

**MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE,
DES FINANCES
ET DU BUDGET**

Classement
M2

**DIRECTION
DE LA
COMPTABILITÉ PUBLIQUE**

**Sous-direction D
BUREAU D3**

**INSTRUCTION N° 85-6-M2
du 21 janvier 1985**

(Texte publié au *Bulletin officiel de la Comptabilité publique*)

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

BUDGET GLOBAL

ANALYSE

Commentaire de la circulaire interministérielle n° 62 du 12 décembre 1984 relative à l'extension du budget global, prise en application du décret n° 83-744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier.

DOCUMENTS A ANNOTER

Instruction interministérielle M21 sur la comptabilité des hôpitaux et hospices publics.

Instruction n° 83-201-M2 du 15 septembre 1983.

Le décret n° 83-744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics ou privés participant au service public hospitalier a, d'une part, fixé un nouveau mode de financement de ces établissements, d'autre part, modifié la réglementation budgétaire et comptable qui leur est applicable.

Le choix ayant été fait de mettre en place de façon progressive cette réforme, seuls les centres hospitaliers régionaux se sont vu appliquer en 1984 la quasi-totalité des dispositions du décret n° 83-744, les autres établissements n'ayant jusqu'à présent été concernés que par les nouvelles règles budgétaires et comptables à l'exclusion de celles allant de pair avec la mise en œuvre de la dotation globale.

DIFFUSION
GT
5

DESTINATAIRES POUR APPLICATION

RGP	TPGR	TPG	DOM	TGAP	RF	P
-----	------	-----	-----	------	----	---

La généralisation au 1^{er} janvier 1985 de la réforme du financement hospitalier a fait l'objet de la circulaire interministérielle n° 62 du 12 décembre 1984 jointe en annexe I à laquelle les comptables sont invités à se reporter s'agissant de l'économie générale de ce dispositif.

La présente instruction a pour objet d'apporter aux receveurs hospitaliers diverses précisions relatives aux dispositions de la circulaire précitée en tant qu'elles concernent des opérations à l'exécution desquelles ils seront amenés à participer directement.

I. LA DOTATION GLOBALE DE FINANCEMENT

Conformément au principe posé par l'article 8 de la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 la dotation globale se substitue à la facturation individuelle pour toutes les prestations hospitalières prises en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoire.

Toutefois le champ d'application de la dotation globale ne couvrira pas encore, en 1985, l'ensemble des prestations hospitalières susceptibles d'être facturées aux caisses de sécurité sociale au titre des régimes obligatoires.

Les frais d'interruption volontaire de grossesse, les frais de gros appareillage, les prestations délivrées par les services mobiles d'urgence et les forfaits soins autre que ceux afférents au long séjour continuent en effet à faire l'objet de facturations individuelles à titre transitoire, conformément aux dispositions de l'article 62 du décret n° 83-744 du 11 août 1983.

Il est rappelé que les honoraires des médecins exerçant dans les hôpitaux locaux ne sont pas inscrits au budget des établissements concernés conformément à l'article 9 du décret précité.

La part de ces honoraires pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie n'entre pas, par conséquent, dans le champ du financement globalisé.

10. Mise en recouvrement et encaissement de la dotation globale.

101. L'ÉMISSION DU TITRE DE RECETTES RELATIF A LA DOTATION GLOBALE.

La dotation globale est arrêtée par le commissaire de la République après examen des propositions budgétaires des établissements (art. 36 du décret n° 83-744) ou exceptionnellement d'office, en l'absence de budget (art. 37 de ce même décret).

Elle fait l'objet d'un titre émis à l'encontre de la caisse pivot dont relève l'établissement pour le montant de la dotation imputable au budget général ou aux budgets annexes concernés. Ce titre, appuyé de l'arrêté du commissaire de la République et de l'échéancier de recouvrement, est transmis au comptable pour prise en charge dans les conditions habituelles.

Il est précisé que le forfait soins relatif au long séjour étant inclus dans le champ de la dotation de 1985, un titre particulier ne sera émis qu'autant que cette activité est isolée dans un budget annexe.

102. LE RECOUVREMENT DE LA DOTATION GLOBALE.

Le recouvrement de la dotation globale interviendra par douzièmes mensuels (art. 40 du décret n° 83-744 du 11 août 1983) dans les limites posées par l'article 58 de ce même décret. Deux versements seront effectués chaque mois, le 21 ou le premier jour ouvré qui suit, pour 60 %, et l'antépénultième jour du mois, pour le solde.

1020. Le principe posé par l'article 58 du décret du 11 août 1983.

L'article 58 du décret précité dispose que les règlements effectués par les caisses des régimes obligatoires d'assurance maladie en vertu du mode de tarification antérieur à l'application du budget global viennent en déduction des versements mensuels de la caisse pivot.

Les déductions seront opérées d'office par les caisses pivot après centralisation des informations relatives à ces règlements.

Cette centralisation des informations relatives aux règlements effectués en vertu du mode de tarification antérieur interviendra de façon périodique et, dans les établissements autres que les C.H.R., sur la base de renseignements communiqués par le receveur hospitalier.

1021. *Les renseignements à fournir par les comptables.*

Par mesure de simplification, ces informations sont limitées au montant des recouvrements constatés sur les créances prises en charge au cours de l'exercice 1984 au débit des comptes 41010, 41011, 41012 et 41013. Ces recouvrements seront suivis, à partir du 1^{er} janvier 1985, sur les comptes 41110, 41111, 41112 et 41113 ouverts à l'effet d'enregistrer les créances de l'exercice précédent sur les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Il appartiendra donc aux receveurs hospitaliers d'arrêter, à la fin de chaque trimestre, le montant des recouvrements enregistrés au cours du trimestre sur les comptes précités et de communiquer ces informations aux directeurs des établissements hospitaliers à charge, pour ces derniers, d'en informer les caisses pivot.

Cet arrêt trimestriel devra être effectué de telle sorte que les caisses pivot soient informées des recouvrements dans des délais leur permettant d'en tenir compte pour le calcul du versement de la dotation globale du mois qui suit.

Les comptables devront *impérativement* fournir ces informations à l'ordonnateur pour le 8 du mois qui suit la clôture du trimestre considéré.

Ce dispositif impose bien entendu que, lors de l'arrêté de fin de trimestre, les comptables aient pris toutes dispositions afin que les subdivisions du compte 4111 retracent bien à leur crédit la totalité des sommes reçues des régimes obligatoires de sécurité sociale (à compter du 1^{er} janvier 1985) en règlement des titres émis en 1984.

Néanmoins si des règlements en provenance des régimes obligatoires d'assurance maladie et afférents aux titres de l'exercice précédent émis avant l'entrée en vigueur de la dotation globale sont en instance d'imputation dans les écritures du comptable à la date d'arrêté des états trimestriels, le montant de ces règlements devra être indiqué par le comptable à l'ordonnateur en précisant le régime obligatoire qui en est à l'origine.

1022. *L'évaluation prévisionnelle des déductions opérées sur les versements mensuels de dotation globale.*

Le montant exact des recouvrements à déduire n'étant connu de façon précise qu'à la fin de chaque trimestre, dans l'intervalle, les déductions seront effectuées sur la base d'évaluations arrêtées conjointement par les directeurs d'établissements et les directeurs des caisses pivot qui pourront solliciter, le cas échéant, toutes informations auprès des comptables concernés.

Cependant dans les C.H.R. (pour lesquels 1985 sera la deuxième année d'application de la dotation globale) les déductions à opérer sur les versements mensuels des caisses pivot continueront de s'effectuer selon le dispositif mis en place en 1984.

Ces établissements ne peuvent en effet fournir d'indications comptables sur le montant des sommes versées par les régimes obligatoires au titre des exercices antérieurs puisque le compte 412 « Hospitalisés et consultants, restes à recouvrer des exercices antérieurs » ne permet pas, cette année encore, de distinguer la part des recouvrements relatifs aux régimes obligatoires de celle relative aux régimes complémentaires.

Au demeurant de telles déductions ne devraient plus présenter dès la seconde année d'application du budget global qu'un caractère résiduel.

103. SUIVI DES RESTES A RECOURRER SUR DOTATION GLOBALE.

Les dispositions du premier alinéa de l'article 58 du décret du 11 août 1983 conduisent à la constatation de restes à recouvrer au titre de la dotation globale puisqu'elles ont pour conséquence d'amputer les règlements d'une fraction correspondant aux sommes versées par les régimes obligatoires d'assurance maladie en l'acquit de dettes antérieures à l'application du budget global.

Ces restes à recouvrer apparaîtront en fin d'année au débit du compte 41014 « Caisse pivot ».

Le second alinéa de l'article 58 du décret précité prévoit que le règlement du solde de la dotation globale d'un exercice vient en déduction des versements effectués au titre de la dotation globale de l'exercice qui suit.

Afin de simplifier le suivi comptable des restes à recouvrer relatifs à la dotation globale, la circulaire jointe en annexe autorise le comptable à imputer les douzièmes reçus de la caisse pivot au cours de l'exercice N + 1 par priorité en l'acquit des restes à recouvrer sur dotation globale de l'exercice N, sous réserve d'informer le directeur de l'établissement des montants ainsi comptabilisés.

11. Dispositions particulières relatives aux acomptes sur facturation inemployés à la clôture de l'exercice 1984.

La substitution aux paiements sur factures de versements mensuels représentant le douzième de la dotation globale annuelle rend sans objet en 1985 le système d'acompte consenti actuellement par les caisses primaires de sécurité sociale à certains établissements.

Il s'est avéré par ailleurs que les acomptes versés à certains hôpitaux constituaient de véritables avances, leur montant dépassant sensiblement celui des facturations mensuelles.

Dans ces conditions l'imputation définitive de ces « acomptes » en l'acquit des factures reçues ne pourra pas toujours être intégralement réalisée avant la clôture de l'exercice 1984.

La circulaire interministérielle ci-jointe (§ 212.1, al. 7) a prévu en pareil cas la transformation des acomptes non employés en avances dont le remboursement s'effectuera progressivement selon un échéancier arrêté par le commissaire de la République après analyse de la situation de trésorerie des établissements concernés.

La transformation des acomptes en avances étant subordonnée à l'arrêté définitif du montant des acomptes inemployés, il apparaît indispensable que les receveurs hospitaliers prennent l'attache des caisses créancières des établissements au titre des acomptes afin d'éviter toute contestation ultérieure sur le montant des sommes à restituer.

En tout état de cause, la transformation de l'acompte en avance, qui se traduira par une écriture au débit du compte de la classe 4 initialement crédité par le crédit du compte 509 « Avances diverses à court terme » ne pourra intervenir qu'au vu de la décision du commissaire de la République fixant le calendrier de récupération de ces avances.

II. DISPOSITIONS A CARACTÈRE BUDGÉTAIRE ET COMPTABLE

20. La nomenclature budgétaire et comptable.

200. COMPTES SPÉCIFIQUES DESTINÉS AU SUIVI DES RECETTES HOSPITALIÈRES.

A compter de l'exercice 1985 l'ensemble des établissements hospitaliers enregistrera les recettes d'hospitalisation aux diverses subdivisions concernées du compte 71 du budget principal.

Demeurent cependant inscrites aux subdivisions du compte principal 70 de ce même budget, les recettes facturées au titre du forfait journalier (compte 7013), des prestations effectuées pour des malades hospitalisés dans un autre établissement (compte 705) du gros appareillage et des prothèses (compte 706), des interruptions volontaires de grossesse (compte 707), des consultations et soins (compte 708) et des prestations aux personnes accompagnant les malades ou prestations annexes (compte 709).

Il est par ailleurs précisé que la circulaire du ministre des Affaires sociales et de la Solidarité nationale en date du 5 décembre 1984 dont copie jointe en annexe II annonce le relèvement à compter du 1^{er} janvier 1985 des tarifs de consultations et soins externes.

201. UTILISATION DU COMPTE 8729 « AUTRES CHARGES SUR EXERCICES ANTÉRIEURS ».

Le compte 8729 a été créé pour permettre l'enregistrement, d'une part, des différences résultant des sous-évaluations des charges rattachées à l'exercice, d'autre part, des dépenses imputables aux exercices précédent et antérieurs qui n'ont pu être rattachées à l'exercice auquel elles se rapportent en raison par exemple de l'insuffisance de crédits budgétaires.

202. COMPTES DE TIERS DESTINÉS A FACILITER L'ANALYSE DES RELATIONS FINANCIÈRES ENTRE LES HÔPITAUX ET LES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE SÉCURITÉ SOCIALE.

2020. Ouverture de nouvelles subdivisions au compte 411.

Le nouveau classement des créances hospitalières qui n'a concerné, en 1984, que les créances de l'exercice courant, s'étendra, à compter du 1^{er} janvier 1985, aux créances de l'exercice précédent.

Les soldes apparaissant en fin d'exercice 1984 aux subdivisions des comptes 410 seront repris *par balance d'entrée* aux subdivisions équivalentes nouvellement créées à l'intérieur du compte 411 « Hospitalisés et consultants » (exercice précédent).

Il a toutefois été décidé de reprendre globalement à la balance :

- d'une part, au compte 411.2 « Départements » les soldes apparaissant aux comptes 410.21 « Département de... » et 410.22 « Autres départements »;
- d'autre part, au compte 411.3 « Autres tiers payants » les soldes figurant aux comptes 410.31 « Sociétés mutualistes et d'assurances (part non obligatoire) » et 410.32 « Divers (État, art. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et tous autres tiers payants pour la part non obligatoire) ».

201. Reprise des soldes apparaissant à la balance établie à la clôture de l'exercice 1984 aux subdivisions du compte 411 et au compte 412.8.

La reprise des soldes apparaissant à la balance établie à la clôture de l'exercice 1984 aux subdivisions du compte 411 s'effectuera par balance d'entrée selon la grille de passage suivante :

BALANCE DE SORTIE 1984		BALANCE D'ENTRÉE 1985	
Compte	Libellé	Compte	Libellé
4110	Hospitalisés et consultants (part du malade).	4128	Créances diverses hospitalières antérieures au 1 ^{er} janvier 1985.
4111	Caisse de sécurité sociale (régime général).		
4112	Départements.		
4113	Régime de sécurité sociale : travailleurs non salariés, professions non agricoles.		
4114	M.S.A.		
4118	Divers (État, art. 115 et tous régimes particuliers).		
4128	Créances diverses hospitalières antérieures au 1 ^{er} janvier 1983.		

Il a en effet été décidé de reconduire en 1985 le dispositif mis en place en 1984 pour le suivi des opérations comptabilisées au compte 412.

Les comptables devront suivre sur ce seul compte 4128 « Créances diverses antérieures au 1^{er} janvier 1984 » (éventuellement subdivisé par exercice) les opérations de recouvrement sur exercices antérieurs constatées au cours de l'exercice 1985.

Les postes comptables qui suivent actuellement les subdivisions à 4 chiffres du compte 412 peuvent néanmoins les maintenir au cours de l'exercice 1985. C'est à cet effet que la nomenclature maintient ouvertes en 1985 les anciennes subdivisions du compte 412, sous réserve que seul le compte 412.8 nouveau apparaisse à la balance de fin d'exercice 1985.

2022. Dispositions applicables au compte 4119 « Titres en souffrance » exercice précédent.

Les opérations figurant en solde au compte 4119 devront, comme en 1983, être apurées avant la clôture de l'exercice 1984 soit par transfert au compte de tiers correspondant au débiteur identifié lors de la prise en charge au compte 4109 (à défaut de changement de débiteur dûment notifié par l'ordonnateur) soit par annulation des titres émis à tort, soit par admission en non-valeur des titres irrecevables.

Par ailleurs, à propos d'un contentieux relatif aux frais d'interruption de grossesse, le ministre des Affaires sociales et de la Solidarité nationale a été amené à préciser qu'aucun titre ne saurait être émis sous forme anonyme (cf. lettre dont copie jointe en annexe n° III).

21. Niveau de compte à utiliser pour le suivi de l'exécution budgétaire.

Les comptes figurant sur la liste des comptes à ouvrir à la balance du grand livre jointe en annexe II de l'arrêté du 22 septembre 1983 fixant la liste des comptes obligatoirement ouverts dans le budget et la comptabilité des établissements d'hospitalisation constituent le niveau minimum d'enregistrement des opérations chez l'ordonnateur et chez le comptable.

Sous réserve du compte 167 « Emprunts auprès d'organismes de sécurité sociale » obligatoirement retracé à 4 chiffres dans la comptabilité, le niveau des comptes à ouvrir à la balance des comptes du grand livre correspond au niveau de vote des crédits fixé par l'arrêté interministériel du 20 septembre 1983.

Néanmoins, si les besoins de l'établissement l'exigent, la comptabilité peut être tenue à un niveau plus fin sous réserve du respect de la nomenclature jointe en annexe I à l'arrêté interministériel du 22 septembre 1983.

En tout état de cause, les comptables ne sauraient se dispenser de suivre en détail le produit des tarifications hospitalières (subdivisions compte 711) dans la limite des informations transmises par l'ordonnateur).

22. Précisions sur l'application de l'article 25 du décret relatif à la journée complémentaire.

Les titres de recettes et les mandats concernant les opérations budgétaires de la section d'investissement ne sont plus émis ni comptabilisés après le 31 décembre de l'année budgétaire sauf s'il s'agit d'opérations budgétaires d'ordre dont les plus nombreuses intéressent les deux sections du budget.

La période d'exécution des opérations relatives aux stocks se poursuit jusqu'au 28 février.

Il est précisé que l'article 25 du décret ne vise que les opérations budgétaires. Les opérations de régularisation qui concernent des comptes de tiers peuvent continuer d'intervenir jusqu'à l'arrêté définitif des comptes.

23. Modification à la liste des budgets annexes dont la création est facultative.

La circulaire interministérielle du 12 décembre 1984 indique que les budgets annexes des cliniques ouvertes et des centres de consultations dentaires devront être intégrés dès l'exercice 1985 au budget général et annonce la modification prochaine de l'arrêté du 20 septembre 1983 qui a fixé la liste des budgets annexes facultatifs.

La reprise des résultats des budgets annexes supprimés le 1^{er} janvier 1985 sera effectuée dans les conditions habituelles à l'ouverture de l'exercice 1985. Les modalités et la traduction comptable de l'incorporation de ces résultats au budget général feront l'objet d'instructions ultérieures.

24. Dispositions relatives aux provisions pour travaux.

Les dispositions de la circulaire interministérielle n° 83-30 du 29 septembre 1983 prises en application du décret n° 83-744 du 11 août 1983 qui avaient été commentées par l'instruction n° 83-201-M2 du 15 novembre 1983 ont été reconduites par la circulaire interministérielle du 12 décembre 1984.

La provision pour travaux est exclusivement destinée à étaler dans le temps les charges d'entretien importantes qui devront, lors de leur réalisation, être inscrites à la section de fonctionnement des budgets à venir.

Elles ne peuvent plus, par conséquent, constituer un moyen de financement de la section d'investissement.

Les dispositions du paragraphe 333.31 de l'instruction M21 en tant qu'elles concernent le financement de la section d'investissement par les provisions pour travaux sont donc devenues caduques.

25. Délégation de pouvoirs par l'ordonnateur principal.

La circulaire interministérielle du 12 décembre 1984 précise, en son paragraphe 134, le champ des dispositions de l'article 22 du décret n° 83-744 du 11 août 1983 relatives à la délégation de pouvoirs par l'ordonnateur principal.

Cette délégation s'analyse comme une délégation de signature dont il appartient *au comptable de vérifier la qualité.*

En revanche, le comptable n'a pas à contrôler le respect par l'ordonnateur délégué des limites posées par l'ordonnateur principal quant à la consommation des crédits, ces limites constituant des dispositions administratives purement internes à l'établissement.

26. Les documents à joindre au budget : le montant des restes à recouvrer prévu à l'article 13-11° du décret n° 83-744 du 11 août 1983.

Il s'agit d'un état présentant le montant des restes à recouvrer par catégorie de débiteurs et non les restes nominatifs.

Cet état récapitule les soldes des différentes subdivisions des comptes 410, 411, 412 (hospitalisés et consultants), 468 (débiteurs divers) et, éventuellement, des autres comptes de débiteurs (420 : sommes dues par le personnel, 430 : État...), arrêtés à la date du 30 septembre précédant le vote du budget.

27. L'affectation des résultats.

La circulaire n° 62 du 12 décembre 1984 précise, en son paragraphe 143, que la traduction comptable d'affectation des résultats fera l'objet d'instructions ultérieures.

L'analyse des dispositions du décret relatives à l'affectation des résultats ayant fait apparaître certaines difficultés d'application, il a été décidé que les écritures envisagées au lendemain de la réforme et exposées au paragraphe 202 de l'instruction n° 83-201-M2 du 15 novembre 1984 *ne devaient pas être passées en 1984*.

Toutes difficultés que pourraient rencontrer les comptables dans l'application de la présente instruction devront être portées à la connaissance de la direction sous le timbre du bureau D3.

Le directeur de la Comptabilité publique,

Pour le directeur de la Comptabilité publique :

Le sous-directeur,

J.-L. NINU.

à l'Instruction n° 85-6-M2
du 21 janvier 1985

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE,
DES FINANCES ET DU BUDGET

LE MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE,

LE MINISTRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET DU BUDGET,

à Messieurs les commissaires de la République de région,
Messieurs les directeurs régionaux des Affaires sanitaires et sociales,
Messieurs les chefs de services régionaux de l'Action sanitaire et sociale,
Messieurs les médecins inspecteurs régionaux de la Santé (pour information),
Messieurs les commissaires de la République de département,
Messieurs les directeurs départementaux des Affaires sanitaires et sociales (pour exécution),
Messieurs les directeurs régionaux de la Sécurité sociale,
Messieurs les trésoriers-payeurs généraux,
Messieurs les directeurs départementaux de la Concurrence et de la Consommation (en ce qui les concerne).

CIRCULAIRE N° 62 DU 12 DÉCEMBRE 1984

Prise en application du décret n° 83-744 du 11 août 1983 relative à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics.

Les nouvelles dispositions fixées par la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 et le décret n° 83-744 du 11 août 1983 et relatives à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation, ont été mises en place en 1984, pour l'essentiel dans les centres hospitaliers régionaux et pour partie dans les autres établissements sanitaires publics et les établissements privés participant au service public hospitalier.

Il convient en effet de rappeler que la réforme introduite par la loi du 19 janvier 1983 ne concerne ni les établissements relevant de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, ni les établissements d'hospitalisation du service de Santé des armées associés à l'exécution du service public hospitalier.

Ces dispositions étant généralisées à partir de 1985, la circulaire du 29 septembre 1983 relative aux modalités d'application de cette réforme en 1984 est annulée et remplacée par la présente instruction qui a pour objet de commenter les diverses dispositions budgétaires et comptables applicables à tous les établissements d'hospitalisation publics à partir de 1985.

Une circulaire spécifique traitera des particularités de la réforme applicable aux seuls établissements privés participant au service public hospitalier.

Seront successivement examinés :

- les dispositions budgétaires et comptables applicables aux établissements d'hospitalisation publics;
- les modalités de détermination de la dotation globale de financement, des tarifs et autres produits.

1. DISPOSITIONS BUDGÉTAIRES ET COMPTABLES.

Le chapitre 1^{er} du décret du 11 août 1983 définit les règles auxquelles sont désormais soumis le budget et la comptabilité des établissements hospitaliers publics.

11. La nouvelle présentation budgétaire et comptable.

111. LA NOUVELLE NOMENCLATURE.

En application de l'article 3 du décret du 11 août 1983, l'arrêté du 22 septembre 1983 a fixé la liste des comptes ouverts au budget et dans la comptabilité des établissements d'hospitalisation. Les quelques modifications à apporter à cette nomenclature en 1985 vous seront prochainement notifiées.

Deux aménagements sont en outre apportés :

- la distinction entre les nomenclatures des établissements de plus de 100 et de moins de 100 lits est supprimée, sauf pour l'ouverture des comptes de stock dont les établissements de moins de 100 lits sont dispensés;
- la liste des comptes à ouvrir obligatoirement à la balance des comptes du grand livre est désormais unique quelle que soit la taille de l'établissement, sauf en ce qui concerne la classe 3. Elle figure à l'annexe II de l'arrêté du 22 septembre 1983 relatif à la nomenclature comptable qui sera prochainement modifiée en fonction des rectifications apportées à cette nomenclature (cf. § 111).

112. LA SECTION D'INVESTISSEMENT.

L'article 6 du décret souligne que cette section est commune à l'ensemble des activités de l'établissement, cette unicité ne faisant toutefois pas obstacle à la possibilité d'individualiser certaines opérations spécifiques se rattachant à des budgets annexes.

L'article 7 prévoit qu'outre un classement par nature de charges, les autorisations de dépenses de la section d'investissement doivent également être classées par opération. Cette classification, dont est exclu le remboursement des emprunts et qui s'appliquera tout particulièrement aux immobilisations imputées au compte 23 (immobilisations en cours), vise à une présentation plus claire et finalisée des crédits de la section d'investissement, une opération pouvant se définir comme un ensemble cohérent de travaux ou d'acquisitions mobilières ou immobilières formant une unité individualisée géographiquement ou fonctionnellement.

113. LA SECTION D'EXPLOITATION.

L'article 12 du décret du 11 août 1983 introduit une innovation : il dispose en effet, sans que cela modifie la présentation formelle du budget, que les autorisations de dépenses de la section d'exploitation sont réparties en trois groupes :

Premier groupe. — Autorisations de dépenses relatives à l'acquisition à l'extérieur de l'établissement de biens et services et aux consommations de stocks;

Deuxième groupe. — Autorisations de dépenses relatives aux charges de personnel.

Troisième groupe. — Autorisations relatives aux autres charges.

L'arrêté pris en application de cet article et publié le 20 septembre 1983 est venu fixer la liste des comptes de chaque groupe.

Cette répartition des autorisations de dépenses en trois groupes vise à délimiter les possibilités de virements de crédits effectués par le directeur; l'article 24 du décret prévoit, en effet, la possibilité pour le directeur de procéder en cas d'urgence à des virements de crédits à l'intérieur de chacun des premier et second groupes, la même règle s'appliquant au budget général et aux budgets annexes.

114. LES BUDGETS ANNEXES.

L'article 11 du décret distingue deux catégories de budgets annexes : les budgets à ouvrir obligatoirement et ceux dont la création est facultative.

1141. *Les budgets annexes à ouvrir obligatoirement.*

Appartiennent à cette catégorie :

- la dotation non affectée;
- les centres ou postes de transfusion sanguine régis par le décret n° 54-65 du 16 janvier 1954;
- les services mobiles d'urgence et de réanimation dans les conditions fixées à l'article 1^{er} du décret n° 65-1178 du 31 décembre 1965;
- les centres informatiques lorsqu'ils délivrent des prestations à des tiers;
- les services mentionnés par la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales;
- les unités de long séjour mentionnées à l'article 4 de la loi du 31 décembre 1970 modifiée.

- S'agissant du long séjour, l'article 11 donne la possibilité de laisser cette activité dans le budget général :
- lorsqu'elle constitue l'activité principale de l'établissement;
 - lorsque l'organisation de la comptabilité de l'établissement permet d'isoler le coût réel des prestations des unités de long séjour.

Dans les deux cas, une dérogation expresse est nécessaire : elle peut être accordée par l'autorité de tutelle après avis du trésorier-payeur général.

Il convient de souligner que si une telle dérogation doit être accordée chaque fois que le long séjour constitue indiscutablement l'activité principale de l'établissement, elle ne doit l'être qu'exceptionnellement dans la deuxième hypothèse prévue à l'article 11, le décret ayant clairement posé le principe de l'obligation de créer un budget annexe.

Un certain nombre de budgets annexes ne peuvent recevoir de subventions d'équilibre en provenance du budget général. Il s'agit de :

- la dotation non affectée;
- les unités de long séjour mentionnées à l'article 4 de la loi du 31 décembre 1970 modifiée;
- les services mentionnés par la loi n° 75-535 du 30 juin 1975.

1142. *Les budgets annexes dont la création est facultative.*

L'arrêté du 20 septembre 1983 a fixé comme suit la liste des activités susceptibles de faire l'objet d'un budget annexe :

- clinique ouverte;
- lactarium;
- école paramédicale;
- activité de sectorisation psychiatrique;
- service d'aide médicale urgente;
- crèche;
- ambulance;
- protection maternelle et infantile et planification familiale;
- service de consultation de traitements dentaires.

L'initiative en la matière revient au conseil d'administration de l'établissement qui est libre de retenir la formule qui semble la plus appropriée aux caractéristiques de l'hôpital.

Toutefois, l'article 34 ne permet pas d'assurer le financement des charges d'exploitation des budgets annexes, par la dotation globale sauf pour ce qui concerne les budgets annexes long séjour et les services mobiles d'urgence.

En conséquence, vous devrez, dès 1985, intégrer au budget général les budgets annexes des cliniques ouvertes et des services de consultations et traitements dentaires, les dépenses de ces activités devant être, pour l'essentiel, couvertes par la dotation globale.

L'intégration au budget général des autorisations de dépenses de ces budgets annexes devra s'effectuer après déduction des éventuelles subventions d'équilibre et des remboursements de prestations aux budgets concernés.

L'arrêté du 20 septembre 1983 sera très prochainement modifié afin de tenir compte de cette nouvelle disposition.

12. Les règles relatives à l'élaboration, au vote et à l'approbation du budget.

121. L'ÉLABORATION DU BUDGET.

Un certain nombre d'innovations ont été introduites par le décret du 11 août 1983 et par la loi du 3 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier :

● Les dispositions réglementaires contenues dans les articles 26, 27 et 28 du décret du 11 août 1983 font référence aux centres de responsabilité pour la préparation du budget. Le sixième alinéa de l'article 26 prévoit que « lors de la préparation du budget le directeur établit le tableau prévisionnel des activités et des moyens par centre de responsabilité ». Il convient, pour l'application de cette disposition, de se reporter aux instructions contenues dans la circulaire n° 31 du 18 juin 1984 relative à la réforme de la gestion des établissements hospitaliers;

● L'élaboration du tableau des emplois visés à l'article 15 du décret du 11 août 1983 et dont le modèle a été fixé par arrêté du 20 septembre 1983.

Un arrêté ultérieur adaptera ce tableau afin de tenir compte des modifications statutaires résultant des décrets n°s 131 et 135 du 24 février 1984 relatifs au personnel médical. Les modalités d'utilisation de ce tableau sont précisées en annexe I;

● La consultation du comité technique paritaire, conformément aux dispositions prévues par l'article 24 de la loi du 31 décembre 1970 modifiée et commentées dans ma circulaire du 17 septembre 1984.

La principale innovation réside dans la mise en place du nouveau mode de tarification et de financement des établissements sanitaires fixé par la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983. Les aspects techniques de cette modification sont décrits au chapitre II de la présente circulaire.

122. LE VOTE DU BUDGET.

Les autorisations de dépenses et les prévisions de recettes sont votées par le conseil d'administration sur proposition du directeur.

Par ailleurs, en ce qui concerne le niveau de vote des crédits, l'arrêté du 20 septembre 1983 a déterminé les règles applicables en ce domaine tant pour la section d'investissement que pour la section d'exploitation (comptes à trois chiffres pour la classe 6, comptes élémentaires à quatre chiffres pour la classe 8). Ces dispositions ne font évidemment pas obstacle à une présentation plus détaillée des documents pour l'information des assemblées délibérantes et des autorités de tutelle.

123. L'APPROBATION DU BUDGET.

Le budget voté par le conseil d'administration ainsi que les propositions relatives aux montants de la dotation globale et des tarifs journaliers doivent être transmis par le directeur, avant le 1^{er} novembre, à l'autorité administrative et à la caisse régionale d'assurance maladie (art. 30).

A ce budget sont obligatoirement annexés les documents suivants (art. 13) :

- le rapport justificatif établi par le directeur;
- l'avis de la commission médicale consultative;
- les tableaux des emplois médicaux et non médicaux établis conformément aux modèles fixés par l'arrêté du 20 septembre 1983;
- le tableau des activités et moyens par centre de responsabilité défini à l'article 26.

Conformément aux dispositions de la circulaire du 18 juin 1984, ce tableau sera facultatif pour la présentation du budget 1985 et obligatoire pour tous les établissements à compter de la présentation du budget 1986 :

- le programme des travaux établi pour les opérations financées par la section d'investissement;
- le programme d'investissement visé à l'article 4 du décret n° 74-569 du 17 mai 1974;
- un état de la dette;
- un état de répartition des créances par débiteur conforme au modèle fixé par arrêté du 20 septembre 1983;
- un état présentant le montant des restes à recouvrer par catégorie de débiteurs arrêté à la date du 30 septembre et établi à partir des informations disponibles chez le comptable de l'établissement;
- un état de répartition des charges par catégories tarifaires. Cet état met en évidence l'imputation des coûts directs et la répartition des charges entre les catégories tarifaires et aboutit, après prise en compte des résultats à incorporer, à la détermination des tarifs journaliers. Il sera accompagné des propositions tarifaires correspondantes;
- les budgets de programme tels que prévus à l'article 20 : ces budgets qui réunissent l'ensemble des informations financières relatives à une opération, quels que soient la nature des coûts engendrés ou des financements (investissements ou exploitation) et l'exercice auquel ils se rapportent, sont facultatifs; les propositions de budgets de programme par le conseil d'administration répondent au souci d'améliorer la qualité de la prévision et de la planification et apportent un nouvel outil d'aide à la décision. Pourront, notamment, faire l'objet d'un budget de programme, les programmes d'économies d'énergie, d'informatisation ou d'installation d'équipement lourd.

Le budget de programme comporte au moins les documents suivants :

- descriptif du projet et échéancier de réalisation;
- justificatif permettant d'en apprécier les raisons et l'opportunité;
- procédure administrative à suivre;
- évaluation des coûts en équipement et en fonctionnement;
- récapitulation des ressources de financement disponibles ou envisagées.

Enfin, sont tenus à la disposition de l'autorité administrative chargée de la tutelle et de la Caisse régionale d'assurance maladie les documents suivants (art. 14) :

- tableau des amortissements retraçant pour chaque catégorie de biens amortissables la valeur d'achat, le mode d'amortissement, la valeur amortie, la valeur résiduelle comptable et le montant de l'annuité inscrite au budget;
- inventaire des équipements et matériels;
- état des propriétés foncières et immobilières.

Le budget, ainsi que la dotation globale et les tarifs journaliers sont fixés par l'autorité administrative chargée de la tutelle, au plus tard le 1^{er} janvier de l'année à laquelle ils se rapportent (art. 5). Ces décisions sont

prises après avis des organismes de sécurité sociale et mise en œuvre d'une procédure contradictoire entre l'établissement et l'autorité administrative.

L'avis des organismes est recueilli par la Caisse régionale d'assurance maladie au sein d'une commission qu'elle réunit et préside.

La procédure de recueil et de transmission de l'avis de synthèse des organismes d'assurance maladie accompagné notamment des observations du contrôle médical, est déterminée par les dispositions de la circulaire du 20 octobre 1983.

La Caisse régionale d'assurance maladie dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de réception du budget et des documents annexes pour faire part de l'avis des organismes à l'autorité de tutelle et à l'établissement.

Au cours de cette période, la commission peut prendre l'initiative d'entendre le directeur de l'établissement. De même, celui-ci peut demander à être entendu par cette commission; cette demande peut être faite dès l'envoi des propositions budgétaires.

L'autorité administrative, après avoir recueilli l'avis des organismes responsables de la gestion des régimes d'assurance maladie, est tenue de faire connaître à l'établissement les décisions qu'elle compte prendre. Le directeur de l'établissement dispose alors d'un délai de huit jours pour justifier, dans un rapport motivé, le maintien total ou partiel des propositions initiales.

L'article 22 de la loi du 31 décembre 1970 modifiée introduit une innovation importante dans les règles juridiques sur lesquelles l'autorité de tutelle doit se fonder pour approuver le projet de budget qui lui est soumis. Il dispose en effet que c'est notamment compte tenu d'un taux d'évolution des dépenses hospitalières, arrêté à partir des hypothèses économiques générales et par référence à la politique sanitaire et sociale du Gouvernement, par les ministres chargés respectivement de l'Économie, des Finances et du Budget, de la Santé et de la Sécurité sociale, que le représentant de l'État peut supprimer ou diminuer les prévisions de dépenses.

124. PROCÉDURE APPLICABLE LORSQUE LES DÉLAIS NE SONT PAS RESPECTÉS.

A titre transitoire en 1985 et pour ce qui concerne les établissements non soumis à la dotation globale de financement en 1984, ce sont les dispositions de l'article 57 qui trouvent à s'appliquer : ordonnancement et paiement des dépenses chaque mois dans la limite d'un douzième du dernier budget approuvé, paiement par la caisse chargée du versement de la dotation globale d'acomptes mensuels, sur la base d'un quinzième de l'ensemble des dépenses autorisées au dernier budget approuvé et financés par les prix de journée et les consultations et soins externes, recouvrement des autres recettes dans les conditions de l'exercice précédent.

Pour les centres hospitaliers régionaux en 1985 et tous les établissements à partir de 1986 dans le cas où le budget n'a pas été transmis au 1^{er} novembre, le représentant de l'État fixe les tarifs et arrête la dotation globale de financement après avoir pris l'avis des organismes de sécurité sociale.

L'article 20 de la loi du 31 décembre 1970 modifiée prévoit que si le budget n'est pas adopté par le conseil d'administration avant le 1^{er} janvier de l'exercice auquel il se rapporte, le représentant de l'État saisit la Chambre régionale des comptes qui, dans le mois, formule des propositions permettant au préfet, commissaire de la République, d'arrêter le budget.

13. Les règles relatives à l'exécution du budget.

131. LE SUIVI DE L'EXÉCUTION DU BUDGET.

L'article 23 du décret du 11 août 1983 impose dans tous les établissements hospitaliers publics la nécessité pour l'ordonnateur de tenir une comptabilité des dépenses engagées. Ce suivi des engagements ainsi que le suivi des effectifs rémunérés qui sont indispensables au strict respect des autorisations des dépenses doivent être établis selon les dispositions fixées par la circulaire n° 971 du 7 mars 1980.

Les résultats de cette comptabilité doivent être transmis à l'autorité de tutelle, si celle-ci en fait la demande, chaque trimestre et au plus tard dans les quinze jours qui suivent la fin de la période considérée.

132. LES VIREMENTS DE CRÉDITS.

Le décret du 11 août n'introduit aucun changement dans les règles applicables lorsque les modifications sont effectuées à l'initiative du conseil d'administration : elles doivent être votées par ce dernier et approuvées par l'autorité de tutelle dans les mêmes conditions que le budget lui-même.

Il confère en revanche au directeur des pouvoirs nouveaux en matière de virement de crédits. Il pouvait précédemment opérer les virements de crédits à l'intérieur d'une division budgétaire sur laquelle avait porté le vote de l'organe délibérant. Désormais, en application de l'article 24 du décret, le directeur peut, en cas d'urgence, qui doit être appréciée en tenant compte de l'impossibilité de respecter la procédure habituelle avant la date de règlement des mandats, procéder à des virements susceptibles de modifier la répartition des crédits votés par le conseil d'administration et approuvés par l'autorité administrative.

L'article 24 soumet de tels virements à plusieurs conditions de fond :

a. Ils ne sont possibles qu'à l'intérieur de chacun des premier et second groupes de crédits;

b. Ils ne peuvent avoir pour effet d'augmenter ou de réduire de plus de 10 % les autorisations de chacun des comptes concernés, telles qu'elles ont été approuvées par l'autorité de tutelle au budget primitif ou lors d'une décision modificative;

c. Ils ne peuvent ni diminuer des crédits destinés à couvrir des charges inéluctables ni avoir pour effet de créer des charges pour l'établissement au-delà de l'exercice en cours.

d. Une condition supplémentaire a, en outre, été posée pour les virements affectant les crédits permettant de rémunérer les personnels temporaires. L'arrêté du 20 septembre 1983, pris pour l'application de l'article 24 du décret a précisé que les virements de crédits effectués par le directeur au profit du compte 612 de la section d'exploitation du budget général et de chacun des budgets annexes ne pouvaient avoir pour effet de porter les crédits inscrits à ce compte à un niveau supérieur à 10 % du total des crédits inscrits aux comptes 610 et 611.

Chaque fois qu'il aura été procédé à de tels virements, notification immédiate devra être faite au comptable, ce dernier devant s'assurer, avant tout paiement sur les comptes considérés de la régularité formelle des virements effectués, c'est-à-dire du respect des conditions énumérées au a, b et d ci-dessus. Le directeur devra, en outre, dans les meilleurs délais en informer le conseil d'administration et l'autorité de tutelle.

133. LES DÉCISIONS MODIFICATIVES.

Les articles 5 et 39 du décret du 11 août 1983 prévoient la possibilité de rectification du budget dans le cadre de décisions modificatives. Celles-ci sont votées et approuvées dans des conditions identiques au vote et à l'approbation du budget.

Si ces décisions modificatives entraînent une augmentation de la dotation globale de financement, l'établissement doit justifier d'une modification importante et imprévisible des conditions économiques ou de l'activité médicale de nature à provoquer un accroissement substantiel des charges de l'établissement.

134. DÉLÉGATION DE POUVOIRS DE L'ORDONNATEUR PRINCIPAL.

L'article 22 rappelle que le directeur de l'établissement est ordonnateur principal du budget et qu'il peut sous certaines conditions déléguer tout ou partie de ses pouvoirs. Il précise notamment que la délégation doit porter mention du montant du crédit délégué.

Il convient de préciser à ce propos que cette délégation de pouvoirs s'analyse à l'égard du comptable de l'établissement comme une simple délégation de signature dont il vérifiera la qualité.

En revanche, le contrôle du respect des modalités pratiques assortissant cette délégation et notamment la vérification que les engagements de dépenses correspondent au montant des crédits délégués relèveront de la seule compétence du directeur, ordonnateur principal de l'établissement.

14. La clôture de l'exercice.

141. LES RÈGLES DE RATTACHEMENT OU DE REPORT DE CRÉDITS.

L'article 18 du décret a posé les règles de principe applicables en la matière : report sur l'exercice en cours des crédits de la section d'investissement régulièrement engagés et correspondant à des dépenses non mandatées au cours de l'exercice précédent, rattachement des dépenses de fonctionnement régulièrement engagées, mais non mandatées à la clôture d'un exercice, à cet exercice.

Ces règles ont été précisées par l'arrêté du 25 octobre 1983.

142. LE COMPTE ADMINISTRATIF.

L'article 28 du décret du 11 août 1983 rappelle que le conseil d'administration doit délibérer sur la conformité du compte administratif établi par l'ordonnateur avec le compte de gestion établi par le comptable.

Il convient de noter que le compte administratif et les documents annexés doivent être transmis à l'autorité de tutelle et à la Caisse régionale d'assurance maladie au plus tard le 1^{er} juillet qui suit la clôture de l'exercice. Aussi longtemps que cette transmission n'aura pas été effectuée, aucune décision modificative au titre de l'exercice en cours ne pourra être prise. Seuls sont possibles au cours de cette période les virements effectués par l'ordonnateur dans les conditions analysées au paragraphe 132 de la circulaire.

143. L'AFFECTATION DES RÉSULTATS.

Le nouveau dispositif d'affectation des résultats mis en place par l'article 19 du décret du 11 août 1983 est applicable dès 1985 pour le compte administratif 1984 des centres hospitaliers régionaux, déjà soumis à la dotation globale de financement, et à partir de 1986 pour le compte administratif 1985 des autres établissements d'hospitalisation publics.

Cette affectation doit faire l'objet d'une délibération du conseil d'administration approuvée par l'autorité de tutelle à l'occasion de l'approbation du compte administratif de l'année de la constatation des résultats. L'article 19 décrit les nouvelles modalités d'affectation des résultats du budget de fonctionnement dont la traduction comptable fera l'objet d'instructions ultérieures.

Les grands principes à retenir sont les suivants :

1431. *Les résultats excédentaires.*

Après appréciation des circonstances ayant engendré ces résultats, s'il apparaît que ces excédents résultent des efforts d'amélioration de la gestion des établissements, notamment d'une réalisation de dépenses inférieure aux prévisions, ils sont affectés, soit :

- à un compte de réserve de compensation (crédit du compte 112). Lorsqu'elle est constituée, cette réserve couvre les éventuels déficits ultérieurs;
- à un compte de provision (crédit du compte 154). Cette provision permettra le financement de mesures d'exploitation ou d'investissement n'accroissant pas les charges d'exploitation des exercices suivant celui au cours duquel ces mesures auront été décidées. Elle bénéficiera, en priorité, aux services qui auront contribué à dégager l'excédent.

Les excédents qui ne résulteraient pas d'efforts d'amélioration de la gestion de l'établissement sont affectés, soit :

- à un compte de réserve de compensation (crédit du compte 112). Lorsqu'elle est constituée, cette réserve couvre les éventuels déficits ultérieurs;
- en couverture des charges d'exploitation par incorporation au budget de l'exercice $N + 2$.

1432. *Les résultats déficitaires.*

Les déficits sont couverts :

- par reprise sur la réserve de compensation (débit du compte 112). Les déficits doivent être entièrement couverts par une reprise sur la réserve lorsque le montant de celle-ci le permet;
- au budget de l'exercice $N + 2$ et, le cas échéant, à ceux des deux exercices suivants, par ajout aux charges d'exploitation.

1433. *Les résultats des budgets annexes.*

L'article 11 du décret du 11 août 1983 envisage deux possibilités :

- celle des unités de long séjour mentionnées à l'article 4 de la loi du 31 décembre 1970 modifiée et les services mentionnés par la loi du 30 juin 1975 : les résultats déficitaires ou excédentaires sont reportés à l'exercice $N + 2$ de ces mêmes budgets;
- celle des autres budgets annexes (à l'exception de la D.N.A.) : les résultats déficitaires ou excédentaires sont affectés selon les règles applicables au budget général;
- pour ce qui concerne la dotation non affectée, l'affectation des résultats se fera conformément aux règles antérieures (art. 42 du décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958).

2. DOTATION GLOBALE DE FINANCEMENT, TARIFS ET AUTRES PRODUITS.

21. La dotation globale de financement.

211. PRINCIPES ET DÉFINITION DE LA DOTATION GLOBALE.

Le nouveau mode de tarification et de financement repose sur les trois principes suivants :

- suppression de la facturation individuelle pour la part des frais pris en charge, à titre obligatoire, par les organismes de sécurité sociale;
- globalisation des financements dus par ces organismes sous la forme d'une « dotation globale » versée par douzième;
- maintien d'une facturation individuelle à l'égard des débiteurs autres que les organismes de sécurité sociale (ticket modérateur, frais de séjour dus par les payants à 100 % sur la base des tarifs journaliers...).

Au terme des articles 34 et 62 du décret du 11 août 1983, la dotation globale couvre, en 1985 :

- au titre du budget général :
 - les frais d'hospitalisation,
 - le forfait de soins des unités de long séjour, incluses, le cas échéant, dans le budget général,
 - les consultations et soins externes dans les conditions prévues au paragraphe 4-1 de la circulaire n° 84-H1298 du 23 octobre 1984;
- au titre du budget annexe, le forfait de soins des unités de long séjour.

La dotation globale inclut, notamment, la part due par les organismes de sécurité sociale au titre de l'activité des services de clinique ouverte et de consultation et traitements dentaires dont il convient, désormais, de retracer les comptes dans le budget général (§ 1142 ci-dessus).

A partir du 1^{er} janvier 1985, les consultations et soins externes, en application de l'article 62 du décret du 11 août 1983, sont pour l'essentiel inclus dans la dotation globale de financement.

Dans le cadre de cette activité la part des frais afférents, notamment, à la fourniture de médicaments, pris en charge à titre obligatoire par l'assurance maladie, est incluse dans la dotation globale.

Ainsi, à compter de cette date, les produits des consultations et soins externes se ventileront de la manière suivante :

● Au compte 710 :

— pour la part prise en charge à titre obligatoire par les organismes de l'assurance maladie et incluse dans la dotation globale de financement.

● Au compte 708 :

- pour la part laissée à la charge des assurés sociaux au titre du ticket modérateur;
- pour la part prise en charge par des tiers payants autres que les organismes de l'assurance obligatoire;
- pour la part laissée à la charge des assurés sociaux en application des dispositions du dernier alinéa du paragraphe 4-1 de la circulaire n° 84-H1298 du 23 octobre 1984. Ces dispositions concernent tout particulièrement les assurés sociaux des départements d'outre-mer pour lesquels il n'a pas été prévu de carte d'assuré social.

La part des consultations et soins externes à inclure dans la dotation globale à compter du 1^{er} janvier 1985 peut être évaluée à 50 % de l'ensemble des consultations externes. Ce pourcentage, qui est un pourcentage national, vous est donné à titre indicatif et pourra varier au sein de chaque établissement en fonction de la population concernée, du degré d'utilisation de la carte d'assuré social, de l'importance des consultations externes, etc.

A compter de cette même date, les frais de fonctionnement des unités de long séjour, telles qu'elles sont définies par l'article 4 de la loi du 31 décembre 1970 modifiée, sont couverts :

— pour la part à la charge de l'assurance maladie (forfaits de soins) :

— soit par la dotation globale de financement inscrite au compte 710 du budget général (dans le cas des dérogations accordées dans les conditions prévues par l'alinéa b de l'article 11 du décret du 11 août 1983),

— soit par la dotation globale de financement inscrite au compte 701 du budget annexe;

— pour la part restant à la charge des tiers autres que les organismes (tarif hébergement dans le cas général où il y a prise en charge par l'assurance maladie d'une partie du tarif du long séjour, tarif de long séjour dans le cas où il n'y a aucune prise en charge par l'assurance maladie) sont retracés dans les comptes 7113 du budget général ou 703 du budget annexe selon des modalités qui seront définies à l'occasion de la mise à jour de la nomenclature comptable.

En 1985, continueront à faire l'objet d'une facturation selon les modalités actuellement en vigueur :

● Les frais d'acquisition d'objets de gros appareillage visés aux articles 1 et 2 du décret n° 81-461 du 8 mars 1981;

● Les frais de soins et d'hospitalisation afférents aux interruptions volontaires de grossesse effectuées dans les conditions prévues à la section I du chapitre III du titre 1^{er} du livre II du Code de la sécurité sociale;

● Les remboursements au titre des services mobiles d'urgence visés par le décret n° 65-178 du 31 décembre 1965;

● Les forfaits de soins autres que le forfait de soins long séjour (section d'hospice, maison de retraite...). Ces activités seront couvertes par la dotation globale au plus tard au 1^{er} janvier 1987.

212. LE CALCUL DE LA DOTATION GLOBALE.

Ainsi délimitée pour 1985, la dotation globale de financement sera égale au montant des autorisations de dépenses du budget général et, le cas échéant, du budget annexe long séjour (total des classes 6 et 8 plus ou moins les résultats incorporés) diminué du montant prévisionnel des recettes suivantes :

- prestations de nature médicale financées en 1985 par les organismes de sécurité sociale hors dotation globale (comptes 706 et 707 du budget général);
- prestations liées à l'hospitalisation non financées, à titre obligatoire, par les organismes (comptes 7013, 705, 711 [sauf 7114], 712 et 713 du budget général, compte 703 du budget annexe « long séjour »);

- prestations liées aux consultations externes non prises en charge à titre obligatoire par les organismes de sécurité sociale ainsi qu'aux consultations qui, en application des dispositions du dernier alinéa du paragraphe 4-1 de la circulaire n° 84-H1298 du 23 octobre 1984 seront facturées directement aux malades (compte 708) ;
- autres produits de classe 7 (recettes en atténuation traditionnelles retracées aux comptes 709, 7114, 72 à 78 des deux budgets) ;
- produits de classe 8 (budget général et budget annexe « long séjour »).

Les différents éléments à prendre en compte pour le calcul de la dotation globale sont explicités ci-après :

2121. *Les autorisations de dépenses.*

Il s'agit des autorisations retracées dans les comptes de classe 6 (charges par nature) et de classe 8 (comptes 872, 874 et 877) du budget général et du budget annexe « long séjour », s'il a été créé.

Leur détermination prévisionnelle appelle les commentaires suivants :

- Au terme de l'article 3 de la loi n° 84-5 du 3 janvier 1984, les prévisions de dépenses sont déterminées en fonction d'un taux d'évolution fixé, à partir des hypothèses économiques générales et par référence à la politique sanitaire et sociale de l'État ;

- Les modalités pratiques d'application du taux directeur font l'objet d'une circulaire annuelle relative à la campagne budgétaire. Pour 1985, il s'agit des dispositions prévues par les circulaires des 6 juillet et 26 octobre 1984 ;

- L'article 9, 2° alinéa du décret du 11 août a modifié les règles de calcul et la procédure applicables à la constitution d'une provision pour créances irrécouvrables. L'inscription au compte 685-1 doit, désormais, être approuvée par l'autorité de tutelle après avis du trésorier-payeur général et du D.D.A.S.S. Elle ne peut excéder la moyenne des créances admises en non-valeur au cours des trois dernières années connues. La même procédure s'appliquera à la détermination du montant de la dotation à la réserve de trésorerie et selon les modalités qui ont été précisées par la circulaire budgétaire 1985 précitée. S'agissant de la provision pour travaux, les règles antérieures de calcul étant abrogées, elle est désormais exclusivement destinée à étaler dans le temps les charges imputables, pour des travaux d'entretien importants, à la section de fonctionnement ;

- L'article 11 du décret a imposé, dès 1984, la création de budgets annexes pour les activités médico-sociales ainsi que pour les services de long séjour, sauf, dans ce dernier cas, dérogation accordée dans les conditions précisées au paragraphe 1141 de la présente circulaire. Une attention toute particulière doit être accordée afin de vérifier que la totalité des dépenses afférentes au fonctionnement de ces activités soit effectivement inscrite aux budgets annexes correspondants.

2122. *L'évaluation prévisionnelle des recettes autres que la dotation globale.*

La nécessité de déterminer au plus juste la part des dépenses hospitalières à la charge des organismes de sécurité sociale demande une vigilance accrue pour l'évaluation des recettes autres que la dotation globale de financement.

Une attention toute particulière devra être accordée aux prévisions de recettes qui, jusqu'à présent, n'étaient pas isolées, notamment celles relatives à la part des frais d'hospitalisation et de consultations et soins externes restant à la charge de débiteurs autres que les organismes de sécurité sociale et concernant l'ensemble des activités de l'établissement, y compris celles des services de cliniques ouvertes et de consultations et traitements dentaires.

21221. Les prestations de nature médicale financées par les organismes de sécurité sociale hors dotation globale.

Il convient tout d'abord de rappeler que le financement par les caisses de l'activité des S.M.U.R. ainsi que le forfait global annuel de soins versé au titre de l'activité des services médico-sociaux doivent normalement être retracés depuis 1984 dans des budgets annexes (aux comptes 700 des budgets annexes S.M.U.R. et services médico-sociaux).

Les autres recettes financées par les organismes de sécurité sociale à déduire du total des autorisations de dépenses pour obtenir le montant de la dotation globale sont inscrites aux comptes suivants du budget général :

- 706 Gros appareillage et prothèses ;
- 707 Interruption volontaire de grossesse (dans les conditions prévues par les articles 2 et 3 de la loi n° 82-1112 du 31 décembre 1982 et par l'arrêté du 22 février 1983).

Les prévisions correspondantes pourront être établies notamment à partir des réalisations antérieures.

21222. Les prestations de nature médicale ou assimilées non financées par les organismes de sécurité sociale.

Il s'agit :

- Des recettes inscrites au budget général provenant des consultations soins et séjours hospitaliers non prises en charge à titre obligatoire par les régimes d'assurance maladie mais supportées par d'autres débiteurs (malades,

aide sociale, État, mutuelles, sociétés d'assurances, etc.). Ces recettes, selon les cas, couvrent notamment la totalité des frais de séjour, le seul ticket modérateur ou le forfait journalier.

Sont concernés les comptes suivants :

- 7013 Forfait journalier;
- 708 Consultation externe pour la part facturée aux malades;
- 711 Produits des tarifications journalières en hospitalisation complète;
- 712 Produits des tarifications journalières en hospitalisation incomplète;
- 713 Produits des tarifications de l'hospitalisation à domicile.

● Des recettes inscrites au budget annexe « Long séjour » provenant de la facturation du tarif hébergement (compte 703).

● Des recettes provenant de la facturation aux tiers, autres que les organismes de sécurité sociale, des prestations servies aux malades hospitalisés dans un autre établissement (compte 705 du budget général).

L'évaluation des sommes à inscrire à chacun de ces comptes appelle les commentaires suivants :

Compte 7013 « Forfait journalier ».

La prévision des recettes à inscrire est établie en tenant compte, d'une part, du nombre de journées donnant lieu à facturation du forfait aux malades ou à des tiers autres que les régimes obligatoires d'assurance maladie et, d'autre part, du montant de ce forfait fixé par arrêté interministériel.

Comptes 711 (sauf 711-4 et 711-31), 712 et 713.

Les recettes à inscrire à ces comptes dépendent en premier lieu des tarifs journaliers, tels qu'ils auront été fixés en application de l'article 31 du décret du 11 août et conformément aux modalités pratiques définies ci-après (§ 22.2).

Elles reposent ensuite sur l'évaluation de la répartition des créances d'hospitalisation concernées entre les différents débiteurs.

Cette ventilation entre débiteurs pourra être appréciée notamment à partir des informations relevant de la comptabilité du comptable de l'établissement (étude, sur les comptes de classe 4 du poids respectif de la part des malades — compte 4100 —, de la part régimes obligatoires — compte 4101 — et de la part des autres débiteurs — compte 4103 —) ainsi que des résultats disponibles de l'enquête H 80 (exploitation, pour 1983, des données du bordereau 36).

Compte 7113 « Long séjour ».

Dans les cas où le long séjour est retracé dans le budget général, la prévision de recette à inscrire au compte 711-31 « Hébergement » est égale au montant des autorisations de dépenses de cette activité diminué du produit du forfait de soins pris en charge par la Sécurité sociale par le nombre de journées prévues en tenant compte, le cas échéant, du nombre de journées ne donnant lieu à aucune prise en charge de l'assurance maladie.

La même consigne devra être adoptée pour la prévision de recettes à inscrire au compte 703 du budget annexe « Long séjour », s'il a été créé.

Comptes 705 et 708.

705 Prestations aux malades hospitalisés dans un autre établissement.

708 Consultations et soins externes.

Il s'agit de la part de ces frais pris en charge par les payants (au titre du ticket modérateur ou payants à 100 % ou en application des dispositions du paragraphe 4-1 de la circulaire n° 84 H 1298 du 23 octobre 1984).

Les prévisions concernant les recettes à inscrire à ces comptes devront tenir compte de l'alignement des tarifs et des taux du ticket modérateur des consultations et soins externes sur les tarifs et les taux pratiqués dans le cadre de la médecine conventionnelle du régime général.

21223. Les recettes en atténuation traditionnelles.

Il s'agit, pour le budget général et le budget annexe « Long séjour », des recettes inscrites aux comptes suivants :

- 709 Prestations aux accompagnants;
- 72 Vente de déchets;
- 73 Subventions, participations;
- 76 Produits accessoires;
- 77 Produits financiers;
- 78 Travaux faits par l'établissement et reprises sur provisions.

Il est rappelé que les recettes à inscrire au compte 7672 « Fourniture de médicaments » ne comportent que la part laissée à la charge des payants autres que les organismes de sécurité sociale soit pour l'essentiel :

- au titre du ticket modérateur;
- pour la totalité des frais lorsqu'il s'agit de la délivrance aux malades ambulatoires par les pharmacies hospitalières de médicaments et notamment des produits et spécialités suivants :
 - l'hormone de croissance humaine, délivrée après avis de la Commission nationale de répartition,
 - nutriments nécessaires aux enfants phénylcétonuriques après accord de la commission nationale spécialisée,
 - médicaments importés après autorisation d'importation accordée par la direction de la Pharmacie et du Médicament.

L'évaluation de ces recettes doit s'opérer conformément aux règles et pratiques antérieures. Doivent également être considérées comme recettes en atténuation les majorations applicables à l'hospitalisation en régime particulier (art. 33 du décret du 11 août et à inscrire au compte 7114.

21224. Les produits de classe 8.

Il s'agit des comptes :

873 Produits imputables aux exercices antérieurs;

875 Produits exceptionnels.

Leur évaluation doit s'opérer conformément aux règles et pratiques antérieures.

ANNEXE I

relative à l'élaboration des tableaux des emplois non médicaux et médicaux

I. PRÉCISIONS COMMUNES AUX DEUX TABLEAUX

Les tableaux rappellent pour chaque grade ou emploi les données suivantes :

Code H 80

Pour chaque grade ou emploi, il est fait référence au numéro de code figurant dans la nomenclature des personnels non médicaux publics H 80.

Emplois permanents budgétés $n - 1$

Figurent sous cette rubrique, le nombre d'emplois permanents autorisés au dernier budget approuvé (exercice précédent).

Modifications demandées ou autorisées

Trois types de modifications peuvent intervenir :

● Soit une création nette, qui se solde par un emploi complémentaire au niveau de la ligne correspondant à la nature de l'emploi visé et au niveau du total des emplois. La colonne E utilisée dans ce cas est la colonne « Créations »;

● Soit une suppression, qui se traduit par une diminution du nombre d'emplois au niveau de la ligne correspondant à la nature de l'emploi visé, et au niveau du total des emplois. La colonne E utilisée dans ce cas est la colonne « Suppression »;

● Soit une transformation, qui se traduit simultanément par une suppression sur la ligne correspondant à la nature du poste transformé (colonne —) et une création sur la ligne correspondant à la nature du nouveau poste souhaité (colonne +). Cette modification n'entraîne pas une variation du nombre total d'emplois. Dans cette hypothèse, la double colonne « Transformations » est à remplir.

Emplois permanents budgétés n

Figurent, sous cette rubrique, le nombre d'emplois permanents autorisés au budget, compte tenu des modifications autorisées pour l'année n , et des emplois budgétés au budget précédent, pour l'année $n - 1$.

Les informations décrites ci-avant sont à fournir, par grade et emploi, pour le budget général d'une part, pour chacun des budgets annexes d'autre part (un tableau à remplir par budget).

II. PRÉCISIONS SPÉCIFIQUES AU TABLEAU DES EMPLOIS NON MÉDICAUX

Les grades et emplois sont répartis suivant leur nature et le degré de qualification des agents susceptibles de les occuper de la manière suivante :

Découpage en trois groupes correspondant aux niveaux de qualification ou d'encadrement :

- groupe 1 : personnel de direction et d'encadrement;
- groupe 2 : personnel qualifié;
- groupe 3 : personnel moins qualifié.

Au sein de chaque groupe, répartition par nature :

- personnel administratif;
- personnel soignant ou éducatif;
- personnel médico-technique;
- personnel technique et ouvrier.

III. PRÉCISIONS SPÉCIFIQUES AU TABLEAU DES EMPLOIS MÉDICAUX

1° Le tableau est imprimé dans son intégralité et fourni sous la forme présentée aux établissements qui remplissent, pour les groupes et lignes concernés, les colonnes relatives au nombre d'emplois existant dans leur cas particulier.

Un C.H.R.U. aura ainsi des colonnes à remplir pour le groupe 1, au titre des personnels hospitalo-universitaires (« Mono-appartenants » relevant du décret du 8 mars 1978), pour le groupe 3, au titre du C.S.T.D. (s'il en existe un dans son établissement), pour le groupe 4.

Un centre hospitalier n'aura, lui, vraisemblablement à remplir de colonnes que pour les groupes 2 et, éventuellement, 4.

Les établissements privés participant au service public hospitalier n'ont à remplir de colonnes que pour le groupe 5.

2° Dans le groupe 1, les emplois n'ont été mentionnés qu'à partir des titres hospitaliers, le titre universitaire n'étant spécifié que lorsque le titre hospitalier est le même pour deux catégories de praticiens (exemple : assistants).

Ont été inscrits dans ce groupe tous les emplois induisant une rémunération de type C.H.U. (c'est-à-dire une double rémunération comportant une partie hospitalière et une partie universitaire) et les biologistes hors C.H.U., qui peuvent exercer en milieu universitaire et en milieu hospitalier.

3° Dans le groupe 2 figurent les emplois uniquement médicaux des établissements hospitaliers publics, à l'exception de ceux des centres de soins dentaires et des emplois spécifiques aux C.H.U.

Les emplois dits « mono-appartenants », les psychiatres sont comptabilisés sans les emplois de médecins.

4° Dans tous les groupes concernés, les psychiatres sont comptabilisés dans les emplois de médecins.

Il n'est pas besoin de rajouter à la main une rubrique spécifique pour eux.

5° Sont recensés dans le groupe 4 tous les emplois de suppléants, quel que soit le grade ou l'emploi du praticien remplacé.

Les emplois ici visés concernent les praticiens suppléants dont le recrutement peut être autorisé à titre provisoire selon les textes réglementaires, pour permettre le remplacement de praticiens en congé de maladie, les intérimaires devant être comptabilisés dans les emplois permanents budgétés.

6° Si un praticien exerce dans plusieurs établissements, son emploi est mentionné dans le tableau des emplois permanents de l'établissement qui assure sa rémunération et sa gestion administrative.

7° N'ont pas à figurer dans le tableau des emplois permanents des établissements publics les emplois de psychiatre, dont le recrutement est assuré pour ordre par ces établissements, mais dont la rémunération est intégralement prise en compte par un établissement privé.

Les emplois correspondants figureront dans le tableau des emplois des établissements privés concernés.

ANNEXE II

Dans cette annexe figurent les regroupements de discipline qu'il conviendra d'opérer afin de calculer chacun de ces trois tarifs (médecine, chirurgie, spécialité coûteuse). Dans l'éventualité où certains établissements souhaiteraient créer d'autres tarifs de prestations, ils devront impérativement respecter les sous-niveaux de regroupement prévus à cette annexe.

CONTENU DES TARIFS	DISCIPLINES DE PRESTATIONS MÉDICALES
<i>Premier tarif : Médecine</i>	
Médecine générale	Médecine générale ou médecine interne. Maladies infectieuses. Maladies infectieuses, tropicales et exotiques indifférenciées. Maladies tropicales et exotiques. Médecine gériatrique. Médecine générale et spécialités indifférenciées. Examen de santé et bilan.
Disciplines pédiatriques	Pédiatrie indifférenciée. Pédiatrie enfants et adolescents. Pédiatrie nouveaux-nés et nourrissons indifférenciée. Pédiatrie nourrissons. Néonatalogie. Cardiologie infantile. Néphrologie infantile. Carcinologie infantile. Autres spécialités pédiatriques.
Surveillance continue de nature médicale	Surveillance continue médicale. Surveillance continue en pédiatrie. Surveillance continue en cardiologie. Surveillance continue en néphrologie.
Dermatologie-vénérologie	Dermatologie-vénérologie indifférenciée. Dermatologie. Vénérologie.
Endocrinologie. Diabétologie	Endocrinologie. Diabétologie.
Nutrition. Métabolisme	Nutrition-Métabolisme indifférenciés. Endocrinologie. Nutrition métabolisme. Diabétologie.
Hépto-gastro-entérologie	Hépto-gastro-entérologie. Hépatologie. Gastro-entérologie.

CONTENU DES TARIFS	DISCIPLINES DE PRESTATIONS MÉDICALES
Hématologie	Hématologie et maladies du sang.
Cardiologie	Médecine cardio-vasculaire.
Neurologie	Neurologie.
Pneumo-ptisiologie	Pneumologie indifférenciée.
	Pneumologie non tuberculeuse.
	Phtisiologie.
Rhumatologie	Rhumatologie.
Radiothérapie et médecine nucléaire	Radiothérapie et médecine nucléaire indifférenciées.
	Radiothérapie.
	Médecine nucléaire.
	Radiothérapie externe (césium, cobalt).
	Curiothérapie.
	Neutronthérapie.
	Radiothérapie métabolique (ingestion de source).
Néphrologie	Néphrologie.
Maternité gynécologie médicale	Obstétrique.
	Obstétrique sans possibilité chirurgicale.
	Gynécologie.
	Gynécologie-obstétrique indifférenciées.
Psychiatrie (hospitalisation complète)	Psychiatrie adultes.
	Psychiatrie infanto-juvénile.
	Gérontopsychiatrie.
Lutte contre les toxicomanies	Lutte contre l'alcoolisme.
	Lutte contre les toxicomanies (autre que l'alcoolisme).
<i>Deuxième tarif : Chirurgie</i>	
Chirurgie générale	Chirurgie générale. Chirurgie générale et spécialités chirurgicales indifférenciées.
Chirurgie infantile	Chirurgie infantile indifférenciée. Chirurgie enfants et adolescents. Chirurgie nouveaux-nés et nourrissons.
Surveillance continue de nature chirurgicale ...	Surveillance continue chirurgicale. Surveillance continue urologie.
Chirurgie digestive	Chirurgie digestive.
Chirurgie cardio-vasculaire	Chirurgie vasculaire. Chirurgie cardio-vasculaire. Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire indifférenciées.

CONTENU DES TARIFS	DISCIPLINES DE PRESTATIONS MÉDICALES
Chirurgie thoracique	Chirurgie thoraco-pulmonaire.
Traumatologie, orthopédie, chirurgie plastique et réparatrice.	Orthopédie. Traumatologie et chirurgie plastique et réparatrice indifférenciées.
	Orthopédie. Traumatologie.
	Chirurgie plastique et réparatrice.
	Orthopédie plastique et réparatrice.
	Traumatologie.
Urologie	Urologie.
O.R.L.-OPH. Stomatologie	O.R.L.-OPH Stomatologie indifférenciées.
	O.R.L.-OPH indifférenciées.
	O.R.L.
	OPH.
	Stomatologie.
	Chirurgie maxillo-faciale.
	O.R.L. Stomatologie indifférenciées.
Neurochirurgie	Neurochirurgie.
Chirurgie gynéco-obstétrique	Gynécologie chirurgicale.
-	Lutte contre la stérilité.
<i>Troisième tarif : Spécialités coûteuses</i>	
Réanimation et soins intensifs	Réanimations polyvalentes.
	Réanimation médicale.
	Réanimation néonatale.
	Réanimation pédiatrique.
	Réanimation en cardiologie.
	Réanimation néonatale et pédiatrique indifférenciées.
	Réanimation chirurgicale indifférenciée.
	Réanimation chirurgicale infantile.
	Réanimation chirurgicale adulte.
Radiothérapie et médecine nucléaire hautement spécialisée.	Soins hautement spécialisés en médecine.
Traitement des grands brûlés	
Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique hautement spécialisée.	
Neurochirurgie hautement spécialisée	
Transplantation rénale	
Immunologie hautement spécialisée	
Pose et fourniture de stimulateur cardiaque * ..	
Pédiatrie hautement spécialisée	

* Stimulateurs non inscrits au tarif interministériel des prestations sanitaires.

ANNEXE III

LISTE DES CODES TARIFAIRES

- 00 Permission.
- 10 Services spécialisés ou non.
- 11 Médecine (regroupement, cf. annexe II).
- 12 Chirurgie (regroupement, cf. annexe II).
- 20 Services de spécialités coûteuses (regroupement, cf. annexe II).
- 30 Services de moyen séjour (cas général).
- 31 Rééducation fonctionnelle. Réadaptation.
- 32 Convalescence, régime, repos.
- 40 Services de long séjour.
- 50 Hospitalisation de jour (cas général).
- 51 Hospitalisation de jour (traitement onéreux).
- 52 Dialyse-hémodialyse.
- 53 Chimiothérapie.
- 54 Hôpital de jour psychiatrie adultes.
- 55 Hôpital de jour psychiatrie enfants.
- 56 Hôpital de jour rééducation.
- 60 Hospitalisation de nuit.
- 70 Hospitalisation à domicile.

La dotation globale de financement qui devra être arrêtée en même temps que le budget et les tarifs de prestations sera donc égale à la différence entre les autorisations de dépenses déterminées et les recettes évaluées.

213. LE VERSEMENT DE LA DOTATION GLOBALE.

Il convient à ce sujet de rappeler que les conditions de mise en œuvre des articles 40 et 58 du décret du 11 août ont fait l'objet d'une circulaire n° 83-32 du 25 novembre 1983.

Les principes généraux à retenir sont les suivants :

- Le versement mensuel de la dotation globale par la caisse pivot s'effectue en deux temps :
 - versement de 60 % du douzième le 21 du mois si ce jour est ouvré ou, à défaut, le premier jour ouvré suivant cette date,
 - versement du solde l'antépénultième jour ouvré du mois;
- Les versements mensuels sont éventuellement diminués du montant des paiements effectués par les organismes d'assurance maladie, relatifs à des soins et séjours antérieurs au 1^{er} janvier de l'exercice auquel ils se rapportent.

2131. Dispositions applicables la première année de la mise en place de la dotation globale.

Au cours des premiers mois de l'année 1985, outre les factures se rapportant à des prestations exclues du champ de la dotation globale, les organismes d'assurance maladie continueront à recevoir des factures se rapportant à des soins et frais de séjours antérieurs au 1^{er} janvier 1985.

Il convient à cet égard de préciser que lorsque le séjour d'un malade se prolonge au-delà du 31 décembre 1984, la facturation des prestations entre dans le champ de la dotation globale à compter de cette date.

Dans tous les cas, ces factures doivent être honorées dans les meilleurs délais.

Pour tenir compte des paiements effectués par les organismes d'assurance maladie à compter du 1^{er} janvier 1985 et portant sur des soins et séjours antérieurs à cette date, l'article 58 du décret du 11 août 1983 prévoit que les règlements correspondants viennent en déduction des douzièmes. Sont toutefois exclus des règlements à déduire les paiements qui, bien que se rapportant à des frais exposés avant le 1^{er} janvier 1985, visent des activités exclues de la dotation globale en 1985 et dont la liste est fixée par l'article 62 du même décret.

Le montant des paiements effectués au cours d'un mois par l'ensemble des organismes d'assurance maladie à chacun des établissements hospitaliers et venant en déduction des douzièmes ne pouvant être connu avec exactitude lors du versement de chaque douzième, la caisse pivot déduit, dans les conditions fixées ci-dessous, une somme prévisionnelle, la régularisation intervenant *a posteriori*.

Par ailleurs, la substitution aux paiements sur factures de versements mensuels représentant le douzième de la dotation globale annuelle rendra sans objet en 1985 le système des acomptes consentis actuellement par les caisses primaires d'assurance maladie à certains établissements.

Dans l'hypothèse où les acomptes consentis n'auraient pas été apurés à la fin de l'année 1984, ils se transformeront en avances à rembourser en fonction de la situation de trésorerie des établissements concernés. Ils vous appartiendra de fixer un calendrier de récupération de ces avances au vu de la situation prévisionnelle de trésorerie de ces établissements.

Les montants prévisionnels à déduire des douzièmes sont déterminés après accord entre l'établissement hospitalier et la caisse pivot chargée du versement de la dotation globale.

Le directeur de l'établissement hospitalier et le directeur de la caisse pivot estiment conjointement, pour chacun des mois de janvier à juin 1985 le montant prévisionnel des sommes à déduire de la dotation globale à partir notamment :

- des recouvrements encaissés par l'établissement au cours des douze derniers mois connus;
- de l'échéancier prévisionnel d'émission des titres de recettes à compter du 1^{er} janvier 1985 et se rapportant à des soins et séjours antérieurs à cette date entrant dans le champ de la dotation globale. Cet échéancier pourra s'appuyer sur les systèmes existants du suivi trimestriel et mensuel d'activité et de facturation;
- des paiements effectués à l'établissement au cours des douze derniers mois connus par la Caisse primaire d'assurance maladie, la Caisse de mutualité sociale agricole et les organismes conventionnés avec la Caisse mutuelle dans le ressort desquelles est situé l'établissement hospitalier. Les directeurs et les agents comptables de ces caisses prêtent leurs concours au directeur et à l'agent comptable de la caisse pivot.

Les montants prévisionnels sont définitivement arrêtés par le commissaire de la République au plus tard le 31 décembre 1984.

En cas de désaccord entre l'établissement et la caisse pivot sur les montants à déduire, le dossier est examiné par un groupe de travail présidé par le commissaire de la République et comprenant :

- le directeur départemental des Affaires sanitaires et sociales exerçant la tutelle sur l'établissement;
- le directeur de l'établissement;
- le trésorier-payeur général dont relève le comptable de l'établissement;
- le directeur de la caisse pivot chargé du versement de la dotation globale;
- l'agent comptable de la caisse pivot.

Après avis du groupe de travail, les montants prévisionnels sont définitivement arrêtés par le commissaire de la République dans les délais rappelés ci-dessus.

Les montants prévisionnels à déduire des douzièmes sont imputés par la caisse pivot :

- en priorité, sur la deuxième fraction du douzième versée dans les derniers jours du mois;
- pour le surplus, sur la première fraction du douzième du même mois.

Dans le cas où le montant prévisionnel à déduire est supérieur au douzième, aucun versement n'est effectué au titre de la dotation globale par la caisse pivot et la différence vient en déduction du douzième suivant.

2132. Régularisation *a posteriori*.

Depuis le 1^{er} janvier 1984 les créances des hôpitaux à l'encontre des régimes obligatoires de sécurité sociale font l'objet d'un suivi particulier à des comptes de classe identifiant les principaux régimes.

La régularisation à intervenir, lorsqu'auront été exactement arrêtés les recouvrements d'une période, sera donc fonction des mouvements enregistrés au cours de cette même période au crédit des comptes de classe 4 concernés.

A cet effet, le directeur de l'hôpital adressera à la caisse pivot un état établi conjointement avec le comptable dans la première semaine du mois d'avril 1985 indiquant les sommes inscrites au crédit des comptes 411-10, 411-11, 411-12 et 411-13 qui auront été ouverts à compter du 1^{er} janvier 1985 à l'effet d'enregistrer les recouvrements sur exercice précédent à l'encontre des régimes obligatoires d'assurance maladie.

La régularisation de l'écart constaté entre le total des montants prévisionnels déduit des douzièmes au cours du premier trimestre et les sommes inscrites au crédit de ces comptes, au 30 mars, s'effectuera sur le montant du douzième de dotation globale du mois d'avril.

Les mêmes principes seront retenus pour les périodes suivantes :

- régularisation en juillet pour le second trimestre;
- régularisation en octobre pour le troisième trimestre.

2133. *Dispositions applicables à partir de la seconde année de la mise en place de la dotation globale.*

En 1985, ces dispositions ne seront applicables qu'aux centres hospitaliers régionaux.

Les déductions à effectuer en 1985 sur les versements reçus au titre de la dotation globale de ce même exercice, en application des dispositions du premier alinéa de l'article 58 du décret du 11 août 1983 s'effectueront dans les mêmes conditions que l'an passé.

Les restes à payer au titre de la dotation globale de l'exercice précédent seront soldés conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article 58 du décret précité par déduction sur les versements mensuels opérés au titre de la dotation globale de l'année qui suit.

Les receveurs des centres hospitaliers régionaux devront imputer les versements reçus de la caisse pivot en 1985 au titre de la dotation globale, par priorité en l'acquit des sommes restant à recouvrer sur la dotation globale de l'exercice 1984.

Il conviendra d'aviser l'ordonnateur de l'hôpital des imputations ainsi effectuées.

Toute écriture comptable relative à l'exercice 1985 effectuée après la clôture de cet exercice sera retracée au compte 411-14 « Dotation globale » au titre de l'exercice précédent qui sera créé à l'occasion de l'actualisation de la nomenclature prévue au paragraphe III.

En 1985, le montant de la fraction de dotation globale non versé au titre du premier exercice sera égal au montant de l'inscription budgétaire autorisée au compte 710 du dernier budget approuvé (1984 budget général) diminué du crédit du compte 410-14 après versement du douzième du mois de décembre. L'ordonnateur devra s'assurer que le compte 410-14 a été débité d'un montant égal à l'inscription prévisionnelle du compte 710 du dernier budget approuvé.

A partir de 1986, ces dispositions seront applicables par tous les établissements soumis à la dotation globale et les régularisations s'effectueront dans les mêmes conditions sur le budget général et sur le budget annexe « Long séjour ».

22. La tarification des prestations.

L'article 11 de la loi du 19 janvier 1983 a prévu qu'une tarification des prestations servirait de base :

- à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie;
- au calcul de la participation laissée à la charge des assurés dans le cas où le régime d'assurance maladie dont ils relèvent comporte une disposition de cet ordre;
- à l'exercice des recours contre tiers.

Il est rappelé qu'en application des dispositions de l'article 54 du décret du 11 août 1983 les journées pour lesquelles les malades ont obtenu une permission de sortie, accordée au titre de l'article 54 du décret n° 74-27 du 14 janvier 1974, ne donnent pas lieu à facturation des frais d'hospitalisation.

A cet effet, il est précisé qu'il faut entendre par permission de sortie toute autorisation d'absence supérieure à douze heures consécutives dans le cadre d'une journée d'hospitalisation.

Le décret du 11 août 1983 a fixé les règles concernant tant le nombre de tarifs journaliers que leur mode de calcul.

22.1. LE NOMBRE DE TARIFS JOURNALIERS.

L'article 31 du décret est ainsi rédigé :

Les tarifs journaliers institués à l'article 11 de la loi du 19 janvier 1983 sont fixés pour :

- a. L'hospitalisation complète en régime commun, au moins pour chacune des catégories suivantes :
 - services spécialisés ou non,
 - services de spécialités coûteuses,
 - services de moyen séjour,
 - services de long séjour;
- b. L'hospitalisation de jour;
- c. L'hospitalisation de nuit;
- d. L'hospitalisation à domicile.

Les établissements hospitaliers ont donc l'obligation de calculer au moins quatre tarifs pour l'hospitalisation complète en régime commun, ainsi qu'un tarif respectivement pour l'hôpital de jour, l'hôpital de nuit et l'hospitalisation à domicile.

Le texte laisse toutefois ouverte la faculté d'avoir un nombre de tarifs plus élevé en ce qui concerne l'hospitalisation complète en régime commun.

Cette faculté ne doit pas être interprétée comme ouvrant la possibilité de reconduire, en les aménageant à peine, les découpages tarifaires existant avant la réforme.

Pour les C.H.R., les services de court séjour doivent faire l'objet de trois tarifs d'hospitalisation complète, soit deux pour ce qui concerne les services spécialisés ou non, un de médecine, un de chirurgie et un pour ce qui concerne les spécialités coûteuses.

Cette règle peut s'appliquer aux autres catégories d'établissements s'ils le souhaitent.

Vous trouverez en annexe II les regroupements de disciplines qu'il conviendra d'opérer afin de calculer chacun de ces trois tarifs. Dans l'éventualité où certains établissements souhaiteraient créer d'autres tarifs de prestations, ils devront impérativement respecter les sous-niveaux de regroupement prévus à cette annexe.

La circulaire n° 84-H1298 du 23 octobre 1984 a prévu pour chacun de ces tarifs une codification qui devra être obligatoirement utilisée dans le cadre de la procédure de prise en charge. Ces codes tarifaires, dont la liste figure en annexe III, devront figurer sur l'arrêté préfectoral fixant les tarifs journaliers.

Ces codes tarifaires, dont la liste figure en annexe III, s'imposent aux établissements, que ce soit :

- pour les tarifs existants à titre réglementaire (code regroupement 10, 20, 30...);
- pour les tarifs dont la création est laissée à l'initiative des établissements (code de ventilation 11, 12, 31, 32...).

22.2. LE MODE DE CALCUL DES TARIFS JOURNALIERS.

Les tarifs journaliers seront calculés par addition des éléments suivants :

- Les charges directes (à l'exclusion des charges des consommations d'actes, de biens et de services médicaux) des services relevant d'une même catégorie tarifaire. Par charge directe il faut entendre les charges que l'on peut inscrire dans une section donnant lieu à l'établissement d'un tarif sans affectation préalable dans une autre section;

- Les charges de consommations d'actes, de biens et de services médicaux sur la base de leur prix d'achat si ce prix existe, et à défaut de leur prix de revient;

- Les autres charges du budget général sont réparties en fonction du nombre de journées se rapportant à chaque tarif calculé.

S'agissant du nombre de journées à prendre en considération, la référence aux derniers exercices, si elle constitue toujours une indication à prendre en compte, n'a plus à faire l'objet d'une application mécanique. Les établissements indiqueront donc, à l'appui de leurs propositions, les méthodes de calcul du nombre de journées prévisionnel qu'ils auront utilisées.

Le montant des dépenses à couvrir par les tarifs journaliers est déterminé à partir du montant des autorisations de dépenses (classes 6 et 8) diminué du montant des recettes inscrites aux comptes 7013, 705, 706, 707, 708, 709, 7114, 72 à 78 et produits de la classe 8, ce montant doit, en outre, être augmenté ou diminué du déficit ou de l'excédent incorporé.

Pour ce qui concerne plus particulièrement le tarif long séjour, il convient de rappeler :

- qu'il est, dans son intégralité, opposable aux tiers au même titre qu'un autre tarif de prestations, lorsqu'il n'y a aucune prise en charge par l'assurance maladie;

- qu'il n'est opposable aux tiers que pour sa partie « Tarif hébergement » lorsqu'il y a prise en charge par l'assurance maladie, ce « Tarif hébergement » correspondant à la différence entre le tarif long séjour et le montant du forfait soin.

L'année 1985 consacrera la deuxième étape de la mise en place de la réforme de la gestion et du mode de financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier, par la généralisation à l'ensemble de ces établissements du mode de financement par la dotation globale ainsi que du découpage progressif en centres de responsabilité qui devra être terminé pour le début de la campagne budgétaire 1986.

Toutefois, cette réforme ne sera véritablement achevée que par la mise en place d'une nouvelle comptabilité analytique dont la définition et les modalités d'application feront l'objet d'une prochaine circulaire.

Le ministre des Affaires sociales et de la Solidarité nationale,

Le directeur de la Sécurité sociale,

F. MERCEREAU.

Le directeur des Hôpitaux,

J. DE KERVASOUE.

Le ministre de l'Économie, des Finances et du Budget,

Le directeur du Budget,

B. DE GALLE.

à l'Instruction n° 85-6-M2
du 21 janvier 1985

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE

—————
SECRETARIAT D'ÉTAT CHARGÉ DE LA SANTÉ

—————
Direction des Hôpitaux

—————
Bureau 9 B2
—————

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

—————
CIRCULAIRE N° 00748 DU 5 DÉCEMBRE 1984
—————

LE MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE,

*à Mesdames et Messieurs les préfets, commissaires de la République de région et de département,
Directions régionales et départementales des Affaires sanitaires et sociales.*

OBJET : Préparation des budgets primitifs 1985.

Modification des tarifs et des taux de ticket modérateur des consultations et soins externes.

Dans quelques jours seront publiés au *Journal officiel* les textes relatifs à l'alignement des tarifs et des taux des frais des consultations et soins externes restant à la charge des assurés sur les tarifs et les taux pratiqués dans le cadre de la médecine conventionnelle du régime général.

Ces dispositions seront applicables dès le 1^{er} janvier 1985.

Il convient dès maintenant de prendre en compte ces nouvelles dispositions pour arrêter les budgets primitifs 1985 des établissements hospitaliers publics et privés participant au service public hospitalier, et notamment d'en tirer les conséquences sur le calcul du montant de la dotation globale de financement.

J'insiste sur le fait que l'alignement des tarifs et des taux du ticket modérateur sur ceux pratiqués par la médecine libérale dans le cadre du régime général entraînera une augmentation du montant des recettes en atténuation à prendre en compte pour déterminer la part des dépenses d'exploitation restant à la charge des régimes d'assurance maladie.

Parallèlement, il conviendra d'ajuster le montant des prévisions de dépenses à inscrire au compte 636, dont la progression sera nécessairement supérieure au taux directeur fixé par ma circulaire du 26 octobre 1984, pour la part payée au tarif de consultation externe hospitalière.

Il vous appartiendra en conséquence de prévoir l'ajustement de ce compte dont les crédits pourront, à titre dérogatoire et compte tenu du caractère exceptionnel de l'évolution constatée, être accordés dans la limite de cet ajustement hors taux directeur.

A toutes fins utiles, vous trouverez en annexe la valeur des lettres-clés au 1^{er} janvier 1985.

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur des Hôpitaux,
Jean DE KERVASDOUE.

ANNEXE

Valeur des lettres-clés

TARIFS D'HONORAIRES	VALEUR au 1 ^{er} janvier 1985 (en francs)
I. Médecins.	
C (consultation omnipraticien)	70
Cs (consultation spécialiste)	103
Cn psy (consultation neuro-psychiatre)	165
<i>Majorations :</i>	
Cd (consultation dimanche)	105
Cn (consultation nuit)	142
K (actes chirurgie et spécialités)	11,65
KC	12
Z (actes avec radiations ionisantes) :	
— électroradiologistes, gastro-entérologues	9,40
— rhumatologues, pneumo-physiologues	8,60
— autres spécialités omnipraticien	7,40
II. Chirurgiens-dentistes.	
C (consultation)	70
<i>Majorations :</i>	
Cd (consultation dimanche)	105
Cn (consultation nuit)	142
D	11,65
Dc	12
Scp (soins conservateurs et prothèse)	12,80
Z (acte avec radiations ionisantes)	7,40
III. Auxiliaires médicaux.	
AMI (infirmiers, infirmières)	12,70
AMM (masseurs kinésithérapeutes)	10,45
AMP (pédicures)	4,15
AMO (orthophonistes)	12
AMY (orthoptistes)	12,15
<i>Majoration supplémentaire dimanche :</i>	
— infirmiers, infirmières	45
— masseurs kinésithérapeutes	32
— pédicures	4
<i>Majoration supplémentaire nuit :</i>	
— infirmiers, infirmières	50
— masseurs kinésithérapeutes	32
— pédicures	5

Majorations

Les majorations pour samedi-dimanche et dérangement de nuit obéissent aux règles suivantes :

- Majoration forfaitaire (cf. tableau ci-dessus) pour les actes inférieurs à 15;
- Pour les actes d'un coefficient égal ou supérieur à 15 :

— actes de nuit :

Pour les actes en K, KC, Z, D d'un coefficient égal ou supérieur à 15, la majoration est égale à 10 % du coefficient de l'acte, sans pouvoir dépasser quinze fois la valeur de la lettre-clé, ni être inférieure à la valeur de la majoration forfaitaire prévue,

— actes du dimanche et des jours fériés légaux :

Pour les actes en K, KC, Z, D d'un coefficient égal ou supérieur à 15, la majoration est égale à 15 % du coefficient de l'acte, sans pouvoir dépasser huit fois la valeur de la lettre-clé, ni être inférieure à la valeur de la majoration forfaitaire.

Les actes effectués par les auxiliaires médicaux se voient appliquer les majorations forfaitaires figurant dans le tableau ci-dessus.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE

—————
DIRECTION DES HÔPITAUX
—————

DH/9 B/CD/EM/N° 286
—————

LE MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE,

*à Monsieur le ministre de l'Économie, des Finances et du Budget,
Direction de la Comptabilité publique,
Bureau D3,
93, rue de Rivoli,
75056 Paris R.P.*

OBJET : Émission de titres de recettes sous forme anonyme.

Par correspondance n° 32919 du 16 mars 1984, vous avez bien voulu appeler mon attention sur les problèmes suscités par l'émission de titres de recettes sous la forme « anonyme ».

J'ai l'honneur de vous faire connaître que je partage votre analyse de la circulaire n° 4705 du 23 février 1983, prise en application de la loi n° 82-1172 du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse, dont les dispositions en matière de facturation ne visent que le respect du secret sur l'objet du séjour.

Je prends toutes dispositions utiles pour préciser aux ordonnateurs le sens qu'il convient de donner aux dispositions du dernier alinéa de ladite circulaire et leur demander de mettre fin à l'émission de titres de recettes sous la forme anonyme à l'occasion du recouvrement des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse.

Pour le ministre et par délégation :

Pour le directeur des Hôpitaux et par délégation :

Le chef de service,

B. SCHMIEDT.