16 du Code de la santé publique. Elles constituent cependant une source de gains importants pour les établissements parties qui auront intérêt à engager des coopérations volontaires dans ce domaine.

Le bilan financier, socle de l'analyse financière rétrospective d'un EPS, et sa relative instabilité

L'instruction du 4 mars 2016 considère le plan global de financement pluriannuel (PGFP) comme « *l'outil de prévision budgétaire fondamentale car permettant d'apprécier l'évolution de la trajectoire financière au cours, à minima, des cinq prochaines années* » et souligne la nécessité de « *se concentrer davantage sur l'analyse des grands équilibres financiers, notamment ceux figurant au plan global de financement pluriannuel et pas uniquement sur les situations budgétaires à court terme* »

Pour construire ce PGFP¹, il est prioritaire et indispensable de réaliser un autodiagnostic sur la structure financière de l'établissement et ses principales composantes. Cette analyse financière rétrospective impose la construction préalable du bilan financier. Nous allons préciser ce que recouvre ce concept, - pas toujours univoque - de bilan financier² avant d'évoquer les impacts des corrections d'erreurs liés à la procédure de fiabilisation des comptes.

Gérard de DARAN
 Directeur d'hôpital
 Professeur
 IDM - EHESP - Rennes

(1) Finances Hospitalières n°106, octobre 2016 « le PGFP 2017-2020 les nouvelles « règles du jeu »

(2) Appelé aussi bilan fonctionnel (Plateforme Ancre, notamment)

(3) Chaque 31 décembre

(4) Immobilisations, stocks, droits et créances, compte au trésor

(5) Rappelons que dans le bilan comptable, les valeurs de l'actif sont classées par ordre de « liquidité » croissante, tandis que les valeurs du passif le sont en fonction de leur « exigibilité » croissante

Du bilan comptable au bilan financier

La description synthétique du patrimoine de l'hôpital dans le bilan correspond à une « photographie de l'établissement » à un moment donné³.

Il n'est peut-être pas inutile de rappeler que c'est bien à l'actif que figurent la matérialité et la réalité du patrimoine de l'établissement⁴; c'est simplement la description des ressources qui ont permis de financer ce patrimoine, au fil du temps, qui figure au passif.

Le bilan comptable, transmis par le receveur de l'établissement est présenté schématiquement⁵ dans le tableau ci-dessous :

Actif (valeur nette)	Passif
Immobilisations	Capitaux propres
Stocks	Dépréciations et provisions
Créances hospitalisés	Emprunts
Créances assurance maladie	Dettes fournisseurs
Créances diverses	Dettes fiscales et sociales
Disponibilités	Dettes diverses

Bien que déjà organisé pour faire apparaître les principales composantes du patrimoine, cette présentation s'avère insuffisante pour établir le diagnostic recherché. Il convient de s'en écarter pour construire le **bilan financier** qui prend ses sources dans le bilan comptable traditionnel modifié par un certain nombre de retraitements, reclassements, et regroupements. Les emplois et les ressources seront classés par fonction : investissement, financement, exploitation et hors exploitation. On ne parle plus d'actif et de passif mais d'emplois et de ressources.

Le bilan financier version M21

La présentation du bilan sous cette nouvelle forme facilite une lecture des informations selon une logique financière et non plus strictement comptable. Les valeurs qui figurent en haut et celles qui s'inscrivent dans

le bas du même bilan ne sont pas de même nature et les grands équilibres « bilantiels » sont mis en évidence à partir d'une présentation des trois fonctions présentes dans le bilan financier :

- La fonction exploitation qui comprend les moyens engagés dans l'activité courante de l'hôpital et les ressources cycliques qui leur correspondent.
- La fonction investissement qui représente le patrimoine, l'« outil de travail » dont l'hôpital se dote (emplois stables)⁶ grâce à l'utilisation de ressources stables (disponibles sur le long terme)
- La fonction financement qui intègre l'apport de capitaux externes (emprunts, prêts, subventions)

(6) Avec la réserve que les investissements financés « hors bilan » mais qui font partie du patrimoine productif, n'y apparaissent pas, par définition

(7) Actif net

- Bilan financier simplifié d'un établissement public de santé

		EMPLOIS ⁷	RESSOURCES	
Fonds de roulement net global (FRNG)	Fonction investissement	Actif immobilisé Immobilisations brutes Charges à répartir	Capitaux permanents Capitaux propres Emprunts Amortissements	Fonction Financement
	Fonction Exploitation	Solde de la créance « de l'article 58 »	Réserves Résultats antérieurs Résultat de l'exercice Dépréciations et provisions	Fonction Exploitation
Besoin en fond de roulement (BFR)	Fonction Exploitation	Emplois cycliques : Stocks Créances hospitalisés Créance assurance maladie Autres créances	Ressources cycliques : Dettes fournisseurs Dettes fiscales et sociales Dettes diverses	
Résultante (solde)		Emplois de Trésorerie : Disponibilités	Ressources de trésorerie : ICNE Ligne de trésorerie Fonds déposés par les patients	Facilités de trésorerie

Le Fonds de roulement, ligne d'équilibre de l'EPRD, est la différence entre les ressources stables et les emplois stables. Il constitue la « marge de sécurité » que l'établissement a pu constituer pour faire face à ses besoins de financement et se calcule par différence entre les ressources (coté passif) et les emplois (coté actif)

Au sein de ces ressources figurant dans le haut du bilan, certaines d'entre elles n'ont pas vocation à financer durablement l'investissement. Il apparaît donc intéressant, notamment par rapport aux spécificités de la comptabilité des hôpitaux, de décomposer le fonds de roulement en un **fonds de roulement d'investissement (FRI)**, dont les composantes figurent en vert dans le tableau précédent et un **fonds de roulement d'exploitation (FRE)**, composantes en bleu)⁸.

La comparaison de plusieurs bilans financiers permettra ainsi de porter une première appréciation sur la santé financière de l'établissement et surtout de réfléchir à la trajectoire financière à l'intérieur de laquelle le projet de financement du plan pluriannuel d'investissement (PPI) pourra s'inscrire.

La démarche retenue par Hospi Diag

Mis en ligne en février 2011, Hospi Diag est un outil d'aide à la décision, géré par l'ANAP, permettant de mesurer la performance d'un établissement de santé qui pratique de la médecine, de la chirurgie ou de l'obstétrique, en comparaison avec d'autres établissements.

(8) Si la distinction entre le FRI et le FRE n'est plus demandé sur le cadre officiel du PGFP (arrêté du 24/11/2016), elle reste affichée sur la plateforme Ancre, onglet « bilan fonctionnel – fonds de roulement net global »

(9) Finances hospitalières, novembre 2014 : les indicateurs financiers : TBFEPS, Hospi Diag, une harmonisation souhaitable

(10) Des évolutions seraient en cours pour reprendre pour les établissements publics la même méthodologie que celle retenue par la M21

(11) Instruction comptable M21 2017 – Tome 2 – chapitre 1, paragraphe 3 : les modalités de calcul du fonds de roulement.

(12) Instruction ministérielle N°DGCS/5C/DGCL/DGFIP/2016/412 du 28 décembre 2016 relative au cadre budgétaire applicable aux établissements et services sociaux et médico-sociaux publics mentionnés à l'article L. 315-1 du code de l'action sociale et des familles et relevant des articles L. 313-12 (IV ter) ou L. 313-12-2 du même code (cadre budgétaire M22).

Si Hospi Diag n'affiche pas un bilan financier en tant que tel, nous avons déjà relevé que le fonds de roulement qui est affiché sur le site n'est pas encore¹⁰ valorisé avec la même méthodologie que celle préconisée par la M21 : les fiches F10_D et F14_D d'Hospi Diag (carte d'identité, affichage du FRNG en euros) mentionnent pour le calcul du FRNG : « A partir de l'onglet C7, nous avons exclu la ligne "Dépréciation des stocks, comptes de tiers et comptes financiers c/39, c/49, c/59" du FRNG pour les réintégrer dans le BFR. Ainsi les dépréciations issues du compte 49 essentiellement seront réintégrées au cycle d'exploitation. Le sous compte 59 ne peut être isolé dans l'onglet C7 et pourrait introduire un biais pour les établissements constatant la dépréciation de valeur des valeurs mobilières de placement ou devises, ce qui reste une situation peu courante »

Le calcul (présenté dans le tableau précédent) dans lequel le fonds de roulement est calculé avec les dépréciations c/39, c/49, c/59 (incluses dans le Fonds de roulement d'exploitation) est repris dans le compte financier (plateforme ANCRE) et dans le Tableau de bord financier des EPS (TBFEPS)¹¹. Les établissements publics de santé doivent bien évidemment élaborer leur bilan financier en reprenant la conception du fonds de roulement « normalisé » incluse dans l'instruction comptable M21.

Le bilan financier version M22 (secteur social et médico-social)

L'instruction du 28 décembre 2016 précise le cadre budgétaire applicable aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) publics, dotés ou non de la personnalité juridique, relevant des articles L. 313-12 (IV ter) ou L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF) pour l'exercice 2017 et appliquant l'instruction budgétaire et comptable M22.

Le modèle de bilan financier d'un établissement social ou médicosocial repris dans l'annexe 3 « détermination du fond de roulement d'un ESSMS pendant la période transitoire (2017) fonds de roulement établi à partir du modèle de bilan financier »¹² affiche également des différences avec la présentation normalisée « M 21 » :

- La réserve de compensation des charges d'amortissement (C.10687) est inscrite en financement stables du Fonds de roulement (FRI).
- Le résultat déficitaire et le report à nouveau déficitaire sont affichés dans les actifs stables d'exploitation en lieu et place d'une inscription en négatif dans les financements stables d'exploitation (FRE).
- Les dettes sur fournisseurs d'immobilisation figurent dans les financements à court terme et non dans les dettes d'exploitation du BFR.
- Les fonds déposés par les résidents figurent dans les dettes d'exploitation du BFR.
- Un retraitement du c/165 est prévu en ce qui concerne les cautions versées applicable aux EHPAD notamment au titre de leur hébergement (FRI).
- Un retraitement du FRE est proposé à propos des charges non opposables aux financeurs (certaines provisions).

A noter que les dépréciations des stocks, créances et éléments financiers sont bien maintenant inscrits dans le FRE (comme en M 21) alors qu'ils figuraient récemment dans le BFR (option actuelle d'Hospi Diag).

On peut s'interroger sur les motifs qui conduisent à présenter des versions différentes de ce bilan financier. En raison de l'unicité du patrimoine d'un établissement public de santé, un seul bilan commun à l'ensemble des activités, activités sociales et médico-sociales comprises, est présenté à la clôture de l'exercice. Une harmonisation semble possible en retenant les mêmes options sur le calcul des agrégats financiers : inscription ou non des dettes sur fournisseurs d'immobilisations dans le BFR (et donc choix de différencier ou pas un BFR « d'exploitation » et un BFR « hors exploitation »), maintien ou pas des fonds déposés par les résidents en trésorerie passive, retraitement du compte 165 des cautions versées etc...

L'impact de la démarche certification/fiabilisation des comptes

Rappel de la procédure

Comme l'avait proposé le Conseil de normalisation des comptes publics (CNoCP), les établissements publics de santé corrigent « *en situation nette* » les erreurs commises au cours d'exercices antérieurs, c'est-à-dire au sein des passifs du haut de bilan plutôt qu'au compte de résultat de l'exercice au cours duquel elles sont constatées. Cette disposition s'applique même lorsque les corrections d'erreurs concernent des opérations qui auraient dû, lors des exercices antérieurs, transiter par le compte de résultat.¹³

La situation nette est définie par l'article 434-1 du plan comptable général (PCG) comme suit : « *Au sein des capitaux propres, la situation nette est établie après affectation du résultat de l'exercice. Elle exclut les subventions d'investissement et les provisions réglementées ...* »

Concrètement pour les EPS, la situation nette comprend tous les comptes 10 et les comptes de report à nouveau excédentaire (110) ou déficitaire (119). Ne figure pas le compte 12 puisque la situation nette est obtenue après affectation du résultat. Le compte impacté au sein de la « situation nette » varie selon la nature des corrections opérées.

Les corrections d'erreurs en situation nette

Les corrections d'erreurs « en situation nette » retenues dans la démarche certification des comptes modifient le bilan comptable, donc le bilan financier. L'origine de la trésorerie doit pouvoir s'expliquer par comparaison du haut et du bas du bilan à travers les valeurs bilantielles que sont le fonds de roulement net global (FRNG), le besoin en fonds de roulement (BFR) et la trésorerie, alors même que ces valeurs bilantielles seront impactées par ces corrections. Quelles peuvent être les conséquences de ces corrections sur la lecture des bilans financiers ?

Prenons un exemple à partir d'une situation réelle : Etablissement engagé dans la certification de ses comptes en 2016, ce centre hospitalier a enregistré les corrections d'erreurs suivantes présentées ici par compte budgétaire:

	n° compte	montant	n° compte	montant	
	Débit		Crédit		
Assurance dommage ouvrage mandaté par erreur en classe 2					
	10682	719 756	21311	719 756	
	28	304 838	10682	304 838	
	486	804 433	21311	804 433	
Régularisation amortissements enregistrés avant mise en service					
	28	10 233 326	10682	10 233 326	
Régularisation amortissements par composants ¹⁴					
	10682	1 200 225	28	1 200 225	
Ajustement provisions CNR ¹⁵					
	119	3 245 375	158	2 928 126	
	110	101 928	4686	419 177	
Ajustement allocation retour à l'emploi personnel non médical					
	119	51 865	119	3 071	
			110	171	
			158	48 623	
Ajustement provision compte épargne temps (CET) personnel non médical					
	119	458 141	1532	488 153	
	110	30 011			
Ajustement provision CET personnel médical					
	119	112 914	1531	113 843	
	110	929			
Ajustement Provision réglementée C.142					
	142	895 387	10682	895 387	

(13) Instruction comptable M21 2017, chapitre 10, paragraphe 1.1.1 et 1.1.2

(14) Il est précisé que la période de retraitement des immobilisations concernées (ou période de convergence) a démarré à la diffusion de la fiche n°13, soit l'exercice 2014; cette date de démarrage de la période de convergence s'applique à l'ensemble des EPS, certifiables (vagues 1 à 3) ou fiabilisables et se termine fin 2018

(15) L'instruction M21 énonce le principe d'une provision pour paiement rétroactif des cotisations CNRACL suite à validation de périodes, tel qu'il a été affirmé par le décret n°2016-1101 du 11 août 2016 relatif à la validation des années d'études d'infirmier, de sage-femme et d'assistant social des agents affiliés à la CNRACL

GESTION FINANCIÈRE

Les conséquences sur le bilan financier

Après le passage des écritures de correction, le bilan financier a évolué. Le tableau qui suit affiche les valeurs initiales en 1ère colonne (avant les corrections d'erreurs en situation nette) et les valeurs bilantielles après cette intégration en 2^{ème} colonne :

- Bilan simplifié de la clôture de l'exercice avant et après les corrections

Biens			Financements		
	Avant corrections d'erreurs	APRES corrections d'erreurs		Avant corrections d'erreurs	APRES corrections d'erreurs
Biens stables			Financements stables		
TOTAL Immobilisations	239 414 475	237 890 287	Apports et subventions d'investissement	18 909 915	18 909 915
			Excédents affectés à l'investissement	11 655 679	21 169 250
			Amortissements (total)	97 902 288	88 564 349
			Dettes financières (à long terme)	109 104 067	109 104 067
TOTAL II	239 414 475	237 890 287	TOTAL I	237 571 067	237 747 581
Fonds de roulement d'investissement négatif	-1 842 526	-142 706			
Actifs stables d'exploitation			Financements stables d'exploitation		
Créances "article 58"	371521	371521	Réserves	363 333	363 333
			Résultat de l'exercice	20 656	20 656
			Reports à nouveau excédentaires 110	1 879 960	1 747 263
			Provisions réglementées	11 270 033	10 374 646
			Report à nouveau déficitaire 119	-2 905 041	-6 770 265
			Autres provisions et dépréciations	5 583 695	9 162 440
TOTAL IV	371 521	371 521	TOTAL III	16 212 636	14 898 073
			Fonds de roulement d'exploitation positif	15 841 115	14 526 552
			FRNG positif	13 998 589	14 383 846
Valeurs d'exploitation			Dettes d'exploitation		
Stocks	1 359 304	1 359 304	Total dettes d'exploitation	9 424 071	9 424 071
Total créances	19 231 512	19 231 512	Dettes sur immobilisations	626 520	626 520
Autres débiteurs	524 719	105 543			
Charges constatées d'avance	42 774	847 207			
TOTAL VI	21 158 309	21 543 566	TOTAL V	10 050 591	10 050 591
Besoin en fonds de roulement	11 107 718	11 492 975			
Liquidités			Financements à court terme	703 915	703 915
Disponibilités	3 594 786	3 594 786			
TOTAL VIII	3 594 786	3 594 786	TOTAL VII	703 915	703 915
Trésorerie positive	2 890 871				
TOTAL DES BIENS	264 539 091	263 400 160	TOTAL DES FINANCEMENTS	264 539 091	263 400 160

La variation des agrégats financiers est synthétisée dans le tableau suivant en affichant pour le haut du bilan la décomposition en fonds de roulement d'investissement (FRI) et fonds de roulement d'exploitation (FRE) :

	Comptes mobilisés	débit	crédit	Variation
FRI	compte 106 82 (ressources)	1 919 981	11 433 551	9 513 571
	compte 28 (ressources)	10 538 164	1 200 225	-9 337 939
	compte 2013 (emplois)		1 524 189	-1 524 189
	Total FRI			1 699 821
FRE	compte 110	132 869	171	-132 697
	compte 119	3 868 295	3 071	- 3 865 224
	compte 15		3 578 744	+ 3 578 744
	compte 142	895 387		-895 387
	Total FRE			-1 314 564
FRNG				+ 385 256
BFR	compte 486	804 433		+ 804 433
	compte 4686		419 177	- 419 177
	Total BFR			+ 385 256
Trésorerie				0

Les conséquences de cet enregistrement des corrections d'erreurs en situation nette n'ont pas d'effet, bien évidemment, sur la résultante de l'équation qui permet de calculer la trésorerie nette dégagée par la structure : Fonds de roulement – Besoin de fonds de roulement = Trésorerie.

Si la trésorerie reste identique, la composition du fonds de roulement et sa ventilation entre fonds de roulement d'investissement et fonds de roulement d'exploitation sont impactées :

- Le FRI augmente de + 1 699 820 dû à l'enregistrement de plus de 9,5 millions d'€ de l'excédent affecté à l'investissement, en partie compensée par la correction des dotations aux amortissements.
- Le FRE diminue de - 1 314 563 : il faut relever ici l'augmentation du report à nouveau déficitaire de près de 4 millions d'euros qu'il conviendra d'expliquer et de remettre en perspective lors de l'analyse de l'évolution de la structure financière.
- Le FRNG est donc affiché en progression de 385 257 comme le BFR¹⁶.

(16) Avec l'effet des arrondis

L'incidence de ces corrections sur les ratios de dette et dans une moindre mesure de vétusté est aussi précieuse à mesurer :

- L'encours de la dette est le même mais le ratio qui mesure la dépendance financière apparaît ainsi réduit de 3 points et demi : c'est la conséquence directe de la régularisation des dotations aux amortissements (qui ne sont pas incluses dans le calcul de ce ratio) par le c. 10682, excédent affecté à l'investissement.
- Enfin le taux de vétusté (vétusté comptable, rappelons-le) est significativement modifié du fait également des corrections des dotations aux amortissements.

Ratios	Réf TBFEPS Hospi Diag	Avant	Après
INDÉPENDANCE FINANCIERE	R21/F5D	70,1%	66,6%
APUREMENT DE LA DETTE		1,28	1,36
VÉTUSTÉ IMMOBILISATIONS CORPORELLES		41,1%	37,4%
- Constructions	F8D	34,1%	29,7%
FDR en jours d'exploitation	Volet 2/ F10D	40,23	41,34
BFR en jours d'exploitation	Volet 2/F9D	31,92	33,03

Conclusion

La construction du bilan financier a pour objectif de déterminer les indicateurs de structure financière. Et de proposer une analyse financière de la situation patrimoniale à N-1.

Des différences de conception ne facilitent pas la bonne lecture de ce document essentiel et une harmonisation dans le calcul des agrégats financiers qui le composent serait la bienvenue.

Enfin, il apparaît indispensable de mesurer et d'expliquer les conséquences des corrections d'erreurs en situation nette dans l'analyse financière rétrospective de la structure financière d'un EPS post procédure de fiabilisation des comptes. A contrario, la trajectoire financière pour les - a minima - 5 années suivantes pourrait être adossée à un diagnostic en partie erroné.

Rectification d'erreurs au compte 1022

Dans le cadre d'une instruction interministérielle publiée du 24 février 2017¹, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la direction générale des finances publiques (DGFIP) reviennent sur l'utilisation du compte 1022 "compléments de dotation-État" au sein de la nomenclature comptable M21 des établissements publics de santé. L'instruction précise les exercices concernés par la fiabilisation de ce compte. Elle propose une méthode alternative pour corriger soit au vu de la pièce justificative soit à partir du libellé de l'opération lorsqu'il est explicite pour ne laisser aucun doute sur l'erreur d'imputation. Elle actualise l'instruction interministérielle n° DGOS/PF1/DGFIP/CL1B/CE1B/2015/78 du 16 mars 2015 relative à l'utilisation du compte 1022 « Compléments de dotation - État » dans la nomenclature M21².

Jean-Bernard MATTRET

(1) Le texte de l'instruction peut être consulté à l'adresse : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/04/cir_42010.pdf

(2) Voir J.B. Mattret - "L'utilisation du compte 1022 « Compléments de dotation - État », *Finances hospitalières* n° 91 de mai 2015.

La réserve de la Cour des comptes

La levée de la réserve 5, relative aux immobilisations financières formulée par la Cour des comptes dans ses rapports annuels sur la certification des comptes de l'État nécessite de poursuivre les travaux de fiabilisation de la valorisation de la participation de l'État dans les établissements publics de santé. Pour mémoire, la valorisation des hôpitaux intégrés depuis l'exercice 2011 dans les comptes de l'État, correspond au cumul du solde au 31 décembre 2010 du compte 1022 « Compléments de dotation - État » dans la comptabilité des établissements publics de santé.

Parallèlement, à la suite des observations de la Cour des comptes dans le cadre de ses travaux de certification des comptes de l'État de 2015, il est nécessaire d'étendre la fiabilisation du compte 1022 « Compléments de dotation - État » aux exercices antérieurs à 2011.

A la suite d'une enquête menée auprès d'un échantillon d'établissements, la Cour des comptes estime, en effet, que la valorisation des hôpitaux dans les comptes de l'État correspondant au cumul du solde 1022 au 31 décembre 2010 retracé dans la comptabilité des établissements publics de santé est surestimée.

Les enjeux financiers

A fin 2010, la somme des soldes créditeurs du compte 1022 « Compléments de dotation - État » de l'ensemble des établissements publics de santé s'élevait à près de 4,6 milliards d'euros. De nombreuses opérations ont été comptabilisées depuis 2011 sur ce compte par des établissements, conduisant la somme de ces soldes créditeurs à atteindre plus de 4,8 milliards d'euros fin 2014. Or, sur la période, aucune des lois de finances n'a programmé de dotation en capital à des EPS. Aussi, en l'absence de disposition en loi de finances (absence de crédits budgétaires ouverts au budget général de l'État correspondant à des versements Etat au profit des EPS), le compte 1022 ne doit pas être mouvementé.

Une enquête menée auprès des agences régionales de santé sur la nature des financements comptabilisés au compte 1022 pour la période 2011 à 2013 a montré que ce compte a donné lieu, très majoritairement, à des erreurs

d'imputation liées à la confusion entre les participations de l'État et celles d'autres financeurs.

Face à ces constats, l'instruction interministérielle DGOS-DGFiP précitée du 16 mars 2015 relative à l'utilisation du compte 1022 « Compléments de dotation - État » dans la nomenclature M21 a rappelé les modalités d'enregistrement des opérations sur le compte 1022 et proposé des schémas de correction des écritures erronées.

Une action de fiabilisation a été menée, sur cette base, pour les exercices 2011 à 2015, et des écritures de corrections ont été enregistrées ; cette opération de fiabilisation a conduit à réduire le solde global du compte 1022, pour un montant estimé de 232 millions d'euros.

Enfin, à l'occasion des missions intermédiaires de 2015, la Cour des comptes a adressé un questionnaire à quarante-six établissements sélectionnés pour avoir comptabilisé des dotations de l'État entre 2011 et 2015 ; lors de ces travaux, la Cour des comptes a constaté une utilisation erronée du compte 1022 sur la période 2011-2015 impliquant des écritures de corrections et une fiabilité insuffisante du compte 1022 pour la période antérieure au 31 décembre 2010. 36 établissements ont été destinataires d'un questionnaire de la Cour des Comptes au cours de la mission intermédiaire de 2016.

Ces travaux complémentaires de fiabilisation des opérations enregistrées sur le compte 1022 « Compléments de dotation - État » sur les exercices antérieurs à 2011 doivent être réalisés (recensement des opérations en anomalie et correction des écritures) par l'ensemble des établissements, soumis ou non à certification à compter de l'exercice 2016 (opérations de fin de gestion incluses) et au plus tard avant le 31 décembre 2017 (date calendaire), en partenariat avec leur comptable.

Les travaux de régularisation

Si l'écriture à régulariser concerne l'exercice en cours, le titre émis au compte 1022 « Compléments de dotation – État » est annulé et un nouveau titre de recettes est réémis sur le compte ad hoc, avec décision de l'ordonnateur valant pièce justificative.

Pour les corrections sur exercices antérieurs, les écritures suivantes sont enregistrées :

- Imputation à tort d'un complément de dotation – autres comme complément de dotation - Etat :

Débit du compte 1022 (mandat) par le crédit du compte 1028x (titre) pour le montant du financement reçu

- Imputation à tort d'une subvention d'investissement comme complément de dotation :

Débit du compte 1022 (mandat) par le crédit du compte 13188 (titre) pour le montant brut du financement reçu

Débit du compte 13988 par le crédit du compte 10682 pour la reconstitution des transferts au compte de résultat de la subvention (opération non budgétaire - schéma CORR9 dans Hélios)

- Imputation à tort de crédits d'exploitation (classe 7) comme complément de dotation :

Débit du compte 1022 par le crédit du compte 10682 (opération non budgétaire - schéma CORR9 dans Hélios).

Les prérogatives de puissance publique de l'acheteur ne sont pas sans limites, sauf à s'exposer au risque contentieux !

Des droits sont reconnus à l'acheteur public en raison de la bonne gestion des deniers publics et des missions d'intérêt général qu'il poursuit. Si les centres hospitaliers bénéficient de prérogatives de puissance publique dans les contrats de la commande publique, les principes de loyauté, d'équilibre des relations contractuelles et de l'économie du contrat justifient que la procédure de passation soit encadrée. Illustrations.

Muriel TREMEUR

(3) Décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics.

Pas de police et taille de caractères imposés dans les documents de consultation !

Un marché public de prestations de service peut-il prévoir des documents exigeant que les candidats présentent leur candidature sous une certaine police et taille de caractères est-il légal ? La question a été posée au niveau ministériel à la suite du rejet d'une entreprise n'ayant pas respecté cette prescription⁽¹⁾. La réponse apportée permet de faire quelques rappels juridiques. Concernant tout d'abord la réglementation, l'ordonnance du 23 juillet 2015 prévoit que l'acheteur public ne peut imposer aux candidats que des conditions de participation à la procédure de passation propres à garantir qu'ils disposent de l'aptitude à exercer l'activité professionnelle, de la capacité économique et financière ou des capacités techniques et professionnelles nécessaires à l'exécution du marché public⁽²⁾. L'ordonnance précise que ces conditions sont liées et proportionnées à l'objet du marché public ou à ses conditions d'exécution. Quant au décret d'application du 25 mars 2016 de l'ordonnance sur les marchés

publics, il ne comporte aucune disposition concernant la forme selon laquelle les candidatures sont présentées⁽³⁾. Dès lors, le rejet d'une candidature fondé sur le non-respect de la présentation de forme est-il fondé juridiquement ? La réponse ministérielle se veut nuancée. En effet, si un tel rejet était contesté, le candidat évincé devrait faire un recours devant le juge compétent, ce dernier ayant alors pour rôle d'apprécier le motif du rejet. Ainsi, le fait d'imposer une police et une taille déterminées des caractères pour présenter une candidature pourrait être considéré par le juge comme excédant la capacité offerte à l'acheteur de s'assurer que le candidat présente les aptitudes professionnelle, technique et financière pour exécuter le marché. Pour autant, imposer une présentation de forme des documents du marché public semble peu en rapport avec l'objet du marché, et surtout aux objectifs définis par l'article 51 de l'ordonnance du 23 juillet 2015. Le rejet de la candidature justifierait un recours contentieux.

Ce point apporté permet de rappeler que le décret du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics a fait l'objet d'un recours pour excès de pouvoir. Pour rappel, l'article 30-I-

(1) Rép. min. n° 23976, JO Sénat Q, 2 mars 2017, p. 915.

(2) Voir article 51-I de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics.

8° dispose que les marchés publics répondant à un besoin dont la valeur estimée est inférieure à 25 000 euros HT peuvent être négociés sans publicité ni mise en concurrence préalable. Pour rejeter la requête en annulation, le conseil d'État a notamment précisé que cette faculté ouverte aux acheteurs se justifie par la nécessité d'éviter que ne leur soit imposé, pour des marchés d'un montant peu élevé, le recours à des procédures dont la mise en oeuvre ne serait pas indispensable pour assurer l'efficacité de la commande publique et la bonne utilisation des deniers publics et qui pourraient même, en certains cas, dissuader des opérateurs économiques de présenter leur candidature⁽⁴⁾.

Indemniser un candidat évincé selon une procédure irrégulière ?

Un EHPAD a lancé une procédure d'appel d'offres ouvert pour la passation d'un marché de construction d'une maison de retraite. Une société ayant présenté une offre pour l'attribution d'un lot « gros œuvre » a été informée du rejet de son offre. Elle souhaite obtenir auprès du juge administratif l'indemnisation des frais qu'elle a engagés pour la présentation de son offre, outre l'indemnisation du préjudice subi du fait de son éviction. Dans cette affaire, la société alléguait l'irrégularité de la procédure d'attribution ayant conduit au rejet de son offre en raison de l'absence d'encadrement des modalités de présentation des variantes dans les documents de consultation.

Le conseil d'Etat définit et expose le rôle du juge en ces termes : « (...) lorsqu'un candidat à l'attribution d'un contrat public demande la réparation du préjudice qu'il estime avoir subi du fait de l'irrégularité ayant, selon lui, affecté la procédure ayant conduit à son éviction, il appartient au juge, si

cette irrégularité est établie, de vérifier qu'il existe un lien direct de causalité entre la faute en résultant et les préjudices dont le candidat demande l'indemnisation »⁽⁵⁾.

Le conseil d'Etat est donc amené tout d'abord à vérifier l'existence alléguée de l'irrégularité par le candidat évincé à l'attribution d'un contrat public. En l'espèce, l'absence d'encadrement des modalités de présentation des variantes dans les documents de la consultation a été établie. Il en découle donc l'irrégularité de la procédure de passation qui méconnaissait l'article 50 du Code des marchés publics alors en vigueur. Toutefois, la société évincée réclamait la réparation du préjudice qu'elle estimait avoir subi du fait de l'irrégularité ayant, selon elle, affecté la procédure ayant conduit à son éviction. Dès lors, l'irrégularité étant établie, le Conseil d'État doit ensuite vérifier qu'il existe un lien direct de causalité entre la faute en résultant, et les préjudices dont le candidat demande l'indemnisation. En l'espèce, et alors même que la société n'était pas dépourvue de toute chance de remporter le marché, l'absence d'encadrement des modalités de présentation des variantes dans les documents de la consultation, n'a affecté ni la sélection des candidatures, ni le choix de l'offre économiquement la plus avantageuse, dès lors que les entreprises candidates n'ont pas présenté de variante. Dès lors, le conseil d'État a estimé que l'irrégularité de la procédure de passation n'ayant pas été la cause directe de l'éviction du candidat, il n'y a pas de lien direct de causalité entre la faute résultant de l'irrégularité et les préjudices invoqués par le candidat à raison de son éviction. La haute juridiction rejette sa demande de réparation des préjudices. Cet arrêt est d'autant plus intéressant qu'il fait suite à une

(5) Conseil d'Etat, 10 février 2017, n° 393720.

(4) « (...) la définition d'un seuil portant sur la valeur estimée du besoin constitue un critère objectif de nature à renforcer la sécurité juridique de la passation du marché pour l'acheteur et le candidat » (Conseil d'État, 17 mars 2017, n° 403768). L'arrêt ajoute que le décret prévoit ainsi des garanties encadrant cette faculté en précisant que l'acheteur veille à choisir une offre pertinente, à faire une bonne utilisation des deniers publics et à ne pas contracter systématiquement avec un même opérateur économique lorsqu'il existe une pluralité d'offres susceptibles de répondre au besoin.

saisie du conseil d'État après que la Cour administrative d'appel se soit prononcée comme juge de renvoi par la haute juridiction.

Éliminer l'offre d'un candidat pour une question de prix ?

(7) Rép. min. n° 96018, JO ANQ, 5 juillet 2016, p. 6325.

L'acheteur public dispose-t-il de la liberté d'attribuer ou non un marché à une offre qui dépasse son estimation initiale ? S'agit-il d'une offre inacceptable qui doit être éliminée au sens de la réglementation applicable ? Le ministre de l'économie et des finances répond de manière explicite : un acheteur peut « *toujours attribuer un marché à une offre qui dépasse son estimation initiale. En revanche, il éliminera les offres qu'il ne peut pas financer, autrement dit celles qui excèderaient les crédits budgétaires alloués au marché public* »⁽⁶⁾. La réponse est fondée sur le rappel des dispositions juridiques en vigueur. En effet, l'article 59 du décret du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics définit une offre inacceptable comme une offre dont le prix excède les crédits budgétaires alloués au marché public tels qu'ils ont été déterminés et établis avant le lancement de la procédure. L'article impose l'élimination des offres inacceptables dans les procédures d'appel d'offres et les procédures adaptées sans négociation. Cependant, dans les autres procédures, les offres inacceptables peuvent devenir acceptables à l'issue de la négociation ou du dialogue, à condition qu'elles ne soient pas anormalement basses. Une fois la négociation ou le dialogue achevée, les offres inacceptables ne seront donc pas automatiquement éliminées. Cette distinction apportée permet ainsi de rappeler que l'offre inacceptable ne correspond ni au budget annuel de l'acheteur, ni à une simple estimation. Une offre supérieure à l'estimation de l'acheteur peut être regardée comme acceptable si celui-

(6) Rép. min. n° 21407, JO Sénat Q, 22 sept. 2016, p. 4068.

ci est en mesure de la financer.

ci est en mesure de la financer.

La variation des prix amène à apporter des précisions sur les clauses « butoir » et de « sauvegarde ». Les clauses butoir ont pour objet de plafonner l'augmentation du prix⁽⁷⁾. L'acheteur public se contente de limiter le jeu de la clause de variation de prix en plafonnant l'augmentation possible au niveau fixé par la clause. Le contrat continue de s'exécuter, et le fournisseur est tenu de livrer les prestations au prix plafonné. La résiliation n'est pas possible. C'est pourquoi des clauses de sauvegarde sont souvent insérées de manière complémentaire car elles permettent la résiliation anticipée du contrat de manière unilatérale par l'acheteur, et sans indemnité. La résiliation permet de lancer une nouvelle consultation sur des bases de prix conformes à la pratique du moment. La remise en concurrence permet à l'entreprise précédemment titulaire de reconquérir le nouveau marché, et éviter qu'elle baisse la qualité de ses prestations en la contraignant à pratiquer un prix décalé par rapport aux conditions économiques réelles. Enfin, lorsque la clause de sauvegarde est utilisée seule, le prix n'est alors pas plafonné. Le prix proposé continue à s'appliquer, en cas de révision de prix par ajustement, ou calculé, en application d'une formule de révision de prix. L'acheteur a la possibilité de résilier le marché s'il n'a financièrement pas les moyens d'assumer cette augmentation, s'il escompte obtenir par un appel au marché de meilleures conditions, ou s'il peut substituer d'autres prestations à celles prévues par le marché. Dans toutes les hypothèses, ces clauses ont pour objet de préserver les intérêts à la fois de l'entreprise et de l'acheteur grâce à des décisions économiquement meilleures que la poursuite éventuelle de l'exécution du contrat.

Maîtriser la T2A et ses impacts sur la stratégie d'établissement

Roland CASH

Médecin, normalien, ancien responsable scientifique de la Mission Tarification à l'activité au Ministère de la Santé.

Préface de **Martine Aoustin**

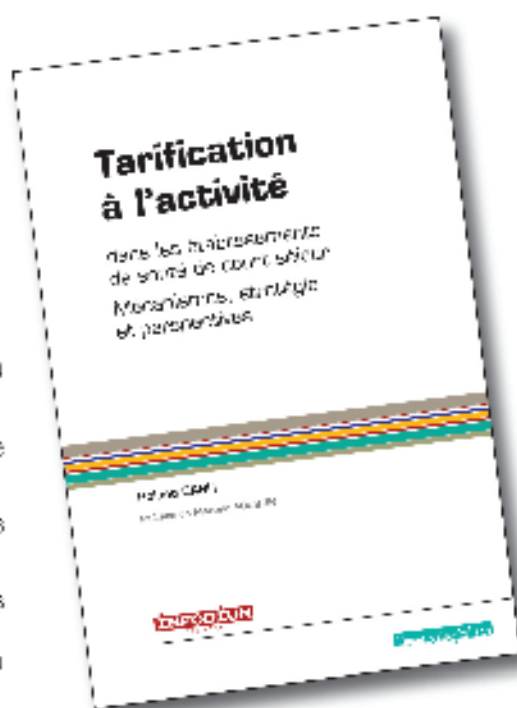
Comprendre le détail des mesures tarifaires en vigueur dans le secteur du court séjour.

Maîtriser les mécanismes de la T2A pour en comprendre l'impact sur la stratégie d'établissement et l'élaborer.

Une contribution éclairante et dépassionnée sur les débats et les perspectives autour du financement de l'hôpital.

Une approche opérationnelle de la T2A apportant des réponses aux questions que se posent les hospitaliers face à ces outils tarifaires :

- Quelles sont les marges de manœuvre en matière d'« optimisation » du codage ?
- Dois-je prolonger mes séjours pour éviter la décote de la borne basse ?
- Comment réagir face à un pôle déficitaire ?
- La T2A incite-t-elle à la sélection des malades ?
- Un exemple d'intégration entre réflexion stratégique, médicale et budgétaire : la chirurgie ambulatoire.



INFODIUM
EDITIONS
www.infodium.fr

BON DE COMMANDE

A retourner à Infodium, 69, avenue des Ternes 75017 Paris ou par télécopie au 01 70 24 82 80



<input type="checkbox"/> OUI, Je commande exemplaire(s) du livre « <i>Tarification à l'activité dans les établissements de santé de court séjour</i> » de Roland CASH (ISBN 978-2-85350-04-2) TVA : 0,5 % Participation forfaitaire aux frais de port (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC) TVA : 20 %	HT	TTC
	58,77	62,00
	5,00	6,00
	Total	<input type="text"/>

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

INFODIUM
EDITIONS

69, avenue des Ternes 75017 Paris
 Tél. : 01 81 07 95 78 Fax : 01 70 24 82 80
 courriel : contact@infodium.fr

Résultats provisoires des hôpitaux en 2016

DGOS – mai 2017

Présentées à l’occasion de la Paris Healthcare Week, les premières données laissent présager, tous budgets confondus, un déficit de 295 M€ en 2016, soit 0,4% des recettes, contre un déficit de 406 M€ l’année précédente. Un peu plus de la moitié des établissements sont en excédent alors que 5%, soit 39 d’entre eux, concentrent 50% des déficits. Les explications tiennent à la hausse de l’activité (séjours et séance) de 3,6% tandis que la masse salariale est maîtrisée à +1,43% et que les « gains achat » sont de l’ordre du demi-milliard d’euro. On note une baisse de l’investissement et en parallèle une stabilisation de l’encours de la dette.

Observatoire Finance Active de la dette des établissements publics de santé 2017

Avril 2017

L’année 2016 note un nouvel équilibre des conditions de gestion de dette du secteur hospitalier Français. Après plusieurs années délicates, le marché du crédit du secteur hospitalier aurait retrouvé ses marques : les durées d’emprunt se sont raccourcies, les taux d’intérêt de marché ont baissé et, globalement, de conditions de crédit en constante amélioration. L’année 2016 a vu le début de la « désensibilisation » systématique des encours de dette les plus risqués grâce au fonds d’aide mis en place par l’Etat. Le taux moyen de la dette pourrait ainsi avoir enregistré son niveau le plus bas au 31 décembre.

La coopération comme outil de performance

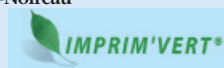
22 juin à Paris
Contact : EHESP et Arkéa

Rapport sur les saisines données activité 2010 à 2014

ATIH - avril 2017

Saisie dans le cadre du précontentieux à la suite d’un contrôle externe de T2A, l’ATIH présente son activité sur l’activité PMSI MCO des années 2010 à 2014. La publication permet de communiquer sur les divergences qui ont motivé des saisines, à l’initiative de l’UCR ou du directeur général de l’ARS, et de donner des exemples d’avis, choisis pour illustrer et rappeler les consignes de hiérarchisation et de codage des informations.

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 00038 - 69, avenue des Ternes 75017 Paris - tél : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60 - contact@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.1 - route de Vire, 14110 Condé-sur-Noireau
11 numéros par an - Abonnement 410 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

W114

1 an, 11 numéros,
et l'accès au site
www.finances-hospitalieres.fr
(consultation de la base de données)
au prix de **410 € 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 00038
69, avenue des Ternes 75017 Paris - tél : 09 81 07 95 76 - Tarif applicable du 1^{er} Janvier 2017 au 31 Décembre 2017.