
Directeur d'Hôpital

Promotion : **2016-2017**

Date du Jury : ***septembre 2017***

**Développer un tableau de bord de
pilotage stratégique et financier des
GHT : présentation de la démarche en
Région Pays de la Loire**

Célestin DURAND

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu Céline LAGRAIS, ma maîtresse de stage au Centre Hospitalier du Mans, qui m'a proposé cette mission de stage dans la continuité de laquelle s'inscrit la réalisation de ce mémoire. Précieuse pour son expertise financière et pour les conseils qu'elle a su me donner au bon moment. Je remercie également Christophe MAZIN, mon tuteur de mémoire pour la qualité des échanges que nous avons pu avoir, tant dans le cadre du mémoire que dans la démarche de travail de constitution des outils.

Mes remerciements vont ensuite à Guillaume CARO, directeur de la MARTAA, pour sa sympathie et pour la confiance qu'il m'a accordée dans le cadre de cette mission. Merci tout autant à Laurent avec qui nous avons pu travailler avec efficacité, dans le respect des exigences qui nous étaient imposées.

Merci enfin aux différents acteurs que j'ai pu rencontrer, Marylène VIALARET, M. Thierry HODEE et M. Yann LEQUET pour leur disponibilité et pour la pertinence de leurs remarques.

Plus personnellement, je remercie également ma compagne Rosa pour avoir daigné m'accorder quelques temps durant mes congés d'été pour me consacrer à la rédaction de ce mémoire.

Sommaire

Introduction	5
1. Le régime budgétaire et financier des GHT, un cadre ambitieux mais imprécis	8
1.1. Bref rappel sur les GHT.....	8
1.2. L'ambition originelle, rapidement abandonnée.....	9
1.3 La réglementation finale, plus modeste et imprécise.....	12
1.4 Une porte d'entrée avec la supervision financière : simple exercice technocratique ou réelle ambition ?.....	18
2. La boîte à outils développée en Région Pays de la Loire : présentation du tableau de bord de pilotage stratégique et financier des GHT	21
2.1. Une démarche pro-active et participative pour des outils opérationnels.....	21
2.2. Le tableau de bord des GHT : un outil d'accompagnement à la fois financier et performanciel.....	23
2.3. Les points bloquants en suspens.....	30
2.4. Au-delà de l'outil, les intérêts de la démarche pour les GHT.....	32
3. Propositions pour l'avenir : comment améliorer le cadre budgétaire et financier des GHT pour encourager la coopération ?	35
3.1. La fonction « finances » au service de la coopération : un levier à investir.....	36
3.2. Des propositions pour une réelle fonction « finances » partagée à l'échelle du GHT.....	37
Conclusion	48

Liste des sigles utilisés

ANCRE – Application Nationale Compte financier Rapport infra-annuel EPRD

ARS – Agence Régionale de Santé

BFR – Besoin en Fonds de Roulement

CAC – Commissaires Aux Comptes

CAF – Capacité d'Auto-Financement

CHM – Centre Hospitalier du Mans

CHT – Communauté Hospitalière de Territoire

CPOM – Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CSP – Code la Santé Publique

DGOS – Direction Générale de l'Offre de Soins

DIM – Département d'Information Médicale

EPRD – Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

FHF – Fédération Hospitalière de France

GHT – Groupement Hospitalier de Territoire

Loi HPST – Loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé, et au Territoire

IPDMS – Indice de Performance-Durée Moyenne de Séjour

MARTAA – Mission d'Accompagnement Régionale à la Tarification à l'Activité

MCO – Médecine, Chirurgie, Obstétrique

PDL – Pays De la Loire

PGFP – Plan Global de Financement Pluriannuel

PMSI – Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PMP – Projet Médical Partagé

PPI – Plan Pluriannuel d'Investissement

RIA – Revue Infra-Annuelle

ROB – Rapport d'Orientation Budgétaire

RTC – Retraitement Comptable

SIH – Système d'Information Hospitalier

Introduction

Introduits par la loi santé de janvier 2016 et son décret d'application d'avril, les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) ont vocation à permettre la définition d'une stratégie médico-soignante partagée entre les établissements publics de santé d'un même territoire. Plusieurs leviers peuvent être mobilisés pour venir en appui du déploiement de cette démarche collaborative. Toujours perçue comme stratégique par les établissements et les Agences régionales de santé (ARS), la fonction finances est un levier important qui présente de multiples avantages.

Dans un article de Finances Hospitalières de mars 2017, Gérard de Daran note ainsi que « la direction financière de l'établissement support deviendra [...] une direction financière territoriale pour construire "une trajectoire financière pluriannuelle GHT" »¹. On pourrait en effet imaginer à terme une centralisation du pilotage budgétaire au niveau du groupement. Pourtant à ce jour, la fonction finances ne fait pas l'objet d'une mutualisation obligatoire à l'échelle du GHT, contrairement à d'autres fonctions comme les achats ou le système d'information hospitalier (SIH). Trois dispositions issues de la réglementation relative aux GHT semblent néanmoins soutenir un début de convergence financière entre les établissements :

- La mise en place d'un budget commun, désigné « budget G » et annexé à l'établissement support du GHT (CRPA G) ;
- L'introduction d'une fonction Département d'information médicale (DIM) de territoire partagée au niveau du GHT ;
- L'examen conjoint par le Comité stratégique des documents budgétaires produits par les établissements parties au GHT, dont les conclusions sont transmises annuellement à l'ARS ; ce dernier point constitue la démarche de supervision financière.

La mise en œuvre des projets médicaux partagés ainsi que la convergence des fonctions supports conduiront *de facto* à des impacts sur la gestion financière et budgétaire des établissements de santé. Dans ce contexte, la recherche de solutions communes entre établissements du même territoire, en particulier en termes d'outils d'analyse financière et stratégique, devient un enjeu de premier ordre.

Les outils dont se doteront les GHT doivent répondre au double objectif de faciliter d'une part le pilotage du projet médical du GHT et de lui permettre d'autre part de se

1 Gérard de DARAN, « Directeur des finances : un métier en mutation », *Finances Hospitalières*, n°111, mars 2017

conformer aux exigences issues de la réglementation, en particulier celles résultant de la mutualisation des fonctions support et de la nouvelle procédure budgétaire.

C'est en ce sens qu'une démarche de travail très opérationnelle, à laquelle j'ai pu être associé, s'est développée en Région Pays de la Loire (PDL) au cours du premier semestre 2017. De cette démarche résulte un outil commun aux cinq GHT de la Région et à l'ARS, co-produit par les établissements eux-mêmes et la Mission d'Accompagnement Régionale à la Tarification à l'Activité (MARTAA), structure pilote du projet.

Si ce mémoire est l'occasion de présenter ma contribution à la création du « tableau de bord de pilotage stratégique et financier des GHT », il permet plus largement de réfléchir à la structuration budgétaire et financière des GHT. Dès lors, trois questions peuvent être posées :

- En quoi les outils mis en place répondent-ils aux objectifs de la réglementation financière en vigueur ?
- Comment garantir leur opérationnalité ?
- Quelles évolutions attendre en matière de réglementation financière pour les GHT ? Et comment faire évoluer les outils ?

L'objet de ce mémoire est finalement de réfléchir à la manière dont la structuration financière des GHT pourrait, à l'appui de cet outil commun, aboutir à la constitution d'une fonction finances partagée.

Il s'agira donc dans un premier temps d'examiner l'organisation budgétaire et financière des GHT prévue par les textes. Comment se structure le cadre budgétaire et financier des GHT et que recouvre l'analyse commune des trajectoires financières ? Nous montrerons que les dispositions financières issues de la réglementation demeurent éparses et peu précises, sans réelle cohérence de fond. A ce jour, il n'existe pas un texte général et structurant qui encadre ces nouvelles démarches (I).

Malgré ces insuffisances réglementaires, il convient néanmoins d'outiller les GHT et les ARS afin de favoriser la convergence budgétaire et financière des établissements. Les acteurs de la Région PDL ont ainsi développé une démarche collaborative et innovante afin de se doter d'un outil commun de pilotage. Présenté sous la forme d'un tableau de bord multifonctionnel, cet outil doit permettre de structurer la supervision financière et de favoriser le suivi de la performance des GHT (II).

L'opérationnalité de l'outil élaboré ne pourra toutefois être garantie que si des précisions sont apportées sur l'organisation concrète du régime budgétaire et financier des GHT. A ce sujet, une instruction de la DGOS dite de « supervision financière des GHT » est en cours de rédaction. Nous nous projeterons sur les dispositions qu'elle pourrait contenir

afin de tirer le meilleur de cette démarche de coordination dans le domaine budgétaire et financier à l'échelle des GHT, pour qu'à l'avenir émerge une fonction finances partagée (III).

1 Le régime budgétaire et financier des GHT, un cadre ambitieux mais imprécis

Articulés autour d'une stratégie de soins territoriale, via les filières médicales de prise en charge graduées et les fonctions support mutualisées, les GHT se sont vus dotés d'un cadrage budgétaire et financier. Celui-ci a vocation à accompagner la trajectoire de mutualisation des établissements et à garantir l'élaboration d'une stratégie de développement partagée entre les établissements parties, laquelle doit traduire l'organisation des soins visée par le projet médical du GHT.

Toutefois, cette ambition forte ne semble pas parfaitement soutenu par le contenu actuel de la réglementation, au caractère quelque peu décousu. Dès lors, diverses interrogations se font jour concernant la mise en oeuvre et les objectifs poursuivis en matière d'organisation budgétaire et financière des GHT.

1.1. Bref rappel sur les GHT

Institués par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, les GHT ont pour objet de renforcer la coopération entre établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire. L'objectif poursuivi à travers l'introduction de cette nouvelle forme de coopération peut être scindé en deux axes :

- L'axe « filières », développé à travers l'élaboration d'un projet médical partagé portant sur l'ensemble des activités hospitalières. Il s'agit de garantir aux patients une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité, et de mettre en place une gradation des soins hospitaliers, depuis les soins de proximité jusqu'aux soins de recours. Des stratégies médicales et soignantes de territoire, orientées par les besoins de santé de leur bassin d'implantation, doivent pour cela être développées.
- L'axe « fonctions supports » visant à encourager les stratégies de coopération sur des fonctions administratives, médico-techniques et logistiques. Cet axe a principalement vocation à conduire à des rationalisations et à promouvoir les économies d'échelle via les mutualisations.

Ces deux axes ont pour objet d'améliorer l'efficacité du service public hospitalier dans un environnement concurrentiel, l'objectif étant *in fine* d'aboutir à une élévation de la qualité de la prise en charge globale du patient, grâce à une stratégie de groupe.

De nature transversale, la fonction finances apparaît comme un levier intéressant pour favoriser ces trajectoires de convergence entre les établissements publics. La stratégie

budgétaire d'un établissement traduit en effet ses objectifs en matière de positionnement territorial. Il est donc cohérent que, depuis quelques années, les pouvoirs publics ciblent progressivement cette fonction comme vecteur potentiel de solidarités et de développement dans le service public hospitalier.

1.2. L'ambition originelle, rapidement abandonnée

Depuis le début de la décennie 2010, les pouvoirs publics appréhendent la gestion financière hospitalière comme un levier potentiel des démarches de convergence, de mutualisation et de rationalisation entre établissements publics de santé. Dans la continuité des discussions qui ont émergé à l'occasion de la création des Communautés hospitalières de territoire (CHT), des dispositifs financiers spécifiques au GHT ont été institués par la nouvelle réglementation.

a. Les dispositions ayant accompagné la mise en place des CHT

L'idée d'une trajectoire budgétaire et financière partagée entre établissements publics de santé d'un territoire remonte à la mise en place des CHT, innovation de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire (dite « loi HPST »). Pour accompagner cette nouvelle réforme dans le visant à renforcer les coopérations et mutualisations entre les établissements de santé, la loi avait en effet prévu deux dispositions de nature financière.

D'abord, la loi disposait que « la convention de CHT définit (...) les modalités de mise en cohérence des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, des projets d'établissement, des plans globaux de financement pluriannuels et des programmes d'investissements des établissements »². Sans précisions réglementaires, ce point n'a pas fait l'objet de développement particulier par les différents acteurs des CHT. Bien qu'il soit exprimé dans d'autres termes, cet objectif de mise en cohérence des PGFP entre établissements d'un même groupement est toutefois reconduit dans le cadre de la réforme introduisant les GHT.

De plus, la loi HPST avait prévu l'instauration de comptes combinés à l'échelle des CHT. Le décret d'application de cette disposition, datant du 23 avril 2011 précise que ceux-ci devaient résulter « de l'agrégation des comptes annuels de l'ensemble des établissements

2 Ancien article L6132-2 du Code la Santé Publique, modifié par la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 – article 22 – portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire

publics de santé parties à la convention, après retraitements éventuels »³. La combinaison devait porter à la fois sur le bilan ainsi que sur les comptes de résultat de l'ensemble des établissements parties.

S'apparentant au système de consolidation des comptes existant dans le secteur privé, la combinaison des comptes a vocation à neutraliser entre les entités publiques considérées les créances et dettes réciproques et les flux de produits et de charges entre ces entités. Ce mécanisme permet d'aboutir à une image précise de la structure bilancielle et de résultat du groupement, par l'exclusion des opérations redondantes qui résulteraient de la simple addition des comptes (par exemple, les prestations inter-établissements au sein du groupement ou encore les mises à disposition de personnel médical entre établissements du groupement etc.).

Aucune entité juridique chapeau n'avait cependant incité les établissements à établir ces comptes combinés qui, *in fine*, n'ont pas vu le jour.

En somme, la loi HPST a posé le principe d'une analyse budgétaire et financière portée à l'échelle d'un groupement territorial d'établissements publics. Restée lettre morte, cette première tentative de structurer un processus financier commun est relancée aujourd'hui par le mouvement sur les GHT.

b. La version initiale du projet de loi santé : vers une solidarité financière au sein des GHT

L'ambition de renforcer les coopérations et mutualisations entre établissements publics de santé, via l'introduction des GHT a relancé en effet les discussions autour de l'organisation budgétaire et financière d'un groupement public de territoire. Toutefois, les implications budgétaires et financières issues de la mise en place des GHT ne sont pas aussi abouties que ce qui pouvait être attendu.

A l'origine, le projet de loi santé soumis au Parlement ne comportait pas de dispositions permettant de définir le régime budgétaire et comptable des GHT. Comme le note Jean-Claude Delnatte⁴, l'étude d'impact était, elle aussi, muette sur le sujet bien qu'il eût été prévisible que le fonctionnement d'un groupement doté de larges compétences serait de nature à générer entre les établissements membres des flux financiers qu'il convenait d'organiser, juridiquement et comptablement.

3 Décret n°2011-206 du 23 février 2011 relatif aux comptes combinés des communautés hospitalières de territoire

4 Jean-Claude DELNATTE, « Le régime budgétaire et comptable applicable au groupement hospitalier de territoire : un cadre encore perfectible », *Finances Hospitalières*, n°113, mai 2017

Remis au Gouvernement au mois de mai 2015, le Rapport intermédiaire Hubert Martineau a pourtant émis des propositions ambitieuses en matière de gestion budgétaire et comptable⁵. Ses rédacteurs faisaient le constat qu'une répartition cohérente des activités de soins sur un territoire ne sera possible que si sont apportés des aménagements aux effets concurrentiels du mode de financement, lesquels s'appliquent y compris entre les établissements publics de santé. « La mise en place de mécanismes de solidarité financière entre les établissements de santé d'un même GHT est l'une des conditions *sine qua non* de réussite pour l'élaboration d'une véritable stratégie de prise en charge partagée ». Cette solidarité financière pouvait prendre deux formes évoquées par le rapport :

- Une solidarité budgétaire : le dialogue de gestion entre les établissements et les ARS doit désormais s'inscrire dans le cadre des GHT
- Une solidarité de trésorerie : à l'image des dispositifs de cash-pooling des sociétés privées, une gestion centralisée de trésorerie entre les établissements parties au GHT serait de nature à améliorer la qualité comptable. Cette solidarité de trésorerie présenterait de plus l'avantage celui de réduire les frais bancaires des membres en insuffisance de trésorerie issus de la mobilisation de lignes de trésorerie ou d'emprunts, et de permettre un partage de l'utilisation des trésoreries excédentaires des membres.

A la réception des propositions de ce Rapport intermédiaire, le Gouvernement présente un amendement de réécriture globale de l'article portant sur les GHT en le complétant notamment par ce paragraphe : « Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution et dans un délai d'un an suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance des mesures permettant de mettre en place une trésorerie commune entre les établissements publics parties d'un même groupement hospitalier de territoire ». Il n'aura fallu que quelques jours seulement pour qu'un nouvel amendement gouvernemental supprime la référence à une trésorerie commune, en précisant simplement que l'ordonnance devra « définir les règles budgétaires et comptables qui régissent les relations entre les établissements publics parties d'un même GHT ».

Par décision du 21 janvier 2016 (décision 2015-727 DC), le Conseil Constitutionnel, a finalement censuré pour erreur matérielle et sans se prononcer sur le fond, l'habilitation prévue pour légiférer par voie d'ordonnance au sujet des règles budgétaires et comptables des GHT. Cette censure résulte d'un oubli de pure forme de la part des rédacteurs du projet de loi : l'absence de disposition fixant la date à laquelle le projet de loi de ratification des ordonnances devrait être déposé devant le Parlement.

5 Jacqueline HUBERT et Frédéric MARTINEAU, Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport intermédiaire, mai 2015

De fait, au terme du processus législatif, le Gouvernement se trouve privé d'habilitation pour définir plus avant le régime budgétaire et comptable des GHT. La loi santé ne contiendra donc que diverses dispositions éparses que nous présentons dans la partie suivante.

1.3. La réglementation finale, plus modeste et imprécise

Si le pilotage financier des établissements de santé ne fait donc pas partie du périmètre des fonctions support mutualisées, les dispositions financières ne sont pas totalement absentes des textes sur les GHT. Celles-ci sont de nature à renforcer la convergence des trajectoires budgétaires et financières des établissements, à défaut d'en permettre un pilotage unique. Constitué de plusieurs bribes réglementaires, le cadre budgétaire et comptable applicable au GHT demeure néanmoins relativement imprécis et de ce fait perfectible.

a. Les dispositions finales de la loi santé

Le cadre juridique précisant l'organisation financière des GHT s'est construit tout au long de l'année 2016.

Première étape de ce processus, la loi de modernisation de notre système de santé, promulguée 26 janvier 2016⁶, crée les GHT. Dans son article 107 qui les consacre, elle contient plusieurs dispositions relevant du domaine budgétaire et financier. Deux d'entre elles doivent en particulier être relevées :

- La loi complète l'article L. 6143-4-2 bis du Code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé : « Pour chacun des établissements de santé parties à un groupement hospitalier de territoire, le directeur général de l'agence régionale de santé prend en compte l'ensemble des budgets des établissements du groupement hospitalier de territoire pour apprécier l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que le plan global de financement pluriannuel, mentionnés au 5° de l'article L. 6143-7 ». Cet article introduit en quelque sorte une « procédure budgétaire GHT » en instaurant le principe d'un examen conjoint par l'ARS des EPRD et PGFP des différents établissements du GHT.
- La loi prévoit que seront applicables aux établissements publics de santé, à compter de l'exercice 2020, les dispositions de l'article 13 de la loi n°85-11 du 3 janvier 1985, faisant obligation aux établissements publics de l'Etat qui contrôlent une ou plusieurs personnes morales ou exercent sur celles-ci une influence notable, d'établir et de publier des comptes consolidés.

6 Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Comme le note Yann Lequet, actuel Directeur de l'Appui à la performance de l'ARS Normandie qui a pris part aux échanges sur cette partie du projet de loi lorsqu'il travaillait à la DGOS, la disposition qui introduit le principe d'un examen conjoint avait initialement été insérée dans le texte de loi pour accompagner les dispositifs de solidarité de trésorerie prévue à l'origine. Conservée dans la loi, cette disposition se trouve finalement dénuée de son objet.

Ces dispositions législatives très générales ont fait émerger de nombreuses interrogations sur l'organisation de la procédure budgétaire au niveau des GHT. Comment la mettre concrètement en application ? Les textes qui ont suivi avaient pour objet d'apporter des précisions.

b. Les précisions éparses apportées par les autres textes

Les précisions apportées par les textes qui ont suivi la loi sont de deux ordres. Il s'est agi dans un premier temps de cadrer la nouvelle procédure budgétaire applicable au GHT, notamment en précisant la mise en oeuvre de l'examen conjoint des documents budgétaires des établissements parties. Dans un second temps, de nouveaux dispositifs financiers ont été créés pour accompagner les restructurations induites par la mise en oeuvre des projets médicaux partagés (CRPA G, investissements communs).

La nouvelle procédure budgétaire

Il était attendu du décret du 27 avril 2016⁷ mettant en oeuvre les GHT qu'il décline opérationnellement l'organisation de la nouvelle « procédure budgétaire GHT ». Cette dimension GHT s'intègre d'ailleurs dans le contexte plus global d'évolution des procédures budgétaires des établissements, portées par le décret du 16 décembre 2015⁸ et qui révisent notamment le calendrier. Se conjugue ainsi à la modification de la procédure budgétaire interne des établissements une nouvelle procédure budgétaire territoriale.

Finalement, les précisions apportées, dans l'ensemble limitées, se structurent en deux points. La procédure budgétaire GHT s'articulera autour d'un nouvel acteur, le Comité stratégique. Son intervention s'intègre dans un calendrier bien défini.

L'article R. 6132-21 du CSP dispose ainsi que « les établissements parties au GHT transmettent pour avis au Comité stratégique, au plus tard quinze jours avant la date limite

7 Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

8 Décret n°2015-1687 du 16 décembre 2015 relatif à la procédure budgétaire des établissements de santé

prévue au premier alinéa de l'article R. 6145-29, leur état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que leur plan global de financement pluriannuel ».

« Cet avis est transmis, au plus tard huit jours après cette date limite, au directeur général de l'agence régionale de santé, qui apprécie l'état des prévisions de recettes et de dépenses et le plan global de financement pluriannuel de chacun des établissements parties au GHT en prenant en compte l'ensemble des budgets de ces établissements ».

Le décret procède donc à une modification substantielle de la procédure budgétaire en insérant un dialogue nouveau entre le Comité stratégique et l'ARS. Par son avis, le Comité stratégique doit permettre d'éclairer le directeur général de l'ARS dans son analyse des trajectoires budgétaires de chaque établissement, sans toutefois s'y substituer. L'examen des documents budgétaires par l'ARS et les modifications de validation ou d'invalidation des EPRD en découlant devront tenir compte de l'avis du Comité stratégique qui lui sera soumis. Le Comité stratégique étant l'instance de pilotage du groupement, l'objectif est de favoriser la coordination des stratégies budgétaires des différents établissements, en vue d'en garantir la cohérence par rapport aux dynamiques de convergence.

Deux autres documents, à valeur non réglementaire, apportent des éclairages sur l'esprit de cette nouvelle procédure budgétaire territoriale.

Ainsi, l'instruction DGOS du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé indique que « la mise en place des groupements hospitaliers de territoire nécessitera d'adapter les modalités de supervision financière afin d'apprécier les situations individuelles, et notamment l'approbation de l'EPRD, à l'aune de la stratégie de groupe inhérente au projet médical partagé, tout en s'assurant que les efforts de redressement et de maîtrise des dépenses continuent à être réalisés par chacun des établissements »⁹. Dans la continuité des exigences fixées par la loi, l'instruction donne corps au principe selon lequel les EPRD et PGFP de chaque établissement du GHT doivent traduire la stratégie de groupe territoriale.

Mis en ligne le 24 mai 2016, le vade-mecum du ministère sur les GHT¹⁰ ajoute que l'enjeu est, pour le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS), de pouvoir apprécier l'impact budgétaire de la structuration au sein d'un GHT des activités de soins autant que des activités mutualisées sur la base, notamment, du projet médical partagé. Cet examen des EPRD permettra donc de mesurer, avec l'appui d'autres indicateurs, l'efficacité notamment économique de la « stratégie de groupe » mise en place à travers le GHT.

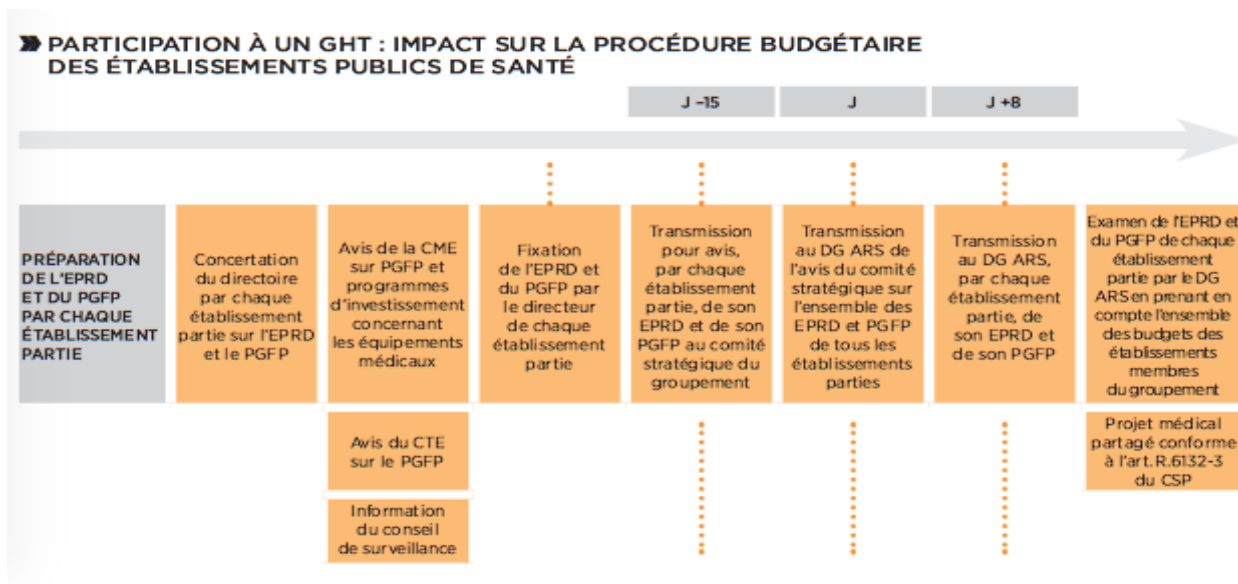
Ces textes affirment la nécessité pour le Comité stratégique de s'assurer de la cohérence des EPRD : celle-ci pourra s'apprécier par exemple dans la prévision de recettes

9 Instruction interministérielle n°DGOS/PF1/DSS/1A/DGFIP/CL1B/DB/6BCS/2016/64 du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé – page 4

10 Vade-mecum de la DGOS relatif au mode d'emploi pour la constitution des GHT, 24 mai 2016

d'activité mais aussi de charges, notamment de personnel, qui ont vocation à être mutualisées (par exemple : au fil de la mise en place des fonctions achats et SIH mutualisées, les titres 1 des établissements doivent baisser).

La DGOS expose dans son vade-mecum ce nouveau calendrier par la frise suivante :



On constate une divergence entre le calendrier posé par le décret et celui résultant de l'interprétation de la DGOS :

- En effet, il est indiqué dans l'article R 6132-21 que :
 - Le Comité stratégique dispose de trois semaines pour rendre ses avis, recevant des établissements parties les EPRD et PGFP à J-15 (15 décembre) et devant transmettre les avis à l'ARS à J+8 (8 janvier)
 - Les EPRD et PGFP des établissements doivent être transmis à l'ARS au plus tard le 1er janvier
- A l'inverse, la frise de la DGOS fait apparaître que :
 - Le Comité stratégique dispose de deux semaines pour rendre ses avis, recevant des établissements parties les EPRD et PGFP à J-15 (15 décembre) et devant transmettre les avis à l'ARS à J (1er janvier)
 - Les EPRD et PGFP des établissements doivent être transmis à l'ARS au plus tard le 8 janvier

Au total, les dispositions contenues dans la réglementation ainsi que les précisions de la DGOS apportent des éclairages tant sur l'organisation de la procédure budgétaire GHT que sur l'esprit qui préside à sa mise en oeuvre. Mais ces dispositions restent insuffisantes et contradictoires : elles compliquent ainsi cependant la projection des acteurs dans ces nouvelles phases budgétaires.

Les opérations mutualisées : le CRPA G et les investissements communs

Deuxième axe du cadre budgétaire et financier donné aux GHT, la mise en place du CRPA G et l'ingénierie des investissements communs ont vocation à accompagner la mise en oeuvre des restructurations territoriales découlant du pilotage du projet médical partagé. Ces dispositifs comptables devaient répondre à une double exigence.

Dans un souci d'opérationnalité, ils se devaient d'être suffisamment directifs. Il s'agissait en effet de ne pas reproduire le même modèle existant pour les Groupements de coopérations sanitaires (GCS) qui laisse une autonomie trop importante aux membres dans la détermination de la clé de répartition : l'expérience a montré que cela tendait à alourdir la procédure et à générer une perte de temps.

Ensuite, ces dispositifs devaient être simples d'utilisation et transparents de manière à permettre un partage des coûts juste et intelligible pour tous les établissements.

Répondant à ces deux exigences, deux arrêtés sont venus préciser le cadre comptable de la mise en place des GHT.

L'arrêté du 10 novembre 2016¹¹ relatif à la clé de répartition déterminant la contribution des établissements parties à un GHT aux opérations concernant les fonctions et activités mutualisées. L'arrêté du 23 novembre 2016¹² relatif à l'instruction budgétaire et comptable M. 21 modifie en conséquence la nomenclature comptable applicable aux établissements publics de santé en tenant compte des implications de l'instauration du GHT, tant sur le volet exploitation (CRPA G) que sur le volet investissements communs.

Sur le « volet exploitation », l'arrêté créé au sein de l'établissement support, le CRPA G. Celui-ci a vocation à retracer d'une part les charges d'exploitation afférentes aux fonctions mutualisées du GHT et d'autre part les contributions versées par les différents membres. L'arrêté définit précisément le mode de calcul des contributions des établissements au CRPA G. En l'absence de personnalité morale des GHT et donc de budget commun aux établissements, ce dispositif permet de partager les coûts relevant des fonctions administratives et supports mutualisées à l'échelle du GHT (achats, SIH, formation continue, DIM principalement). De même, des charges nouvelles liées à la définition et au pilotage du PMP peuvent également y être enregistrées (portage des PMP, consultants extérieurs etc.).

Ainsi, le déplacement d'un acheteur d'un établissement membre vers l'équipe de la fonction achats du GHT se matérialise comptablement par un transfert de charges de titre 1

11 Arrêté du 10 novembre 2016 fixant la clé de répartition déterminant la contribution des établissements parties à un groupement hospitalier de territoire aux opérations concernant les fonctions et activités mentionnées aux I, II, III de l'article L. 6132-3

12 Arrêté du 23 novembre 2016 modifiant les arrêtés du 10 juin 2014 et du 19 décembre 2014 relatifs à l'instruction budgétaire et comptable M. 21 des établissements publics de santé

de l'établissement partie sur le CRPA G. Financée par les contributions de l'ensemble des établissements, cette charge est désormais socialisée. Les produits du CRPA G sont enregistrés de la façon suivante : le compte 755 « Produits versés par les établissements membres » du CRPA G de l'établissement support est l'addition des contributions des établissements membres, comptabilisées au compte 653 du CRPP de chaque établissement membre.

Concernant les recettes, il doit être également noté que les GHT peuvent se voir accorder d'éventuelles subventions d'exploitation, comme par exemple dans le cadre du programme Hôpital Numérique.

Conçu de manière volontairement minimaliste, ce budget n'a cependant pas vocation à enregistrer des recettes mutualisées de T2A issues de l'activité médicale.

Sur le « volet investissement », l'avis du Conseil de normalisation des comptes publics (CNoCP) relatif aux modalités de comptabilisation des opérations d'investissements réalisées dans le cadre des GHT de juillet 2016¹³ a proposé une solution à court terme : les contributions à l'investissement versées par les autres établissements membres et reçues par l'établissement support peuvent être considérées comme des financements de l'actif, soit des subventions d'investissement, figurant à ce titre parmi les fonds propres de l'établissement support. Ces contributions devront être isolées dans un poste particulier des fonds propres de l'établissement¹⁴. Ainsi, l'arrêté précise que l'application de la clé du Budget G n'est pas obligatoire pour répartir les charges liées aux opérations d'investissement réalisées en commun au sein du GHT. Une autonomie est laissée aux GHT dans la détermination des contributions des établissements sur ce domaine.

Découlant de l'avis du CNoCP, le cadre comptable est le suivant : le compte 1316 mis en place dans l'établissement support retrace l'ensemble des contributions aux investissements communs effectués par les autres établissements membres (comptabilisées aux comptes 204 des établissements membres). Le compte 1396 enregistre lui les amortissements de la contribution aux investissements communs sur le compte de l'établissement support. Les établissements membres disposent également de nouveaux comptes pour amortir leurs contributions aux investissements (pas d'appauvrissement en termes de CAF).

Mais au final, le CRPA G et les dispositifs comptables pour les investissements communs représentent à ce stade davantage un moyen pour le GHT qu'une réelle

13 Avis préalable du CNoCP relatif aux modalités de comptabilisation des opérations d'investissements réalisées dans le cadre des GHT, 4 juillet 2016

14 Isabelle COLLIGNON et Jean-Claude DELNATTE, « La comptabilisation des opérations d'investissement réalisées dans le cadre des GHT - Avis du CNoCP du 4 juillet 2016 » *Finances Hospitalières*, n°106, octobre 2016

innovation susceptible d'impulser une dynamique de convergence budgétaire entre les établissements. Deux points illustrent particulièrement le recul par rapport aux ambitions d'origine.

Le budget annexe G « n'a pas vocation à retracer toutes les opérations en recettes et en dépenses liées à ces activités » : tout au plus servira-t-il à tenir compte « seulement [des] coûts de gestion inhérents au pilotage assuré par l'établissement support pour le compte des établissements parties », précise le décret. Pourtant, « les nouveaux dispositifs mis en œuvre exigent une véritable traçabilité en termes organisationnels et financiers des mesures de nature diverse prises par l'établissement en tant qu'individualité comme en tant que membre d'un GHT »¹⁵, indique M. Joseph Ifergan, expert comptable spécialisé dans le domaine hospitalier.

De plus, le législateur a différé l'impératif d'une consolidation des états analytiques et financiers des établissements intégrés à un même GHT. Une telle mesure permettrait en effet de fournir une information financière fiable sur l'ensemble GHT. En l'état actuel de la construction des comptes, un compte de résultat annexe ne comporte pas de compte de bilan : de fait, il sera délicat d'identifier la structure financière propre du GHT (fonds de roulement, BFR, Trésorerie, besoin de recours à l'emprunt ou de lignes de trésorerie etc.). A *contrario*, le bilan de l'établissement support sera grevé de ces opérations liées à l'activité du GHT.

Au total, la loi santé de janvier 2016 a été prolongée de plusieurs textes destinés à en préciser le cadre juridique. Mais la mise en place des GHT s'accompagne d'évolutions de portée inégale sur leur organisation budgétaire, financière et comptable.

1.4. Une porte d'entrée avec la supervision financière : simple exercice technocratique ou réelle ambition ?

Fragmentée, imprécise et insuffisante, la réglementation laisse en suspens un nombre important de questions.

Nous avons déjà noté que les nouveaux dispositifs comptables mis en œuvre, loin de soutenir l'ambition d'une fonction finances partagée, n'étaient destinés qu'à organiser les opérations mutualisées des établissements des GHT.

Nous pensons également que la « procédure budgétaire GHT » est insuffisamment précise.

15 Joseph IFERGAN, « GHT et nouvelle gouvernance financière », *Gestions Hospitalières*, n°561, décembre 2016

- S'agit-il en effet de faire du passage en Comité stratégique une étape purement technocratique de la procédure d'élaboration des EPRD et PGFP ?
- Ou l'objectif est-il bien de contribuer, par les discussions budgétaires entre chefs d'établissements, à l'élaboration d'une réelle stratégie territoriale entre les membres du GHT ?

L'état actuel des textes conduit à un entre-deux insatisfaisant qui laisse songer que l'une ou l'autre de ces hypothèses est envisageable pour l'avenir, en fonction du volontarisme de chaque territoire.

Il semble que l'esprit de la réforme soit d'impulser une démarche de convergence budgétaire et financière accompagnant les restructurations entreprises par les GHT. Ce principe d'examen conjoint des documents budgétaires découle de la logique générale présidant à la constitution des GHT, à savoir le déploiement d'une organisation de l'offre de soins publique cohérente et adaptée au niveau territorial. Dans un contexte où la contrainte budgétaire se resserre dans les établissements, ces dispositifs doivent permettre de soutenir toutes les pistes possibles de mutualisation et de rationalisation à l'échelle du territoire, tant en matière d'exploitation qu'en matière d'investissement.

Ambitieuse, cette démarche est toutefois insuffisamment appuyée par les textes. Ainsi, ceux-ci ne prévoient aucune indication sur le contenu de l'avis que doit produire le Comité stratégique ainsi que sur ses modalités pratiques d'élaboration. De même, les délais imposés dans la constitution des avis du Comité stratégique ne traduisent pas une volonté d'investir pleinement le levier budgétaire. « Le caractère tardif de l'intervention du Comité stratégique risque de rendre son avis assez formel, d'autant qu'il peut être transmis à l'ARS après l'envoi des EPRD sur lesquels il porte », note Jean-Claude Delnatte¹⁶. La difficulté d'appliquer ce délai court de deux à trois semaines dans la production d'une analyse complexe s'ajoute à la difficulté pour certains établissements d'appliquer déjà pour eux-mêmes le nouveau calendrier budgétaire resserré. Nous pouvons en effet douter du fait que tous les établissements parties d'un GHT soient en capacité de transmettre leur EPRD et PGFP dans les délais réglementaires au Comité stratégique : le principe d'un examen conjoint des documents budgétaires de tous les membres du GHT pourrait ainsi s'en voir compromis.

Trois effets pervers à l'organisation actuellement projetée de la « procédure budgétaire GHT » doivent être mentionnés :

- Elaboré *a posteriori*, une fois les EPRD et PGFP des établissements finalisés, l'avis du Comité stratégique risque de n'intervenir que pour constater les orientations budgétaires et financières envisagées, leur éventuelle cohérence ou déviance par

16 Jean-Claude DELNATTE, *op. cit.*

rapport à la logique de groupe, sans avoir de poids dans la modification, encore moins dans le pilotage de celles-ci ;

- Eloigné des objectifs découlant de la stratégie de groupe, l'avis ne saurait être le résultat d'une analyse approfondie et partagée des membres du Comité stratégique ;
- Rendu dans la précipitation d'un calendrier budgétaire toujours plus contraint, l'avis pourrait être vécu par les établissements parties comme une forme d'ingérence du Comité stratégique, voire de l'établissement support, dans leurs affaires budgétaires et financières, les établissements demeurant autonomes sur cette fonction.

Formel, formulé *a posteriori* de la construction budgétaire et ne résultant pas d'un examen partagé et approuvé par les établissements parties, l'appréciation rendue par le Comité stratégique risque d'être d'une portée et d'un intérêt limités, et de buter sur la fragilité de ses fondements¹⁷.

Le cadre budgétaire et financier des GHT instauré prévu par la réglementation apparaît donc insuffisant et imprécis. A défaut de territorialiser la fonction finances à l'échelle du GHT, ces diverses dispositions semblent néanmoins encourager la convergence budgétaire et financière entre les établissements.

Afin de soutenir cette ambition qui peut se révéler très structurante dans les réorganisations territoriales, il apparaît nécessaire d'outiller les GHT. C'est justement l'objet de la démarche conduite en Région PDL, présentée dans la partie suivante, et que j'ai eu la chance de pouvoir coordonner.

17 Assertions également issues d'un entretien conduit le 5 juillet 2017 avec Mme Marylène Vialaret, responsable du service de comptabilité du CHM

2 La boîte à outils développée en Région Pays de la Loire : présentation du tableau de bord de pilotage stratégique et financier des GHT

Malgré les manques et les imprécisions des textes, les établissements de la Région PDL ont convenu d'accompagner la constitution des GHT en créant notamment des outils adaptés. Les contraintes imposées par le législateur dans l'exploitation du GHT et dans l'élaboration et le suivi des prévisions budgétaires rendent en effet nécessaire « la mise en œuvre d'un système de comptabilité analytique et d'anticipation des données médico-économiques spécifique fiable pour une gouvernance efficiente du GHT, tant vis-à-vis de ses différents membres que vis-à-vis de sa tutelle ARS »¹⁸.

Dans une logique pro-active, les divers acteurs hospitaliers de la Région Pays de la Loire (PDL), accompagnés de l'ARS, ont déployé, tout au long du premier semestre 2017, une démarche visant à apporter précisément une réponse à ce besoin de partage de données financières. La démarche conduite dans la Région PDL résulte d'une double volonté à la fois d'organiser la supervision financière des GHT et de les doter des moyens de leur stratégie territoriale.

Autour de ces deux axes, financier et performanciel, permettant un pilotage budgétaire global des GHT, l'outil mis en place a finalement pour ambition de soutenir la structuration d'une fonction finances partagée.

Cette partie présente l'outil produit en Région PDL et cherche à en démontrer les apports.

2.1. Une démarche pro-active et participative pour des outils opérationnels

a. Les objectifs poursuivis

Les établissements de la Région PDL ont travaillé ensemble à l'élaboration d'un outil d'analyse des EPRD et PGFP et de pilotage budgétaire et financier des convergences à l'oeuvre. Cette démarche s'est articulée autour de trois objectifs :

- Permettre aux Comités stratégiques des GHT de la Région et à l'ARS d'examiner conjointement les EPRD et PGFP des établissements membres

18 Joseph IFERGAN, *op cit.*

- Faciliter le suivi par les instances du GHT des charges mutualisées, qu'elles relèvent de l'exploitation (CRPA G) ou des investissements mis en commun
- Permettre à la fois le contrôle du déploiement du projet médical partagé et de la convergence des fonctions supports, en mesurant notamment l'ensemble des gains, financiers et qualitatifs, associés aux mutualisations

Les deux premiers items sont de nature financière, traduisant l'organisation de ce que nous avons appelé la supervision financière des GHT.

Sur le terrain de la performance, le troisième item a vocation à rendre compte de la structuration progressive des GHT et à en soutenir le pilotage.

b. Une méthode de travail participative

Sur la base de ces objectifs, l'ARS Pays de la Loire (ARS PDL) a organisé en janvier 2017 une rencontre réunissant les directeurs financiers des cinq établissements supports des GHT¹⁹ de la Région ainsi que les coordonnateurs. L'ARS PDL a proposé qu'une démarche participative soit conduite dans la Région en vue de décrire et de créer ensemble les outils qui permettront d'animer ces nouveaux dispositifs. L'ARS ne concevait pas que ce projet soit mené dans une relation de tutelle envers les établissements, ces outils devant être d'utilisation commune et, par conséquent, faire l'objet d'un consensus afin de faciliter leur appropriation par l'ensemble des acteurs²⁰. Elle a toutefois fourni aux participants une liste récapitulative de l'ensemble des indicateurs dont elle dispose, pouvant être utilisés dans la constitution des outils.

Structure d'accompagnement des établissements sanitaires de la Région PDL, la Mission d'Accompagnement Régionale à la Tarification à l'Activité (MARTAA), dirigée par M. Guillaume Caro, a été désignée pour piloter ce projet. A l'appui de ses ressources internes en contrôle de gestion et de ressources externes en établissement, la MARTAA a mené la démarche en association avec les établissements et l'ARS.

Entre les mois de février et de juin, diverses rencontres ont ainsi été organisées afin de tenir compte des demandes spécifiques émanant tant des établissements que de l'ARS. Les directeurs financiers des cinq établissements supports de la Région ont eu l'occasion de soumettre à plusieurs reprises au groupe projet leurs attentes. Conduits avec une volonté opérationnelle, ces échanges devaient permettre aux acteurs d'entrer dans un niveau de détail significatif.

19 Les cinq établissements supports des cinq GHT de la Région PDL sont les suivants : le CHU de Nantes, le CHU d'Angers, le CH de La Roche-sur-Yon, le CH de Laval et le CH du Mans.

20 Issu d'un entretien réalisé le 22 juin 2017 avec M. Thierry Hoddée, responsable de l'unité Allocation des ressources", Direction de l'Accompagnement et des Soins, ARS Pays de la Loire

Une fois finalisés, les outils ont été présentés le 22 mai à l'occasion du COPIL Régional PDL de la Fédération Hospitalière de France (FHF) pour une validation générale par l'ensemble des futurs utilisateurs.

Une première expérimentation de ces outils dans les GHT de la Région PDL est projetée pour les Revues infra-annuelles (RIA) d'octobre et novembre 2017. L'outil est en cours de remplissage au CH du Mans, établissement support du GHT de la Sarthe.

Cette démarche de travail a été spécifique à la Région PDL. Pour autant, les conclusions du benchmark initial qui a été réalisé ont démontré l'absence de projet similaire au niveau des autres régions. Ces outils pourraient donc être par la suite diffusés à plus grande échelle si l'expérimentation régionale se révélait positive.

2.2. Le tableau de bord des GHT : un outil d'accompagnement à la fois financier et performanciel

Des exigences de simplicité, de clarté et d'opérationnalité des outils ont présidé à la démarche de travail. L'un des écueils aurait en effet été de développer des tableaux de bords trop lourds par souci de vouloir embrasser trop de paramètres. Elaborés sur Excel en utilisant les aspects pratiques du logiciel (présentation plié – déplié, liens hypertexte entre onglets), le livrable se compose au final de huit onglets très opérationnels.

L'outil²¹ est accompagné d'une notice explicative fournissant des précisions sur ses modalités concrètes d'utilisation (cf. annexe 1), afin d'en garantir l'appropriation par les acteurs. Celle-ci précise pour chacun des onglets les objectifs, la périodicité de remplissage ainsi que les acteurs pouvant être en charge de leur remplissage.

Conformément à la commande issue de la réunion de coordination de janvier 2017 organisée à l'initiative de l'ARS, le livrable rendu se présente en deux axes :

- « L'axe Finances » : Deux sous-objectifs se sont rapidement dégagés :
 - Cet axe a principalement pour objectif de permettre au Comité stratégique du GHT et à l'ARS de produire leur avis sur les budgets des différents établissements du GHT en considération des budgets de l'ensemble des établissements du GHT ;
 - L'outil intègre également le CRPA G et permet un suivi des investissements communs réalisés au niveau du GHT.
- « L'axe Performance » : Ce second axe répond également à plusieurs sous-objectifs :

21 En annexe 2, les différents volets des outils sont présentés de façon synthétique

- Il s'agit d'abord de doter les GHT d'un outil de suivi de la structuration des filières de prise en charge ;
- Le tableau de bord a également pour but de rendre compte des démarches de convergence entreprises par le GHT sur les fonctions support mutualisées ;
- Enfin, une compilation d'indicateurs issus du retraitement comptable (RTC) sur des secteurs administratifs, logistiques et médico-techniques doit permettre d'effectuer des comparaisons inter-établissements rapides.

En synthèse, à défaut de l'exiger formellement, la réglementation impose que soient constitués pour le Comité stratégique et pour l'ARS une maquette permettant l'analyse conjointe des EPRD et PGFP des établissements parties du GHT. C'est l'axe financier de l'outil. De plus, pour permettre de structurer le contrôle de gestion des GHT, des tableaux de bord de suivi de l'activité des filières et des impacts des restructurations sur les fonctions supports doivent être constitués. C'est l'axe performanciel de l'outil.

Il est apparu intéressant au groupe de travail de lier les deux enjeux à l'échelle du GHT afin d'offrir au Comité stratégique une vision financière et médico-économique globale (et pas seulement une approche budgétaire). Ainsi, les problématiques financières d'un établissement, traduites dans son PGFP, pourront être mises en relation avec les modalités de réalisation concrète de son activité et son positionnement sur le territoire en matière d'offre de soins et de fonctions supports, appréciées dans les outils relatifs à « l'axe Performance ». Le volet financier renseignera les GHT sur les résultats d'activité globaux des établissements tandis que le volet performanciel permettra d'en fournir les explications.

A l'issue de la présentation de notre tableau de bord au COPIL Régional de la FHF, M. Yvon Richir, directeur général du Centre Hospitalier de La Roche sur Yon, a pointé sa dimension trop financière, ajoutant que celui-ci se révélait insuffisamment tourné vers l'organisation et la qualité des processus de prise en charge définis au niveau des GHT. L'occasion nous a ainsi été donnée de rappeler que l'outil est amené à évoluer, tant au regard de la disponibilité effective des données que des retours qui feront suite à son expérimentation au moment des RIA d'octobre et novembre 2017 puis de l'élaboration des budgets à la fin de l'année.

Il convient désormais de procéder à une présentation plus précise de l'outil et de ses objectifs.

a. L'onglet introductif – Fiche identité du GHT

A caractère général, le premier onglet contient deux types de données :

- Des éléments de contexte sur la situation sanitaire du territoire du GHT : figurent des données portant sur la densité médicale libérale ou sur le nombre de groupements de coopération ;
- Des données relatives aux capacités, à l'activité ainsi qu'aux charges de personnel médical et non médical. Une première colonne agrège les données au niveau du GHT en année N : la colonne suivante établit la variation par rapport à N-1.
 - Les données relatives aux capacités déterminent le nombre de lits et/ou places dans les différents secteurs d'activité (MCO, SSR, Psychiatrie, SLD, EHPAD, HAD)
 - Les données d'activité distinguent le nombre de séjours et de séances par secteur d'activité. Il est également mentionné la part MCO sur les recettes d'activités pour rendre compte des évolutions budgétaires en T2A.
 - Enfin, les données RH différencient les ETP médicaux et non médicaux en distinguant leur part dans le titre 1 des charges de l'établissement. Le ratio T1 / Recettes d'activité calcule le poids des charges de personnel sur les recettes d'activité qui composent le calcul de la marge brute (comptes 70 -> 75 (à l'exclusion des comptes 76 -> 79)).

Cet onglet doit permettre de fournir des données fiables et transparentes aux acteurs des GHT. Il permet une lecture rapide des « forces en présence ».

b. L'axe Finances – onglets 2 et 3

Pour l'axe Finances, répondant à l'objectif de fournir un cadre d'analyse des EPRD et PGFP des établissements parties aux Comités stratégiques et à l'ARS, deux onglets distincts ont été constitués.

- *Suivi budgétaire et financier :*

Le premier onglet aligne en colonnes les EPRD des différents établissements du GHT, proposant en bout de ligne l'agrégation de l'ensemble pour constituer un « Total agrégé GHT ». L'outil reprend classiquement le déroulé de l'élaboration d'un EPRD : Compte de Résultat (avec un ciblage de certains comptes clés) >>> Capacité d'Autofinancement (CAF) >>> Tableau de Financement >>> Grandeurs bilancielle >>> Indicateurs de dette et d'investissement.

Présenté sur un modèle plié-déplié, l'outil se veut d'emploi pratique, en permettant une vision synthétique ou au contraire plus technique en fonction des objectifs de l'utilisateur. La vision synthétique pourrait être utilisée par le Comité stratégique auquel les documents

budgétaires de chacun des établissements seront présentés, tandis que la dimension technique aiderait les responsables financiers en charge des analyses de tous les documents transmis.

Comme précisé dans la notice explicative, il a été décidé de retenir un cadencement de remplissage à deux échéances annuelles :

- Au mois de décembre N, suite à l'élaboration de l'EPRD initial en vue de l'année N+1 (avec N, année d'élaboration de l'EPRD) ;
- Au mois de juin N+1, à l'issue de la décision modificative de l'EPRD faisant suite à la notification des tarifs par les autorités de tarification.

Il est à noter que la présentation, à la dernière colonne, de l'ensemble agrégé ne s'appuie pas sur un mécanisme de combinaison des comptes, la réglementation ne l'ayant pas prévu. Aussi, la lecture de ce tableau ne doit pas occulter les effets de redondance des créances et des dettes ainsi que des charges et produits, conduisant à gonfler artificiellement les volumes indiqués. *A minima*, la ligne « Contributions aux GHT » est grisée pour la colonne « Total agrégé GHT » de manière à annuler la redondance des charges inscrites aux comptes 653 des établissements et déjà comptabilisées au niveau du CRA G de l'établissement support.

- Budget G et investissements communs :

Le second onglet permet un suivi du CRPA G et des investissements communs réalisés par le GHT.

- Concernant le Budget G : un premier tableau expose les grandes masses. Celui-ci est accompagné d'un autre tableau déterminant les étapes de calcul des contributions des établissements membres. Est intégré à ce second tableau un indicateur déterminant le poids de la contribution de l'établissement membre, enregistrée au compte 653 de son compte de résultat dans le total de ses charges (total comptes de classe 6).
- Concernant les investissements communs : de la même manière que pour l'exploitation, un premier tableau retrace les investissements communs annuels, mis en parallèle avec les amortissements, ainsi que leur solde au bilan. Un second tableau détermine par établissement le taux de contribution aux investissements communs, décliné annuellement et pluriannuellement (total au bilan).

c. L'axe Performance – onglets 4 à 8

La boîte à outil de « l'axe Performance » proposée dans le tableau de bord a vocation à appuyer le pilotage de la stratégie territoriale des GHT et à faciliter la lecture de ses impacts, tant sur le volet médical (projet médical partagé) que sur le volet fonctions supports. 4 onglets ont ainsi été constitués.

– Convergence sur les fonctions support et Transferts de charge sur le Budget G :

A la frontière entre le pilotage financier et celui des fonctions support, le tableau de bord « Convergence » a vocation à relever les effets d'efficience et d'économies d'échelle d'exploitation issus de la mise en commun de certaines dépenses sur les différentes fonctions support, en particulier sur le Titre 1 (dépenses de personnel). Plus précisément, il s'agit, sur chaque fonction mutualisée, de suivre l'évolution des charges de personnel, lesquelles sont comptabilisées à un double niveau :

- Au niveau des établissements parties du GHT
- Au niveau du CRPA G, budget annexe de l'établissement support

Le total de ces charges, analysé de façon pluriannuelle, déterminera l'efficience globale et les éventuelles économies d'échelle générées par la trajectoire de mutualisation (ligne Total dépenses – Efficience globale). Celle-ci pourra être lue par le « le taux de convergence » qui traduit les effets de transfert de l'ensemble de ces charges des établissements vers le CRPA G. Pour la fonction Achats, les charges de Titre 2 et de Titre 3 (des comptes sont ciblés) font également l'objet d'un focus particulier.

Il est à prévoir que le niveau de charges sur les comptes correspondant à des charges mutualisées diminue. Par exemple, le passage des responsables de service informatique des Direction des systèmes d'information (DSI) des établissements membres à la DSI du GHT aura un impact sur l'évolution du titre 1. Ces charges de titre 1 devraient diminuer au niveau des établissements et se reporter sur le CRPA G. L'étude de l'évolution de ces charges de personnel au niveau des établissements ainsi qu'au niveau du CRPA G permettra de mesurer :

- Les économies globales réalisées par l'addition des montants de titre 1 constatées au niveau des établissements et au niveau du CRPA G : le « Total dépenses – Efficience globale » doit progressivement diminuer, ce qui témoignera des gains d'efficience liés à la mutualisation
- Le degré d'intégration de la fonction SIH au niveau du GHT : le taux de convergence calculé augmentera à mesure de la constitution de l'équipe SIH du GHT

Exemple pour la fonction – Systèmes d'information

SYSTEME D'INFORMATION	GHT		
	CF N-1	CF anticipé N	EPRD
Définition – périmètre : Evolution des charges de T1			
Etablissements (hors CRA G)			
Evolution %			
CRA G			
Evolution %			
Total dépenses - Efficience globale			
Evolution %			
Taux de convergence (CRA G / Total charges)			

Enfin, un tableau de convergence générale est également constitué : sur le même modèle que pour les tableaux par fonction, celui-ci compile l'ensemble des charges de titre 1 supportées par les établissements sur les fonctions support considérées, puis celles inscrites au CRA G, avant d'en calculer le total et de déterminer un taux de convergence global. Ce tableau permettra d'apprécier le niveau des réductions de charge de personnel provoqué par la mutualisation des équipes administratives. Il rendra également compte du degré d'intégration global des fonctions administratives et supports au niveau des établissements du GHT.

– Situation territoriale :

Venant en support des indicateurs de suivi du PMP (ci-dessous), l'onglet « situation territoriale » poursuit deux objectifs :

- Rendre compte, par spécialité médicale (champ d'analyse principalement portée sur le MCO) de la performance de l'organisation des soins du GHT, évaluée sur la base des grands indicateurs définis à l'échelle nationale : taux de recours aux soins, parts de marché du GHT par rapport au secteur privé, taux de fuite du GHT, IPDMS ou encore taux d'ambulatoire
- Déterminer par sous-zone au sein du GHT le niveau de satisfaction des besoins de santé de la population : les indicateurs portent ici sur l'offre de soins du territoire, l'état de santé général de la population du territoire, le rapport entre la consommation et la production des soins ou encore sur l'organisation des soins (taux d'adressage interne entre établissements du GHT – hors urgences, taux d'activité de recours etc.).

Cet onglet pourra permettre de déterminer par sous-zone les gains de parts de marché issus de la réinternalisation des filières et la réduction des effets de fuite. Ainsi, la mise à disposition de praticiens hospitaliers par l'établissement support dans un établissement périphérique permettra de maintenir dans ce secteur l'activité de sa spécialité : l'impact de cette mesure pourra être suivi à différentes lignes du tableau (parts de marché, taux de fuite etc.). Ces gains d'efficience issus de la réorganisation des filières et des coopérations public-public devront permettre d'accroître le volume d'activité des établissements du GHT, et d'augmenter en conséquence les recettes d'activité. Ces recettes d'activité seront traduites dans le volet financier de l'outil.

– Filières du Projet Médical Partagé :

Destiné à être personnalisé en fonction des GHT, cette partie du tableau de bord doit permettre un suivi des effets de la mise en œuvre du projet médical partagé (PMP), déclinés selon les indicateurs spécifiques aux filières. Une appropriation de cet outil par les coordonnateurs des GHT est nécessaire. Il reviendra en effet au GHT de retenir un fonctionnement interne permettant d'organiser le recueil des données. Des référents par filière pourraient ainsi être désignés.

Mis en regard de l'onglet précédent qui décline par sous-zone et par spécialité les évolutions d'activité (« situation territoriale »), cet onglet doit rendre compte de l'impact des filières. Pour toutes les filières, l'ARS pourrait fournir aux GHT les données sur les parts de marché et le nombre de séjours réalisés. Le tableau de bord donne ainsi des signaux positifs aux filières efficaces et des signaux d'alerte aux filières en difficulté. L'augmentation des parts de marché et de l'activité doit traduire l'amélioration de la performance de l'offre publique et de la satisfaction des besoins de santé sur le territoire.

Cet outil doit également permettre des comparaisons entre les GHT lorsque les indicateurs retenus pour les filières sont identiques.

– Comparaisons RTC inter-établissements :

Ce dernier onglet a vocation à permettre des comparaisons entre les établissements du GHT sur des données issues du retraitement comptable, appliquées à différents secteurs administratifs (Systèmes d'information, DIM), médico-techniques (Imagerie, Laboratoire) et logistiques (Restauration, Blanchisserie). Les données recueillies relèvent d'unités d'oeuvre telles que :

- Pour le DIM : la productivité dans le traitement des résumés PMSI
- Pour la blanchisserie : le coût de traitement du kilo de linge plat
- Pour la restauration : le coût moyen d'un repas patient

Une colonne GHT agrège les données des différents établissements sur les indicateurs de volumes et constitue la moyenne sur les unités d'oeuvre, en vue de permettre une comparaison des établissements sur ces indicateurs par rapport au périmètre du GHT.

2.3. Les points bloquants en suspens

Le tableau de bord devrait être mis pour la première fois à l'épreuve de la pratique pour les RIA d'octobre-novembre 2017 dans la Région PDL. A ce jour, demeurent trois difficultés opérationnelles majeures qui doivent être surmontées.

L'obstacle majeur concerne la définition des acteurs en charge du remplissage des tableaux de bord. Les règles d'utilisation et de remplissage ont été précisées dans la notice explicative. Toutefois, un travail de coordination doit encore être conduit afin d'arrêter le rôle des différents acteurs dans la démarche de compilation des données. Il convient de limiter au maximum le recours aux établissements des GHT dans ce travail de recueil et de compilation, lesquels réalisent déjà une production de données importante dans le cadre de leur propre gestion. Trop lourde et fastidieuse en effet pour l'établissement coordonnateur, notamment au regard du nombre d'établissements parties dans certains GHT, la charge de travail serait de nature à générer des effets défavorables sur la mise en œuvre de la démarche.

Pour cette raison, la notice explicative propose de s'appuyer principalement sur le rôle de centralisation de l'ARS, en particulier pour les onglets les plus denses, à savoir :

- Le suivi budgétaire et financier : issues des dépôts des EPRD et PGFP des établissements sur la plateforme ANCRE à laquelle l'ARS a un accès global, les données pourraient être insérées directement dans le tableau élaboré. Il serait pour cela intéressant de réfléchir à un mécanisme d'indexation automatique des données sur le tableau, permis par un interfaçage avec la plateforme. Sur cet onglet, l'ARS semble être le partenaire naturel pour centraliser les recueils des établissements et les transmettre ensuite au Comité stratégique pour analyse.
- L'onglet « situation territoriale » : Pour cet onglet qui comporte des indicateurs sur le territoire concernant l'organisation de l'offre de soins et les caractéristiques de la demande de soins, il apparaît également logique que l'ARS puisse coordonner le remplissage annuel.
- L'onglet introductif concernant la fiche identité du GHT : Il pourrait revenir au GHT de compiler au moins partiellement les données et indicateurs issus de la fiche identité du GHT. Désireux toutefois de limiter le recours aux établissements dans cette démarche, le groupe projet a jugé utile que l'ARS soit également mobilisée sur cet onglet.

Par ailleurs, il a été envisagé de prendre appui sur les ressources de contrôle de gestion de la MARTAA pour piloter le recueil d'informations pour certains onglets (Comparaisons RTC inter-établissements, Convergence). Dans l'hypothèse projetée, le GHT serait finalement en charge de deux onglets seulement :

- Le CRPA G et les investissements communs
- Le suivi des indicateurs de filière pour l'onglet concernant le pilotage du projet médical partagé

Finalement, cette phase de répartition des rôles dans la coordination du remplissage n'est pas aboutie. Les hypothèses ici indiquées émanent des propositions du groupe projet, présentées dans la notice explicative. Les échanges avec l'ARS à ce sujet doivent être poursuivies.

Le second obstacle est de nature technique : l'utilisation du tableau de bord nécessitera à terme de s'appuyer sur un système d'information performant. Les avantages d'Excel sont nombreux et bien connus il comporte aussi ses limites ; par exemple, particulier, le logiciel ne permet pas de produire instantanément des états analytiques. De fait, il peut conduire à des pertes de temps significatives. « Les routines conçues en interne sous Microsoft Excel ne permettent pas de répondre de manière efficiente aux nouveaux besoins à satisfaire dans la gouvernance financière des GHT »²².

Aussi serait-il nécessaire d'étudier les possibilités d'interfaçage de ce classeur avec d'autres plateformes d'informations. Cela suppose que les discussions sur la boîte à outil de pilotage des GHT soient poursuivies au niveau régional, voire étendues à un niveau national, afin d'examiner les solutions potentielles.

Enfin, l'accessibilité et la disponibilité des données ont été identifiées comme un dernier risque. Il ne fait aucun doute que pour le remplissage de la majorité des onglets, la recherche des données ne posera pas de difficultés particulières. Pour certains, en particulier les onglets « Situation territoriale », « Convergence » et « Comparaisons RTC inter-établissements », il convient d'aller plus loin dans la réflexion avec l'ARS pour s'assurer que les indicateurs exposés dans les tableaux de bord peuvent être effectivement fournis. De même, des précautions dans l'interprétation de certains indicateurs seront nécessaires compte tenu des biais potentiels issus d'effets de périmètre (notamment pour les données RTC) ou d'effets PMSI (les données de spécialités médicales, fournies par domaine d'activité, peuvent ne pas correspondre à l'activité réelle des unités médicales au sein des établissements car le domaine d'activité n'est pas l'équivalent de la spécialité, et de

22 Joseph IFERGAN, *op. cit.*

nombreuses spécialités n'ont pas de domaine d'activité comme l'infectiologie ou la médecine interne).

La prise en compte de ces trois risques demeure un pré-requis pour garantir l'opérationnalité de la démarche générale et l'appropriation des outils par l'ensemble des acteurs.

Il reste donc à ce jour des éléments à éclaircir qui nécessiteront de prolonger le dialogue avec les futurs utilisateurs des outils.

2.4. Au-delà de l'outil, les intérêts de la démarche pour les GHT

L'outil a bien entendu vocation à répondre aux objectifs principaux pour lesquels il a été constitué et qui sont décrits ci-dessus. Néanmoins, d'autres impacts de cette démarche partagée doivent être ici mentionnés pour en souligner tout l'intérêt.

L'intérêt principal de la démarche, relevé par les acteurs qui y ont été associés ainsi que par les personnes rencontrées pour la réalisation de ce mémoire, est de permettre le partage de données et d'indicateurs communs entre les différents établissements des GHT d'une part, entre les GHT et l'ARS d'autre part, et éventuellement même entre les GHT de la Région. Thierry Hoddée, responsable de l'unité allocation des ressources à la Direction de l'Accompagnement et des Soins à l'ARS PDL, note que l'accord sur des données communes permettra d'éviter les pertes de temps liées aux explications réciproques entre les parties sur les données divergentes qu'ils exposent. « Ce gain de temps réalisé sur des questions de forme permettra de privilégier l'analyse des données ».

L'outil favorisera également la fiabilité des données issues des établissements en garantissant une meilleure transparence dans leur transmission (transitant par ANCRE pour les données financières). Concernant les EPRD, il a été constitué de manière à permettre le renseignement des informations budgétaires et financières les plus précises possibles : les libellés et numéros de comptes ont été indiqués sur chaque ligne afin d'éviter de soulever des doutes dans le remplissage et dans l'interprétation de ces informations. Au cours d'une réunion de travail, M. Guillaume Caro, directeur de la MARTAA, note que « la simple mise à disposition des GHT de ces informations fiables et « prêtes à l'emploi » sera déjà une étape très positive pour la démarche que nous conduisons ».

A l'issue de la présentation au COPIL PDL de la FHF, Mme Cécile Courrèges, alors Directrice générale de l'ARS PDL, a rappelé que désormais, le dialogue de gestion conduit par les ARS avec les établissements publics de santé devra également être porté à l'échelle

des GHT. Il est à noter que le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) représente un outil dont l'objectif est de favoriser la complémentarité de l'organisation de l'offre de soins sur le territoire, dépassant le prisme « établissement »²³. Aujourd'hui conclus entre l'ARS et les établissements, les CPOM pourraient être conclus entre l'ARS et les GHT.

L'outil élaboré pourra alors fournir une première base partagée pour suivre et piloter l'atteinte des objectifs contractuels territoriaux déterminés dans le cadre de ce nouveau « dialogue de gestion GHT », qu'ils s'appliquent à l'activité de soins, à la couverture des besoins de santé de la population locale ou à l'évolution de la masse salariale partagée.

Enfin, cet outil étant partagé à un niveau régional, des comparaisons inter-GHT pourront accompagner les compléter intra-GHT. Point de convergence de l'ensemble des données, l'ARS serait en mesure de fournir ces éléments de comparaison aux différents GHT en vue d'encourager d'éventuelles démarches de benchmark sur l'organisation des filières ou sur des fonctions support logistiques ou médico-techniques. Les acteurs rencontrés relevant des différents GHT de la Région semblaient intéressés pour qu'un partage de ces informations, en particulier celles relevant de « l'axe Performance », soit organisé formellement.

Si la réglementation actuelle prévoit une procédure budgétaire intriquée entre les établissements partie par le biais du passage des EPRD et PGFP en Comité stratégique, elle ne donne cependant ni les solutions de procédure ni les outils techniques pour la réaliser. La démarche conduite en Région PDL résulte de la prise de conscience de l'intérêt d'une mise en commun d'un outil commun d'analyse stratégique et financière entre les acteurs du territoire concerné.

Reposant sur deux volets distincts (volet « finances », volet « performance »), l'outil mis en place doit permettre de structurer une fonction finance partagée à l'échelle du GHT si les acteurs s'en saisissent.

Ainsi, le premier volet doit faciliter l'examen conjoint des documents budgétaires et stratégiques des établissements du groupement. Avec un focus sur la performance des GHT, le second volet doit favoriser le suivi des mesures de restructuration engagées par le GHT afin d'en mesurer les impacts. Partagés entre les établissements du GHT et l'ARS, le tableau de bord étaye les discussions sur les orientations stratégiques du groupement.

Par son exhaustivité et son esprit collaboratif (co-construction, partage de la responsabilité du remplissage), l'outil peut servir de socle à la constitution d'une réelle fonction finances de territoire. Il pourrait être utilement diffusé à l'échelle nationale s'il

23 Guide méthodologique d'élaboration des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), Document de l'ARS PDL et des Conseils départementaux de la Région PDL, février 2017

démontre son opérationnalité dans le cadre de l'utilisation prochaine qui en sera faite par les établissements ligériens.

Son opérationnalité demeure toutefois sujette aux intentions des pouvoirs publics en matière d'organisation budgétaire et financière des GHT. A ce titre, l'instruction de supervision financière des GHT en cours de rédaction à la DGOS doit apporter les précisions nécessaires au cadre réglementaire existant. Encourageant les GHT à prendre appui sur un outil de cette nature, elle peut contribuer à faire émerger une fonction finances partagée.

3 Propositions pour l'avenir : comment améliorer le cadre budgétaire et financier des GHT pour encourager la coopération ?

Malgré l'introduction du CRPA G et du DIM de territoire mutualisé, la fonction finances n'émerge pas comme une fonction support réglementaire dans les GHT. Celle-ci demeure dans le champ de compétences propres des établissements, que l'on appelle « champ régalien ». Elle représente toutefois un levier important qu'il faut investir pour soutenir l'efficacité des coopérations entre les établissements.

Tous les textes relatifs au cadre budgétaire et financier des GHT ne sont pas encore parus. Un groupe de travail composé de la DGOS et de représentants des ARS et des établissements a été mis en place depuis septembre 2016 pour élaborer une instruction sur la supervision financière des GHT. Prévus initialement pour le premier semestre 2017, ce texte est désormais très attendu à l'aube du premier réel exercice budgétaire pour les GHT. S'il est espéré de cette instruction qu'elle apporte des clarifications sur les éléments de procédure laissés imprécis par la réglementation (cf. première partie), elle représente plus fondamentalement une vraie opportunité pour initier la constitution d'une fonction finances partagée au niveau des GHT.

Dans cette perspective, cette troisième partie a pour but de projeter un futur fonctionnement financier des GHT que l'instruction doit venir préciser. Nous réfléchissons sur les mesures qui pourraient permettre de dépasser le caractère formel de la procédure budgétaire obligatoire et d'investir plus avant le levier financier comme un vecteur de rapprochement entre les établissements du GHT et de restructuration territoriale. A cet égard, trois idées se dégagent :

- Faire de l'intervention du Comité stratégique dans la procédure budgétaire un réel levier de mise en cohérence des trajectoires financières et budgétaires des établissements du GHT
- Soutenir la mise en oeuvre de la stratégie de territoire en ayant recours de manière plus volontariste au CRPA G
- Encourager la mise en commun sur le territoire de ressources humaines et matérielles afin de favoriser la professionnalisation des équipes et des outils

3.2. La fonction « finances » au service de la coopération : un levier à investir

Le principe d'un examen conjoint à l'échelle du GHT des orientations budgétaires pluriannuelles des établissements parties doit être maintenu. Révélateurs des trajectoires de fonctionnement et d'investissement des établissements, les EPRD et PGFP se présentent en effet comme de véritables grilles de lecture des stratégies hospitalières. Les discussions qui président à l'élaboration des PGFP participent notamment à la définition du positionnement de l'établissement sur son territoire. Deux exemples simples peuvent en fournir la démonstration :

- Exploitation – La prévision de recettes d'activité : l'élaboration de l'EPRD nécessite pour les directions financières de projeter l'activité réalisable par l'établissement dans les années à venir. Il est possible de lire à travers ces projections la trajectoire de développement envisagée, tant en termes de segments d'activité médicale que sur l'offre médico-technique et logistique. Ainsi, les prévisions d'augmentation de recettes des établissements traduisent la stratégie de renforcement de certaines spécialités et la consolidation des parts de marché du GHT sur le territoire dans ces domaines.
- Investissement – Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) : les décisions d'investissement d'un établissement, traduites dans son PPI, ont vocation à ouvrir, poursuivre ou conforter une activité médicale, médico-technique ou logistique. Par exemple, le projet de construction de nouvelles salles de bloc opératoire par un établissement suppose qu'une demande de soins sur le territoire soit identifiée dans les spécialités chirurgicales ciblées. Cette nouvelle activité génère nécessairement des impacts sur le territoire et conduit à une évolution, voire une recomposition, au moins sectorielle, de l'offre publique locale en la matière ; ce faisant, elle repositionne le GHT par rapport au secteur privé.

Le principe d'une discussion financière territoriale à laquelle prendrait part les différents établissements parties au GHT, pourrait encourager la déclinaison de la stratégie de groupe et son contrôle commun. A cet égard, l'instruction de la DGOS du 4 mars 2016 précise que les établissements, afin de déterminer leur prévision de volume d'activité, devront s'appuyer notamment sur « les transformations induites par la recomposition de l'offre de soins sur le territoire et de leurs impacts sur les parts de marché de l'établissement ».

De même, cette discussion commune autour des orientations budgétaires et financières d'un établissement peut promouvoir le partage d'expertise. Celui-ci porte à la fois

sur des difficultés relatives à la gestion courante de l'établissement (dépenses d'intérim, réduction de l'activité sur certaines spécialités etc.) ainsi que sur les modalités essentielles de construction des EPRD et PGFP (prévision des dépenses et des recettes par exemple dans un contexte réglementairement et tarifairement mouvant). Cette solidarité inter-établissements du GHT pourrait se déployer sur plusieurs échelons :

- Entre l'établissement support et les établissements périphériques : si le partage d'expertise s'exprime dans les deux sens, il incombe tout de même à l'établissement support, qui concentre davantage d'effectifs et de compétences, de jouer un rôle spécifique de conseil auprès des établissements périphériques sur des difficultés particulières.
- Entre les établissements périphériques : des établissements périphériques de taille similaire peuvent partager des problématiques identiques, notamment sur le secteur médico-social.

En somme, les nouveaux éléments introduits par la réglementation doivent conduire à recommander une coordination budgétaire assez fine entre les établissements membres pour l'élaboration d'une vision consolidée et d'une trajectoire *in fine* commune.

Il faut se saisir de l'opportunité offerte par l'instruction de la DGOS pour renforcer ce nouveau processus budgétaire et pour soutenir la constitution d'une fonction finances partagée à l'échelle du GHT afin d'accompagner la restructuration de l'offre publique de territoire.

3.3. Des propositions pour une réelle fonction « finances » partagée à l'échelle du GHT

a. Faire de l'avis du Comité stratégique sur les EPRD et PGFP une étape stratégique

L'instruction sur la supervision financière de la DGOS, destinée à préciser le régime budgétaire et financier applicable aux GHT, doit dans un premier temps préciser la forme et le contenu de l'avis du Comité stratégique sur les documents budgétaires des membres du GHT. L'objectif consiste à ne pas réduire l'intervention du Comité stratégique à une simple formalité mais au contraire d'en faire une véritable opportunité.

Sur la procédure d'élaboration de l'avis

Deux interrogations doivent être soulevées et traitées conjointement par l'instruction :

- Comment permettre la tenue du calendrier imposé ?
- Faut-il que le Comité stratégique se prononce en aval ou en amont de la finalisation des EPRD et PGFP des établissements parties ?

L'une des difficultés issues de la réglementation et soulevées unanimement par les acteurs relève du calendrier prévu par le décret du 27 avril 2016 dans l'élaboration de l'avis du Comité stratégique. Trop serré, celui-ci ne serait pas de nature à garantir la qualité de l'appréciation du Comité stratégique, tant dans son produit final que dans ses modalités d'élaboration (notamment l'impossibilité d'une analyse conjointe par les différents établissements).

Dès lors, trois hypothèses peuvent être avancées :

- Hypothèse 1 : Maintien du calendrier prévu et de l'avis *a posteriori*

Si l'hypothèse d'une préservation du calendrier et de l'avis *a posteriori* prévus par le décret était retenue, il sera nécessaire de restreindre fortement les ambitions de l'examen des trajectoires budgétaires des établissements à l'aune de la stratégie de groupe. Des priorités en nombre très réduit devront être établies et lisiblement présentées.

- Hypothèse 2 : Modification du calendrier et maintien de l'avis *a posteriori*

En vue de laisser le temps aux établissements d'élaborer leur documents budgétaires et au Comité stratégique d'en faire une analyse de qualité, il pourrait être proposé de repousser les dates de transmission des EPRD et PGFP au Comité stratégique et des avis de ce dernier à l'ARS. En d'autres termes, l'idée est de desserrer le calendrier. Une proposition raisonnable peut être d'octroyer un délai d'un mois entre la réception des documents EPRD et PGFP par le Comité stratégique et l'envoi des avis à l'ARS. Cette exigence pourrait supposer de décaler la première date à la fin du mois de décembre et la seconde à la fin du mois de janvier.

- Hypothèse 3 : Maintien (ou évolution marginale) du calendrier et positionnement du Comité stratégique en amont de l'élaboration des EPRD et PGFP

Une solution intermédiaire et sans doute plus ambitieuse consiste à mettre en place une réelle « procédure budgétaire GHT » partagée qui fait intervenir le Comité stratégique en amont puis en aval de l'élaboration des documents budgétaires des établissements parties. Sur la base du projet médical partagé, le Comité stratégique pourrait déterminer *a priori* des grandes orientations budgétaires et financières du groupement (investissements communs). Celles-ci devront être de nature à cadrer les projections d'organisation d'activité et d'investissement de chaque établissement pour l'année à venir et les années suivantes,

dans un souci de mise en cohérence des stratégies. Cela pourra prendre la forme d'un rapport d'orientation budgétaire (ROB).

Pour résumer, à travers cette proposition, l'instruction pourrait enrichir la procédure budgétaire GHT d'une étape supplémentaire non prévue par les textes qui encouragerait *ex ante* la mise en cohérence des stratégies budgétaires des établissements et en faciliterait *ex-post* l'étude par le Comité stratégique. Il conviendrait cependant de veiller à contenir la lourdeur des procédures engendrées par l'introduction de cette nouvelle étape.

La forme de l'avis

La forme que doit recouvrir l'avis du Comité stratégique est tout aussi importante pour en garantir l'efficacité et l'acceptabilité par les établissements parties. L'écueil principal qui doit être évité serait de positionner le Comité stratégique comme un organe de contrôle et de sanction, ce qui générerait un risque d'ingérence dans les affaires budgétaires et financières des membres du GHT. Le Comité stratégique ne se voit en effet doter d'aucun pouvoir de désapprobation des EPRD et PGFP, ce pouvoir restant de la compétence exclusive des ARS. A ce titre, Y. Lequet a mentionné au cours de l'entretien le fait que l'ARS Normandie avait reçu au cours de l'exercice précédent des avis de Comités stratégiques désapprouvant les EPRD d'établissements parties. L'autonomie des établissements parties n'ayant pas été remise en cause par la réglementation sur la fonction budgétaire, le rôle du Comité stratégique doit se situer dans un registre d'incitation et de conseil et non dans un registre de validation. De même, une vigilance accrue doit être portée sur la question de l'hétérogénéité des compétences financières au sein d'un GHT : dans de nombreux cas, l'avis de l'établissement support dont les compétences sont plus étoffées, pourrait se confondre avec celui du Comité stratégique.

Dès lors, deux interrogations se posent : selon quelles modalités d'organisation et sous quelle forme le Comité stratégique doit-il élaborer l'avis de telle sorte qu'il ne soit pas vécu comme une immixtion remettant en cause l'autonomie des établissements parties ?

Concernant les modalités d'organisation, nous retenons la troisième hypothèse précédemment évoquée. En positionnant le Comité stratégique comme organisateur des échanges et non comme contrôleur en fin de processus, elle conduit à faire participer les établissements parties à l'élaboration de la stratégie budgétaire globale.

L'instruction pourrait proposer la mise en place d'un groupe de travail rassemblant les directeurs des finances des établissements et coordonnateurs de GHT qui aurait vocation à préparer les avis du Comité stratégique sur chacun des EPRD et PGFP des établissements.

Cette analyse pourrait s'asseoir sur la ligne budgétaire globale définie en amont. Ce processus devrait être en effet de nature à garantir le caractère consensuel de la production des avis.

Quant à la forme de l'avis, elle doit être en cohérence avec la mission de conseil qui revient au GHT. Des points d'alerte pourraient être soulevés, lesquels devront être pris en compte par l'établissement dans la procédure budgétaire de l'année suivante. Enfin, une partie concernant les recommandations du Comité stratégique pourrait être intégrée, cette instance agissant en vertu de son rôle de coordination du GHT.

Le contenu de l'avis

L'instruction doit déterminer les éléments budgétaires qui traduisent la stratégie de groupe et au regard desquels le Comité stratégique fonde son avis. Nous avons déjà pu, au cours de nos développements passés, émettre quelques pistes.

L'avis du Comité stratégique pourrait rendre compte de la sincérité et de la cohérence des prévisions budgétaires des établissements parties au regard des orientations de cette stratégie de groupe. Il pourrait s'articuler autour de deux volets : un volet « exploitation » et un volet « investissement ».

Le tableau de bord mis en place en Région PDL permettra au Comité stratégique de lire ces prévisions budgétaires. L'instruction peut ainsi encourager à l'utilisation d'un outil de cette nature.

– Le volet « exploitation »

Concernant les projections de recettes et de dépenses d'exploitation, trois sous-axes pourraient être intégrés dans les critères d'analyse des EPRD et PGFP des établissements parties, portant sur les recettes d'activité, les dépenses de personnel et d'achats.

En premier lieu, la projection des recettes d'activité : celle-ci doit tenir compte des réorganisations de l'offre de soins prévues dans le cadre du projet médical partagé, conformément aux dispositions mentionnées dans l'instruction du 4 mars 2016 de la DGOS. En effet, la structuration des filières au sein du GHT générera logiquement des variations d'activité dans les établissements. Ainsi par exemple, une stratégie de maintien d'une offre de proximité en matière de cardiologie dans les établissements périphériques via des consultations avancées assurées par des praticiens mis à disposition par l'établissement support devra être prise en compte dans les prévisions de recette sur cette spécialité, tant pour l'établissement périphérique que pour l'établissement support. L'établissement

périphérique pourra en effet prévoir des recettes issues des consultations (enregistrées notamment au compte 73121). Quant à l'établissement support, il pourrait escompter des recettes de séjours prévues au compte 73111, les praticiens adressant pour hospitalisation dans l'établissement support les patients qui consultent dans l'établissement périphérique. A ce titre, le DIM de territoire pourrait accompagner les établissements dans leurs prévisions de recettes d'activité par une analyse des impacts financiers issus du déploiement des filières.

Ensuite, le niveau des dépenses de masse salariale devrait être défini en fonction du niveau de mutualisation déterminé, en particulier sur les fonctions supports du GHT. Par exemple, le niveau de charges de titre 1 sur la fonction SIH devra être prévu en cohérence par rapport aux orientations stratégiques du GHT sur cette fonction.

Enfin, les projections de dépenses d'achats devront tenir compte de la stratégie achat du GHT. Elles pourront par exemple être élaborées en fonction d'un éventuel plan d'action achat constitué au niveau du GHT.

De même, la réorganisation de la biologie médicale de territoire conduite à l'échelle du GHT de la Sarthe permettra de réduire le coût unitaire des examens de laboratoire. L'établissement support, à savoir le CHM, met en place un laboratoire à réponse rapide capable d'absorber une part importante des examens que les établissements périphériques sous-traitaient auparavant auprès de prestataires privés. Cet effet volume permettra en effet à l'établissement support de proposer à ses partenaires des examens à moindre coût. Une fois ce dispositif opérationnel, les établissements périphériques pourront ainsi indiquer un niveau de charges plus réduit en matière de sous-traitance de laboratoire (enregistré au compte 61113) dans leur prévisions budgétaires.

– Le volet « investissement »

Grâce à l'outil, le Comité stratégique peut également porter une attention particulière aux opérations d'investissement projetées par les établissements. Celles-ci doivent être en cohérence avec le projet médical partagé et les évolutions des fonctions supports. La pertinence des plans pluriannuels d'investissement avec les infrastructures hospitalières du territoire existantes pourra ainsi être étudiée. Comme le rappelle Gérard de Daran dans un article d'octobre 2016, « l'analyse de l'opportunité et de la pertinence d'un projet d'investissement a vocation à se faire par rapport aux besoins du GHT et non plus du seul établissement demandeur »²⁴.

24 Gérard de DARAN, « Le Plan Global de financement pluriannuel 2017-2020 : les nouvelles règles du jeu », *Finances Hospitalières*, n°106, octobre 2016.

Concrètement, le Comité stratégique pourrait étudier l'évolution des comptes de classe 2 des établissements correspondant aux immobilisations, tant sur les investissements courants que sur les investissements nouveaux.

Concernant les investissements courants, la stratégie achats du territoire peut permettre de générer des gains financiers par les mutualisations. La mutualisation des achats de matériel informatique devrait permettre aux établissements de prévoir un niveau de charges plus modeste sur leur compte 21832. L'outil constitué permettra de veiller à cette évolution, à la ligne du tableau de financement intitulée « Opérations courantes ».

Le réel apport du Comité stratégique porte sur les opérations d'investissements nouveaux. Des économies pourront être faites en permettant au Comité stratégique de juger l'opportunité de certaines opérations d'investissement sur des secteurs qui pourraient faire l'objet de mutualisation tels que les secteurs médico-techniques (imagerie, pharmacie, laboratoire) ou logistiques (restauration, blanchisserie etc.)). La mutualisation des équipements entre établissements doit permettre de réduire les opérations coûteuses d'achats d'équipements nouveaux. A la ligne « Opérations majeures », l'outil permettra au Comité stratégique de découvrir par exemple qu'un établissement projette d'acquérir dans les années à venir un IRM (compte 2151). Une discussion politique pourra être engagée au sujet de cette opération si celle-ci semble incohérente par rapport à la stratégie du GHT en matière d'imagerie médicale. Les doublons d'équipements pourront ainsi être évités s'il ne sont pas justifiés médico-économiquement et coûteux pour les établissements.

Le partage de données financières peut ainsi permettre au Comité stratégique de jouer pleinement son rôle d'instance régulatrice et coordinatrice au niveau du territoire.

Il résulte de l'ensemble de ces propositions que l'avis du Comité stratégique pourrait être structuré en trois parties :

- Une première partie faisant un rappel des critères et priorités d'analyse retenus pour l'examen des EPRD et PGFP, qui pourrait être commun à tous les établissements ;
- Une seconde partie analysant les prévisions budgétaires en exploitation comme en investissement, et indiquant des points d'alerte nécessaires si les prévisions de recettes sont incohérentes par rapport au projet médical partagé ou si les projections d'investissement ne trouvent pas leur justification au regard des équipements et infrastructures existants sur le territoire ;
- Une troisième partie établissant des recommandations à l'établissement.

b. Le pilotage du CRPA G

L'instruction devra également donner des orientations en matière de pilotage du CRPA G. Elle pourrait dans un premier temps exposer l'intérêt pour les GHT de s'appuyer sur cet outil de suivi dans la conduite concrète de leurs coopérations. Dans un second temps, elle pourrait en définir le rythme et les modalités de suivi.

Dans un but pédagogique, l'instruction pourrait insister sur l'intérêt pour les Comités stratégiques d'utiliser pleinement le CRPA G. La mise en oeuvre de la stratégie des GHT suppose en effet de mettre en commun un nombre important de ressources, notamment de personnel, issues des établissements. La structuration de la fonction achats du GHT aboutira par exemple à la constitution d'une équipe achat propre au GHT. Si le GHT ne dispose pas de la personnalité morale, le CRPA G a précisément été constitué pour gérer ces charges communes.

Dans un objectif d'équité et de qualité de gestion, l'instruction pourrait inciter les GHT à procéder le plus amplement possible à des transferts de charges des CRPP vers le CRPA G. Ainsi, en matière d'achats, le temps de direction des achats affecté au GHT, les ressources de la cellule centrale des marchés de l'établissement support, celles représentées par les acheteurs ou les experts techniques coordonnateurs des filières d'achats du GHT, pourraient constituer autant de charges mutualisées à transférer sur le CRPA G.

Un double avantage est attendu de cette affectation au CRPA G. Il permet d'abord de garantir une réelle lisibilité et transparence des charges communes notamment pour le Comité stratégique. Il lui sera possible en effet de savoir précisément le nombre d'ETP affecté au GHT et leurs établissements de rattachement. Ces informations financières se retrouveront dans deux onglets de l'outil mis en place. Un premier onglet est consacré spécifiquement au CRPA G. Un second onglet, intitulé « Convergence », permet d'étudier le niveau de transferts de charges sur le CRPA G et le degré d'intégration des fonctions supports mutualisées.

En plus de garantir une réelle transparence sur les charges des GHT, le CRPA G présente une facilité de gestion. Les établissements membres contribuent à hauteur de leur poids respectif pour financer de façon équitable les charges communes. En transférant au CRPA G les charges relevant du GHT, le Comité stratégique pourra plus facilement piloter les ressources du GHT. En charge du CRPA G, il disposera en effet d'une réelle faculté d'arbitrage pour déterminer le niveau de ressources acceptable sur chaque fonction support. L'utilisation du CRPA G facilitera donc d'autant les décisions du Comité stratégique, en fonction de la soutenabilité des contributions qui en découlent.

Enfin, l'instruction peut également déterminer l'organisation du pilotage du CRPA G. A ce titre, il serait intéressant qu'elle précise les modalités et le rythme de suivi infra-annuel du CRPA G. Un pilotage à fréquence régulière (par trimestre ou semestre) au-delà du suivi infra-annuel complet et réglementaire de l'EPRD de l'établissement support permettrait au Comité stratégique de contrôler régulièrement la correspondance entre le niveau de charges du CRPA G et le niveau des contributions.

c. La mise en commun de ressources techniques et humaines au sein du GHT

Afin de compléter le fonctionnement financier des GHT, l'instruction peut enfin encourager les Comités stratégiques dans la mise en commun de ressources techniques et humaines en matière financière. Trois leviers peuvent à ce titre être mobilisés pour encourager la convergence de la performance financière des établissements du GHT à savoir :

- La fiabilisation comptable par le partage des expertises des différents services de comptabilité ;
- L'appui du DIM de territoire partagé pour l'amélioration du codage, la production de données statistiques et la détermination des prévisions d'activité ;
- Une comptabilité analytique commune structurant un dialogue de gestion à l'échelle du GHT.

La fiabilisation comptable

La mise en place des GHT est l'occasion d'harmoniser les pratiques budgétaires et comptables à l'échelle d'un territoire afin de renforcer la fiabilité et la sincérité des comptes, et de disposer de situations patrimoniales comparables entre les établissements. Sur ce point, le Comité stratégique peut encourager l'échange de bonnes pratiques comptables entre les membres, sans toutefois se voir assigner un rôle assimilable aux commissaires aux comptes ou à un « donneur de leçons ».

Le principe de convergence des pratiques comptables entre établissements répond à un double enjeu pour les GHT.

D'abord, la fiabilisation des comptes repose sur l'adoption et la formalisation de règles et de méthodes qui appellent une « homogénéisation des processus relatifs à la dépense et à la recette », comme le notent dans leur rapport intermédiaire Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau²⁵. Le cadre actuel de la certification des comptes ne permet pas une

25 Jacqueline HUBERT et Frédéric MARTINEAU, Rapport intermédiaire, *op. cit.*

certification unique puisque tous les établissements ne sont pas concernés, et ceux qui le sont s'engagent dans cette démarche avec des calendriers très variables. Néanmoins, le maintien voire le renforcement de la qualité des comptes des établissements devra passer par un partage de pratiques, au moins pour les fonctions mutualisées.

De plus, le renforcement de la sincérité comptable concourt à l'amélioration de la performance et de la gestion des établissements. L'homogénéisation des pratiques comptables peut avoir pour intérêt d'améliorer la confiance des investisseurs et de renforcer l'accès au financement des établissements. La sincérité des comptes, couronnée d'une certification par les commissaires aux comptes (CAC), peut se révéler un levier d'efficience pour l'accès au crédit bancaire à un coût plus attractif.

Dans cette perspective, les compétences des services financiers et comptables des établissements supports qui sont souvent plus étoffées (en nombre et parfois en expertise technique) pourraient être mises à profit des établissements périphériques. Des audits à blanc pourraient par exemple être réalisés en vue de structurer le contrôle interne dans ces établissements. Ils pourraient se voir accompagnés de formations aux bonnes pratiques comptables. A ce titre, l'ARS PDL a prévu de verser une subvention aux cinq GHT de la Région pour le recrutement en commun de contrôleurs internes de territoire qui s'appuieront sur l'expérience des établissements supports déjà certifiés.

Le DIM de territoire partagé

Au sein d'une fonction finances partagée, les Comités stratégiques pourront également compter sur leur DIM de territoire. Ressource rare, il trouvera une place importante dans cette fonction pour trois motifs.

Le DIM de territoire sera d'abord chargé de mettre en œuvre une convergence des pratiques de codage entre les établissements parties. Celle-ci doit permettre de garantir l'exhaustivité et la qualité des données recueillies et produites, issues des systèmes d'information des établissements et transmises dans le cadre du PMSI. Des gains financiers importants peuvent ainsi être réalisés par l'amélioration du codage.

Il pourra ensuite être chargé de produire une analyse médico-économique de l'activité de l'ensemble du GHT en lien avec la communauté médicale. Transmis au Comité stratégique, le rapport d'activité annuel réalisé par le DIM portant sur l'activité des établissements parties pourrait par exemple mettre en lumière les insuffisances de coopération sur certaines filières. Le DIM doit avoir pour objectif de produire de l'information médicale pour l'ensemble des établissements du GHT, et en particulier sur les filières stratégiques.

Enfin, le contexte de restructurations de l'offre de soins issues de la mise en œuvre du projet médical partagé complexifie les prévisions budgétaires, comme vu précédemment. A cet égard, le DIM de territoire pourrait représenter un appui essentiel en matière de prévision des recettes d'activité dans le cadre de l'élaboration des EPRD et PGFP des établissements.

Une comptabilité analytique commune

Pour structurer le dialogue de gestion à l'échelle du GHT, il pourrait être intéressant de mettre en commun des compétences en matière de comptabilité analytique. Le tableau de bord mis en place en Région PDL peut servir de socle à des analyses fines mesurant la performance du GHT sur des spécialités médicales ou encore sur des fonctions supports. Pour cela, l'instruction pourrait encourager à la constitution d'équipes dédiées à la production d'études médico-économiques.

A ce titre, la MARTAA représente une innovation intéressante de la Région PDL : ses équipes produisent des études de benchmark qui sont transmises aux établissements. Un modèle similaire pourrait être élaboré à l'échelle des GHT. Grâce au tableau de bord créé, le Comité stratégique disposera notamment de voyants révélateurs par exemple du manque d'efficacité d'une filière. Il pourrait s'appuyer sur l'équipe de comptabilité analytique du GHT pour creuser le sujet en identifiant les causes de cette inefficacité (parts de marché et taux de fuite, problèmes d'adressage entre établissements, inadéquation de l'offre de soins par rapport à la réalité de la demande de soins sur le territoire, manque de productivité des organisations en place etc.).

Attendue sur de nombreux points, l'instruction et plus généralement les textes complémentaires à venir ou guides méthodologiques devront cadrer plus précisément le régime budgétaire et financier applicable aux GHT pour que le levier « finances » puisse véritablement concourir à la démarche de groupe.

Prises dans leur ensemble, ces dispositions peuvent faire émerger une réelle fonction finances partagée à l'échelle du GHT. En matière de supervision financière, le Comité stratégique veillera à la sincérité et la cohérence des trajectoires budgétaires des établissements. De plus, le CRPA G sera réellement investi pour asseoir la politique de territoire. Enfin, des partages d'expertise seront encouragés entre les établissements pour améliorer la performance globale du GHT.

Par ces tableaux de bord financiers et de suivi de la performance, la boîte à outils mise en place en Région PDL semble tout à fait susceptible d'accompagner cette structuration d'une fonction finances partagée.

Conclusion

La démarche conduite en Région PDL s'inscrit ainsi dans la continuité des nouvelles mesures engagées en matière financière à l'échelle des GHT. L'instruction de la DGOS à venir aura certainement pour objet de venir préciser ce nouveau cadre. Ce faisant, elle pourrait proposer des dispositions susceptibles de faire émerger une fonction finances partagée.

Une fonction finances mutualisée doit favoriser une plus grande intégration au niveau des GHT.

Ainsi, le législateur a déjà proposé la mise en place d'une consolidation des comptes à partir de l'exercice 2020. Ce principe de présentation des comptes est à ce jour peu connu dans les établissements de santé et les compétences devront être développées dans les services financiers pour en permettre l'application.

De plus, dans leur Rapport final de la Mission GHT, Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau insistaient dans leur orientation n°10 sur la nécessité d'introduire des nouvelles « modalités de solidarité budgétaire et de trésorerie ». Selon eux, la mise en place de ces modalités de gestion commune est « l'une des conditions de réussite pour instaurer une stratégie de groupe ». Si ces orientations ne sont pas encore à l'ordre du jour, essentiellement pour des raisons techniques il n'est pas impossible que les prochaines étapes législatives sur les GHT conduisant à renforcer la coopération entre établissements publics de santé les remettent au coeur des discussions.

Dans cette perspective, il faudra accompagner les GHT en mettant à leur disposition des outils de pilotage fiables et performants. Bien qu'il présente un intérêt certain, le tableau de bord mis en place en Région PDL ne représente certainement qu'une première étape dans l'outillage des GHT. Il pourra servir de socle à une démarche plus ambitieuse, éventuellement portée au niveau national.

Bibliographie

Réglementation

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 – article 22 – portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire

Décret n°2011-206 du 23 février 2011 relatif aux comptes combinés des communautés hospitalières de territoire

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Instruction interministérielle n°DGOS/PF1/DSS/1A/DGFIP/CL1B/DB/6BCS/2016/64 du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé

Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

Avis préalable du Conseil de normalisation des comptes publics (CNOCP) relatif aux modalités de comptabilisation des opérations d'investissements réalisées dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire, Paris, 4 juillet 2016

Arrêté du 10 novembre 2016 fixant la clé de répartition déterminant la contribution des établissements parties à un groupement hospitalier de territoire aux opérations concernant les fonctions et activités mentionnées aux I, II, III de l'article L. 6132-3

Arrêté du 23 novembre 2016 modifiant les arrêtés du 10 juin 2014 et du 19 décembre 2014 relatifs à l'instruction budgétaire et comptable M. 21 des établissements publics de santé

Rapports - Documentation officielle

Jacqueline HUBERT et Frédéric MARTINEAU, Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport intermédiaire, mai 2015

Vade-mecum de la DGOS relatif au mode d'emploi pour la constitution des GHT, 24 mai 2016

Conférence – *Premières rencontres financières des établissements publics de santé*, Table ronde « Groupements Hospitaliers de Territoire : premières approches », Paris, 21 novembre 2016

Diaporama de la DGOS intitulé « GHT – évolutions des règles budgétaires et comptables », datant de novembre 2016

Guide méthodologique d'élaboration des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), Document de l'ARS PDL et des Conseils départementaux de la Région PDL, février 2017

Articles

Gérard de DARAN, « Le Plan Global de financement pluriannuel 2017-2020 : les nouvelles règles du jeu », *Finances Hospitalières*, n°106, octobre 2016.

Joseph IFERGAN, « GHT et nouvelle gouvernance financière », *Gestions Hospitalières*, n°561, décembre 2016

Gérard de DARAN, « Directeur des finances : un métier en mutation », *Finances Hospitalières*, n°111, mars 2017

Jean-Claude DELNATTE, « Le régime budgétaire et comptable applicable au groupement hospitalier de territoire : un cadre encore perfectible », *Finances Hospitalières*, n°113, mai 2017

Erwan OLLIVIER, « GHT : une opportunité pour repositionner le contrôle de gestion en aide au pilotage stratégique du groupe », *Finances Hospitalières*, n°113, mai 2017

Entretiens

- Entretien avec M. Thierry HODDEE – Responsable de l'unité Allocation des ressources, Direction de l'Accompagnement et des Soins, ARS Pays de la Loire – 22 juin 2017 (1h25)
- Entretien avec Mme Marylène VIALARET – Centre Hospitalier du Mans – 05 juillet 2017 (1h)

- Entretien avec M. Yann LEQUET - Directeur de l'Appui à la performance, ARS Normandie - 25 août (50 minutes)
- Entretiens divers issus des réunions de travail, en particulier avec M. Guillaume CARO et Mme Céline LAGRAIS – février-juin 2017

Liste des annexes

Annexe 1 : Notice explicative à destination des utilisateurs des outils GHT

Annexe 2 : Présentation des différents onglets constitutifs des outils :

1. Onglet introductif
2. Onglet « suivi budgétaire et financier »
3. Onglet « Budget G et investissements communs »
4. Onglet « Convergence »
5. Onglet « Situation territoriale »
6. Onglet « Filières du Projet médical partagé »
7. Onglet « Comparaisons RTC inter-établissements »

ANNEXE 1

Notice explicative pour l'utilisation des Tableaux de bord de pilotage GHT

Conformément à la commande, l'outil constitué se structure en deux axes :

- **Axe finances** : Il s'agit de permettre au Comité stratégique du GHT d'émettre un avis sur les EPRD des différents établissements du GHT. L'outil intègre le CRA G et permet un suivi des investissements communs réalisés au niveau du GHT.
- **Axe performance et convergence** : L'objectif est ici de doter les GHT d'un outil de suivi de la structuration des filières de prise en charge. De plus, il s'agit de fournir plusieurs tableaux de bord permettant de déterminer les démarches de convergence entreprises au niveau des GHT et de suivre les éventuelles économies d'échelles qui en découlent. Enfin, des indicateurs RTC sur différents secteurs administratifs, logistiques et médico-techniques sont compilés dans un dernier tableau de bord, de manière à permettre des comparaisons inter-établissement au niveau du GHT.

Les tableaux de bord qui suivent seront renseignés selon des échéances variables : soit tous les 6 mois (juin – décembre) pour l'axe finances, soit annuellement. Plusieurs acteurs seront en charge de leur remplissage (l'ARS, la MARTAA et les GHT eux-mêmes), distincts selon les tableaux de bord.

L'outil comporte **7 onglets** dont les objectifs, la périodicité et les acteurs en charge du remplissage ainsi que les méthodes d'utilisation sont définis ci-dessous.

ONGLET INTRODUCTIF

Onglet « Fiche identité »

Objectif : Donner des éléments de contexte sur la situation en santé du territoire du GHT et fournir des données générales sur les capacités, l'activité et les effectifs des différents établissements du GHT.

En charge du remplissage : L'ARS.

Périodicité : Annuellement, au moment de la transmission des données afférentes au suivi budgétaire et financier concernant l'EPRD initial, soit à la mi-décembre.

NB : Le ratio total T1 / Recettes d'activité, calcule le poids des charges de personnel sur les recettes issues de l'activité qui composent le calcul de la marge brute (comptes 70->75 (exclusion des comptes 76->79)).

AXE FINANCES

Onglet « Suivi budgétaire et financier »

Objectif : Donner au Comité stratégique ainsi qu'à l'ARS les éléments d'analyse suffisants pour élaborer un avis sur les EPRD des établissements du GHT.

En charge du remplissage : L'ARS. Par souci de clarté, le détail est fourni par compte de classe de la nomenclature M21.

Méthode d'utilisation et périodicité :

L'outil reprend classiquement le déroulé de l'élaboration d'un EPRD : Compte de Résultat >>> CAF >>> Tableau de Financement >>> Grandeurs bilancielle >>> Indicateurs de dette et d'investissement.

Son utilisation se veut pratique, sur le modèle « plié/déplié », pour permettre une vision synthétique ou technique en fonction des objectifs d'emploi de l'outil.

La transmission par l'ARS au Comité stratégique du GHT des éléments constitutifs de l'outil est prévue en deux temps annuels distincts :

- le 15 décembre de l'année N, ***suite à l'élaboration de l'EPRD pour N+1***
- et le 8 juin de l'année N+1, ***suite à la décision modificative de l'EPRD en cours d'exécution***

Ainsi, le calendrier serait le suivant, avec comme année N l'année de référence d'élaboration de l'EPRD (dans l'exemple ci-dessous, année N = 2017) :

Au mois de décembre de l'année N (2017) ; avec réception le 15 décembre par le Comité stratégique:

L'ARS transmet au Comité stratégique du GHT les éléments permettant l'analyse de l'EPRD initial pour l'année N+1. L'outil se structure en 4 colonnes :

- Compte financier N-2 : Les éléments seront disponibles dès le mois de juin de l'année N-1. *Exemple : CF 2015, remplissage possible dès juin 2016.*
- Compte financier N-1 : Les éléments seront disponibles dès le mois de juin de l'année N. *Exemple : CF 2016, remplissage possible dès juin 2017.*
- Compte financier anticipé N : Les éléments seront disponibles dès le mois d'octobre de l'année N, dans la continuité des RIA. *Exemple : CF anticipé 2017, remplissage possible fin octobre 2017.*
- EPRD initial N+1 : L'ARS fournit les éléments au Comité stratégique du GHT au plus tard le 15 décembre de l'année N. Le Comité stratégique transmet son avis sur les EPRD des établissements parties à l'ARS avant le 8 janvier de l'année N+1.

Exemple : Pour l'EPRD 2018, réception des éléments par le Comité stratégique au plus tard le 15 décembre 2017, pour un avis à rendre au plus tard le 8 janvier 2018.

Au mois de juin de l'année N+1 (2018) ; avec réception le 8 juin par le Comité Stratégique :

L'ARS transmet au Comité stratégique du GHT les éléments permettant l'analyse de l'EPRD révisé pour l'année N+1, suite à la notification des tarifs par les autorités de tarification.

L'outil se structure en 5 colonnes :

- Compte financier N-2 : Les éléments seront disponibles dès le mois de juin de l'année N-1. *Exemple : CF 2015, remplissage possible dès juin 2016.*
- Compte financier N-1 : Reprise des éléments ayant déjà été communiqués au Comité stratégique en juin de l'année N. *Exemple : CF 2016, remplissage effectué en juin 2017.*
- Compte financier définitif N : Les éléments seront disponibles dès le mois de juin de l'année N+1. La colonne « Compte financier anticipé / définitif N », remplie en décembre pour le Compte financier anticipé, pourra être remplacée intégralement par les nouvelles données issues du Compte financier définitif. *Exemple : CF définitif 2017, remplissage au début du mois de juin 2018.*
- EPRD initial N+1 : Reprise des éléments ayant déjà été communiqués au Comité stratégique en décembre de l'année N. *Exemple : EPRD 2018, remplissage effectué en décembre 2017.*
- Décision modificative EPRD N+1 : L'ARS fournit les éléments au Comité stratégique du GHT au plus tard le 8 juin de l'année N+1. Le Comité stratégique transmet son avis sur les EPRD des établissements parties à l'ARS avant le 30 juin de l'année N+1.
Exemple : Pour la DM de l'EPRD 2018, réception des éléments par le Comité stratégique au plus tard le 8 juin 2018, pour un avis à rendre au plus tard le 30 juin 2018.

NB : Les indicateurs de dette ne pourront être renseignés pour l'EPRD et la décision modificative. Ces cases sont donc grisées pour ces deux colonnes. De même, la ligne « Contributions aux GHT » est grisée pour la colonne « Total consolidé » de manière à annuler la redondance des charges inscrites aux comptes 653 des établissements, déjà comptabilisées au niveau du CRA G de l'établissement support.

Onglet « CRPA G et investissements communs »

Objectif : Présenter le CRA G ainsi que les investissements communs réalisés au niveau du GHT.

En charge du remplissage : Le GHT

Périodicité : Calendrier identique à l'onglet précédent « Suivi budgétaire et financier ».

Méthode d'utilisation et lecture comptable : L'arrêté du 23 novembre 2016 met à jour l'instruction budgétaire et comptable M21 des EPS, en tenant compte de la mise en place des GHT.

1. CRA G

Le CRA G est créé au sein de l'EPS support afin d'enregistrer d'une part les charges d'exploitation afférentes aux fonctions mutualisées du GHT et à leur pilotage et d'autre part les contributions versées par les différents membres.

→ Tableau « CRA G »

La structuration du CRA G présente donc quelques particularités par rapport au CRP. En particulier la suivante :

- Le compte 755 « Produits versés par les établissements membres » est créé. Il est l'addition des contributions des établissements membres, comptabilisées au compte 653 de chaque établissement membre. De même :
- Il n'existe pas de produits de titre 3 pour le CRA G
- Les comptes 73 « Produits de l'activité hospitalière » et 7722 « Produits sur exercices antérieurs à la charge de l'AM » ne sont pas créés
- Un compte 7087 « Remboursement de frais par le CRPP et les autres CRPA » est créé

→ Tableau « CONTRIBUTION AU CRA G »

Ce tableau reporte les contributions par établissement membre au CRA G (= compte 653 des établissements membres). Il précise leurs modalités de calcul conformément aux dispositions prévues par l'arrêté du 10 novembre 2016, à savoir :

- Calcul de la clé de répartition
- Détermination du taux de contribution de l'établissement
- Détermination des dépenses prévues au CRA G
- Affectation du taux de contribution aux dépenses prévues pour déterminer le montant de la contribution de l'établissement

Ces contributions sont ensuite mises en parallèle avec le poids total des charges de l'établissement.

2. Investissements communs :

La seconde partie de cet onglet porte sur les investissements communs effectués dans le cadre du GHT. Ceux-ci sont détaillés par secteur (ex. travaux, biomédical, ...). De même que pour le CRA G, de nouveaux comptes ont été créés dans la M21 pour tracer les investissements communs.

- Au niveau de l'établissement support :

→ Tableau « INVESTISSEMENTS COMMUNS GHT »

- De multiples comptes pour enregistrer les immobilisations communes des GHT (ligne 45)
- Le compte 1316 retrace l'ensemble des contributions aux investissements communs effectués par les autres établissements membres, soit l'addition des comptes 204 des établissements membres (ligne 48)
- Le compte 1396 enregistre les amortissements de la contribution aux investissements communs (ligne 50).

- Au niveau des établissements membres :

→ Tableau « PARTICIPATION AUX INVESTISSEMENTS COMMUNS »

- Le compte 204 retrace les contributions aux investissements communs des GHT versés à l'EPS support. Ces contributions sont mises en parallèle avec le volume total des comptes de classe 2 de l'établissement membre.
- D'autres comptes concernant l'amortissement de cet actif traduisent au niveau du compte de résultat la consommation de l'avantage économique ou du potentiel du service (non considérés ici).

Dans cet outil, une distinction est opérée entre le flux annuel d'opérations réalisées et le stock cumulé de ces opérations, comptabilisé dans les « soldes au bilan ».

AXE CONVERGENCE - PERFORMANCE

Onglet « TDB Convergence »

Objectif : Déterminer les effets en termes d'efficience issus de la mise en commun de certaines dépenses, notamment de personnel, sur les différentes fonctions obligatoires.

En charge du remplissage : L'ARS pour les tableaux Systèmes d'information, DIM (sur la base des données RTC recueillies) et Convergence générale ; la MARTAA pour les autres.

Périodicité : Annuellement, au moment de la transmission des données afférentes au suivi budgétaire et financier concernant l'EPRD initial, soit à la mi-décembre.

Méthode d'utilisation: Il s'agit ici de permettre au GHT de suivre les charges de personnel afférentes aux fonctions mutualisées obligatoires à un double niveau :

- Celles issues des établissements du GHT (hors CRA G)
- Celles comptabilisées au niveau du CRA G

L'outil permettra ainsi de comparer les évolutions de ces charges au niveau des établissements ainsi que sur le CRA G. Le total de ces charges rendra possible le suivi global de l'efficacité et des éventuelles économies d'échelle générées par la trajectoire de mutualisation sur chacune de ces fonctions. Un taux de convergence pourra également être calculé.

NB : pour la fonction achat, les charges de T2 et de T3 font également l'objet d'un focus particulier.

➔ **Tableau « CONVERGENCE GENERALE »**

Enfin, un tableau de convergence générale est également constitué : celui-ci compile l'ensemble des charges supportées par les établissements (T1/T2/T3/T4), puis celles inscrites au CRA G avant d'en calculer le total et de déterminer, comme pour les tableaux des fonctions, un taux de convergence global.

Le total des dépenses de T1 des fonctions considérées est ensuite établi (Etablissements + CRA G). Un taux de convergence sur ce même périmètre est enfin calculé.

NB : Sur la fonction Achats, l'objectif est de ne tenir compte que de ce qui relève de l'achat pur (hors investissement). Ainsi, seulement certains comptes sont concernés pour le T2 et le T3 :

- Pour le T2 : Comptes 6011 / 6021 / 6022 / 6066 / 6071, hors CRA G
- Pour le T3 : Comptes 6012 / 602 (sauf 6021 et 6022) / 606 (sauf 6066) / 6072, hors CRA G

Ces charges sont suivies de façon pluriannuelle, sur 3 ans, avec N l'année de l'élaboration de l'EPRD, comme pour l'onglet « Suivi budgétaire et financier ».

Onglet « TDB Situation territoriale »

Objectif : Permettre un suivi par domaine d'activité (*à étudier avec l'ARS*) d'un certain nombre d'indicateurs généraux au niveau du GHT, ainsi que par sous-zone du GHT pour considérer la diversité des situations au sein du territoire.

En charge du remplissage : L'ARS.

Périodicité : Annuellement, au moment de la transmission des données afférentes au suivi budgétaire et financier concernant l'EPRD initial, soit à la mi-décembre.

Méthode d'utilisation : L'outil propose deux tableaux :

- Le premier compile à l'échelle du GHT des indicateurs généraux par domaine d'activité, distincts des périmètres des filières définis de façon personnalisée par chaque GHT. Il permet un suivi pluriannuel pour les 3 grands secteurs d'activité (MCO), ainsi que sur le SSR et l'HAD. Etablis par GHT, ces indicateurs pourront être comparés entre les GHT de la région.
Toutefois, une précaution dans l'interprétation de ces données sera nécessaire compte tenu du biais potentiel issu de l'effet PMSI (les données par domaines d'activité peuvent ne pas correspondre à l'activité réelle des unités médicales des établissements).
- Le second a vocation à porter un éclairage sur la diversité des situations au sein des GHT, selon un découpage en sous-zone. L'objectif est de permettre une analyse plus précise de la prise en charge des besoins de santé des différents bassins de population du périmètre du GHT.

Onglet « TDB Filières »

Objectif : Doter les GHT d'un outil de synthèse permettant un suivi des différents indicateurs sélectionnés par filière.

En charge du remplissage :

- L'ARS pour les 3 indicateurs généraux des différentes filières, à savoir : les parts de marché, le nombre de séjours/croissance d'activité et le chainage des séjours (*à étudier avec l'ARS*)
- Le GHT pour les indicateurs spécialisés et qualitatifs, recueillis selon une procédure à définir en interne. Des référents par filière pourraient être déterminés pour effectuer les relevés sur les différents indicateurs, l'outil étant centralisé par le coordonnateur de la mise en place du PMP.

Méthode d'utilisation : Des indicateurs généraux seront donc fournis par l'ARS tandis que d'autres indicateurs pourront être déterminés par filière, de façon personnalisée en fonction des GHT. Un suivi pluriannuel est prévu, avec la variation annuelle.

Cet outil nécessite une réelle appropriation par les coordonnateurs de GHT, qui sont responsables en interne de l'organisation permettant le recueil des données.

Périodicité : Annuellement, au moment de la transmission des données afférentes au suivi budgétaire et financier concernant l'EPRD initial, soit à la mi-décembre.

Onglet « TDB RTC »

Objectif : Permettre des comparaisons entre les établissements du GHT sur des données RTC dans des secteurs administratifs, médico-techniques et logistiques.

En charge du remplissage : L'ARS.

Périodicité : Annuellement, au moment de la transmission des données afférentes au suivi budgétaire et financier concernant l'EPRD initial, soit à la mi-décembre.

Méthode d'utilisation : Fournies par l'ARS, les données RTC sont renseignées en fonction des différents secteurs considérés, de façon pluriannuelle. Une précaution dans l'interprétation de ces données sera nécessaire compte tenu du biais potentiel issu des divergences de périmètre de RTC entre les établissements.

Annexe 2.1 : Onglet introductif « Fiche identité »

FICHE IDENTITE GHT 2017						
Données générales						
		N	Var. N-1			
Nombre d'établissements						
	CHU					
	CH					
	EPSM					
Nombre de filières PMP						
Nombre d'habitants sur le territoire				Moyenne régionale	Ecart (%)	
Densité de population						
Densité médicale libérale						
Nombre de médecins généralistes libéraux pour 10 000 habitants						
Nombre de médecins spécialistes libéraux pour 10 000 habitants						
Nombre d'établissements en COPERMO investissement						
Nombre d'établissements en CRE						
Nombre groupements de coopération						
	GCS de moyens de droit public					
	GCS de moyens de droit privé					
	GIE public-public					
	GIE public-privé					
	GIP					
Capacités - lits et places						
		Total GHT N	Var. GHT N-1	Etablissement A	Etablissement B	Etablissement C
M						
	Hospitalisation conventionnelle					
	Hospitalisation de jour					
C						
	Hospitalisation conventionnelle					
	Hospitalisation de jour					
O						
SSR						
PSY						
SLD						
EHPAD						
HAD						
Autres						
	TOTAL					
Activité						
		Total GHT N	Var. GHT N-1	Etablissement A	Etablissement B	Etablissement C
Total séjours MCO						
	Nombre de séjours M					
	Nombre de séjours C					
	Nombre de séjours O					
Nombre de séances M / Psy / SSR / SLD						
Nombre de semaines SSR						
Part MCO sur les recettes d'activité (%)						
	Part M sur les recettes d'activité (%)					
	Part C sur les recettes d'activité (%)					
	Part O sur les recettes d'activité (%)					
Part PSY sur DAF (%)						
Part SSR sur DAF (%)						
PMCT MCO						
	PMCT M					
	PMCT C					
	PMCT O					
Données RH						
		Total GHT N	Var. GHT N-1	Etablissement A	Etablissement B	Etablissement C
ETP Personnel médical						
	Dont Intérimaires					

***L'ensemble du tableau n'a pu être inséré

Annexe 2.2 : Onglet introductif « Fiche identité »

Suivi budgétaire et financier

		Etablissement A				Etablissement B				...				Total consolidé				
		CF définitif N-2	CF définitif N-1	CF anticipé / définitif N	EPRD initial N+1	CF définitif N-2	CF définitif N-1	CF anticipé / définitif N	EPRD initial	CF définitif N-2	CF définitif N-1	CF anticipé / définitif N	EPRD initial	CF définitif N-2	CF définitif N-1	CF anticipé / définitif N	EPRD initial	
		Produit en juin N-1	Produit en juin N	Produit en décembre N / Produit en juin N+1	Produit en décembre N	Produit en juin N-1	Produit en juin N	Produit en décembre N / Produit en juin N+1	Produit en décembre N	Produit en juin N-1	Produit en juin N	Produit en décembre N / Produit en juin N+1	Produit en décembre N	Produit en juin N-1	Produit en juin N	Produit en décembre N / Produit en juin N+1	Produit en décembre N	
COMPTABLE	CHARGES CRP	Titre 1 : Charges de personnel																
		Titre 2 : Charges à caractère médical																
		Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général																
		Titre 4 : Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financiers et exceptionnelles																
	Total Charges																	
	PRODUITS CRP	Titre 1 : Produits versés par l'assurance maladie																
		Titre 2 : Autres produits de l'activité hospitalière																
		Titre 3 : Autres produits																
	Total Produits																	
	Résultat CRP																	
Résultat CRA																		
RESULTAT CONSOLIDE																		
A F	DETERMINATION DE LA CAF	CAF / IAF																
		CAF nette (CAF - annuité remboursement capita)																
TAB DE FIN	TF EMPLOIS	IAF																
		Remboursement des dettes financières (16 sauf 1832, 186 et 188)																
		Total immobilisations (20 / 21 / 25)																
		Opérations majeures																
		Opérations courantes																
	TF RESSOURCES	Autres emplois																
		Apport au FR																
		Total Equilibre du TF																
		CAF																
		Emprunts (16 sauf 186, 1832, 1888 et 189)																
GRANDEURS BILANCIELLES	FRNG	Total des opérations et subventions (102 / 103 / 131 / 136)																
		Autres ressources (209 / 281 / 21 / 175 / 16)																
		Prélèvement sur FR																
		Total Equilibre du TF																
		FRNG																
	BFR	Variation du FRNG (= ligne 94 ou 100)																
		En nombre de jours																
		BFR																
		Variation du BFR																
		En nombre de jours																
INDICATEURS	DETTE	Trésorerie nette																
		Variation de la trésorerie nette																
		En nombre de jours																
		Lourde apparente de la dette (encours de la dette / CAF)																
		Indépendance financière (encours de la dette / capitaux stables)																
	INVESTISSEMENT	MARGE	Encours de la dette (=montant) / détails à préciser															
			Taux d'intérêt de la dette															
			Marge brute non aidée (70-75 - 60-65)															
			Taux de marge brute non aidée															
			Montant total des aides															
EFFORT		Taux de marge brute (marge brute / produits d'exploitation courants)																
		Poids des frais financiers / marge brute																
		Taux de renouvellement des immobilisations																
		Investissements de l'année / total actif immobilisé																
		Effort d'investissement (en % des produits courants)																
Opérations courantes																		
Opérations majeures																		
Taux de vétusté des équipements																		

***Ce tableau présente la version synthétique. La version dite « technicienne », trop lourde, n'a pas été insérée ici.

Annexe 2.3 : Onglet « Budget G et investissements communs »

Exploitation : CRA G

CRA G											
CHARGES	CF décaissés N-2	CF décaissés N-1	CF anticipés décaissés N	EPRD initial	EPRD modifié de la 1ère RN	CF décaissés N-2	CF décaissés N-1	CF anticipés décaissés N	EPRD initial	EPRD modifié de la 1ère RN	PRODUITS
	Produit rajouté N-2	Produit rajouté N-1	Produit rajouté N-1 / Produit rajouté N-2	Produit rajouté N-1	Produit rajouté N-2	Produit rajouté N-2	Produit rajouté N-1	Produit rajouté N-1 / Produit rajouté N-2	Produit rajouté N-1	Produit rajouté N-2	
Titre 1 : Charges de personnel <i>Dont charges nouvelles (pilote) - SG etc.)</i>											Titre 1: Produits versés par l'assurance maladie
Titre 2 : Charges à caractère médical											Titre 2 : Autres produits <i>dont Remboursement de frais par le CRPP et les autres CRPA (2087)</i> <i>dont Produits versés par les établissements membres du GHT (compte 755)</i>
Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général <i>Dont charges nouvelles (adults etc.)</i>											
Titre 4 : Charges d'amortissements, de provisions et d'éprouvations, financières et exceptionnelles											
TOTAL CHARGES											TOTAL PRODUITS
Variation 2											Variation 2

CONTRIBUTIONS AU BUDGET G															
	Etablissement A					Etablissement B					-				
	CF décaissés N-2	CF décaissés N-1	CF anticipés décaissés N	EPRD initial	EPRD modifié de la 1ère RN	CF décaissés N-2	CF décaissés N-1	CF anticipés décaissés N	EPRD initial	EPRD modifié de la 1ère RN	CF décaissés N-2	CF décaissés N-1	CF anticipés décaissés N	EPRD initial	EPRD modifié de la 1ère RN
<i>Total charges</i>			326 425 564												
- C/653 "Contributions aux "GHT"			0												
- C/66 "Charges financières"			2 668 292												
- C/67 "Charges exceptionnelles"			2 578 238												
- C/68 "Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions"			22 739 208												
- C/7087 "Remboursement de frais par les CRPA"			8 978 626												
Total charges établissement pour le calcul de la clé de répartition			289 461 200												
Total consolidé charges établissements du GHT pour le calcul de la clé de répartition			519 523 616						519 523 616					519 523 616	
Taux de contribution (Total établissement - L28 / Total Etablissements parties - L29) x 100			56%												
Total dépenses CRA G (nettes des recettes autres que contrib. Etablissements parties)			417 648												
Total montant contribution (Taux contrib. L30 x Total dépenses CRA G - L31)			232700												
Poids contribution dans le total des charges de l'établissement (C/653 / C/6)			0,07%												

***N'est ici présenté que le volet « Exploitation » concernant le Budget G. Un

volet investissement est également compris dans cet onglet.

Annexe 2.4 : Onglet « Convergence »

CONVERGENCE FONCTIONS SUPPORTS							
SYSTÈME D'INFORMATION	GHT			FORMATION INITIALE	GHT		
	CF N-1	CF anticipé N	EPRD		CF N-1	CF anticipé N	EPRD
Définition - périmètre : Evolution des charges de T1				Définition - périmètre : Evolution des charges de T1			
Etablissements (hors CRA G)				Etablissements (hors CRA G)			
<i>Evolution %</i>				<i>Evolution %</i>			
CRA G				CRA G			
<i>Evolution %</i>				<i>Evolution %</i>			
Total dépenses - Efficience globale				Total dépenses - Efficience globale			
<i>Evolution %</i>				<i>Evolution %</i>			
Taux de convergence (CRA G / Total charges)				Taux de convergence (CRA G / Total charges)			

CONVERGENCE GENERALE				
	GHT			
	CF N-2	CF N-1	CF anticipé N	EPRD
Définition - périmètre : comparaison du total des charges supportées par les établissements (T1->T4) au regard des charges insérées dans le CRA G				
Total établissements (hors CRA G)				
<i>Evolution %</i>				
CRA G				
<i>Evolution %</i>				
Total dépenses - Efficience globale				
<i>Evolution %</i>				
Taux de convergence globale (CRA G / Total charges)				
<i>Total dépenses - Efficience globale sur les T1 des fonctions considérées</i>				
<i>Taux de convergence globale sur les T1 des fonctions considérées</i>				

***Toutes les fonctions n'ont pas été insérées ici.

Annexe 2.6 : Onglet « Filières du PMP »

		GHT 72															
		N-2	N-1	N	N+1 (objectif)	N-2	N-1	N	N+1 (objectif)	N-2	N-1	N	N+1 (objectif)	N-2	N-1	N	N+1 (objectif)
Filière 4 - Cardiologie	Type d'indicateur	Parts de marché				Nombre de séjours / Croissance d'activité				Chainage des séjours				Indicateur 4			
	Donnée																
	Variation %																
Filière 5 - Neurologie / AVC	Type d'indicateur	Parts de marché				Nombre de séjours / Croissance d'activité				Chainage des séjours				Indicateur 4			
	Donnée																
	Variation %																
Filière 6 - Prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans	Type d'indicateur	Parts de marché				Nombre de séjours / Croissance d'activité				Chainage des séjours				Indicateur 4			
	Donnée																
	Variation %																
Filière 7 - Rhumatologie	Type d'indicateur	Parts de marché				Nombre de séjours / Croissance d'activité				Chainage des séjours				Indicateur 4			
	Donnée																
	Variation %																
Filière 8 - Cancérologie	Type d'indicateur	Parts de marché				Nombre de séjours / Croissance d'activité				Chainage des séjours				Indicateur 4			
	Donnée																
	Variation %																
Filière 9 - Soins palliatifs	Type d'indicateur	Parts de marché				Nombre de séjours / Croissance d'activité				Chainage des séjours				Indicateur 4			
	Donnée																
	Variation %																
Filière 10 - Hospitalisation à domicile	Type d'indicateur	Parts de marché				Nombre de séjours / Croissance d'activité				Chainage des séjours				Indicateur 4			
	Donnée																
	Variation %																

***Il ne s'agit ici que d'une capture d'écran d'une partie du tableau de suivi et de pilotage du PMP pour le GHT 72. Ces tableaux sont personnalisables en fonction des GHT.

Annexe 2.7 : Onglet « Comparaisons RTC inter-établissements »

PERFORMANCE MEDICO-TECHNIQUE / FONCTIONS SUPPORT																
		GHT (global)			Etablissement A			Etablissement B			Etablissement C			...		
		N- 2	N-1	N	N- 2	N-1	N	N- 2	N-1	N	N- 2	N-1	N	N- 2	N-1	N
DIM	Volume financier															
	Variation %															
	Nombre de résumés PMSI															
	Variation %															
SYSTÈMES D'INFORMATION	Coût total PM + PNM															
	Variation %															
	Volume financier															
	Variation %															
IMAGERIE	Coût du poste informatique															
	Variation %															
	Nombre de postes par ETP PNM															
	Variation %															
LABORATOIRES	Coût total PNM															
	Variation %															
	Volume financier															
	Variation %															
RESTAURATION	Nombre d'ICR															
	Variation %															
	Coût ICR															
	Variation %															
LABORATOIRES	Coût total PM + PNM															
	Variation %															
	Volume financier															
	Variation %															
RESTAURATION	Nombre de B/BHN produits															
	Variation %															
	Coût B/BHN de laboratoire															
	Variation %															
RESTAURATION	Part sous-traitance dans les charges															
	Variation %															
	Coût total PM + PNM															
	Variation %															
RESTAURATION	Volume financier															
	Variation %															
	Part sous-traitance dans les charges															
	Variation %															
RESTAURATION	Nombre de repas produits															
	Variation %															
	Coût du repas - patient															
	Variation %															
RESTAURATION	Coût total PNM															
	Variation %															

***Le tableau a ici été coupé, par soucis de présentation :
il manque la blanchisserie.

Durand	Célestin	Septembre 2017
Directeur d'Hôpital 2017-2018		
Des nouveaux outils à l'appui du cadre budgétaire et financier des GHT : la démarche pro-active de la Région Pays de la Loire		
<p>Résumé :</p> <p>La réglementation issue de la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 introduit une dimension budgétaire aux GHT. A ce jour, les dispositions qui l'encadrent restent cependant éparses et peu précises, sans réelle cohérence de fond tandis que cette démarche est intrinsèquement porteuse d'ambitions fortes.</p> <p>Malgré ces insuffisances réglementaires, il convient néanmoins d'outiller les GHT et les ARS afin de favoriser la convergence budgétaire et financière des établissements. Prenant acte de ce nouveau contexte, les acteurs de la Région PDL ont développé une démarche collaborative et innovante afin de se doter d'un outil commun. Présenté sous la forme d'un tableau de bord multifonctionnel, cet outil doit permettre de structurer la supervision financière et de favoriser le pilotage de la performance des GHT.</p> <p>L'opérationnalité de l'outil élaboré ne pourra toutefois être garantie que si des précisions sont apportées sur l'organisation concrète du régime budgétaire et financier des GHT. A ce sujet, une instruction de la DGOS dite de « supervision financière des GHT » est en cours de rédaction. Nous nous projettons sur les dispositions qu'elle pourrait contenir afin de tirer le meilleur de cette démarche de coordination sur le domaine budgétaire et financier à l'échelle des GHT, et de faire émerger une fonction finances partagée.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>GHT – Finances – Performance – Outils/tableaux de bord – Instruction DGOS – Supervision financière – Région Pays de la Loire</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		