

INSTRUCTION N° 60-169 - M 2
du 2 Novembre 1960

CLASSEMENT

M 2

DIRECTION
DE LA
COMPTABILITE PUBLIQUE

BUREAU D 3

Numéro dans les séries spéciales:
560 TM

Cette instruction a été modifiée par les instructions suivantes :

| | |
|----------|----------|
| n° | du |
| n° | du |
| n° | du |
| n° | du |

Cette instruction a été abrogée par l'instruction
n° du

ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

DISPOSITIONS FINANCIERES ET COMPTABLES

DOCUMENTS A ANNOTER

- Instruction M 2 sur la comptabilité des hôpitaux.
- Circulaire n° 1239 du 8 avril 1953 (B. S. T. 28 G).
- Circulaire n° 1608 du 4 novembre 1955, § 15 (B. S. T. 107 G).
- Instruction 59-59 T 12 du 26 mars 1959.
- Instruction 60-65 M 2 du 6 avril 1960.

L'Instruction n° 60-65 M 2 du 6 avril 1960 a présenté, dans leurs dispositions essentielles, et publié divers textes relatifs aux établissements hospitaliers et, en particulier :

- le décret n° 59-1510 du 29 décembre 1959 (J. O. du 30 décembre 1959) relatif aux dispositions financières et comptables à adopter à l'égard des hôpitaux et hospices publics ;
- trois arrêtés du même jour (J. O. du 30 décembre 1959) relatifs, le premier aux dépenses d'entretien, de réparations et d'améliorations courantes des hôpitaux et hospices publics, les deux autres au fonds de roulement de ces établissements.

DESTINATAIRES POUR APPLICATION

| RGS | PGS | TPG | DOM | TGP | RF | P |
|---|-----|-----|-----|-----|----|---|
| Messieurs les Receveurs des Etablissements Nationaux de Bienfaisance. | | | | | | |

DIFFUSION
GT
40

INSTRUCTION
N° 60-169 - M 2
du
2 novembre 1960.

Le Ministre de la Santé publique et de la Population a, de son côté, analysé, commenté et interprété en détail ces divers textes, dans une circulaire générale n° 244 b 3268 du 14 juin 1960.

Malgré la publication prochaine d'une édition mise à jour de l'Instruction M 21 sur la comptabilité des hôpitaux qui, naturellement, tiendra compte des nouveaux textes, dans leurs répercussions d'ordre comptable, il a semblé intéressant de porter à la connaissance des comptables locaux le texte de la circulaire du 14 juin 1960, reproduit en annexe à la présente instruction.

*
* *

L'ordonnance de cette circulaire est parallèle, article par article, à celle du décret du 29 décembre 1959.

L'attention est plus spécialement attirée sur les points suivants :

1. — SECTION ET SERVICE HOSPITALIER

La notion nouvelle de section hospitalière, introduite par l'article 1^{er} du décret, est analysée au chapitre 1 de la circulaire, qui la compare à la notion traditionnelle du service.

Ce même chapitre souligne l'articulation existant entre le nouveau décret sur les prix de journée et de revient et le décret du 28 mars 1953 relatif au budget et à la comptabilité des hôpitaux. Il rappelle enfin la liste des activités hospitalières qui doivent établir des budgets et des comptes annexes.

2. — MONTANT DES DÉPENSES D'ENTRETIEN, DE RÉPARATION ET D'AMÉLIORATIONS COURANTES SUSCEPTIBLES D'INCORPORATION DANS LES PRIX DE REVIENT

Les dispositions nouvelles ne font que confirmer les mesures antérieures et notamment celles qui résultent de l'Instruction n° 59-99 M 2 du 4 juin 1959 (chapitre II, § 1^{er}).

Il est, cependant, intéressant de noter que les commissions administratives doivent justifier, à l'autorité de tutelle, leurs délibérations d'incorporation des dépenses de travaux d'entretien et de réparation dans les prix de journée et d'ouverture de crédit au compte du fonds de provision pour travaux.

Les justifications résultent de la mise au point d'un programme s'étendant sur plusieurs exercices et même d'un plan directeur.

3. — DOTATION AU FONDS DE PROVISION POUR CRÉANCES IRRECOUVRABLES

L'attention est appelée spécialement sur les justifications qui doivent être jointes au mandat d'imputation de la dotation au compte « Provision pour créances irrécouvrables ».

La provision est employée en cas *d'admission en non valeur* des produits hospitaliers, par l'assemblée délibérante. Elle n'a pas à supporter les remises gracieuses.

4. — FONDS DE ROULEMENT

Les développements que lui consacre la circulaire du Ministère de la Santé publique soulignent avec bonheur l'intérêt que présente pour les établissements, l'existence d'une réserve de trésorerie.

L'alourdissement du prix de journée que représente la majoration susceptible, dans la limite maximum de 2 %, d'alimenter le fonds de roulement est compensé et le plus souvent annulé par les économies résultant, pour l'établissement, de l'amélioration de son crédit et de l'allègement de ses frais financiers.

On rappellera, à cet égard, qu'aux termes des articles 69 à 71 et 73 du décret n° 60-724 du 25 juillet 1960 (*J. O.* du 27 juillet) publié en annexe 6 à l'Instruction n° 60-140 MO du 29 août 1960, le retard dans le règlement des marchés passés par les établissements hospitaliers entraîne l'application d'intérêts moratoires, calculés sur le montant des droits à acomptes ou à paiement, à un taux supérieur de 1 % au taux d'escompte de la Banque de France.

Les Comptables ne manqueront pas de rappeler, le cas échéant, aux autorités intéressées la charge supplémentaire que cette disposition nouvelle menace de faire peser sur les établissements hospitaliers dont la trésorerie est insuffisante.

5. — PRIX DE JOURNÉE. — RÉSORPTION DES DÉFICITS OU DES EXCÉDENTS D'EXPLOITATION

Le chapitre III de la circulaire commente les articles 6 à 12 du décret du 29 décembre 1959.

On notera que la compensation entre les résultats des diverses *sections* hospitalières n'est pas possible, mais qu'elle peut jouer entre l'ensemble des *services* composant une section.

La répartition des déficits ou des excédents se réalise dans la comptabilité analytique d'exploitation.

L'article 6 du décret confirme la règle antérieure d'après laquelle le déficit doit, en principe, être résorbé dans les prix de journée de l'année qui suit la clôture de l'exercice. Cependant, ce principe comporte quelques assouplissements exceptionnels. Il reste que les déficits ne doivent pas s'accumuler au compte de résultats qui, normalement, ne devrait inclure que les déficits (ou les excédents) de l'exercice en cours et de l'exercice précédent.

6. — CATÉGORIES DE MALADES HOSPITALISÉS

Dans le chapitre III de la circulaire se trouve également soulignée la disparition des trois catégories de malades et de pensionnaires payants, prévues par la réglementation antérieure. Une dualité de régime subsiste seulement, dont les caractéristiques financières sont d'ores et déjà connues, tandis que le régime administratif sera fixé par un texte dont l'analyse est indiquée.

7. — FIXATION OBLIGATOIRE DE PRIX DE JOURNÉE PAR SECTION ET PAR SERVICE

Il s'agit du commentaire de l'article 9 du décret du 29 décembre 1959 qui a posé le principe de prix de journée distinct *par sections* et, également, *par services compris dans une même section*, ce détail étant du moins obligatoire pour les services de la section « *hôpital* ».

A cette occasion, il est indiqué, d'ores et déjà, que l'examen des résultats partiels de l'enquête sur les prix de revient (Instruction n° 64-257 du 30 août 1960) a révélé que certains établissements n'ont pas, en 1960, déterminé des prix de journée distincts pour les divers sections et services d'hôpital énumérés par l'article 9 du décret du 29 décembre 1959.

La tolérance admise pour 1960, en raison de la date de publication du décret, ne sera pas, d'après la circulaire du Ministère de la Santé, reconnue, en principe, pour 1961.

Il est accessoirement signalé que les fiches C 1103 — *Enquête sur les prix de revient* — adressées à la Direction, par les Comptables supérieurs, doivent faire état de prix établis ou convertis en *nouveaux francs* et n'ont pas à comporter plus de deux décimales.

L'attention est à nouveau appelée sur la jurisprudence de la section permanente du conseil supérieur de l'aide sociale, compétente en matière de contentieux de prix de journée, en vertu de laquelle les arrêtés préfectoraux pris postérieurement au 1^{er} janvier ne peuvent avoir effet qu'à compter de la date de leur publication, cette date seule étant opposable aux tiers.

On notera, enfin, le rappel qui est fait des dispositions de l'article 22 du décret du 11 décembre 1958 (cf. Instruction n° 59-32 MO du 16 février 1959) qui a confié l'approbation du budget hospitalier au seul Préfet.

8. — PUBLICITÉ DES ARRÊTÉS FIXANT LES PRIX DE JOURNÉE

Le commentaire de l'article 11 du décret expose de façon très complète les mesures de publicité prévues pour les arrêtés fixant les prix de journée. Les Comptables ne devraient pas manquer de rappeler, le cas échéant, la nécessité de ces mesures.

Il appartient, en particulier, aux Comptables hospitaliers de porter les prix de journée à la connaissance de leurs collègues des bureaux d'aide sociale.

9. — REVISION DES PRIX DE JOURNÉE EN COURS D'ANNÉE

Les développements réservés à l'article 12 du décret de 1959 rappellent que les revisions en cours d'exercice ne peuvent être décidées que si le prix de revient réel s'avère supérieur ou inférieur de plus de 5 % au prix de revient prévisionnel.

Les risques que fait encourir la possibilité d'une revision en cours d'année sont utilement soulignés par la circulaire : il s'agit surtout d'une incitation à dépasser les crédits alloués en début d'année, lors de la fixation des prix de journée. Les recommandations formulées aux autorités de tutelle s'adressent aussi aux Comptables pour ce qui les concerne.

10. — CONTRÔLE DES PRIX DE REVIENT

L'attention des Comptables supérieurs est spécialement attirée sur la *décision du Secrétaire d'Etat au Commerce Intérieur fixant à 13 %, en 1960, le coefficient d'augmentation du prix de revient prévisionnel qui déclenche le contrôle conjoint institué par la circulaire du 31 décembre 1958 (annexée à l'Instruction n° 59-59 T 12 du 26 mars 1959) et confirmé par l'article 17 du décret du 29 décembre 1959.*

Les montants des prix de revient, en valeur absolue, au-dessus desquels le contrôle est également effectué, seront prochainement portés à la connaissance des Comptables, au vu des résultats actuellement centralisés dans le cadre de l'enquête sur les prix de revient unitaires.

D'une manière générale, il est souhaitable que les contrôles soient opérés, autant que possible, dans la première partie de l'année.

Exceptionnellement, en raison de l'intervention tardive des décisions déterminant l'exercice du contrôle en 1960, il est signalé, avec l'accord du Ministère de la Santé Publique, que le contrôle des prix de revient pourra être effectué en fin d'année et pendant les premiers mois de l'exercice 1961, sur la base du coefficient d'augmentation susindiqué (13 %) et des montants en valeur absolue.

Pour le Directeur de la Comptabilité Publique :

Le Sous-Directeur,

P. LOUBET.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION

ANNEXE

INSTRUCTION
N° 60-169 - M 2
du
2 novembre 1960.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
14^e bureau.

| |
|-----------------|
| 244 b |
| Non parue J. O. |
| 3.268 (60-25) |

**CIRCULAIRE DU 14 JUIN 1960 RELATIVE A L'APPLICATION
DU DECRET N° 59-1510 DU 29 DECEMBRE 1959
CONCERNANT LES DISPOSITIONS FINANCIERES ET COMPTABLES
A ADOPTER A L'EGARD DES HOPITAUX ET HOSPICES PUBLICS**

(Non parue au *Journal officiel*.)

Circulaires abrogées par la présente circulaire :

Circulaires des 24 octobre 1951, 28 novembre 1952, 6 octobre 1954, 25 octobre 1955,
20 juin 1956, 31 décembre 1958.

Circulaires modifiées ou complétées par la présente circulaire :

Circulaires des 7 mai 1956, 10 juin 1959, 16 novembre 1959, 19 décembre 1959.

Paris, le 14 juin 1960.

LE MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION,

A

MESSIEURS LES PRÉFETS (pour exécution),
MESSIEURS LES DIRECTEURS DÉPARTEMENTAUX DE LA POPULATION ET
DE L'AIDE SOCIALE,
MESSIEURS LES DIRECTEURS DÉPARTEMENTAUX DE LA SANTÉ.

Au *Journal officiel* du 30 décembre 1959 a été publié le décret n° 59-1510
du 29 décembre 1959 relatif aux dispositions financières et comptables à adopter à
l'égard des hôpitaux et hospices publics et trois arrêtés du même jour relatifs :

- 1° Aux modalités d'incorporation dans les prix de revient des dépenses d'entretien, de réparations et d'améliorations courantes ;
- 2° Au plafond susceptible d'être atteint par le fonds de roulement ;
- 3° Au montant de la majoration du prix de revient dont le produit est affecté à la création ou à la dotation du fonds de roulement.

INSTRUCTION
N° 60-169 - M 2
du
2 novembre 1960.

J'appelle tout particulièrement votre attention sur ces textes dont les prescriptions doivent désormais servir de base au calcul des prix de journée applicables aux établissements hospitaliers et il me paraît indispensable d'en commenter les dispositions afin de permettre aux administrations hospitalières, aux corps de contrôle et aux autorités de tutelle de connaître l'étendue et la portée des règles maintenant applicables.

I. — ECONOMIE GENERALE DU DECRET DU 29 DECEMBRE 1959

Ce texte est intervenu en application de l'article 44 du décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics. Ses dispositions complètent d'ailleurs celles des articles 32 à 38 dudit décret du 11 décembre 1958 qui avaient déterminé dans leur grandes lignes le mode de fixation et de revision des prix de journée, ainsi que les principes de base de la comptabilité hospitalière.

Le chapitre I du décret du 29 décembre a pour objet de déterminer les dispositions applicables en matière de comptabilité, alors que les chapitres II à V traitent du calcul des prix de revient et des prix de journée. Le nouveau texte se substitue dans ce domaine aux dispositions des articles 229 à 239 et 243 *bis* du R. A. P. du 17 avril 1943 modifié par le décret du 19 octobre 1951.

Le chapitre V s'attache à définir les modalités de contrôle des prix de journée et articule la réglementation propre aux prix de journée avec la législation à caractère général sur les prix.

Enfin, il a paru opportun de regrouper dans le texte relatif au fonctionnement financier et comptable des hôpitaux des dispositions à caractère financier qui figuraient antérieurement dans les articles 27, 31, 32, 35 du R. A. P. du 17 avril 1943. C'est le but du chapitre VI.

II. — COMMENTAIRE DES DISPOSITIONS DU DECRET DU 29 DECEMBRE 1959

CHAPITRE I^{er}

Dispositions comptables.

L'article 1^{er}, qui constitue à lui seul ce chapitre, reprend dans leur esprit les dispositions de l'ancien article 243 *bis* du R. A. P. du 17 avril 1943, tout en consacrant à nouveau les principes qui ont présidé à la réforme de la comptabilité hospitalière, maintenant axée sur la recherche des prix de revient afférents à chaque cellule de l'activité hospitalière.

Bien entendu, ce texte s'articule pleinement avec le décret du 28 mars 1953 relatif au budget et à la comptabilité des hôpitaux dont les dispositions conservent toute leur valeur.

Deux remarques particulières doivent être faites en ce qui concerne l'article 1^{er} :

- a) Au premier alinéa apparaît une notion nouvelle, celle de « section » d'un établissement hospitalier ; cette notion a été introduite pour éviter les confusions qui risquaient de se produire entre les diverses définitions attribuées par la réglementation antérieure au mot service, qui désignait indifféremment, soit la cellule de base de l'organisation hospitalière, les services d'hospitalisation proprement dits (service de chirurgie femmes, de chirurgie hommes, de médecine, d'O. R. L., etc), soit l'ensemble des services d'hôpital ou d'hospice d'un même établissement.

Désormais, le mot « service » est réservé à la cellule de base et le mot « section » est employé pour désigner la réunion des services de même nature.

La définition de la section est donnée par l'article 9 :

- Section - hôpital ;
- Section - hospice ;
- Section - convalescents ;
- Section - chroniques ;
- Section - quartiers psychiatriques ;
- Section - section de rééducation pour alcooliques.

- b) Le quatrième alinéa de l'article 1^{er} indique que la liste des activités accessoires pour lesquelles les hôpitaux et hospices doivent établir des budgets et comptes annexes est fixée par arrêté interministériel.

Actuellement, en vertu des dispositions du décret du 28 mars 1953, les hôpitaux sont tenus d'établir des budgets et comptes annexes pour :

- les cliniques ouvertes ;
- la dotation non affectée ;
- les centres de transfusion sanguine.

D'autre part, les dépenses et les recettes des lactariums gérés par les hôpitaux et des quartiers psychiatriques doivent également être retracées dans des budgets annexes.

S'il est jugé opportun d'étendre cette liste, cette mesure fera l'objet d'un arrêté ultérieur pris en application de l'article 1^{er}, 4^e alinéa.

CHAPITRE II

Des prix de revient prévisionnels.

L'article 2 ne présente, dans son application, aucune difficulté particulière. Il harmonise la réglementation du calcul des prix de revient avec les règles découlant de l'application de la nouvelle comptabilité hospitalière.

Le mécanisme du calcul des prix de revient à partir des crédits inscrits à la section d'exploitation des services hospitaliers du budget primitif, déduction faite des recettes en atténuation de dépenses (cf. feuille d'imputation et de répartition) est bien connu de l'ensemble des administrations hospitalières et n'appelle pas de commentaire spécial. Rien n'est changé par rapport à la pratique antérieure qui s'était établie depuis l'extension du plan comptable à tous les établissements hospitaliers.

Je vous rappelle qu'en application de l'article 32 du décret du 11 décembre 1958 les prévisions inscrites à la section d'exploitation sont basées sur :

- 1° Le budget primitif et le budget supplémentaire de l'année qui se termine ;
- 2° Les prévisions de dépenses certaines, telles qu'elles résultent notamment des marchés qui ont été passés et des majorations de traitement et de salaires qui ont été attribuées ;
- 3° Les prévisions de dépenses probables.

L'article 3 traite de l'incorporation dans les prix de revient des dépenses d'entretien, de réparations et d'améliorations courantes.

Je dois vous signaler sur ce point que, sous l'empire de la réglementation antérieure, sur les prix de journée, l'article 231 du décret du 17 avril 1943 modifié visait les dépenses d'entretien de « grosses réparations » et améliorations courantes, alors que l'article 3 du présent décret concerne les dépenses d'entretien, de « réparations »

INSTRUCTION
N° 60-169 - M 2
du
2 novembre 1960.

INSTRUCTION
N° 60-169 - M 2
du
2 novembre 1960.

et d'améliorations courantes. En fait, cette modification dans la terminologie n'est que la confirmation des dispositions adoptées par le décret du 28 mars 1953 qui, en son article 1^{er}, a rangé les dépenses de travaux neufs et « grosses réparations » parmi les dépenses de la section d'investissement.

Je vous rappelle d'ailleurs que dans ma circulaire du 10 juin 1959, déférant aux observations formulées par la Cour des comptes, j'ai précisé que devaient être imputés à la section d'investissements non seulement les acquisitions de biens, les travaux neufs, les remboursements de dettes (capitaux d'emprunts), mais également les travaux ci-après :

- réfection totale des couvertures, souches de cheminées, conduits de fumée ;
- consolidation des soubassements, reprise en sous-œuvre ;
- réfection des gros murs, des murs extérieurs ;
- réfection totale des charpentes, escaliers, planchers, solivages ;
- réfection totale des descentes d'eaux usées, d'eaux pluviales ;
- travaux de ravalement extérieurs.

J'indiquais, en outre, que les dépenses d'aménagement des immeubles devaient être imputées sur les crédits ouverts à la section d'investissement du budget, dès lors que ces aménagements comprenaient, soient des travaux neufs, soit un ou plusieurs types de travaux figurant dans la liste ci-dessus.

En outre, par circulaire du 19 décembre 1959, j'ai précisé que les établissements peuvent, s'ils le jugent bon, inscrire à des comptes de valeurs immobilisées le montant des travaux importants non compris dans la liste ci-dessus, cette faculté étant susceptible d'intéresser les établissements les moins importants qui rencontrent des difficultés pour constituer des provisions, mais peuvent disposer plus aisément que les grands établissements des fonds dégagés par l'amortissement.

Ces indications doivent permettre aux administrations hospitalières et aux autorités de tutelle de faire le clivage entre les travaux portés à la section d'investissement et comme tels financés par l'ensemble des recettes de cette section et ceux à imputer sur la section d'exploitation et dont le montant est soumis à la limitation prévue par l'article 3 du décret du 29 décembre 1959.

1° MONTANT DES DÉPENSES D'ENTRETIEN, DE RÉPARATION ET D'AMÉLIORATIONS COURANTES POUVANT ENTRER DANS LES ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DES PRIX DE REVIENT

L'arrêté du 29 décembre 1959 a fixé la limite d'incorporation des dépenses de l'espèce dans les prix de journée à :

8 % des dépenses inscrites à la section d'exploitation du budget, autres que celles concernant l'entretien, les réparations et améliorations courantes lorsque les bâtiments ont été édifiés depuis moins de quarante ans (il est précisé à ce sujet que les dépenses à prendre en considération pour le calcul du pourcentage sont la *totalité* des dépenses inscrites à la section d'exploitation avant déduction des recettes en atténuation et non pas seulement les dépenses nettes, c'est-à-dire après déduction des recettes en atténuation) ;

12 p. 100 de ces mêmes dépenses, lorsque les bâtiments ont été édifiés depuis plus de quarante ans.

Ce dernier taux est identique à celui qui avait été prévu par l'arrêté du 6 novembre 1952. Par contre, pour les immeubles plus récents, la limite d'incorporation a été ramenée de 10 à 8 p. 100, ces établissements bénéficiant plus largement des fonds provenant de l'amortissement.

Pour apprécier le taux maximum à retenir pour chaque établissement hospitalier, il convient, comme par le passé, de considérer si le volume des bâtiments édifiés depuis moins de quarante ans est égal ou supérieur à 50 p. 100 du volume total

des bâtiments hospitaliers ; dans cette hypothèse, le taux à appliquer ne peut dépasser 8 p. 100. Dans le cas contraire, l'administration hospitalière peut adopter un taux allant jusqu'à 12 p. 100, mais elle doit alors fournir, à l'appui de son budget, tous documents et pièces de nature à justifier sa demande. La décision prise sera soumise à révision chaque fois que l'établissement édifiera ou entrera en possession de nouveaux bâtiments.

A l'appui de leurs propositions tendant à l'incorporation des dépenses de travaux d'entretien et de réparations dans les prix de journée, les établissements doivent présenter à l'autorité de tutelle un programme de travaux de nature à justifier l'importance des crédits demandés. Cette question sera également évoquée plus loin sous la rubrique « Fonds de provision ».

Le programme présenté doit faire ressortir aussi bien les travaux prévus pour le maintien en l'état des services hospitaliers que les améliorations envisagées. Il porte, autant que possible, sur plusieurs exercices, de manière à répartir l'ensemble de la dépense de la façon la plus rationnelle en évitant des variations trop accentuées des prix de journée. Ce programme doit être annexé au budget et, chaque année, l'établissement doit faire apparaître une distinction très nette entre les travaux déjà réalisés, ceux restant à accomplir et éventuellement les projets nouveaux envisagés.

*Définition des dépenses d'entretien ou de réparations
visées par l'article 3 du décret du 29 décembre 1959.*

Entrent dans le champ d'application des dispositions de l'article 3 du décret du 29 décembre 1959 :

- d'une part, les dépenses inscrites à toutes les subdivisions du compte 631, Entretien et réparations ;
- d'autre part, pour les travaux exécutés en régie : les dépenses inscrites aux comptes :
 - 32.5 et 602.5 : produits d'entretien ;
 - 32.63 et 602.63 : produits destinés aux ateliers ;
 - 612.3 : traitements et indemnités, ateliers ;
 - 617 : charges de sécurité sociale ;
 - 620 : impôts et taxes, versement forfaitaire de 5 p. 100 ;
 - 633.3 : petit outillage destiné aux ateliers ;
 - 64 : transports et déplacements, part des ateliers ;
 - 634 : fournitures extérieures, part des ateliers.

Ces dépenses doivent être éventuellement réduites de la valeur des immobilisations édifiées par l'établissement à l'aide du personnel de ses ateliers.

Il est possible que des dépenses de travaux de réparations ou d'entretien différé soient réglées à l'aide de fonds d'emprunt. Elles sont, dans ce cas, imputées au compte 205 ouvert à la section d'investissement du budget. De même est inscrit à ce compte le montant des travaux de réparations d'entretien et de réparations importants ne figurant pas dans la liste donnée plus haut et que la commission administrative décide d'imputer à la section d'investissement, faute de disponibilités suffisantes à la section d'exploitation.

Les dépenses imputées au compte 205 sont, au cours des exercices ultérieurs, transférées à la section d'exploitation par la voie de l'amortissement, le compte 2085 étant crédité des dotations annuelles par le débit du compte 6810.

Dans l'hypothèse de dépenses couvertes par l'emprunt, la dotation annuelle doit être égale à la fraction du capital remboursée au cours de l'année. Dans les autres cas, la commission administrative fixe les modalités d'amortissement des dépenses en fonction de la nature des recettes qui ont permis de les couvrir.

INSTRUCTION
N° 60-169 - M 2
du
2 novembre 1960.

2° CONSTITUTION ET DOTATION DU « FONDS DE PROVISION POUR TRAVAUX »

En application des dispositions combinées du troisième alinéa de l'article 3 du décret du 29 décembre 1959 et de l'article 2 de l'arrêté du même jour, les établissements peuvent décider l'inscription de crédits au compte 6855 ; « Provisions pour travaux ».

Le montant prévisionnel du crédit à inscrire à ce compte, dont l'alimentation reste facultative, est déterminé par la différence entre les dépenses d'entretien, de réparations et améliorations courantes susceptibles d'entrer en compte dans les prix de revient, eu égard à la limite fixée, pour l'établissement et les dépenses effectivement prévues à ce titre pour l'année en cours. (Ces dernières sont constituées par le regroupement des dépenses en régie inscrites aux divers comptes précisés ci-dessus, augmentées des crédits prévus au compte 631, ainsi qu'éventuellement de la part d'amortissement des frais d'établissements inscrits au compte 6810).

Toutefois, il doit être précisé que l'inscription de crédits en vue de la constitution du fonds de provision ne doit être approuvée par l'autorité de tutelle que si l'établissement présente à l'appui de sa demande un programme de travaux justifiés. De plus, elle doit être liée, dans les établissements de plus de 200 lits, à l'élaboration d'un plan directeur. Faute de la présentation d'un tel plan, et à moins qu'il ne soit en cours d'élaboration pour la première année d'application des présentes instructions, vous devrez, dans les établissements intéressés, refuser d'accepter l'inscription de crédits destinés à doter le fonds de provision.

D'autre part, à la clôture de l'exercice, l'établissement peut également demander, en vertu du quatrième alinéa de l'article 3 du décret du 29 décembre 1959, que les crédits ouverts au budget en vue de la réalisation des dépenses d'entretien, de réparations et améliorations courantes et n'ayant pas donné lieu à des engagements soient affectés au fonds de provision.

Je vous rappelle, enfin, que dans la circulaire du 10 juin 1959 il a été indiqué que lorsqu'une fraction des dépenses engagées sur les crédits du compte 631 n'est pas encore mandatée à la clôture de l'exercice, les crédits correspondants peuvent venir s'ajouter à la dotation annuelle du fonds de provision, ce qui permet de les prendre en considération dans le calcul du prix de revient réel de l'exercice au cours duquel elles ont été engagées, alors que si elles étaient reprises lors de l'exercice suivant au compte 872 « Charges des exercices antérieurs », elles seraient considérées comme une charge de ce dernier exercice.

3° OUVERTURE EN COURS D'ANNÉE DE CRÉDITS SUPPLÉMENTAIRES
POUR DÉPENSES D'ENTRETIEN, DE RÉPARATIONS ET D'AMÉLIORATIONS COURANTES

Conformément aux dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 29 décembre 1959, toute ouverture de crédits supplémentaires pour les dépenses de l'espèce doit être :

- soit gagée par une ressource supplémentaire ou nouvelle (augmentation du nombre des journées de l'établissement — revision du prix de journée) : dans ce cas, l'ensemble des dépenses d'entretien, réparations et améliorations courantes doit rester compris dans les limites autorisées de 8 ou 12 % selon l'âge des bâtiments hospitaliers ;
- soit compensée par une réduction à due concurrence des crédits ouverts à l'article 6855 « Dotation du fonds de provision » ;
- soit couverte par un prélèvement sur le fonds de provision.

Bien entendu, ces différentes procédures peuvent jouer soit séparément, soit concurremment.

4° CALCULS A FAIRE POUR DÉTERMINER LA DOTATION AU COMPTE DE PROVISION
POUR TRAVAUX OU LES REPRISES A FAIRE SUR PROVISIONS ANTÉRIEURES

Ces calculs donnent lieu aux opérations ci-après.

soit :

- A. — Le total des dépenses de la section d'exploitation,
- B. — Les dépenses prévues au compte 631,
- C. — Le total des dépenses en régie dûment regroupées,
- D. — L'amortissement des sommes imputées au compte 205,
- E. — La valeur des travaux neufs et des améliorations exceptionnelles exécutées en régie.

Première opération : déterminer le chiffre des dépenses de la section d'exploitation, non compris les dépenses de travaux, soit $A - B - C - D = A'$.

Deuxième opération : déterminer en fonction du pourcentage d'incorporation retenu le chiffre maximum des dépenses de travaux pouvant être compris dans le

$$\text{prix de journée } \frac{A' \times X}{100} = M.$$

Troisième opération : déterminer le montant total des dépenses d'entretien, réparations et améliorations courantes, compris dans les prévisions budgétaires : $B + C + D - E = T$.

Quatrième opération : comparer les termes M et T.

Si M est plus grand que T, l'établissement *peut* constituer une provision au plus égale à la différence $M - T = P$.

Si T est plus grand que M, l'établissement *doit* effectuer une reprise sur provisions antérieures d'un montant égal à la différence $T - M = R$.

Si $T = M$, l'établissement ne peut pas constituer de provision et n'a pas à effectuer de reprise sur provision.

5° FONCTIONNEMENT DU FONDS DE PROVISION

L'article 4 de l'arrêté du 29 décembre 1959 précise que les crédits inscrits au compte 6855 « Dotation pour fonds de provision pour travaux » sont, sur le vu d'un mandat de l'ordonnateur et sous réserve des emplois prévus ci-dessus, inscrits en recette au compte 157 « Provision pour travaux » ouvert parmi les comptes de capitaux permanents.

Il en est de même pour les crédits d'entretien, réparations et améliorations courantes inscrits au budget, mais non utilisés en cours d'année, dans la mesure où la commission administrative décide de ne pas comprendre ces sommes (en tout ou en partie) dans les crédits à annuler, ainsi que pour les crédits du compte 631 correspondant à des dépenses engagées qui n'ont pu être mandatées avant la clôture de l'exercice.

Ce mandatement des sommes en cause doit intervenir avant la clôture des opérations de l'exercice, car la dotation du fonds de provision constitue une opération facultative et si le mandatement n'est pas intervenu en temps utile on doit en déduire que l'établissement n'a pas estimé nécessaire de donner suite aux prévisions inscrites au budget.

L'emploi des sommes portées au fonds de provision est constaté, conformément aux dispositions de l'article 6 de l'arrêté du 29 décembre 1959, au vu d'un mandat

INSTRUCTION
N° 60-169 - M 2
du
2 novembre 1960.

délivré par l'ordonnateur dont le montant est porté en dépenses au compte 157 « Provisions pour travaux » et en recettes au compte 785 « Travaux couverts par des provisions ».

6° MONTANT MAXIMUM DU FONDS DE PROVISION POUR TRAVAUX

En vertu de l'article 7 de l'arrêté du 29 décembre 1959, le solde du fonds de provision pour travaux ne peut excéder le cinquième des dépenses de la section d'exploitation du dernier exercice connu.

Aucune dotation nouvelle ne doit être affectée à ce compte dès que cette limite est atteinte. Les documents établis par le receveur (balance des comptes du grand livre de compte de gestion) fournissent tous renseignements à ce sujet.

*
* *

L'article 4 du décret du 29 décembre 1959 prévoit la possibilité d'incorporer aux prix de revient prévisionnels les trois éléments suivants :

- 1° Une dotation au fonds de provision pour créances irrécouvrables ;
- 2° Une dotation pour le fonds de roulement ;
- 3° Les annuités des emprunts contractés en vue de la constitution du fonds de roulement.

Ces questions vont être examinées successivement.

1° Fonds de provision pour créances irrécouvrables.

Cette provision est destinée à compenser la perte subie par l'établissement lors de l'admission en non-valeurs de produits destinés à couvrir les dépenses d'hospitalisation des personnes soignées ou hébergées dans l'établissement.

A. — Dotation du fonds de provision pour créances irrécouvrables.

Le montant de cette dotation est déterminé chaque année par la commission administrative dans la limite d'un pourcentage fixé pour chaque établissement par le préfet après avis du trésorier-payeur général et du directeur départemental de la population et de l'aide sociale.

J'appelle votre attention sur le fait que ce pourcentage, qui est établi eu égard aux difficultés de recouvrement particulières à l'établissement est désormais fixé par référence aux *recettes* de la section d'exploitation, alors que, sous l'ancienne réglementation, il était fait référence aux *dépenses* hospitalières ordinaires. Il est au maximum de 1 p. 100 des recettes de la section d'exploitation.

Le montant de la dotation au compte de provision pour créances irrécouvrables est inscrit à la subdivision 6851 de la section d'exploitation.

Cette ouverture de crédit est faite à titre purement évaluatif. Une décision de l'ordonnateur, à la clôture de l'exercice, fixe le montant définitif du crédit en fonction du nombre réel de journées d'hospitalisation. Ce nombre doit correspondre au nombre de journées pris en considération pour l'établissement des titres de perception de l'exercice considéré. La somme correspondante est versée, au vu d'un mandat établi par l'ordonnateur au nom du receveur, au compte 419 « Provision pour créances irrécouvrables » ouvert parmi les comptes de tiers.

Ce mandat est appuyé des pièces ci-après :

- justification du nombre des journées effectivement servies au cours de l'exercice ;
- ampliation de la décision du préfet fixant le pourcentage limite (à chaque changement de pourcentage) ;
- délibération de la commission administrative fixant le taux de majoration applicable à l'exercice.

B. — *Emploi du fonds de provision pour créances irrécouvrables.*

Le montant des produits hospitaliers régulièrement admis en non-valeur (créances non recouvrées en raison de l'insolvabilité ou de l'absence des débiteurs — créances caduques...) est porté en recettes aux articles budgétaires intéressés. Cette opération est compensée par une dépense au compte 419 « Provision pour créances irrécouvrables » constatée au vu d'une ampliation de la décision d'admission en non-valeur qui justifie les écritures du receveur.

Les admissions en non-valeur doivent être distinguées des modifications régulièrement apportées aux titres de perception pour des motifs divers (créances non dues, erreurs matérielles, participations trop élevées...) qui n'ont jamais à être prélevées sur la provision pour créances irrécouvrables.

C. — *Plafond du fonds de provision pour créances irrécouvrables.*

L'article 4 (1°) du décret du 29 décembre 1959 apporte une précision nouvelle par rapport à la réglementation antérieure, il prescrit, en effet, que le solde du fonds de provision ne peut, après sa dotation de fin d'exercice, excéder le montant des créances échues depuis plus de deux ans et non recouverts qui apparaît au compte 212 « Hospitalisés — exercice antérieur ».

2° *Fonds de roulement.*

A. — *Constitution du fonds de roulement.*

Trois moyens différents peuvent être utilisés pour la constitution du fonds de roulement, qui peut être doté :

- a) Par une *majoration* comprise dans le prix de revient prévisionnel en application de l'article 4, 2°, du décret du 29 décembre 1959. Un arrêté du même jour en fixe le montant maximum à 2 p. 100 du prix de revient calculé conformément aux articles 2, 3 et 5 du décret. L'application de cette majoration doit être autorisée par le préfet après avis du trésorier payeur général et du directeur départemental de la population et de l'aide sociale ;
- b) Par un *emprunt* dont les annuités sont incluses dans le prix de journée en vertu des dispositions de l'article 4, 3°, du décret du 29 décembre 1959. Le montant de ces annuités ne doit pas dépasser le pourcentage maximum de 2 p. 100 du prix de revient prévu par l'arrêté du 29 décembre 1959 ;
- c) Par *l'affectation*, dans la limite du tiers de l'excédent de recettes constaté à la clôture d'un exercice conformément aux dispositions de l'article 33, 2° alinéa, du décret du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics, dispositions d'ailleurs rappelées par l'article 6 du décret du 29 décembre 1959. C'est au préfet, après avis du directeur départemental de la population, qu'il appartient de décider dans quelle mesure une partie de l'excédent de recettes est affectée au fonds de roulement.

INSTRUCTION
N° 60-169 - M 2
du
2 novembre 1960.

B. — *Dotation du fonds de roulement.*

Le fonds de roulement est suivi, dans les écritures du receveur, au compte 114 « Réserve de trésorerie » qui n'est pas ouvert sur les documents budgétaires.

Les opérations intéressant le fonds de roulement sont constatées dans les conditions ci-après :

a) Fonds de roulement constitué par une majoration du prix de revient prévisionnel.

Pour la détermination du montant des sommes à verser au compte 114 « Réserve de trésorerie », il convient de procéder comme il est indiqué en matière de créances irrécouvrables.

Le montant de la majoration affectée au fonds de roulement fait l'objet d'un crédit budgétaire ouvert à la subdivision 8770 « Majoration du prix de journée » du compte 877 « Dotation au fonds de roulement ». Cette ouverture de crédit a un caractère évaluatif, elle est égale au produit de la majoration du prix de journée par le nombre prévisionnel de journées.

Une décision de l'ordonnateur prise, avant la clôture de l'exercice, fixe le montant définitif de ce crédit en fonction du nombre réel de journées d'hospitalisation.

Avant la clôture de l'exercice, l'ordonnateur délivre un mandat au nom de receveur pour le montant des sommes à verser au fonds de roulement. Comme en matière de fonds de provision pour travaux, si le mandatement n'est pas intervenu en temps utile, on doit considérer que l'établissement n'a pas donné suite aux prévisions inscrites au budget et elles ne peuvent être reportées d'un exercice à l'autre.

Le mandat délivré par l'ordonnateur est appuyé des pièces ci-après :

- justification du nombre de journées effectivement servies au cours de l'exercice considéré ;
- délibération de la commission administrative décidant la majoration du prix de revient pour la constitution du fonds de roulement portant mention de l'autorisation préfectorale ;
- ampliation de l'arrêté préfectoral fixant le plafond du fonds de roulement (cf. ci-dessous).

b) Fonds de roulement constitué à l'aide d'excédent de recettes.

Toutes indications ont été données sur les calculs à effectuer pour la détermination des résultats de la section d'exploitation du budget, par la circulaire n° 244 C du 7 mai 1956 dans ses prescriptions relatives à la présentation des comptes administratifs, complétée en la matière par la circulaire du 10 juin 1959 relative à la comptabilité et au fonctionnement financier des établissements de soins et de cure.

Je ne reviendrai pas ici sur les précisions données dans ces instructions qui permettent de procéder au calcul de l'excédent de recettes de la section d'exploitation du dernier exercice clos dont le tiers peut être affecté au fonds de roulement.

Un crédit correspondant à la part d'excédent de recettes ainsi affectée est inscrit à la subdivision 8771 « Emploi d'excédents antérieurs » du compte 877 « Dotation au fonds de roulement » au budget supplémentaire suivant la clôture de l'exercice au cours duquel l'excédent a été constaté. Cette opération est compensée par une reprise d'excédents mentionnée au budget au bas de la colonne des recettes de la section d'exploitation.

L'ordonnateur établit un mandat sur les crédits ouverts à ce titre et le transmet au receveur, appuyé des pièces ci-après :

- ampliation de l'arrêté préfectoral fixant le plafond du fonds de roulement ;
- copie de la feuille de résultats de la comptabilité analytique d'exploitation ou, lorsque l'établissement ne tient pas de comptabilité analytique, copie de l'état final du compte administratif faisant ressortir l'excédent de recettes considéré ;
- délibération de la commission administrative fixant le montant de la dotation au fonds de roulement.

c) Fonds de roulement constitué par emprunt.

Lorsque le fonds de roulement est constitué par emprunt, il y a lieu d'ouvrir, sur les documents budgétaires, un crédit au compte 207 « Frais financiers à amortir » égal au produit de l'emprunt, cette opération est compensée par une recette d'emprunts à prévoir à une subdivision du compte 16 « Emprunts à plus d'un an ». Le montant du crédit est versé, dès la réalisation effective de l'emprunt, au compte 114 « Réserve de trésorerie » au moyen d'un mandat de l'ordonnateur délivré au nom du receveur et accompagné des pièces suivantes :

- ampliation de l'arrêté préfectoral fixant le plafond du fonds de roulement ;
- délibération de la commission administrative décidant l'emprunt et en déterminant le montant, dûment revêtue de l'approbation préfectorale.

Les remboursements des capitaux empruntés sont inscrits au débit du compte 16 dans les exercices ultérieurs. Corrélativement un débit d'égale somme est inscrit au compte 6810 avec crédit au compte 2087.

C. — *Montant maximum du fonds de roulement.*

L'arrêté du 29 décembre 1959 a fixé le montant maximum du fonds de roulement au *quart* de la moyenne des dépenses constatées, au cours des trois dernières années, à la section d'exploitation du budget, alors que précédemment, en vertu de l'arrêté du 28 juin 1951, ce plafond était des 5/12 (ce chiffre élevé avait été retenu en raison des circonstances économiques de l'époque).

Le plafond des 5/12 n'ayant, dans la pratique, pas été atteint, cette réduction ne doit pas en principe gêner les établissements.

Le préfet détermine, pour chaque établissement, le plafond du fonds de roulement au vu d'un certificat établi par le receveur et visé par l'ordonnateur, faisant apparaître les dépenses constatées à la section d'exploitation au cours des trois dernières années.

Cette décision peut être révisée chaque fois que la moyenne annuelle présente une variation en plus ou en moins égale ou supérieure à 10 %.

D. — *Emploi du fonds de roulement.*

Le fonds de roulement a pour objet de fournir des moyens de trésorerie aux établissements en vue de leur permettre de régler les dépenses d'exploitation dans le cas où les recettes correspondantes n'auraient pas été encaissées.

Par contre, les établissements ne peuvent utiliser les sommes figurant au fonds de roulement pour compenser les déficits de gestion, qui doivent en application de l'article 33 du décret du 11 décembre 1958 être ajoutés aux éléments constitutifs des prix de revient de l'exercice suivant. De même, aucun prélèvement ne peut être fait sur le fonds de roulement pour couvrir les dépenses supplémentaires d'un exercice.

INSTRUCTION
N° 60-169 - M 2
du
2 novembre 1960.

Je crois devoir appeler votre attention sur l'intérêt que présente, pour les établissements hospitaliers, l'existence d'un fonds de roulement. La charge apparente que semblent faire peser sur les prix de journée les dotations annuelles au fonds de roulement est en fait très largement compensée par le bénéfice que l'établissement est susceptible de retirer d'un paiement rapide des fournisseurs, les prix consentis par ceux-ci étant souvent fonction des délais de règlement qui leur sont opposés. Le fait pour les fournisseurs d'avoir la certitude d'un paiement à court terme les incite à accorder aux établissements des conditions plus avantageuses.

Il arrive que les crédits inscrits pour la dotation du fonds de roulement soient refusés par l'autorité de tutelle, car il s'agit là évidemment d'un élément facultatif des prix de revient. Il convient de souligner que de tels refus devraient être essentiellement basés sur la situation réelle de trésorerie de l'établissement et non sur la nécessité de ne pas imposer au prix de journée une charge supplémentaire qui, en définitive, s'avère payante dans tous les cas.

A noter qu'indépendamment du fonds de roulement, la trésorerie hospitalière peut toujours être alimentée par les avances sur frais d'hospitalisation versées par les principaux tiers payants : services départementaux d'aide sociale, sécurité sociale, etc.

E. — *Situation en fin d'exercice.*

La situation du compte 114 « Réserve de trésorerie » apparaît en fin d'exercice dans les balances des comptes du Grand Livre, dans le compte de gestion du receveur, et au bilan.

Il est possible, par suite de la réduction de l'activité d'un établissement, que le plafond du fonds de roulement, défini comme il est dit ci-dessus, soit ramené par décision du préfet à un chiffre inférieur à celui sur la base duquel ont été fixées les dotations annuelles portées en recettes au compte 114 « Réserves de trésorerie ». Dans ce cas, et si la situation en fin d'exercice du fonds de roulement est supérieure de plus de 10 p. 100 au nouveau plafond déterminé par décision du préfet, la différence apparaissant par comparaison entre la situation et le plafond doit être réintégrée au budget.

A cette fin, il est inscrit au budget supplémentaire une prévision de recettes au compte 8758 « reprises sur le fonds de roulement » pour le montant de cette différence. Dès que le budget supplémentaire est régulièrement approuvé, l'ordonnateur remet au receveur :

- un titre de recette à prendre en charge au compte budgétaire, d'un montant correspondant à la différence ci-dessus visée ;
- un ordre de paiement d'un montant égal à porter en dépenses au compte 114 « Réserve de trésorerie ».

En dehors de ces reprises correspondant aux réductions de plafond, aucune dépense ne peut être portée au débit du compte 114 « Réserve de trésorerie ».

*
* *

Les modalités de calcul de l'ensemble des charges à prendre en compte dans les prix de revient prévisionnels étant ainsi déterminées, l'article 5 du décret du 29 décembre 1959 précise que le prix de revient journalier prévisionnel d'une section ou d'un service est obtenu en divisant le total net des charges de la section ou du service par un nombre de journées égal à la moyenne des journées effectivement constatées au cours des trois dernières années.

Toutefois, si des circonstances particulières se présentent, le nombre de journées à prendre en considération est celui à prévoir pour l'exercice futur.

Je crois devoir vous signaler l'intérêt, lorsque le nombre de journées retenu n'est pas la moyenne des trois dernières années, de justifier de façon suffisante les raisons de l'abandon de cette règle : par exemple, augmentation du nombre de journées à prévoir du fait de la création de nouveaux lits, situation démographique qui permet d'escompter un nombre supplémentaire de journées, ouverture de lits dans le secteur privé entraînant une diminution de l'occupation des services hospitaliers, etc. En effet, il a pu être observé, lors de l'examen au contentieux d'arrêtés de fixation des prix de journée que le recours au nombre de journées prévisionnel, de préférence à la moyenne constatée, était souvent insuffisamment motivé et les arrêtés risquent d'être annulés de ce fait. Il convient donc que vous vous entouriez des précautions indispensables avant de renoncer à la règle posée par l'article 5 et de recourir à l'exception prévue par ce texte en cas de circonstances particulières.

De telles précautions sont d'ailleurs d'autant plus nécessaires que le nombre de journées à retenir pour le calcul des prix de revient est l'un des facteurs les plus importants de la détermination des prix de journée puisque d'une part les taux de ceux-ci sont conditionnés par la valeur du diviseur qu'est le nombre de journées et que, d'autre part, les résultats définitifs d'un exercice (excédent ou déficit) dépendent en grande partie d'une appréciation correcte du nombre de journées prévues.

CHAPITRE III

Des prix de journée.

L'article 6 traite de l'incorporation, dans le calcul des prix de journée du déficit ou de l'excédent de la section d'exploitation des services hospitaliers constaté à la clôture du dernier exercice.

Il est prévu d'une part que le déficit est ajouté aux éléments constitutifs des prix de revient (où à l'inverse, que l'excédent en est déduit) de chacune des sections visées par l'article 9 et d'autre part, que le déficit ou l'excédent est réparti d'après les résultats de la comptabilité analytique d'exploitation.

Ces dispositions signifient que chacune des sections d'un établissement hospitalier (hôpital, hospice, convalescents, chroniques, quartier psychiatrique, section de rééducation pour alcooliques) doit se voir attribuer la part de déficit ou d'excédent correspondant à son fonctionnement propre. Il ne peut donc y avoir compensation entre les résultats de l'une ou l'autre des sections énumérées ci-dessus. Par contre, la compensation peut jouer entre l'ensemble des services composant chaque section (hôpital ou hospice) d'un même établissement. Certes, un établissement pourra demander en exploitant au maximum les résultats de la comptabilité analytique, que chacun des services hospitaliers supporte sa part propre de déficit ou d'excédent, toutefois il n'est pas tenu d'aller jusque là et le texte de l'article 6 du décret du 29 décembre 1959 permet de répartir uniformément le déficit ou l'excédent constaté dans une section, quel que soit le service déficitaire ou excédentaire, sur l'ensemble des journées à prévoir dans les services composant cette section.

En ce qui concerne le calcul du déficit ou de l'excédent à prendre en considération lors du calcul des prix de journée, la circulaire du 10 juin 1959 vous a donné toutes indications utiles sur les modalités de détermination des résultats de la section d'exploitation.

La feuille de résultats de la comptabilité analytique d'exploitation dont le modèle figure en annexe à ladite circulaire permet d'affecter à chaque section de l'établissement hospitalier la part exacte qui lui revient dans le déficit ou l'excédent.

La règle posée par l'article 6, qui n'est d'ailleurs sur ce point que la reconduction de la méthode antérieure, impose la résorption du déficit dans les prix de journée

INSTRUCTION
N° 60-169 - M 2
du
2 novembre 1960.

INSTRUCTION
N° 60-169 - M 2
du
2 novembre 1960.

de l'année qui suit la clôture de l'exercice, c'est-à-dire que le déficit ou l'excédent de l'exercice 1959 devra être résorbé dans les prix de journée de l'année 1961. Toutefois, je crois devoir faire deux remarques à ce sujet :

- a) Au cours des années d'instabilité économique, les établissements ont été autorisés à résorber une partie de leur déficit probable dans les prix de journée de l'année suivant immédiatement l'exercice déficitaire. Cette tolérance avait été accordée pour remédier dans toute la mesure du possible à l'insuffisance des trésoreries hospitalières. L'utilisation d'une telle faculté ne s'impose plus en règle générale à l'heure actuelle. Néanmoins à titre tout à fait exceptionnel et notamment lorsque la trésorerie d'un établissement risque d'être très précaire, sinon défailante, il vous est possible de recourir à cette pratique.
- b) De même, à titre également tout à fait exceptionnel, lorsqu'un déficit très important aura été constaté dans un établissement, il peut être admis de l'étaler sur deux exercices de manière à éviter des fluctuations trop brutales dans les prix de journée, à condition toutefois que la trésorerie de l'établissement soit assurée de façon satisfaisante et que toutes mesures soient prises pour éviter de nouveaux déficits de gestion.

Les articles 7 et 8 apportent une innovation en matière de condition d'hospitalisation. Ils consacrent, en effet, la disparition des trois catégories de malades et de pensionnaires payants telles qu'elles avaient été prévues par les articles 22 et 34 du R. A. P. du 17 avril 1943 modifié par le décret du 19 octobre 1951. Ils posent le principe d'un régime commun accessible sans formalité particulière à tous les hospitalisés et d'un régime particulier dans lequel moyennant un supplément de l'ordre de 50 % au plus et 10 % au moins du prix de journée du régime commun, les malades et pensionnaires peuvent, sur leur demande, être admis en chambre particulière ou à deux lits.

Ces dispositions seront explicitées dans un décret actuellement en cours d'élaboration sur les conditions d'admission des diverses catégories d'hospitalisés. Après avoir recueilli l'avis favorable du conseil supérieur des hôpitaux, ce projet de texte est maintenant soumis aux instances ministérielles intéressées et j'ai tout lieu d'espérer qu'il pourra être publié dans un avenir prochain.

Ce projet prévoit :

a) *Dans les hôpitaux :*

- le régime commun pour les malades bénéficiaires ou non de l'aide sociale soignés en salle commune ou en chambre à plus de deux lits, ainsi que ceux qui sont placés en chambres à deux lits ou en chambre particulière pour raisons médicales ;
- le régime particulier pour les malades non bénéficiaires de l'aide sociale qui demandent à être admis pour convenances personnelles dans une chambre particulière ou une chambre à deux lits. Le nombre de lits affectés au régime particulier doit être déterminé après satisfaction des besoins du régime commun.

b) *Dans les hospices, sections d'hospice ou maisons de retraite :*

- le régime commun pour les pensionnaires bénéficiaires ou non de l'aide sociale admis en salle commune ou en chambre à plus de deux lits, les ménages admis en chambre à deux lits, ainsi que les pensionnaires qui sont placés en chambre particulière ou en chambre à deux lits pour des raisons d'isolement ;
- le régime particulier pour les pensionnaires non bénéficiaires de l'aide sociale qui demandent à être placés pour convenances personnelles en chambre particulière ou en chambre à deux lits. Là aussi le nombre de lits affectés au régime particulier doit être déterminé après satisfaction des besoins du régime commun.

Ces dispositions se traduisent en fait par la suppression de la deuxième catégorie. Le but recherché est la mise à la disposition du régime commun du plus grand nombre possible de chambres à un, deux ou plusieurs lits. Cette mesure est dans la ligne de l'humanisation des établissements hospitaliers qui a fait l'objet de ma circulaire du 5 décembre 1958. Son application devra se traduire dans les faits par une révision de la distribution des lits antérieurement affectés à la deuxième et à la première catégorie, afin de satisfaire en priorité les besoins d'isolement des hospitalisés en régime commun.

Il appartient au préfet, sur proposition de la commission administrative et après avis du directeur départemental de la santé et du directeur départemental de la population et de l'aide sociale, de déterminer la proportion des lits affectés au régime commun et au régime particulier.

Cette suppression de l'ancienne deuxième catégorie entraîne plusieurs conséquences :

- a) Il n'est pas possible comme l'ont suggéré certains de prévoir deux pourcentages de majoration du prix de journée différents selon que l'hospitalisation se fait en chambre particulière ou en chambre à deux lits. Le même pourcentage doit être appliqué pour tous les lits affectés au régime particulier. Toutefois, ce pourcentage peut être différent selon les services : par exemple 25 % en maternité et chirurgie, 30 % en hospice, 40 % en médecine ;
- b) Sur le plan des honoraires médicaux, en attendant que le texte qui doit intervenir sur ce point en application de l'article 44, 6°, du décret du 11 décembre 1958 ait pu être publié, le montant des sommes à réclamer à ce titre aux malades admis en régime particulier doit être égal aux honoraires prévus pour les malades de l'ancienne première catégorie, c'est-à-dire le tarif fixé dans les conditions prévues par l'ordonnance du 19 octobre 1945, diminué de 20 % ;
- c) En matière de clinique ouverte le prix de journée des personnes qui y sont admises ne peut être inférieur au prix de journée applicable au régime particulier. Un texte actuellement en préparation doit d'ailleurs régler le problème du prix de journée des cliniques ouvertes, compte tenu de la nouvelle réglementation du régime commun et du régime particulier.

En ce qui concerne l'affectation à donner aux recettes provenant du supplément de prix applicable aux personnes admises en régime particulier, je rappelle que les trois quarts de ces recettes doivent être considérés comme venant en atténuation des dépenses entraînées par le régime particulier.

Le quart restant est affecté à l'équipement hospitalier et, à ce titre, est versé à la section d'investissement du budget au compte 115 « Excédents affectés à l'équipement hospitalier ».

L'article 9 apporte lui aussi une innovation en matière de prix de journée : il pose, en effet, le principe de prix de journée distincts non seulement pour chacune des sections d'un établissement hospitalier, mais également pour les divers services compris dans une même section.

Comme je l'ai indiqué plus haut, l'article 9 énumère les différentes sections qui donnent lieu à la détermination de prix de journée distincts : hôpital, hospice, convalescents, chroniques, quartiers psychiatriques, section de rééducation pour alcooliques. Cette énumération n'est d'ailleurs pas limitative et si par exemple un établissement hospitalier assure la gestion d'un foyer de pupilles, il convient de déterminer un prix de journée distinct pour les enfants qui y sont accueillis.

A l'intérieur de la section hôpital (c'est là que réside la principale modification à la réglementation antérieure) des prix de journée distincts doivent être établis pour les trois grandes catégories de services hospitaliers : médecine, chirurgie, maternité. Le nouveau texte renonce ainsi au système antérieur du prix de journée commun en chirurgie et en maternité et condamne, de surplus, la pratique qui s'était

INSTRUCTION
N° 60-169 - M 2
du
2 novembre 1960.

instaurée au cours de ces dernières années dans un certain nombre d'établissements qui appliquaient un prix de journée unique pour tous les services d'hôpital d'un même établissement.

Pour l'année 1960, il n'a parfois pas été possible pour certains établissements de fixer des prix de journée différenciés pour la maternité et la chirurgie faite, le plus souvent, d'éléments comptables suffisants pour isoler les prix de revient prévisionnels des services en cause. Si cette tolérance a pu être admise pour 1960, elle ne pourra être renouvelée en 1961 et, pour le prochain exercice, les administrations hospitalières devront prendre toutes dispositions utiles en vue d'établir des propositions conformes à la réglementation en vigueur.

D'autre part, l'article 9 (2^e alinéa) prévoit que les commissions administratives peuvent proposer un prix de journée distinct pour chacun des services de spécialités visés par le décret du 3 août 1959.

Je rappelle que ce dernier texte énumère, comme suit, les services que peuvent comprendre les hôpitaux : oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, stomatologie, électroradiologie, neuro-chirurgie, médecine infantile, chirurgie infantile, maladies contagieuses, services de médecine spécialisée et de chirurgie spécialisée.

Une commission administrative a donc la faculté de proposer des prix distincts pour chacun des services susvisés ; néanmoins, il convient d'utiliser judicieusement cette possibilité et de limiter les prix de journée spéciaux aux services pour lesquels, compte tenu des facteurs d'opportunité propres à chaque établissement, la différenciation du prix de journée présente un réel intérêt. En effet, diversifier à l'extrême les prix de journée pourrait aboutir à alourdir de façon très sensible le fonctionnement des services hospitaliers sur le plan administratif.

Il est prévu qu'à l'intérieur de la section hospice, des prix de journée distincts peuvent être proposés par la commission administrative pour les pensionnaires valides, d'une part, et non valides d'autre part. C'est là aussi une faculté qui est laissée à l'appréciation des autorités locales. Il n'est pas possible de fixer en théorie les critères qui doivent permettre de justifier l'institution d'un prix de journée spécial pour les pensionnaires non valides, on peut seulement indiquer qu'il faut évidemment que la proportion de ces derniers soit relativement importante par rapport aux valides et que les dépenses des deux catégories de vieillards puissent être suffisamment isolées. A remarquer que, par pensionnaires non valides, il ne faut pas entendre les pensionnaires admis temporairement en infirmerie d'hospice pour une affection passagère, mais ceux qui, d'une façon permanente, nécessitent des soins et une attention particulière de la part du personnel de l'hôpital et entraînent par là même des dépenses supplémentaires constantes.

En ce qui concerne les pensionnaires admis temporairement en infirmerie, je dois vous signaler que j'étudie actuellement, en liaison avec le ministère du travail, le moyen d'isoler du prix de journée hospice les frais médicaux, afin que ces frais puissent être remboursés par la sécurité sociale en ce qui concerne les pensionnaires assurés sociaux.

Enfin, dans l'hypothèse où un établissement comprend, dans sa partie hospice, deux services nettement différenciés, l'un recevant outre des vieillards, des infirmes et grand infirmes et pouvant être considéré comme hospice, et l'autre n'accueillant que des vieillards et pouvant être considéré comme maison de retraite, je ne m'opposerais pas à ce que des prix de journée distincts soient établis pour chacun de ces services.

L'article 10 définit la procédure d'examen des propositions de prix de journée. Les propositions présentées par la commission administrative doivent être accompagnées de toutes les pièces justificatives nécessaires et, en particulier, des documents suivants :

- le projet de budget de l'année considérée ;
- un cahier explicatif des variations de crédits, du budget primitif de l'année en cours au budget primitif de l'année considérée ;

- le décompte des prix de revient prévisionnels ;
- la feuille des résultats de la comptabilité prévisionnelle ;
- le programme des travaux d'entretien, réparations et améliorations courantes des services ;
- un état des effectifs du personnel, ainsi que les justifications, s'il y a lieu, des modifications intervenues par rapport à l'année précédente ou des créations, transformations, suppressions d'emplois envisagées pour l'exercice considéré ;
- un décompte des journées d'hospitalisation des exercices passés, de l'année en cours et les justifications des prévisions retenues.

Après vérification sur pièces, et éventuellement sur place, le directeur départemental de la population et de l'aide sociale transmet le dossier au préfet, avec un rapport dans lequel il expose ses observations au sujet des propositions faites par la commission administrative.

L'article 10 fixe comme suit le calendrier des opérations : présentation des propositions de la commission administrative le 1^{er} novembre au plus tard, vérification par le directeur départemental de la population au cours des deux derniers mois de l'exercice, intervention de l'arrêté préfectoral et publication de celui-ci avant le 1^{er} janvier.

Je n'ignore pas qu'il peut être parfois difficile de respecter la chronologie ainsi déterminée. En particulier, au cours de ces dernières années, la fixation des prix de journée s'est trouvée perturbée par l'intervention tardive des arrêtés de déblocage. Toutefois, cette situation est maintenant régularisée et à l'avenir, aucun retard ne devrait plus survenir de ce fait. En conséquence, il est nécessaire que vous teniez la main à ce que les opérations de calcul et de contrôle des prix de journée soient menées avec toute la célérité désirable. J'appelle, en effet, votre attention sur la jurisprudence de la section permanente du conseil supérieur de l'aide sociale, compétente en matière de contentieux de prix de journée, en vertu de laquelle les arrêtés préfectoraux pris postérieurement au 1^{er} janvier ne peuvent avoir effet qu'à compter de la date de leur publication, cette date seule étant opposable aux tiers. Il convient donc que tous les efforts soient faits pour assurer la publicité des arrêtés de prix de journée à la date requise réglementairement.

D'autre part, il y a lieu de souligner que la responsabilité de l'administration pourrait éventuellement être mise en cause dans le cas où un retard intervenu dans la publication des arrêtés entraînerait des conséquences dommageables pour un établissement hospitalier.

Je vous rappelle enfin que, conformément à l'article 34 du décret du 11 décembre 1958, lorsqu'une commission administrative n'a pas présenté, dans le délai qui lui est imparti, ses propositions, le prix de journée en vigueur est automatiquement reconduit pour l'année à venir, sous réserve des modifications qui peuvent y être apportées par le préfet après avis du directeur départemental de la population et de l'aide sociale.

J'appelle également particulièrement votre attention sur les dispositions des alinéas 3 et 4 de l'article 10 qui établissent, d'une part, la procédure à suivre lorsque le préfet estime opportunes les modifications dans les prévisions de dépenses présentées par la commission administrative et, d'autre part, la corrélation indispensable entre les prix de journée et le budget.

Avant de modifier les prévisions de dépenses de quelque manière que ce soit, le préfet doit se mettre en rapport avec la commission administrative pour que les propositions budgétaires soient revues. La commission administrative dispose d'un délai de huit jours pour faire connaître ses observations sur les modifications envisagées. Passé ce délai, le préfet peut, en usant des prérogatives qui lui sont confiées par l'article 34 du décret du 11 décembre 1958, supprimer ou réduire ou augmenter les prévisions budgétaires qui lui paraissent prêter à critiques.

INSTRUCTION
N° 60-169 - M 2
du
2 novembre 1960.

De même, si la commission administrative ayant répondu à ses observations, le préfet n'estime pas que les raisons fournies soient convaincantes, il peut user de la faculté qui lui est donnée par l'article 34. Mais, en tout état de cause, il est indispensable :

- que la procédure prévue par l'alinéa 3 de l'article 9 soit respectée, car les arrêtés préfectoraux seraient — s'ils étaient déférés au contentieux — susceptibles d'être annulés si la notification à la commission administrative des modifications envisagées n'avait pas été faite ;
- que les inscriptions budgétaires soient révisées en fonction des taux de prix de journée adoptés en définitive et que les établissements soient exactement informés des points sur lesquels le préfet a modifié leurs propositions.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle l'approbation du budget a été expressément confiée au préfet, et non plus au sous-préfet, par l'article 22 du décret du 11 décembre 1958 afin que l'examen du budget et des prix de journée soit lié, puisque les taux de ces derniers dépendent uniquement des prévisions portées au budget.

En ce qui concerne la présentation matérielle des arrêtés, il est souhaitable, mais non indispensable que ces documents fassent apparaître la décomposition des prix de journée en prix de revient prévisionnels, d'une part, et excédent ou déficit y incorporé, d'autre part.

L'article 11 traite de la publicité dont les arrêtés de prix de journée doivent faire l'objet. Ceux-ci doivent être :

- notifiés immédiatement à la commission administrative afin que toutes dispositions soient prises par ses soins pour le recouvrement des frais de séjour. A cette occasion, du reste, il serait bon que — sans lui communiquer le rapport dressé par le directeur départemental de la population et de l'aide sociale lorsque vous l'estimerez inopportun — vous portiez éventuellement à la connaissance de la commission administrative les principales observations et remarques relevées par l'autorité de contrôle en l'invitant à prescrire, le cas échéant, les mesures de redressement indispensables ;
- insérés au Recueil des actes administratifs de la préfecture et affichés à la porte de la préfecture et des mairies des communes sièges des établissements considérés. Cette obligation figurait déjà dans la réglementation antérieure. Il s'agit là en fait des mesures de publicité prévues par l'article 10 (dernier alinéa) du décret, qui rendent le prix de journée opposable aux hospitalisés et à leurs ayants cause ; aussi est-il indispensable qu'elles interviennent dans les délais requis. En particulier, il ne faudrait pas que, pour des raisons d'impression, un retard quelconque soit apporté à la publication du Recueil des actes administratifs et, si besoin en est, un numéro spécial de ce Recueil — sous forme polycopiée le cas échéant — consacré uniquement aux prix de journée hospitaliers, doit être établi ;
- transmis à mes services, accompagnés des rapports dressés par le directeur départemental de la population et de l'aide sociale ;
- et enfin joints, toujours accompagnés des rapports du directeur départemental de la population et de l'aide sociale, aux comptes de l'établissement lors de leur transmission à la Cour des comptes.

Il appartient aux établissements, dès qu'ils ont reçu notification de l'arrêté fixant leur prix de journée, d'avertir sans délai leurs principaux débiteurs, en particulier les organismes de sécurité sociale en portant à leur connaissance les taux retenus par vos soins. Toutefois, je ne vois pas d'inconvénient à ce que, si vous le désirez, vous en notifiiez une ampliation aux caisses primaires de sécurité sociale de votre département et à la caisse régionale de sécurité sociale.

Il y a également intérêt à ce que les bureaux d'aide sociale aient connaissance des prix de journée des établissements de rattachement de la commune, afin de pouvoir donner toutes indications à leurs administrés et aux commissions d'aide sociale sur l'importance des frais d'hospitalisation susceptibles d'être réclamés.

L'article 12 prévoit que les revisions de prix de journée en cours d'année interviennent selon les modalités décrites ci-dessus.

Je vous rappelle que les revisions ne peuvent être décidées que dans l'hypothèse où, au cours d'un exercice, le prix de revient réel s'avère supérieur ou inférieur de plus de 5 p. 100 au prix de revient prévisionnel.

Pour apprécier si la revision doit ou non intervenir, il convient de considérer l'ensemble des dépenses entrant en ligne de compte dans le calcul des prix de revient et de déterminer si la totalité des dépenses qui peuvent être prévues pour l'ensemble de l'année à l'époque de la demande de revision, compte tenu des rectifications indispensables apportées aux crédits inscrits au budget primitif, est ou non supérieure de plus de 5 p. 100 aux dépenses retenues lors de la fixation des prix de journée au 1^{er} janvier.

Dans l'affirmative, il y a lieu à revision.

D'une façon générale, les revisions de prix de journée doivent avoir pour but d'assurer l'équilibre budgétaire d'un exercice donné, équilibre qui se trouve compromis du fait de la fixation d'un prix de journée insuffisant.

Aussi est-il possible de prendre en compte dans les prix révisés l'ensemble des dépenses supplémentaires envisagées pour la totalité de l'exercice, ce qui revient à combler, grâce à la revision, le déficit inhérent aux premiers mois de l'exercice.

Toutefois, l'application de cette méthode peut entraîner certains inconvénients, en particulier lorsque la revision a été demandée à une date tardive et, lorsqu'elle doit intervenir vers la fin de l'année, on risque de se trouver devant une hausse de prix de journée relativement importante, et le niveau atteint peut même être supérieur aux taux des prix de journée qui devront être appliqués au cours de l'exercice suivant. Il convient d'éviter une telle situation qui, sur le plan psychologique, notamment vis-à-vis des tiers payeurs, aurait des effets fâcheux.

D'autre part, il ne faudrait pas que les administrations hospitalières soient incitées, par des mesures de revision trop libérales, à dépasser systématiquement les crédits qui leur sont alloués en début d'année lors de la fixation des prix de journée.

En conséquence, il appartient aux autorités de tutelle de déterminer l'ampleur de la revision en appréciant si tout ou partie du déficit de fonctionnement afférent aux premiers mois de l'exercice doit être ou non incorporé dans cette revision. Sur ce point d'ailleurs, il convient de ne pas perdre de vue qu'en tout état de cause, les déficits de fonctionnement doivent être récupérés dans les prix de journée ; si donc le déficit des premiers mois n'est pas incorporé dans la revision, il devra l'être dans les prix de journée ultérieurs.

S'agissant de la date d'effet des revisions, je rappelle que, conformément à l'article 37 du décret du 11 décembre 1958, celles-ci doivent intervenir dans les trente jours qui suivent la demande présentée par la commission administrative, et les nouveaux tarifs sont applicables à compter du premier jour du mois suivant cette demande.

CHAPITRE IV

Des prix de revient réels.

L'article 13 fait obligation aux établissements de transmettre le décompte des prix de revient réels au directeur départemental de la population et de l'aide sociale, accompagné du compte administratif et des pièces annexes énumérées dans la circulaire du 7 mai 1956.

INSTRUCTION
N° 60-169 - M 2
du
2 novembre 1960.

Cette transmission doit être accomplie avant le 1^{er} juin ; j'insiste pour que les établissements s'attachent à respecter cette date limite, car il y a le plus grand intérêt à ce que les autorités de contrôle puissent faire porter dès le mois de juin leurs efforts sur les vérifications de prix de revient réels, de manière à alléger l'examen des prix de revient prévisionnels dans le délai réduit (novembre et décembre) qui leur est imparti.

Après vérification des décomptes qui lui ont été présentés, le directeur départemental de la population et de l'aide sociale transmet ces documents au préfet accompagnés d'un rapport dans lequel il expose éventuellement ses observations sur le fonctionnement de l'hôpital au cours de l'exercice considéré, ainsi que ses suggestions pour l'amélioration des conditions d'exploitation de l'établissement.

CHAPITRE V

Contrôle des prix de revient.

L'article 14 indique que les dispositions de ce chapitre se substituent en matière de prix de journée aux dispositions de la réglementation à caractère général sur les prix. Il en résulte notamment que les mesures de blocage prescrites sur le plan général en matière de prix ne sont pas applicables aux prix de journée qui obéissent à une réglementation particulière, sous réserve des mesures de contrôle prévues aux articles 15 à 19 du décret.

En conséquence, il n'y aura plus lieu désormais d'attendre, comme les années précédentes, un arrêté de déblocage pour la fixation des nouveaux taux annuels des prix de journée et ceux-ci pourront être dorénavant déterminés par vos soins dans les conditions prévues par les chapitres II et III du décret, sans avoir besoin de l'intervention préalable d'une mesure de dérogation.

L'article 15 pose le principe général d'un contrôle des conditions de fonctionnement et de gestion des établissements hospitaliers, contrôle qui bien entendu n'inflige en rien les prérogatives déjà reconnues aux diverses autorités compétentes et en particulier au préfet, au directeur départemental de la population et de l'aide sociale, au directeur départemental de la santé. Ce contrôle est mis en œuvre lorsque des anomalies sont constatées soit dans les prix de revient réels (art. 16), soit dans les prix de revient prévisionnels (art. 17).

*
* *

Pour les prix de revient réels, l'article 16 stipule que lorsque le décompte des frais médicaux et pharmaceutiques par service et par journée d'hospitalisation est supérieur à un montant maximum — dont le niveau vous sera indiqué chaque année — le dossier des prix de revient réels de l'hôpital intéressé doit m'être transmis aux fins d'examen. Cette transmission devra, bien entendu, être assortie de tous les commentaires et observations que vous estimerez utile de faire sur ce point ainsi que des avis du directeur départemental de la santé et du directeur départemental de la population et de l'aide sociale.

En tout état de cause, d'une façon générale, le corps médical devra toujours avoir connaissance du décompte des frais médicaux et pharmaceutiques par service et par journée. Les résultats de la comptabilité des prix de revient doivent, en effet, désormais être communiqués à la commission médicale consultative pour que celle-ci puisse examiner les dépenses d'ordre médical et pharmaceutique de façon méthodique et approfondie. Ces deux qualificatifs qui figurent expressément dans le décret, montrent le prix que le Gouvernement apporte à cette mesure qui ne doit pas être une simple formalité. En effet, s'il est bien certain que le développement des théra-

INSTRUCTION
N° 60-169 - M 2
du
2 novembre 1960.

peuthiques médicales entraîne inéluctablement l'accroissement des dépenses de l'espèce, il n'en reste pas moins que dans certains cas, on assiste à une consommation médicale excessive tant en ce qui concerne les produits pharmaceutiques que les examens de radiologie et de laboratoire. Cette consommation excessive se traduit par une charge financière manifestement exagérée pour l'établissement.

Or, il s'agit là d'un domaine dans lequel l'administration se trouve désarmée pour agir efficacement et il est apparu nécessaire d'associer le corps médical à l'analyse, service par service, des frais médicaux et pharmaceutiques afin que les médecins qui sont en fait les « ordonnateurs » de ces dépenses puissent prendre conscience des problèmes financiers que soulève l'accroissement des charges dues à l'augmentation de la consommation médicale.

Lorsque l'administration hospitalière transmettra le décompte des prix de revient réels de la commission médicale consultative, il convient qu'elle l'accompagne de toutes explications et des commentaires qu'elle juge utiles en faisant notamment ressortir pour chaque service le nombre de lits, le coefficient d'occupation, la durée moyenne de séjour, éventuellement la nature des affections particulières qui y sont traitées, la moyenne du K opératoire et, d'une façon générale, tous renseignements propres à permettre de porter un jugement sur le rendement et la qualité du service en cause, afin que, le cas échéant, des comparaisons et rapprochements puissent être faits entre les services.

Dès que la commission médicale consultative a achevé son examen, elle est tenue de communiquer les résultats de son étude à la commission administrative à charge pour celle-ci d'en tirer les conclusions qui s'imposent.

Je précise, pour terminer, que seul le décompte des prix de revient réels et non celui des prix de revient prévisionnels doit obligatoirement être soumis à la commission médicale consultative.

L'article 17 prévoit les modalités du contrôle portant sur les prix de revient prévisionnels, lorsque ceux-ci présentent des anomalies. Ce contrôle complète donc celui normalement effectué par le directeur départemental de la population et de l'aide sociale, préalablement à la fixation des prix de journée. Il s'agit là d'un contrôle *a posteriori* qui est mis en œuvre après fixation des prix de journée dans les deux cas suivants :

- 1° Lorsque les prix de revient prévisionnels d'un ou de plusieurs services ou sections d'un établissement hospitalier présentent par rapport aux prix de revient prévisionnels correspondants de l'exercice antérieur un coefficient d'augmentation supérieur à un pourcentage fixé pour chaque année par le ministre chargé des affaires économiques, en accord avec mon département ministériel ;
- 2° Lorsque les prix de revient prévisionnels excèdent les montants déterminés d'un commun accord entre le ministre des finances et le ministre de la santé publique et de la population.

Pour l'année 1960, les montants en valeur absolue prévus à l'alinéa ci-dessus ne sont pas encore déterminés, je vous aviserai dès que je pourrai, des taux qui auront été retenus.

En ce qui concerne le pourcentage visé au paragraphe 1°, il a été fixé par M. le secrétaire d'Etat au commerce intérieur à 13 p. 100 pour cette année, compte tenu des hausses moyennes constatées de 1959 à 1960 sur les divers postes budgétaires.

En conséquence, vous devez soumettre à l'examen d'une mission d'enquête le fonctionnement et la gestion de tous les établissements dont les prix de revient présentent, pour une section ou un service au moins, un coefficient de hausse supérieur à 13 p. 100. La comparaison doit se faire de prix de revient prévisionnels 1959 à prix de revient prévisionnels 1960, c'est-à-dire avant incorporation des déficits ou résorption des excédents.

INSTRUCTION
N° 60-169 - M 2
du
2 novembre 1960.

Pour les hôpitaux de plus de 200 lits, la mission d'enquête est obligatoirement composée du trésorier-payeur général, du directeur départemental de la population et de l'aide sociale, du directeur départemental de la santé, du directeur régional de la sécurité sociale, du directeur départemental des enquêtes économiques et, s'il y a lieu, de l'inspecteur divisionnaire des lois sociales en agriculture. Ces chefs de service peuvent se faire représenter par des fonctionnaires désignés par leurs soins.

Par contre, lorsque le contrôle à exercer concerne, soit un hospice, soit un hôpital de moins de 200 lits, la composition de la mission d'enquête est fixée par décision du préfet, après consultation du trésorier-payeur général. Il appartient donc au préfet de déterminer les membres qui feront partie de la mission d'enquête en fonction des questions que paraît devoir plus particulièrement soulever le fonctionnement de l'établissement considéré. Dans tous les cas, la mission d'enquête doit comprendre parmi ses membres, le directeur départemental de la population et de l'aide sociale ; elle peut, le cas échéant, être confiée à lui seul.

Le programme de vérification à effectuer, en premier lieu dans les établissements dont les prix accusent la plus forte hausse et en dernier dans les établissements de faible importance et dans les hospices, est établi par les soins du préfet en accord avec les différents chefs de services intéressés, de façon que toutes les vérifications soient terminées, en principe, pour le 30 juin.

Le directeur départemental de la population et de l'aide sociale est plus spécialement chargé, sous l'autorité du préfet, de provoquer les échanges de vues qui s'imposent en vue de répartir les tâches, compte tenu des compétences des chefs de services intéressés et d'assurer entre eux les coordinations indispensables.

La répartition des tâches devrait être, en principe, la suivante :

- question d'ordre médical et conditions d'hospitalisation : directeur départemental de la santé
- questions administratives et financières : directeur départemental de la population et de l'aide sociale ;
- questions comptables : fonctionnaire du Trésor ;
- questions économiques (achats, marchés, etc.) : fonctionnaire du service des enquêtes économiques ;
- contrôle médical, durée de séjour : directeur départemental de la santé et directeur régional de la sécurité sociale et inspecteur divisionnaire des lois sociales en agriculture, dans les établissements qui reçoivent une majorité d'assurés sociaux agricoles.

Toutefois, ces tâches peuvent parfois se chevaucher. Il est certain, par exemple, que le contrôle de la comptabilité, des prix de revient, de la comptabilité des stocks ou de toute autre comptabilité auxiliaire (paie, etc), peut être affecté par le directeur départemental de la population et de l'aide sociale en liaison étroite avec les contrôles d'ordre administratif qui lui incombent plus particulièrement. De même, le directeur départemental de la santé peut avoir à examiner des questions administratives ou financières liées à des questions d'ordre médical.

L'essentiel, à cet égard, est que les fonctionnaires chargés des contrôles se concertent, au préalable, pour procéder à une répartition des tâches eu égard aux particularités locales et au temps qu'ils peuvent consacrer aux vérifications.

S'il n'est pas nécessaire que les contrôles commencent et finissent rigoureusement en même temps, il importe, par contre, que selon les règles habituelles en la matière, les vérifications de caisse et de comptabilité soient inopinées. Le vérificateur doit néanmoins aviser le président de la commission administrative et le directeur de l'établissement avant le début de l'opération (au moment où il se présente au siège de l'établissement). L'avis donné au président et au directeur précise qu'ils peuvent suivre personnellement les opérations de contrôle ou désigner un délégué à cet effet.

Chaque vérificateur expose ses observations dans un procès-verbal et le directeur départemental de la population établit un rapport de synthèse sur la question d'ensemble de l'établissement vérifié.

Conformément à l'article 18, les conclusions de la mission d'enquête doivent être communiquées à la commission administrative, en lui faisant part des erreurs et anomalies éventuellement constatées, ainsi que des mesures de redressement préconisées pour remédier aux lacunes constatées et, d'une façon plus générale, pour améliorer le fonctionnement des services de manière à abaisser les prix de revient des secteurs d'activité particulièrement coûteux.

Si la commission administrative ne prend pas de dispositions à cet effet, dans le délai qui est imparti, il appartient au préfet d'agir dans le cadre des pouvoirs de tutelle qui lui sont dévolus et, en particulier, de réviser, s'il y a lieu, les prévisions de dépenses, en application de l'article 34 du décret du 11 décembre 1958 et de modifier les prix de journée précédemment fixés.

Vous devrez, bien entendu, tenir compte des indications fournies par les contrôles dans l'exercice des pouvoirs que vous détenez, notamment lorsque vous aurez à prendre une décision en matière financière : approbation des budgets primitifs ou supplémentaires, des ouvertures de crédits, des comptes, fixation ultérieure des prix de journée.

*
* *

A l'issue des opérations de contrôle, doivent m'être transmis, pour chaque établissement vérifié, les ampliations des procès-verbaux de vérification, le rapport de synthèse du directeur départemental de la population et de l'aide sociale, ainsi que votre appréciation générale sur le fonctionnement de l'établissement.

D'autre part, les mesures effectivement prises pour donner suite aux remarques faites doivent m'être précisées. Dans l'hypothèse où l'établissement n'aurait pas donné suite aux observations formulées, vous me le signalerez.

Enfin, vous indiquerez, s'il y a lieu, les établissements qui mériteraient, à votre avis, une enquête d'inspection générale.

Les conclusions ainsi transmises à mes services seront exploitées dans les conditions prévues par l'article 19.

CHAPITRE VI

Règlement des frais d'hospitalisation.

L'article 20 rappelle le principe déjà posé par la réglementation précédente, en vertu duquel un établissement hospitalier ne peut réclamer au malade ou à ses ayants cause aucun versement autre que les sommes correspondant aux prix de journée et aux honoraires médicaux. Le montant de ceux-ci doit, d'ailleurs, conformément à l'article 21, être porté à la connaissance du malade ou de ses ayants droit au moment de l'admission.

L'article 22 prévoit que, hormis le cas d'urgence, si les frais de séjour d'un malade ne sont pas susceptibles d'être pris en charge par un organisme tiers payant quelconque, l'intéressé ou sa famille ou un tiers responsable doit souscrire un engagement d'acquitter les frais correspondant au régime choisi et verser une

INSTRUCTION
N° 60-169 - M 2
du
2 novembre 1960.

provision renouvelable. Le montant de la provision, qui était égal à quinze jours sous l'empire du décret du 17 avril 1943, a été ramené à dix jours, pour tenir compte de la réduction des durées moyennes d'hospitalisation.

Comme par le passé, le montant des prix de journée et des honoraires médicaux doit être versé à la caisse de l'établissement. Une exception est prévue, toutefois, à ce principe en faveur des cliniques ouvertes et des lits réservés à la clientèle personnelle des médecins, chirurgiens et spécialistes consacrant toute leur activité professionnelle à l'hôpital (régime de Paris et de Strasbourg), les malades qui y sont admis versent en effet, conformément à la réglementation régissant ces cas particuliers, les honoraires directement aux praticiens qui leur ont donné leurs soins.

L'article 23 vise le paiement de la pension des personnes admises en maison de retraite ou en section d'hospice. Il est prévu que la pension peut être acquittée soit mensuellement, soit trimestriellement et d'avance. Il s'agit là d'arrangements qui doivent intervenir entre l'administration hospitalière et les pensionnaires en fonction des possibilités de chacun.

*
* *

A l'occasion de cette circulaire, qui traite dans son ensemble de la fixation des prix de journée, je crois utile de préciser divers points qui touchent de près à cette question et sont susceptibles d'avoir des répercussions sur le calcul des prix de revient.

**1. — TAUX DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS FOURNIES AUX MEMBRES
DE LA FAMILLE ACCOMPAGNANT LES MALADES**

Deux séries de cas peuvent être distinguées à cet égard :

- d'une part, les cas où la présence d'un membre de la famille est autorisée dans les conditions prévues par la circulaire du 5 décembre 1958, à savoir lorsque l'hospitalisé est un enfant de moins de seize ans ou lorsque le malade se trouve en danger de mort ;
 - d'autre part, les autres cas où la présence d'un membre de la famille n'est pas absolument justifié par des motifs d'ordre médical, mais où les conditions architecturales et l'organisation du service permettent à un parent de rester auprès d'un hospitalisé.
- a) Dans la première éventualité, la présence d'un membre de la famille peut être considérée comme un accessoire du traitement. Compte tenu de l'évolution des conditions de l'hospitalisation consacrée par la circulaire précitée du 5 décembre 1958, l'hébergement des accompagnants entre alors dans le cadre normal de l'activité des hôpitaux. J'estime, en conséquence, que les frais entraînés par la présence des accompagnants doivent être supportés par les établissements eux-mêmes et compris dans les éléments de calcul des prix de revient hospitaliers, à l'exception toutefois des repas qui devront leur être facturés au prix de revient réel des prestations fournies ;
- b) Dans la seconde éventualité, où l'accompagnement est avant tout justifié par des raisons de convenances personnelles, j'estime qu'un « prix de journée d'hébergement » correspondant au prix de revient de l'ensemble des prestations fournies aux accompagnants peut être réclamé à ceux-ci. Il est déterminé par la commission administrative.

**2. — REMBOURSEMENT DES FRAIS D'INHUMATION DES BÉNÉFICIAIRES
DE L'AIDE SOCIALE DÉCÉDÉS DANS UN HOPITAL OU UN HOSPICE**

Les frais d'inhumation des bénéficiaires de l'aide sociale décédés à l'hôpital ou à l'hospice étaient traditionnellement compris dans les prix de journée hospitaliers, cette disposition qui se justifiait à une époque où ces établissements ne recevaient guère que des indigents a soulevé des observations notamment de la part de la sécurité sociale. Aussi cette question a-t-elle été portée devant le conseil supérieur de l'aide sociale qui a estimé que les frais d'inhumation des assistés décédés dans les établissements hospitaliers devaient être imputés au compte de la forme d'aide sociale dont ils bénéficiaient pour leur hospitalisation (aide médicale, aide sociale aux personnes âgées, aide sociale aux infirmes et aux grands infirmes ...).

La circulaire du 30 avril 1957 sur la liquidation annuelle des dépenses d'aide sociale fit état de cette disposition nouvelle, mais il semble qu'elle n'ait pas eu toute la diffusion souhaitable, notamment près des établissements hospitaliers qui, bien souvent, continuent à supporter lesdits frais sur leur budget.

Aussi convient-il que, désormais, toutes dispositions soient prises pour exclure lesdites dépenses du calcul des prix de revient et le remboursement des frais d'inhumation doit être demandé aux services départementaux d'aide sociale, soit par l'hôpital ou l'hospice si celui-ci en a fait l'avance, soit directement par les entreprises de pompes funèbres, s'il n'y a pas eu avance de la part de l'établissement hospitalier.

**3. — PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HOSPITALISATION DES AGENTS
DU PERSONNEL HOSPITALIER**

L'article L 862 du code de la santé publique pose le principe de la prise en charge par les établissements hospitaliers des frais d'hospitalisation de leurs agents, non remboursés par la sécurité sociale, quel que soit l'établissement qui les a soignés.

Des difficultés se sont présentées pour les écritures à passer en l'occurrence. Les opérations doivent être retracées comme suit :

La dépense correspondant au coût de l'hospitalisation est inscrite au compte 618 « Charges sociales » et est compensée :

- par une recette au compte 706 si l'agent a été hospitalisé dans l'établissement ;
- par une sortie effective de fonds si l'agent a été hospitalisé à l'extérieur.

**4. — TARIF DE REMBOURSEMENT DEMANDÉ POUR LES ACTES DE LABORATOIRE EN
CAS DE CONVENTION PASSÉE ENTRE DEUX HÔPITAUX AU TITRE DE L'ARTICLE 4 DU
DÉCRET DU 3 AOUT 1959**

Ce texte impose aux hôpitaux dépourvus de laboratoire général ou spécialisé de s'adresser à un laboratoire public pour les catégories d'examen qu'ils ne peuvent assurer. Or, il m'a été donné de constater que les conventions passées à cet effet prévoient bien souvent le remboursement des actes de laboratoire sur la base du tarif applicable en ville, sans aucune réduction. Cette façon de faire se traduit par une dépense élevée pour l'établissement contraint de passer convention, alors que les prix de revient du B obtenus dans les laboratoires hospitaliers sont, du fait de la cadence et du nombre des actes, en général très inférieurs au tarif de ville. Il y aurait lieu, dans les cas où cette situation anormale existe de revoir les conventions

INSTRUCTION
N° 60-169 - M 2
du
2 novembre 1960.

ainsi passées de déterminer un taux de remboursement basé sur le prix de revient réel du B calculé bien entendu compte tenu de toutes les dépenses (personnel, matériel, amortissement, etc.) supplémentaires qu'entraîne la réalisation d'actes effectués pour le compte d'un autre établissement.

*
* *

Les présentes instructions concernent également :

- a) Les établissements de cure publics et privés assimilés aux publics, ou non assimilés recevant des bénéficiaires de l'aide médicale ou des assurés sociaux, compte tenu des dispositions de l'article 238 du code de la santé publique et du décret du 27 novembre 1953. Dans l'article 9 de ce décret, la référence à l'article 4, 2°, du décret du 29 décembre 1959 doit être substituée à celle du deuxième alinéa de l'article 235 bis du décret du 17 avril 1943 modifié. Il est bien entendu qu'en raison des modalités de fonctionnement des établissements de cure, dans cette circulaire, les termes commission administrative doivent se traduire pour eux par médecin directeur ou directeur.

Je vous rappelle, d'autre part, que pour toutes personnes de toutes catégories examinées préalablement dans un dispensaire, et pour lesquelles le choix de l'établissement de cure est fait par le médecin phthisiologue départemental, le préfet doit prononcer l'admission au bénéfice de l'aide médicale aux tuberculeux, suivant les dispositions de l'article 237 du Code de la santé publique, jusqu'à l'intervention de la décision relative à l'imputation de la dépense, le paiement du prix de journée et des frais de transport est assuré par le département de la résidence. En conséquence, aucune provision ne doit être réclamée de ces malades lors de leur admission ;

- b) Les maisons d'enfants à caractère sanitaire, en application de l'article L. 203 du Code de la santé publique ;
- c) Les centres régionaux de lutte contre le cancer soumis aux dispositions du décret du 26 octobre 1956 ;
- d) Les hôpitaux psychiatriques publics, conformément aux dispositions de l'article 16 de l'ordonnance du 18 décembre 1859 et les hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de publics, en application du décret précité du 26 octobre 1956. Toutefois, pour les hôpitaux psychiatriques, l'application du décret du 29 décembre 1959 comporte les modalités suivantes :
- 1° Il n'est nécessaire, en règle générale, d'établir de budgets et de comptes annexes que pour :
 - les services d'enfants éducatifs et semi-éducatifs ;
 - l'exploitation agricole ;
 - 2° Il y a intérêt chaque fois que cela est possible de supprimer le régime particulier, par analogie aux dispositions applicables dans les sanatoriums publics ;
 - 3° Le prix de journée des établissements psychiatriques doit être approuvé par mes soins, conformément aux dispositions de l'article 353 du Code de la santé publique.

Vous voudrez bien veiller à ce que les dossiers me parviennent dès l'intervention de votre arrêté. Je vous rappelle qu'il ne m'est possible d'autoriser éventuellement la mise en recouvrement du tarif proposé qu'à dater du premier jour du mois en cours lors de l'arrivée du dossier dans mes services.

Vous voudrez bien notifier aux commissions administratives des hôpitaux et hospices publics, ainsi qu'à l'ensemble des établissements visés ci-dessus les dispositions contenues dans la présente circulaire et me faire part éventuellement des difficultés que vous rencontreriez pour leur application.

INSTRUCTION
N° 60-169 - M 2
du
2 novembre 1960.

Pour le Ministre :

Le Directeur Général de la Santé publique,

D^r AUJALEU