

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

26/06/79

Origine :

CNAMTS

MM les Présidents des Conseils d'Administration
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

MM les Présidents des Conseils d'Administration
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

MM les Présidents des Conseils d'Administration
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

Réf. :

CNAMTS n° 364/79

Plan de classement :

24

Objet :

Application de la circulaire interministérielle n° 947 du 29 Mars 1979 relative au contrôle de l'exécution des budgets et de l'activité des établissements d'hospitalisation de soins et de cure.

Les représentants des Caisses d'Assurance Maladie sont avisés des nouvelles dispositions ministérielles relatives au contrôle accru de l'exécution des budgets des établissements, en vue d'en prévenir les déficits et les révisions tarifaires, ainsi qu'à l'amorce d'une nouvelle procédure budgétaire.

- 1) Le contrôle de l'exécution des budgets
- 2) L'amorce d'une nouvelle procédure budgétaire

Pièces jointes :

Liens :

Mod.circ CNAMTS 286/79

Date d'effet :

IMMEDIATE

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

26/06/79 MM les Présidents des Conseils d'Administration
de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie
(pour attribution)

Origine : MM les Présidents des Conseils d'Administration
CNAMTS des Caisses Générales de Sécurité Sociale
(pour attribution)

MM les Présidents des Conseils d'Administration
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
(pour attribution)

N/Réf. : CNAMTS N° 364/79

Objet : APPLICATION DE LA CIRCULAIRE INTERMINISTE-
RIELLE N° 947 DU 29 MARS 1979 relative au contrôle de
l'exécution des budgets et de l'activité des établissements
d'hospitalisation, de soins et de cure.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous communiquer, sous ce pli, la circulaire interministérielle n° 947 du 29 Mars 1979 relative au contrôle de l'exécution des budgets et de l'activité des établissements d'hospitalisation, de soins et de cure.

En effet, les autorités ministérielles se sont aperçues que malgré les mesures tendant à imposer plus de rigueur dans la gestion hospitalière publique, la formation des coûts et le montant des dépenses sont restés incontrôlés. L'étude des comptes administratifs hospitaliers fait nettement ressortir que leur montant s'écarte des prévisions du budget primitif.

Il apparaissait donc particulièrement nécessaire d'insister sur le contrôle de l'exécution du budget. C'est l'objet de la circulaire interministérielle ci-jointe dont les dispositions apparaissent très importantes.

Abstraction faite de la création d'une Mission d'Assistance Technique dont le rôle sera d'intervenir sur place, les instructions ministérielles d'une part instituent un contrôle de l'exécution du budget hospitalier, d'autre part annoncent l'amorce de nouvelles procédures budgétaires.

I - LE CONTRÔLE DE L'EXECUTION DES BUDGETS

Il s'agit d'assurer la conformité du budget exécuté au budget approuvé en début d'année. Cette conformité est fort loin d'être assurée à l'heure actuelle. Des distorsions importantes se produisent entre le budget primitif et le compte administratif.

Les mesures proposées sont de trois ordres :

- . Assurer un suivi budgétaire,
- . Assurer un contrôle de l'engagement des dépenses,
- . Respecter les budgets primitifs approuvés.

A) ASSURER UN SUIVI BUDGETAIRE

Divers moyens sont mis en place pour assurer ce suivi :

1°) Le renforcement des procédures de contrôle existantes

Le contrôle budgétaire qui avait été prévu par la circulaire interministérielle n° 761 bis du 22 mars 1977, dont les dispositions sont abrogées par la circulaire n° 947, est considérablement renforcé. Il se situe désormais à un double niveau :

a) Au niveau de l'établissement

- . Les états mensuels

Le Directeur doit établir au début de chaque mois et au titre du mois précédent divers états mensuels conformes aux modèles annexés à la circulaire :

- un état mensuel des dépenses engagées qui doit permettre à la fin de chaque mois le point de l'exécution du budget,
- un état mensuel de la situation de trésorerie tant en ce qui concerne les opérations relatives à l'investissement que celles relatives à l'exploitation,

- un état mensuel de l'activité.

Tous commentaires ou observations nécessaires doivent éventuellement accompagner ces documents. Le Directeur doit en outre proposer des solutions pour redresser la situation lorsqu'elle s'avère difficile et, si celles-ci sont acceptées par le Conseil d'Administration, préciser l'efficacité de leur application par la suite.

Ces états doivent être adressés au Président du Conseil d'Administration ou, s'il en existe une, à la Commission des Finances de ce Conseil dont la composition est désormais en partie fixée par la circulaire en ce qui concerne la participation des personnels tant administratifs que médicaux de l'hôpital, celle d'un représentant des organismes de Sécurité Sociale ainsi que celle du Président du Conseil d'Administration.

A défaut de Commission des Finances, une réunion doit être organisée entre les membres faisant obligatoirement partie de celle-ci lorsqu'il en existe une.

Les délibérations de la Commission des Finances ou de son succédané doivent faire l'objet d'un rapport au Conseil d'Administration afin de lui permettre d'en discuter conformément au droit commun.

Les représentants de l'Assurance Maladie étant appelés à se prononcer au niveau des Conseils d'Administration, et notamment des Commissions des Finances, il leur appartient de tout mettre en oeuvre pour que dans la pratique les mesures arrêtées par le Conseil d'Administration ayant pour objet d'adapter la consommation des crédits aux prévisions budgétaires soient effectivement appliquées.

. L'état particulier des dépenses médicales et pharmaceutiques

Cet état doit être établi mensuellement au regard des prévisions budgétaires et, si possible, par service. Il doit être transmis aux médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes, chefs de services afin de leur permettre de réfléchir sur les méthodes de diagnostic et de traitement les moins coûteuses, à efficacité égale et dans la limite des crédits inscrits au budget.

Parallèlement, la Commission Médicale Consultative doit effectivement être saisie chaque fois qu'une question se pose à ce sujet et formule des avis.

. Information du Comité Technique Paritaire

Celui-ci doit être tenu informé par le Directeur à chacune de ses réunions de l'évolution de la situation, tant financière que médicale, de l'établissement.

b) Au niveau départemental

. Ventilation prévisionnelle des crédits

Le Directeur de l'établissement doit établir en début d'année un tableau prévisionnel de ventilation des crédits par compte et par mois. Ce tableau doit être adressé à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales en même temps que l'état mensuel des dépenses engagées correspondant au premier mois de l'année donnant lieu à un suivi comptable et toute modification en cours d'exercice devra être immédiatement portée à la connaissance de cette direction.

. Le suivi mensuel

Les états mensuels établis par le Directeur de l'hôpital doivent être adressés le 10 de chaque mois au Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales qui doit les étudier et tout mettre en oeuvre pour redresser la situation si un écart trop important est constaté entre les prévisions et les réalisations tant des recettes que des dépenses.

A cette fin, il peut convoquer la Commission Départementale Consultative créée par la circulaire du 26 Octobre 1973 ou à défaut une formation restreinte de cette Commission qui doit, dans ce dernier cas, comprendre au moins un représentant des organismes de Sécurité Sociale ainsi que des représentants des Ministères du Budget et de l'Economie.

Le cas échéant, l'intervention de la Mission d'Assistance Technique instituée auprès du Ministère de la santé et de la Famille pourra être requise.

Enfin, le recours à la mission d'enquête prévue par l'article 17 du décret n° 59.1510 du 29 décembre 1959 relatif aux dispositions financières et comptables à adopter à l'égard des hôpitaux publics tel qu'il l'avait déjà été prévu par la circulaire n° 1952 bis du 15 septembre 1978 relative à la campagne budgétaire 1979 est confirmé.

. Le suivi trimestriel

Le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales doit établir une synthèse trimestrielle des rapports qui lui sont transmis et la présenter à la Commission Départementale Consultative.

Par ailleurs, allant au-delà de la circulaire n° 1952 bis, la circulaire n° 947 prévoit qu'outre l'examen trimestriel par cette Commission des états

mensuels produits par les cinq établissements les plus importants, il doit être procédé à un rapport particulier pour tous les établissements dont la situation apparaît mauvaise au vu de leurs états mensuels.

Enfin, le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales doit réunir trimestriellement les Directeurs des établissements du département pour les informer de l'évolution des dépenses hospitalières compte tenu de l'enveloppe budgétaire départementale arrêtée en cours d'exercice.

2°) L'examen particulier des comptes administratifs

Cet examen est prévu pour les comptes administratifs 1978 afin d'en tirer les enseignements nécessaires pour permettre un suivi et un contrôle rigoureux de la gestion en 1979. Bien que la circulaire ne prévoit cet examen que pour 1978, il est souhaitable que cette mesure soit reconduite car cet examen ne saurait en aucun cas ne constituer qu'une opération ponctuelle compte tenu de l'importance d'une telle étude sur la gestion des exercices ultérieurs.

B) ASSURER UN CONTRÔLE DE L'ENGAGEMENT DES DEPENSES

Des dispositions sont prises à cet égard d'une manière générale en ce qui concerne la comptabilité des dépenses engagées, d'investissement comme d'exploitation.

Par ailleurs, des mesures particulières sont prises pour les dépenses de personnel.

1°) La comptabilité des dépenses engagées

Allant au-delà de l'instruction M.21 qui avait rendu obligatoire la tenue d'une comptabilité des dépenses engagées pour certains comptes, les nouvelles instructions prévoient que celle-ci sera désormais appliquée à l'ensemble des dépenses hospitalières (d'investissement et d'exploitation) ce qui doit permettre aux gestionnaires de connaître, au moment de leur décision, le montant des crédits disponibles.

En effet, dans l'ancien système, l'imputation ne se faisant qu'au moment du mandatement de la dépense, le décalage entre l'engagement et le mandatement de la dépense, le décalage entre l'engagement et le mandatement de la dépense qui en résultait était fortement préjudiciable à la saine gestion de l'établissement dans la mesure où celui-ci ne permettait pas de se rendre compte de la réalité budgétaire. L'adoption de cette nouvelle disposition doit fortement aider la prise de décisions propres à freiner la progression des dépenses hospitalières et à délimiter clairement la responsabilité des gestionnaires des établissements.

Désormais, la consommation des crédits budgétaires doit donc respecter un calendrier fixé impérativement par la circulaire sauf commandes

exceptionnellement urgentes (et encore celles-ci doivent-elles être régularisées dans un délai maximum de 2 jours ouvrables).

Cette comptabilité des dépenses engagées doit être mise en place dès 1979, les dépenses antérieures à la circulaire devant faire l'objet d'un engagement de régularisation. Elle doit être suivie sur des feuillets budgétaires conformes aux modèles annexés à la circulaire et ce, au minimum pour tous les comptes divisionnaires à trois chiffres.

Cette comptabilité doit être retracées dans l'état mensuel des dépenses engagées que le Directeur de l'établissement est tenu de transmettre au Président du Conseil d'Administration ou à la Commission des Finances. Il faut cependant noter que si l'engagement des dépenses doit en principe être mensuel, des dispositions particulières sont prises pour les crédits dont le rythme de consommation est annuel (amortissements, intérêts des emprunts, provisions pour créances irrécouvrables, etc...).

2°) Le suivi des effectifs de personnel

La circulaire prévoit la mise en place d'un véritable contrôle de l'engagement des dépenses de personnel dans la mesure où elle abandonne la notion d'effectif théorique pour ne plus retenir que la notion d'effectif budgétaire.

C'est ainsi que dans cette optique, des tableaux du suivi des effectifs des personnels médical et non médical, conformes à ceux annexés à la circulaire, doivent être remplis au début de chaque mois pour la période précédente et transmis au Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales et au Comptable de l'établissement, à charge pour ceux-ci de signaler au Directeur les anomalies constatées.

Cette disposition relative à la création d'un état limitatif des effectifs devrait permettre de régulariser très sensiblement la progression des effectifs, celle-ci se produisant parfois, jusqu'à maintenant, hors budget.

C) RESPECTER LES BUDGETS PRIMITIFS APPROUVES

Cette prévention est prévue à un triple point de vue :

1°) Absence de budget supplémentaire

Désormais, et ce dès 1979, les budgets primitifs ont un caractère limitatif. Les budgets supplémentaires ne peuvent se limiter qu'à des ajustements entre comptes et aux opérations intéressant des exercices antérieurs, notamment pour les dépenses d'investissement. Ils ne peuvent, en aucun cas, autoriser l'ouverture de crédits nouveaux même si ces derniers sont gagés par des recettes supplémentaires. Autrement dit, le niveau des dépenses autorisées ne pourra pas, sauf exception, être augmenté même si les rentrées provenant des prix de journée sont plus importantes que prévues.

En particulier, il ne pourra pas y avoir de créations d'emplois supplémentaires.

2°) Limitation des taux de progression du budget primitif 1980

Les taux de progression du budget primitif 1980 doivent être déterminés à partir du budget primitif 1979 et non pas à partir du compte administratif anticipé.

On ne peut que se féliciter de ce retour au décret n° 59.1510 du 29 décembre 1959 dont l'application avait été perdue de vue depuis plusieurs années. Il est vrai que cette mesure, dans le cadre d'un budget limitatif, revêt moins d'importance dans la mesure où le compte administratif anticipé ou non n'est en principe pas susceptible de différer très sensiblement du budget primitif.

Bien entendu, cette directive ne saurait cependant pas constituer une mesure ponctuelle et il sera sûrement nécessaire d'envisager la reconduction pour les années ultérieures à 1980 car elle est la seule disposition réglementaire de nature à freiner l'évolution des dépenses au cas où la circulaire n° 947 ne serait pas respectée.

3°) Action au niveau des déficits

La question est à peine évoquée et il faut le regretter car le caractère impératif du budget hospitalier ne sera avéré que lorsqu'il sera mis fin à la reprise automatique des déficits.

La circulaire contient cependant une mesure incitative. Deux catégories de déficits peuvent, en effet, être envisagées :

. en premier lieu, celui résultant d'une insuffisance de recettes et qui peut paraître légitime,

. en second lieu, celui résultant d'un dépassement des crédits et qui est beaucoup moins légitime.

Dans le premier cas, une reprise anticipée du déficit pourra être effectuée alors que dans le second, cette reprise anticipée ne pourra, semble-t-il avoir lieu, la circulaire ne contenant aucune disposition à cet égard.

II - L'AMORCE D'UNE NOUVELLE PROCEDURE BUDGETAIRE

Il s'agit d'éviter pour les établissements la tentation de rechercher des excédents de recettes pour gager des surplus de dépenses et ce, par le biais d'une activité plus grande que prévue ou d'une modification des composantes de cette activité. Les gestionnaires et les médecins devront

donc, dès 1979, s'attacher à contrôler la croissance de l'activité hospitalière tant en ce qui concerne l'admission des malades et la durée de leur séjour que les prescriptions d'examen et de médicaments afin de la limiter à la seule satisfaction des besoins justifiés par l'état de santé des malades.

Les mesures proposées sont de deux ordres :

- . l'établissement de tableaux de bord par centres de responsabilité,
- . la détermination d'une enveloppe budgétaire.

A) L'ETABLISSEMENT DE TABLEAUX DE BORD PAR CENTRES DE RESPONSABILITE

Ces tableaux de bord doivent être mis en place dans toute la mesure du possible dès 1979, tout au moins pour les secteurs les plus importants (services cliniques et médico-techniques notamment).

Leur destination est de permettre aux gestionnaires et aux membres du Corps Médical de suivre l'activité et les consommations d'actes et de produits au niveau même où sont prises les décisions, c'est-à-dire au niveau des centres de responsabilité, étant entendu que plusieurs centres d'activité au sein d'un même établissement, placés sous une même autorité, constituent un centre de responsabilité.

Les centres de responsabilité peuvent être regroupés par le directeur dans des conditions précisées par la circulaire en quatre catégories correspondant aux :

- . Services logistiques,
- . Services médico-techniques,
- . Services médicaux,
- . Services à comptabilité budgétaire annexe.

Une place à part peut être faite pour les consultations externes.

Ces tableaux de bord qui doivent permettre de comparer les réalisations en matière d'activité, notamment par rapport aux prévisions initiales, doivent comporter, conformément au modèle annexé à la circulaire, les rubriques suivantes :

- activités,
- moyens utilisés en personnel,
- production ou consommation d'actes.

Ces tableaux qui s'inspirent fortement de l'expérience en cours à l'Institut Gustave Roussy de Villejuif et dont la confection ne devrait normalement pas nécessiter le recours à du personnel supplémentaire, seront examinés avec l'intérêt et l'attention par les représentants de l'Assurance Maladie. Leur forme actuellement très simplifiée appellera des améliorations

sensibles. Il serait souhaitable que la détermination des centres de responsabilité soit effectuée conformément aux nomenclatures édictées par la Commission des Comptes de la Santé dont l'objet est de permettre un affinement des définitions et une comparaison des services et des établissements. A défaut, les statistiques qui en résulteront seront difficilement utilisables.

B) LA DETERMINATION D'UNE ENVELOPPE BUDGETAIRE

Dès 1979, les budgets primitifs approuvés doivent constituer de véritables budgets limitatifs et être strictement respectés.

Dans cette optique, des enveloppes budgétaires doivent être déterminées à un triple niveau :

- . départemental,
- . régional,
- . national (uniquement pour les centres hospitaliers régionaux).

Cette procédure est appelée à se substituer à l'actuelle "campagne des prix de journée" et vise :

- les établissements d'hospitalisation publics,
- les établissements sanitaires privés à but non lucratif participant au service public hospitalier,
- les établissements sanitaires privés à but non lucratif non participant au service public hospitalier et dont le prix de journée est fixé par arrêté préfectoral,
- les établissements sanitaires privés à but lucratif à prix de journée préfectoral.

Cette nouvelle procédure étant applicable dès 1979, des dispositions particulières sont prises à cet égard :

C'est ainsi que les Directeurs Départementaux des Affaires Sanitaires et Sociales doivent transmettre au plus tard le 10 Mai 1979 à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales les renseignements relatifs aux budgets déjà arrêtés (pour ceux qui ne le seraient pas encore, le compte administratif anticipé 1978 sera majoré de 9,75 % conformément à la circulaire n° 1952 bis). Les renseignements doivent être dressés sous la forme de tableaux conformes aux modèles annexés à la circulaire auxquels doivent être joints le cadre budgétaire prévu par la circulaire n° 1878 du 8 août 1978, l'arrêté de prix de journée et la feuille de répartition et d'imputation.

Les Directions Régionales doivent déterminer l'enveloppe budgétaire régionale et adresser avant le 31 Mai 1979 à la Direction des Hôpitaux les renseignements relatifs à cette enveloppe sous la forme de 5 tableaux dont le modèle est annexé à la circulaire, éventuellement accompagnés de leurs observations. (Ces tableaux correspondent aux établissements visés plus haut, plus deux récapitulatifs, l'un départemental, l'autre régional).

En ce qui concerne les centres hospitaliers régionaux, il appartient à la Direction Départementale de transmettre au Ministère un exemplaire du cadre budgétaire dès que le prix de journée est arrêté (dans ce cas, et il faut le regretter, aucun délai n'a été fixé pour la fixation du prix de journée et la transmission du cadre budgétaire).

Il apparaît, d'autre part, tout à fait nécessaire qu'afin de suivre la mise en place des enveloppes hospitalières, la Caisse Nationale puisse procéder dès avant à une décontraction de ses statistiques comptables faisant apparaître le montant des remboursements effectués par grande catégorie :

- . Centres Hospitaliers Régionaux,
- . Autres hôpitaux publics,
- . Etablissements participant au service public hospitalier,
- . Etablissements hospitaliers à prix préfectoral,

- . Etablissements hospitaliers conventionnés avec l'Assurance Maladie,
- . Etablissements médico-sociaux (publics, privés conventionnés avec l'Aide Sociale, privés conventionnés avec l'Assurance Maladie).

La circulaire interministérielle n° 947 réalise un important progrès en matière de contrôle des dépenses hospitalières.

Il conviendra donc qu'un effort soit consenti par l'ensemble des Caisses afin que leurs représentants puissent suivre avec le maximum d'efficacité la mise en place des nouvelles mesures.

Il vous appartiendra de me signaler les difficultés que vous pourriez rencontrer, le cas échéant, à l'occasion de l'application de cette circulaire.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de ma considération distinguée.

M. DERLIN

PJ : 1

**MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA FAMILLE**

**Direction des Hôpitaux
Bureau TG 1**

**Direction de la Sécurité Sociale
Bureau P 1**

REPUBLIQUE FRANCAISE

MINISTERE DU BUDGET

**Direction du Budget
Bureau 6 B**

**Direction de la Comptabilité
Publique
Bureau D 3**

CIRCULAIRE N° 947 DU 29 MARS 1979

relative au contrôle de l'exécution des budgets et de l'activité des établissements publics d'hospitalisation, de soins et de cure.

- complétant la circulaire n° 1 952 bis du 15 septembre 1978 relative au calcul et la fixation des prix de journée pour 1979 des établissements d'hospitalisation, de soins et de cure.
- abrogeant la circulaire n° 761 bis du 22 mars 1977 relative au contrôle de l'exécution des budgets des établissements publics d'hospitalisation, de soins et de cure.

LE MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE

LE MINISTRE DU BUDGET

à

Messieurs les PREFETS DE REGION

Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales

Services Régionaux de l'Action Sanitaire et Sociale

Inspections Régionales de la Santé

Directions Régionales de la Sécurité Sociale

(pour information)

Messieurs les PREFETS

Directions Départementales des Affaires Sanitaires et

Sociales

(pour exécution)

Messieurs les TRESORIERES PAYEURS GENERAUX

La croissance préoccupante des dépenses hospitalières parmi les autres dépenses de santé a conduit le Gouvernement, au cours des dernières années, à prendre des mesures pour en assurer une meilleure maîtrise.

Les efforts des responsables de la gestion des hôpitaux publics ont certes permis d'enregistrer un ralentissement appréciable de la progression des prix de journée en 1976 et 1977, mais en 1978, les dépenses du service public hospitalier ont augmenté de plus de 20 %, alors que les ressources des régimes d'assurance maladie n'ont progressé que de 11 % environ.

Le maintien d'un tel rythme d'accroissement des dépenses ne peut être envisagé. Il conduirait, malgré l'augmentation récente des cotisations sociales, à de très graves difficultés financières.

Le gouvernement a donc décidé d'accentuer vigoureusement, avec votre concours, les actions déjà entreprises, pour parvenir à une maîtrise durable des dépenses hospitalières. Les instructions contenues dans la présente circulaire sont rigoureuses. Cependant, les progrès déjà accomplis dans la voie d'une modernisation de la gestion doivent permettre d'en assurer l'application.

I - Un strict respect des budgets primitifs approuvés

L'effort de rigueur nécessaire pour atteindre cet objectif portera à la fois sur la maîtrise des dépenses, compte tenu des hypothèses retenues, et sur un meilleur contrôle de l'activité.

A - La maîtrise des dépenses

Vous devrez rappeler aux gestionnaires hospitaliers le caractère limitatif des crédits ouverts dans les budgets approuvés. Cette règle doit retrouver toute sa rigueur dès 1979 et se traduire dans les décisions que vous serez amené à prendre pour chaque établissement.

En particulier, la procédure des budgets supplémentaires sera limitée à des ajustements entre comptes et aux opérations intéressant des exercices antérieurs, notamment pour les dépenses liées aux opérations d'investissements ; elle ne pourra permettre l'ouverture de crédits nouveaux, même gagés par des recettes supplémentaires.

D'autre part, il est souligné que le budget primitif 1980 sera déterminé à partir des dotations budgétaires autorisées au budget primitif 1979 et non plus, comme depuis quelques années, à partir du compte administratif anticipé.

B - Le contrôle de l'activité

Les recettes hospitalières constituant des dépenses pour l'assurance maladie, il convient de ne pas rechercher un accroissement systématique des recettes par rapport aux prévisions initiales ; cette pratique a pu permettre jusqu'à présent de gager en cours d'exercice des surplus de dépenses par des excédents de recettes issus d'une activité plus grande que prévue ou d'une modification dans les composantes de cette activité. Il faudra désormais y renoncer.

Tout doit donc être entrepris dès 1979 par les gestionnaires et les médecins pour contrôler la croissance de l'activité hospitalière, tant en ce qui concerne l'admission des malades et la durée de leur séjour que les prescriptions d'examens et de médicaments, afin de la limiter à la satisfaction des seuls besoins justifiés par l'état de santé des malades.

Au cas où un établissement connaîtrait un déficit de gestion à l'issue de l'exercice 1979 en raison d'une insuffisance de recettes, et si les crédits alloués en début d'exercice n'ont pas été dépassés, il sera possible d'incorporer le déficit dès qu'il aura été constaté.

II - Les moyens à mettre en oeuvre

Pour atteindre l'objectif ainsi défini, il convient, d'une part, de renforcer l'efficacité des procédures de contrôle existantes et, d'autre part, de mettre en place des moyens nouveaux.

A - Le renforcement des procédures existantes

1°) Le contrôle de l'exécution des budgets des établissements hospitaliers institué par la circulaire n° 761 bis du 22 mars 1977 doit être renforcé. Tel est l'objet de l'annexe n° II.

Vous devrez vous assurer de la production mensuelle par les établissements des nouveaux documents demandés et veiller personnellement à leur exploitation rapide, afin de mettre en oeuvre immédiatement les mesures de redressement éventuellement nécessaires.

2°) Compte tenu de l'importance des dépenses de personnel dans les budgets hospitaliers, vous devrez contrôler en priorité que les gestionnaires en liaison avec les comptables du Trésor respectent bien les effectifs budgétaires autorisés et les crédits y afférents.

A cet effet, il conviendra de :

- n'approuver aucune délibération portant création d'emplois en cours d'exercice ;
- s'assurer que chaque établissement fournisse au receveur hospitalier, en plus de la liste nominative des agents rémunérés jointe aux documents accompagnant chaque mois les opérations de paie, l'état mensuel des effectifs prévus à l'annexe n° III.
- contrôler l'utilisation des crédits budgétaires destinés à la rémunération du personnel auxiliaires.

3°) Par ailleurs, les comptes administratifs 1978 doivent donner lieu, dès leur production, à un examen attentif de la part des autorités de tutelle qui analyseront en particulier pour chaque établissement l'évolution de l'activité, les recettes et les dépenses constatées de manière à en tirer tous les enseignements nécessaires pour permettre un suivi et un contrôle rigoureux de la gestion effectuée en 1979.

B - La mise en place de moyens nouveaux

1°) La Mission d'Assistance Technique aux hôpitaux instituée auprès du Ministre de la Santé et de la Famille examinera sur place la situation des établissements connaissant des difficultés particulières qui n'auraient pu être résolues au niveau local. Elle interviendra sur décision ministérielle, à la demande de la Commission de Rationalisation de la Gestion Hospitalière, des Préfets ou des établissements.

Dirigée par Monsieur BONNET, Conseiller Référendaire à la Cour des Comptes et composée de représentants des grands Corps de Contrôle de l'Etat et des départements ministériels concernés, de médecins inspecteurs généraux et de directeurs d'hôpitaux elle aura pour tâche d'effectuer une

analyse du fonctionnement des établissements, de proposer aux autorités de tutelle les mesures de redressement et d'amélioration de la gestion éventuellement nécessaires, et d'en suivre l'application.

2°) Une comptabilité des dépenses engagées sera instaurée dans chaque établissement dès 1979 sous la responsabilité du directeur.

La mise en place de cet instrument comptable fait l'objet de l'annexe n° I.

3°) Des centres de responsabilité seront déterminés dans chaque établissement afin d'associer étroitement leurs responsables au suivi de l'activité et à l'utilisation optimale des crédits disponibles.

Dans ces centres de responsabilité (services cliniques, services techniques et médico-techniques, services logistiques) des tableaux de bord feront apparaître notamment l'activité, la production ou la consommation d'actes, les effectifs, etc...

Les modalités de mise en oeuvre de cette disposition sont précisées à l'annexe n° IV.

Ces mesures doivent permettre aux établissements hospitaliers d'assurer l'ensemble de leurs missions avec le budget arrêté en début d'exercice. En effet, considéré à l'échelon national, le coût du service public hospitalier doit désormais se situer dans la limite d'une enveloppe financière déterminée chaque année à partir des ressources escomptées des régimes d'assurance maladie. D'autres dispositions sont prises ou prévues pour les autres dépenses de santé.

Une telle contrainte conduit à déterminer avec précision le montant total des crédits dont peut disposer le service public hospitalier durant l'exercice 1979 au vu des décisions arrêtées au cours des semaines écoulées par les autorités de tutelle dans le cadre de la campagne des prix de journée (cf. annexe n° V).

Par ailleurs, il serait certainement utile de compléter cette information de nature statistique par la mise en place d'un suivi et d'un contrôle des dépenses hospitalières, non seulement dans le cadre départemental, mais aussi à l'échelon régional et national.

A cet effet, une procédure nouvelle va être expérimentée, dès 1979, dans la région Pays de la Loire et Centre de manière à vérifier périodiquement en cours d'exercice que les dépenses réelles des établissements hospitaliers sont conformes aux dotations initialement autorisées.

Les présentes instructions ont ainsi pour objet essentiel, non de réduire les dépenses hospitalières, mais d'assurer la maîtrise des crédits budgétaires dont dispose chaque établissement.

L'allocation d'un montant de ressources qui sera modulé chaque année selon l'évolution de la conjoncture permettra de garantir la qualité des soins et la sécurité des malades.

**LE MINISTRE DE LA SANTE
ET DE LA FAMILLE**

LE MINISTRE DU BUDGET

Simone VEIL

Maurice PAPON

NB : les modalités d'application des mesures prévues par les présentes instructions dans les établissements sanitaires privés à but non lucratif, qu'ils participent ou non au service public hospitalier, soumis à prix de journée préfectoral pour recevoir des bénéficiaires de l'Aide Sociale, seront précisées dans une prochaine circulaire.

ANNEXES

ANNEXE I: La comptabilité des dépenses engagées.

ANNEXE II : Le suivi et le contrôle en cours d'exercice des dépenses et de l'activité hospitalières par les établissements et les autorités de tutelle départementales.

ANNEXE III : Suivi des effectifs de personnel.

ANNEXE IV : Etablissement de tableaux de bord par centres de responsabilité.

ANNEXE V : Détermination des enveloppes budgétaires des établissements hospitaliers aux niveaux départemental, régional et national.

<p style="text-align: center;">ANNEXE N° 1 La comptabilité des dépenses engagées</p>
--

Les instructions qui suivent ne modifient en rien les obligations qui s'imposent aux gestionnaires hospitaliers tant en ce qui concerne la forme de la comptabilité générale que le suivi du contrôle de gestion.

Acte de nature juridique et financière, l'engagement des dépenses conditionne la gestion des ordonnateurs ainsi que la politique d'exécution des budgets hospitaliers, principaux et annexes, aussi bien en matière d'investissement que de fonctionnement.

C'est à ce niveau que doivent être chiffrées les dépenses résultant de la décision du gestionnaire dès qu'elle est prise, en vue de connaître immédiatement le montant des crédits disponibles. Suivre seulement les dépenses mandatées ne rend pas exactement compte de la réalité budgétaire en raison du décalage entre la date de l'engagement et celle du mandatement.

L'instruction M 21 a rendu obligatoire la tenue d'une comptabilité des dépenses engagées uniquement pour les comptes :

- 21 immobilisations
- 23 immobilisations en cours
- 631 entretien et réparations courantes

Ce suivi limité des dépenses engagées se révèle maintenant insuffisant.

La situation financière actuelle de l'Assurance Maladie ainsi que la recherche d'une meilleure gestion des hôpitaux exigent la mise en place et l'extension de la comptabilité des dépenses engagées à l'ensemble des dépenses hospitalières selon des modalités variables en fonction des diverses catégories de dépenses.

Dans le cadre d'un suivi des dépenses engagées, la consommation des crédits budgétaires devra respecter impérativement l'ordre chronologique suivant :

- Etablissement du bon de commande
- Valorisation du bon de commande
- Engagement de la dépense
- Détermination du disponible qui en résulte
- Envoi du bon de commande aux fournisseurs
- Réception de la marchandise
- Réception de la facture correspondante
- Dégagements, liquidation et mandatement
- Détermination du disponible à nouveau.

Cet ordre de déroulement des diverses opérations juridiques et comptables pourra seulement être modifié dans le cas de commandes exceptionnellement urgentes. Ces dernières seront régularisées dans un délai maximum de deux jours ouvrables.

La comptabilité des dépenses engagées devant être mise en place immédiatement, les dépenses de l'année 1979 afférentes à la période antérieure et non encore suivies sous forme de dépenses engagées, feront l'objet d'un engagement de régularisation, soit par valorisation des commandes déjà passées, soit par comptabilisation du montant des factures mandatées ou non.

Ces procédures ne souffriront aucune exception, quel que soit le mode de traitement de l'information utilisé.

La comptabilité des dépenses engagées, qu'il s'agisse des dépenses d'investissement ou d'exploitation, est suivie sur des feuillets budgétaires (cf. tableau N° 2 - Annexe n° I). Ce suivi sera effectué, au minimum, pour tous les comptes divisionnaires à trois chiffres.

En outre, tous les mois, conformément aux indications fournies à l'annexe II, un état mensuel des dépenses engagées sera établi par chaque établissement en vue de faire le point sur l'exécution du budget (tableau N° 3, Annexe I). Les prévisions mensuelles résulteront d'une mensualisation à taux variables, des consommations de crédits. Ces taux sont fonction des prévisions de variations d'activité de l'établissement et de l'évolution des salaires et des prix pour chacun des mois considérés. Ils sont calculés en tenant compte des dépenses correspondantes des années antérieures ainsi que des modifications de structure et d'activité prévisibles de l'établissement en cours d'année (cf. III de la présente annexe et Tableau n° 1).

I - DEPENSES D'INVESTISSEMENT

Elles comprennent tous les comptes des Classes 2 et 3 et doivent être suivies dans la comptabilité des dépenses engagées.

Pour tenir compte de ce que les budgets présentés sous la forme prescrite par la circulaire n° 1 878 du 8 août 1978 ne comportent aucune inscription au titre de la Classe 3, les dépenses engagées sont suivies, pour cette classe, à partir des crédits inscrits aux comptes correspondant de la Classe 6. La reconstitution des stocks étant effectuée selon des périodes très variables, on suivra les dépenses engagées par rapport à des prévisions mensualisées dont le taux tiendra compte des rythmes de passation des commandes.

II - DEPENSES D'EXPLOITATION

1°) Principes généraux

Le suivi budgétaire des dépenses d'exploitation est différent selon qu'il s'agit de dépenses de personnel ou de dépenses de consommation et que ces dernières figurent ou non en stocks.

Pour les établissements de plus de 100 lits, les comptes suivis en dépenses engagées sont ceux de la Classe 6, à l'exception du compte 60 et des comptes 615-0 et 615-1. Pour ceux de moins de 100 lits, il conviendra de suivre tous les comptes de la classe 6, à l'exception des comptes 615-0 et 615-1.

2°) Problèmes particuliers à chaque catégorie de dépenses

a) Dépenses de personnel

Pour ce type de dépenses, il conviendra de suivre mensuellement sous forme d'engagement de dépenses les crédits destinés aux rémunérations et aux charges sociales correspondantes.

b) Dépenses médicales et pharmaceutiques

Pour ces dépenses, on retiendra les modalités de suivi budgétaire indiquées ci-dessus. Une attente toute particulière sera portée aux prestations de service à caractère médical ainsi qu'aux fournitures et produits à usage médical. La procédure d'urgence définie ci-dessus s'applique notamment aux demandes d'analyses et d'examens exécutés à l'extérieur de l'établissement.

c) Dépenses d'entretien

Elles font déjà l'objet d'un suivi sous forme de dépenses engagées, en application de l'instruction M 21.

d) Dépenses diverses

Lorsque les crédits relatifs à ce type de dépenses sont consommés selon un rythme régulier, leur suivi sous forme de dépenses engagées s'effectuera de manière identique à celui des autres dépenses de consommation.

Par contre, le rythme de consommation de certains de ces crédits est annuel (exemple : amortissements, intérêts des emprunts, provisions pour créances irrécouvrables, etc...). Les crédits seront engagés dès le commencement de l'exercice. En effet, quelle que soit la date réelle de mandatement, les dépenses correspondantes sont fixées et connues dès le commencement de l'année. Dès cette époque, leur compte présentera un disponible nul.

3°) Charges liées aux Pertes et Profits (Classe 8)

Ces crédits sont suivis selon un échéancier mensuel qui tiendra compte de leur rythme de réalisation.

L'engagement des crédits du compte 8 770 "Dotation au fonds de roulement par majoration du prix de journée", sera effectué en début d'exercice.

III - Suivi de l'exécution des dépenses engagées

Afin de ne pas excéder les crédits annuels autorisés et d'éviter tout dépassement en cours d'exécution du budget, les directeurs d'établissements devront, en début d'année, établir un tableau indiquant la ventilation prévue des crédits par compte et par mois.

Ces prévisions d'emploi des crédits annuels seront établies en tenant compte des taux de consommation constatés lors des exercices antérieurs, modifiés le cas échéant au vu d'éléments nouveaux (modification d'activité, fermeture d'un service...).

Ce tableau devra être adressé à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales en même temps que l'état mensuel des dépenses engagées correspondant au premier mois de l'année donnant lieu à un suivi comptable. Toute modification des taux, effectuée par les établissements en cours d'exercice, doit être portée immédiatement à la connaissance des Directions Départementales.

Prévisions mensualisées d'emploi des crédits

TABLEAU N° 1 - ANNEXE I

Exercice 19..

MOIS	VENTILATION DES COMPTES					
	Compte 601	%	Compte 602	%		%
<u>CREDIT ANNUEL</u>						
1) <u>A REPARTIR :</u>	2 000 000	100		100		100
2) JANVIER	140 000	7				
3) FEVRIER	160 000	8				
4) MARS	140 000	7				
-						
-						
-						
-						
13) DECEMBRE	180 000	9				
14) TOTAL	2 000 000					
14 = 1		100				

@NV

EXERCICE BUDGETAIRE

19..

CREDITS BUDGETAIRES :

BP :

BS :

TOTAL :

ANNEXE N° 1 TABLEAU N° 2

COMPTE N°

CREATIONS			Fournis- seurs	Désigna- tion de l'opéra- tion	Service demandeur	Montant des enga- gements	Numéro de l'opération	Fournis- seurs	Date de la facture (facultatif)	MONTANT		Crédit disponi- ble
N°	Dates	N° du bon de commande								des déga- gements	des mandats	
						Report						
						A reporter						

@NV

ANNEXE N° 1 TABLEAU N° 3

Année 19

ETAT MENSUEL DES DEPENSES ENGAGEES

Mois de

COMPTES	MENSUALITES				CUMULEES			
	PREVUES	REALISEES (1)	Ecart		PREVUES	REALISEES (2)	Ecart	
			En Valeur	En %			En Valeur	En %
I/ Section d'investissement (hors approvisionnement)								
II/ Comptes de stocks (3) (classe 3)								
III/ Comptes d'exploitation (3) (classe 6 hors compte 60 et comptes 615.0 et 615.1)								
IV/ Comptes de classe 8								
TOTAL								

(1) Mensualités - réalisées : Montant du disponible à la fin du mois précédent - Montant du disponible à la fin du mois considéré

(2) Cumulées - réalisées : Crédit budgétaire annuel - Montant du disponible à la fin du mois considéré

(3) Pour les établissements non tenus à une comptabilité de stocks, la ligne II ne sera pas produite. La ligne III comprendra le montant du compte 60.

ANNEXE N° II

LE SUIVI ET LE CONTRÔLE EN COURS D'EXERCICE DES DEPENSES ET DE L'ACTIVITE HOSPITALIERES PAR LES ETABLISSEMENTS ET LES AUTORITES DE TUTELLE DEPARTEMENTALES

La mise en place dans l'ensemble des établissements d'une comptabilité des dépenses engagées conduit à modifier de façon substantielle les procédures de contrôle de l'exécution des budgets hospitaliers jusqu'à présent en vigueur. En conséquence, il est apparu préférable, dans un souci de simplification, d'abroger l'ensemble de la circulaire n° 761 bis du 22 mars 1977 et de la remplacer par les dispositions contenues dans la présente annexe qui a, ainsi, pour objet à la fois de déterminer sous une forme nouvelle les états mensuels que doivent fournir les établissements et de préciser les opérations de suivi et de contrôle que ces états doivent permettre d'effectuer.

I- SUIVI ET CONTRÔLE DES DEPENSES ET DE L'ACTIVITE HOSPITALIERES AU NIVEAU DE CHAQUE ETABLISSEMENT

a) Les états mensuels

Les directeurs d'établissement devront établir au début de chaque mois et au titre du mois précédent les trois documents suivants :

1°) Un état mensuel des dépenses engagées

Il s'agit du document constituant le tableau n° 3 de l'annexe n° 1. Cet état permet d'effectuer une synthèse mensuelle des comptes donnant lieu à un suivi des dépenses engagées et de faire ainsi le point à chaque fin de mois de l'exécution du budget.

2°) Un état mensuel de la situation de trésorerie (tableau n° 1 Annexe n° II) qui fait apparaître la situation de trésorerie de l'établissement en tenant compte des opérations relatives à l'investissement et à l'exploitation.

3°) Un état mensuel de l'activité (tableau n° 2 Annexe n° II)

Cet état, établi au début de chaque mois, retrace l'activité de la période mensuelle précédente.

Le Directeur de l'établissement accompagnera la production de ces documents de ses observations et commentaires personnels sur l'évolution de l'activité, de la situation budgétaire et financière de son établissement et, le cas échéant, de l'énoncé des mesures qu'il compte prendre ou proposer au Conseil d'Administration pour surmonter les difficultés éventuellement constatées. Le ou les mois suivants, il précisera l'efficacité de leur application.

Pour donner son plein effet au suivi et au contrôle ainsi assuré mensuellement par les gestionnaires eux-mêmes, il est indispensable que les états mensuels soient adressés par le Directeur au Président du Conseil d'Administration ou à la Commission des Finances dudit Conseil, si elle existe déjà, ou si, à cette occasion, il a paru opportun de l'instituer.

Cette commission, présidée par le Président du Conseil d'Administration ou son représentant, doit obligatoirement comprendre, au moins le président de la commission médicale consultative et un représentant des organismes de Sécurité Sociale. Le Directeur, le chargé des services économiques, le pharmacien et le receveur, devront assister aux réunions ayant pour objet l'examen des états mensuels et des mesures à prendre en conséquence, puis, le mois suivant, le contrôle de leur efficacité.

A défaut de commission des finances, le directeur devra adresser les états mensuels au président du conseil d'administration, et organiser une réunion, sous la présidence de ce dernier ou de son représentant, qui comprendra au moins le président de la commission médicale consultative et un représentant des organismes de sécurité sociale et, comme indiqué ci-dessus, le directeur, le chargé des services économiques, le pharmacien et le receveur de l'établissement.

Il appartient au directeur d'informer le conseil d'administration, à chacune de ses séances, des travaux de la commission des finances ou des conclusions de la réunion ou des réunions qui se sont tenues depuis la précédente séance. Le Conseil d'Administration pourra ainsi être amené à délibérer sur les questions qui lui sont soumises à cette occasion selon les règles de droit commun.

b) Etat particulier des dépenses médicales et pharmaceutiques
Information de la commission médicale consultative

D'autre part, dans tous les cas, le directeur devra établir, chaque mois, à l'attention des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes, chefs de service au vu des informations fournies par le suivi de la comptabilité des dépenses engagées, un état particulier de l'évolution des dépenses réelles, médicales et pharmaceutiques, en regard des prévisions budgétaires. Le caractère limitatif des crédits figurant aux comptes 600/502 - 636 et 633-1 devra être rappelé aux intéressés (nouvelle nomenclature comptable).

Chaque fois que ce sera possible, un quota de crédits sera alloué à chaque service, de manière que les praticiens prescripteurs dudit service connaissent exactement les conséquences comptables de leurs décisions diagnostiques et thérapeutiques (cf. Annexe IV - établissements de tableaux de bord des centres de responsabilité).

Ces mesures ne sauraient, bien entendu, dispenser les gestionnaires et le Corps Médical d'appliquer les dispositions de la circulaire n° 4 536 du 5 décembre 1974 relatives aux économies à réaliser dans ce domaine.

Il va de soi que les présentes instructions ne peuvent avoir pour effet de priver les malades, blessés et parturientes, consultants externes ou hospitalisés, des soins que requiert leur état. Elles visent seulement à rappeler qu'il est nécessaire de rechercher les méthodes de diagnostic et de traitement les moins coûteuses, à efficacité égale, dans la limite des crédits figurant au budget.

La commission médicale consultative sera associée à cette action, et devra être régulièrement saisie par le directeur de toute question s'y rapportant et dont l'étude par la commission permettrait de nouveaux progrès.

c) Information du comité technique paritaire

Enfin, le comité technique paritaire sera tenu informé par le directeur à chacune de ses réunions, de l'évolution de la situation financière de l'établissement et, notamment, des mesures ou projets de décisions, qui concernent les attributions de cet organisme.

II - SUIVI ET CONTRÔLE DES DEPENSES ET DE L'ACTIVITE HOSPITALIERES PAR LES AUTORITES DE TUTELLE DEPARTEMENTALES

Les établissements adresseront le 10 de chaque mois, les 3 états mensuels mentionnés ci-dessus, et établis au titre du mois précédent, accompagnés des observations et commentaires du directeur.

Dès la réception de ces documents, il appartiendra aux directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales de les analyser et d'apprécier les résultats qu'ils comportent ainsi que les commentaires qui les accompagnent, afin de décider rapidement la mise en oeuvre de toutes les mesures appropriées pour redresser une situation au cas où des écarts importants seraient constatés entre les prévisions et les réalisations en matière de dépenses, de recettes et d'activité, compte tenu des fluctuations mensuelles observées les années précédentes.

A cet effet, pourra être convoquée la commission départementale consultative mentionnée par la circulaire n° 500 du 2 octobre 1976, en présence du président du conseil d'administration et du directeur de l'établissement considéré.

Le cas échéant, la commission pourra proposer que certains de ses membres puissent siéger en formation restreinte, de manière à permettre des réunions plus fréquentes. Des représentants des Ministères du Budget, de l'Economie et des organismes de sécurité sociale devront obligatoirement être désignés à cette fin.

Au vu de l'avis émis par cette commission, en formation plénière ou restreinte, les directeurs départementaux devront faire toutes recommandations utiles au président du conseil d'administration et au directeur de l'établissement, et susciter, le cas échéant, toutes mesures de redressement qui paraîtraient nécessaires. Si des circonstances particulières l'exigeaient, l'attache de la direction des hôpitaux (bureau TG 1) pourra être prise, en vue notamment de l'intervention de la Mission d'Assistance Technique.

En outre, le recours à la mission d'enquête prévue par l'article 17 du décret n° 59.1510 du 29 décembre 1959 pourra être envisagé.

Par ailleurs, les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales devront établir une synthèse trimestrielle des documents transmis par les établissements. Un rapport devra être présenté à ce sujet à la Commission Départementale.

A cet égard, est rappelée l'obligation d'un examen trimestriel par la commission départementale consultative des états mensuels produits par les établissements les plus importants, conformément aux dispositions de la circulaire n° 1952 bis du 15 septembre 1978.

De même, devra être établi un rapport particulier qui sera communiqué à cette même instance pour les établissements dont la situation apparaîtrait mauvaise au vu de leurs états mensuels.

Enfin, les directeurs départementaux devront réunir selon la même périodicité les directeurs des établissements hospitaliers de leur département pour les informer de l'évolution des dépenses hospitalières au vu notamment de l'enveloppe budgétaire départementale arrêtée en début d'exercice (cf Annexe n° V).

@NV

ANNEXE II - TABLEAU N° 1

SITUATION DE TRESORERIE

	<u>Exercice en cours Année.....</u>
<u>Situation annuelle :</u> <u>(dernier exercice connu) (1) Année 19..</u>	<u>Situation mensuelle :</u> Mois de.....
- <u>Montant du compte 114</u> Dépenses nettes de Classe 6	- Encaissements - Décaissements (2)
- <u>Montant du compte 114 - Déficits non incorporés</u> Dépenses nettes de Classe 6	- <u>Disponibilités</u> dettes à court terme
- <u>Excédents de la section d'investissement</u> Dépenses nettes de Classe 6	- <u>Crédit du compte 400</u> Solde créditeur du compte 400
- <u>Avances permanentes des organismes débiteurs</u> Dépenses nettes de Classe 6	- <u>Débit du compte 41</u> Solde du compte 41
- <u>Dépenses d'investissement</u> Recettes d'investissement	- Mandats en souffrance / Fournisseurs des années précédentes
	- Mandats en souffrance / Fournisseurs de l'année en cours
	- Mandats en souffrance / Autres débiteurs
	- Paie du mois m + 1 (à réserver)
	- Annuités d'emprunts à payer mois m + 1
	TOTAL
	Moins solde débiteur compte 568
	Situation nette
	(2) Solde du compte 568

(1) Les indications figurant dans les éléments des ratios annuels devront être modifiées en cours d'année en fonction du dernier bilan connu

ANNEXE N° II - TABLEAU N° 2

ETABLISSEMENT :

ETAT MENSUEL DE L'ACTIVITE

Mois de

Désignation	Prévision annuelle (1)	Valeur mensuelle			Valeur cumulée			Taux de réalisation (8)= (6)/(1)
		Prévision-nelle (2)	Réelle (3)	Ecart (4)=(3)-(2)	Prévision-nelle (5)	Réelle (6)	Ecart (7)=(6)-(5)	
<u>ENTREE-TOTAL</u> dont - services actifs - services semi-actifs - services d'hébergement <u>CONSULTATIONS EXTERNES</u> <u>JOURNEES FACTUREES-TOTAL</u> <u>JOURNEES SERVICES-TOTAL</u> - services actifs - services semi-actifs - services d'hébergement <u>DMS</u> - services actifs - services semi-actifs - services d'hébergement <u>TAUX D'OCCUPATION</u> - services actifs - services semi-actifs - service d'hébergement <u>LITS INSTALLES-TOTAL (1)</u> dont - services actifs - services semi-actifs - services d'hébergement								

(1) Pour déterminer chaque mois le nombre de lits installés, il convient de calculer la moyenne du nombre de lits en état de fonctionner au cours du mois considéré.

A N N E X E N° III

SUIVI DES EFFECTIFS DE PERSONNEL

Conjointement à la mise en place de la comptabilité des dépenses engagées sui concerne notamment les crédits de personnel, il convient d'instituer un suivi des effectifs au sein de chaque établissement hospitalier permettant une gestion rigoureuse des dotations en personnel. Ainsi, les effectifs autorisés lors de l'approbation du budget, en début d'exercice, seront scrupuleusement respectés.

Cependant, un suivi quantitatif apparaît insuffisant, les effectifs réels n'étant pas stables au cours de l'année : départ de personnel pour de multiples raisons (démissions, retraites, etc...) et remplacement de ce personnel dans les périodes de congés annuels, etc.

Un suivi des moyens en personnel doit donc, en ce domaine, s'effectuer non seulement en nombre d'agents, y compris les auxiliaires, mais également et surtout en nombre de mensualités autorisées par mois, ceci d'autant plus que les accroissements d'effectifs budgétairement accordés donnent lieu à des recrutements échelonnés et n'ont pas la même incidence financière que le nombre d'agents présents pendant toute l'année. Ces variations seront suivies en utilisant les tableaux joints à la présente annexe. Ils font apparaître chaque mois le nombre de "mois-agents" utilisé par chaque établissement, tant pour le personnel non médical que pour le personnel médical. Pour cette dernière catégorie, une attention toute particulière sera, en outre, portée par les gestionnaires hospitaliers aux effectifs des attachés ainsi qu'au nombre de gardes et astreintes du personnel médical.

Ces tableaux, dûment remplis et établis au début de chaque mois pour la période mensuelle précédente, seront transmis par les établissements hospitaliers à la fois au Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales et au comptable de l'établissement qui, en outre, reçoit la liste nominative des agents rémunérés jointe aux documents accompagnant chaque mois les opérations de paie.

Le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales pourra demander toutes précisions jugées utiles au directeur de l'établissement au cas où, notamment, des dépassements concernant les effectifs autorisés budgétairement apparaîtraient.

En outre, il appartiendra au comptable de signaler au directeur de l'établissement les anomalies qu'il pourrait constater.

Il conviendra de veiller tout particulièrement à ce que des recrutements quantitativement importants effectués en fin d'exercice ne produisent un effet report, excessif sur le plan financier, en année pleine, pour l'exercice budgétaire suivant.

La dotation en personnel autorisée lors de l'approbation du budget ne peut, en aucun cas, être repassée. Il appartient aux gestionnaires hospitaliers de respecter impérativement cette règle.

@NV

ANNEXE III - TABLEAU N° 1

SUIVI DES EFFECTIFS DE PERSONNEL NON MEDICAL

Année 19..

(Mois - Agents)

MOIS de :

MOIS	PREVISIONS			Auxiliaires de remplace- ment	Remplacements de congés annuels	TOTAL MENSUEL			TOTAL CUMULE		
	Effectifs de base (Emplois permanents)	Effectifs nouveaux	TOTAL			PREVU	REEL	ECART VI-VII=VIII (Nombre)	PREVU	REEL	ECART IX-X+XI (Nombre)
	I	II	I + II = III	IV	V	VI = (III + IV + V)	VII	VIII	IX	X	XI
Janvier											
Février											
Mars											
§											
§											
§											
§											
§											
§											
§											
§											
§											
Octobre											
Novembre											
Décembre											
TOTAL											

. Effectifs de base (emplois permanents) : Il s'agit de l'effectif budgétaire de base de l'établissement que ces postes soient occupés par des agents titulaires, stagiaires, auxiliaires, intérimaires ou contractuels.

. Effectifs nouveaux : Effectifs autorisés dans le cadre de la procédure d'approbation des budgets primitifs.

. Auxiliaires de remplacement : Auxiliaires recrutés pour remplacement de congés maladie.

. Remplacements de congés annuels : Auxiliaires recrutés pour assurer les remplacements pendant les périodes de congés.

@NV

ANNEXE III - TABLEAU N° 2

ANNEE 19..

SUIVI DES EFFECTIFS - PERSONNEL MEDICAL

MOIS DE :

(Mois - Agents et nombre de vacations)

	MENSUALITES			MENSUALITES CUMULEES		
	Prévues	Réalisées	Ecart en nombre	Prévues	Réalisées	Ecart en nombre
<u>Personnel temps plein</u>						
<u>Personnel temps partiel</u>						
<u>Internes et faisant fonction</u>						
<u>Etudiants hospitaliers</u>						
TOTAL GENERAL						
Nombre de vacations						

ANNEXE N° IV

Etablissement de tableaux de bord par Centres de responsabilité

Parallèlement à la mise en place d'une comptabilité des dépenses engagées dans les établissements hospitaliers, il serait nécessaire que les gestionnaires puissent suivre l'activité et les consommations d'actes et de produits au niveau même où sont prises les décisions en ce domaine, de manière à en avoir une meilleure connaissance en vue d'une meilleure maîtrise. Les membres du Corps Médical doivent être associés à cette démarche et sensibilisés à ces préoccupations. A cet effet, la détermination de centres de responsabilité au sein des établissements hospitaliers apparaît comme la solution la mieux adaptée pour répondre à cet objectif.

La notion de centres de responsabilité :

Lorsque plusieurs centres d'activité au sein d'un même établissement sont placés sous une même autorité, ils constituent un centre de responsabilité.

C'est en fonction de cette notion qu'il est vivement recommandé de mettre en place, dès 1979, dans les établissements, sous forme de tableaux de bord destinés aux différents responsables, un système d'information en vue de contribuer à la prise des décisions. Toutefois, les instructions qui suivent ne pourront être appliquées entièrement dans tous les établissements. Il appartient à chaque directeur ou directeur général de les adapter à la situation particulière de son établissement.

Les centres de responsabilité peuvent être regroupés en quatre catégories correspondant aux :

Services logistiques : administration générale, cuisine, lingerie-buanderie, entretien, admission, etc...

Services médico-techniques : pharmacie, laboratoires, radiologies, etc...

Services médicaux

Services à comptabilité : écoles, informatique, SAMU, sectorisation, etc...
budgétaire annexe

Dès à présent, il appartient aux responsables hospitaliers de déterminer les centres correspondant aux caractéristiques de chaque établissement, même si tous ne peuvent faire l'objet de tableaux de bord dans l'immédiat.

Le cas échéant, des services pourront être regroupés conformément aux dispositions de la circulaire du 5 mai 1976 relative à la coordination entre les services hospitaliers (Bulletin Officiel du Ministère de la Santé - fascicule 76.22 - page 10956).

Le système ainsi mis en place, même partiellement, doit permettre d'assurer, dès 1979, par centres de responsabilité, un suivi de l'activité et, éventuellement, des dépenses. Il est donc très souhaitable de prévoir des tableaux de bord au moins dans les secteurs les plus importants, et notamment les services cliniques et médico-techniques, éventuellement regroupés.

Contenu du tableau de bord

Le tableau de bord a pour objet d'assurer l'information du responsable d'un service (ou d'un centre de responsabilité) ou d'un "coordinateur" au sens de la circulaire du 5 mai 1976 précitée, afin de lui permettre de comparer les réalisations constatées en matière d'activité, éventuellement de dépenses, aux prévisions initiales et d'analyser les écarts qui en résultent, en vue de prendre les mesures de redressement qui s'imposent.

Le tableau comprend les rubriques suivantes qui feront l'objet d'un suivi mensuel :

- activité
- moyens utilisés en personnel
- production ou consommation d'actes

Les prévisions mensuelles tiennent compte des variations saisonnières constatées au cours des années précédentes et celles envisagées pour l'année considérée. (Voir ci-joint un modèle de tableau de bord destiné aux services d'hospitalisation).

Ce tableau de bord sera, bien entendu, adapté à la nature de l'activité de chaque centre de responsabilité, notamment en ce qui concerne les services logistiques et médico-techniques.

Contenu des rubriques du tableau de bord

Les trois éléments ci-après devraient pouvoir être suivis en 1979 pour les principaux centres de responsabilité de chaque établissement.

I - ACTIVITE

L'activité est exprimée en volume (nombre de journées, nombre d'entrées, nombre de lits, etc...). Les paramètres d'activité doivent être choisis en fonction de l'activité principale du service.

Les éléments d'activité retenus dans les tableaux d'effectifs annexés au cadre budgétaire préconisé par la circulaire du 8 août 1978 pourront servir de référence.

Les consultations externes pourront être isolées dans un tableau spécifique si elles sont organisées en un service distinct des services d'hospitalisation.

II - MOYENS EN PERSONNEL

Les effectifs sont exprimés sous forme de postes, ou de demi-postes pour les agents à mi-temps et par un nombre de journées pour les agents recrutés en cours de mois.

Le personnel comprend la totalité des agents, qu'ils soient titulaires, stagiaires contractuels, auxiliaires ou intérimaires.

III - CONSOMMATION OU PRODUCTION D'ACTES

Les actes mentionnés dans le tableau ci-après ne le sont qu'à titre indicatif.

Votre attention est appelée sur :

- 1°) la présentation du tableau joint qui a été conçue sous une forme simplifiée, de manière à ne pas nécessiter le recours à du personnel supplémentaire.
- 2°) l'exploitation du tableau qui sera d'autant plus utile que le délai s'écoulant entre la date de production et de réalisation des actes et leur prise en compte statistique, aura été réduit au minimum.

ANNEXE IV - TABLEAU N° 1

- SERVICE D'HOSPITALISATION -

Mois de :

Tableau de bord

Centre de responsabilité
ou service

	Prévisio n annuelle	ETAT MENSUEL (Cf note)				ETAT CUMULE			
		Prévisio n (1)	Réalisatio n (2)	Ecart 2/1		Prévisio n (3)	Réalisatio n (4)	Ecart 4/3	
				en nb	en %			en nb	en %
I - <u>Activité</u> (en volume) . Lits en fonctionnement . Entrées . Journées . Durée moyenne de séjour . Coefficient d'occupation . Nb de consultations externes									
II - <u>Moyens mis en oeuvre</u> (en nombre) A - <u>Personnel</u> (effectifs) 1 - Médical . Postes temps plein . Journées médecin temps partiel 2 - Non médical (cf note) . <u>Encadrement</u> . Effectif rémunéré . Effectif présent <u>Qualifié</u> . Rémunéré . Présent <u>Moins qualifié</u> . Rémunéré . Présent									

NOTES :- Etats mensuels : Ces états pourront être servis selon une périodicité variable de 1 à 3 mois.

- Actes : Les actes pourront être, le cas échéant, répartis en fonction de leurs spécificités.
- Personnel non médical : Pour la répartition mentionnée ci-dessous, se référer à celle figurant dans le questionnaire annuel d'analyse de gestion.

ANNEXE N° V

Détermination des enveloppes budgétaires des établissements hospitaliers aux niveaux départemental, régional et national

Le montant des crédits budgétaires autorisés pour le fonctionnement des établissements hospitaliers au début de l'exercice 1979 doit être déterminé aux niveaux départemental, régional et national au cours des semaines à venir, de même que seront regroupés et centralisés les renseignements statistiques relatifs aux argumentations d'effectifs accordés et aux prévisions d'activités.

L'ensemble de cette procédure se substituera à celle existant jusqu'à présent et dénommée "campagne des prix de journée". Elle concerne les établissements d'hospitalisation publics, les établissements sanitaires privés à but non lucratif participant au service public hospitalier et les établissements sanitaires privés à but non lucratif, ou éventuellement lucratifs à prix de journée préfectoral, non participant au service public hospitalier.

Une enveloppe particulière séparée sera constituée au niveau national (bureau TG1 - Direction des Hôpitaux) pour les centres hospitaliers régionaux, les éléments statistiques les concernant devant être adressés séparément par les Directeurs Départementaux (cf. infra).

Aux niveaux départemental et régional, les renseignements à fournir devront être présentés selon les modèles ci-joints. Les délais mentionnés devront impérativement être respectés.

I - DETERMINATION DE L'ENVELOPPE BUDGETAIRE ACCORDEE AUX ETABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION AU NIVEAU DEPARTEMENTAL

La majeure partie des budgets des établissements devant être arrêtée à la fin du mois de février 1979, les Directeurs Départementaux des Affaires Sanitaires et Sociales adresseront au plus tard le 10 Mai aux échelons régionaux les renseignements demandés.

La somme à prendre en compte pour les établissements dont le budget, pour des raisons diverses, n'aurait pu être arrêté à cette date sera déterminée en majorant le montant du compte administratif anticipé 1978 de la hausse de base autorisée pour l'exercice budgétaire en cours par la circulaire n° 1 952 bis du 15 septembre 1978, soit 9,75 %.

a) Nature des tableaux

Les tableaux 1, 2, 3, 4 et 1, 2, 3, 4 (bis) sont destinés à déterminer pour chaque département :

- 1) - l'enveloppe budgétaire accordée aux établissements sanitaires soumis à la tutelle préfectorale.
- 2) - le total des effectifs supplémentaires accordés.
- 3) - les prévisions d'activité établies en début d'exercice.

Ces tableaux 1, 2, 3 et 1, 2, 3 (bis) concernent respectivement :

- les établissements sanitaires publics
- les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier
- les établissements privés non participant au service public hospitalier et soumis à la tutelle préfectorale.

Pour ces trois tableaux, il conviendra de faire figurer chaque établissement. Les hospices et maisons de retraite autonomes ne doivent pas être inclus.

Les tableaux 4 et 4 bis sont établis en totalisant les éléments contenus dans les tableaux 1, 2, 3, et 1, 2, 3 (bis).

Ces tableaux dûment remplis seront adressés avant le 10 mai 1979 à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (ou au Service Régional des établissements dont le budget est arrêté, après remplissage de la colonne BP 1979 approuvé, seront envoyés dans les plus brefs délais à l'échelon régional pour lui permettre de procéder à l'analyse budgétaire. Ils seront accompagnés de l'arrêté de prix de journée et de la feuille de répartition et d'imputation.

b) Contenu des tableaux 1, 2, 3, 4, 5

Ces tableaux seront remplis à partir des données figurant dans le cadre budgétaire.

Colonne 1 : CAA ou PB + BS 1978 - tableau 14 du cadre budgétaire total des dépenses à couvrir par les prix de journée. Le CAA sera en principe retenu sauf bien entendu s'il n'a pas été mentionné.

Colonne 2 : BP 1979 - tableau 14 du cadre budgétaire. Faire figurer le total des "dépenses à couvrir par les prix de journée".

Colonne 3 : Indiquer le pourcentage d'évolution de la masse budgétaire totale.

Colonne 4 : Indiquer par oui, ou par non, si l'établissement a été soumis à la procédure de dérogation.

Colonne 5 : Indiquer dans cette colonne l'effectif réel des agents permanents rémunérés en 1978 au budget général de l'établissement. Ce renseignement figure dans le tableau 11 du cadre budgétaire.

Colonne 6 : Indiquer l'effectif réel de 1978 des agents temporaires du budget général tel qu'il figure dans le tableau 11 du cadre budgétaire.

Colonne 7 : Indiquer l'effectif réel pour 1978 des services à comptabilité budgétaire annexe tel qu'il figure dans le tableau 11 du cadre budgétaire.

Colonne 8 : Indiquer l'effectif réel 1978 total tel qu'il figure au tableau 11 du cadre budgétaire.

Colonne 9 : Indiquer le nombre total de créations de postes accordées pour 1979 telles qu'elles seront mentionnées après approbation du budget dans le tableau 12 du cadre budgétaire.

Colonne 10 : Indiquer le pourcentage que représentent les créations de postes acceptées par la tutelle par rapport aux effectifs réels de 1978.

c) Contenu des tableaux 1, 2, 3, 4, 5 (bis)

Indiquer dans les colonnes 1 à 10, prévues à cet effet, les nombres totaux, de lits installés au 1er janvier 1979, de journée, d'entrées et de consultations externes, figurant, pour 1979 dans le tableau 2 de l'annexe II, ainsi que les données correspondantes pour 1978, sauf pour le nombre de lits installés qui n'a pas dû augmenter en 1979 par rapport à 1978 (si tel n'est pas le cas, joindre une note spéciale à ce sujet)

II - DETERMINATION DE L'ENVELOPPE BUDGETAIRE ACCORDEE AU NIVEAU REGIONAL

Dès réception des tableaux 1, 2, 3, 4 et 1, 2, 3, 4 (bis) les services régionaux rempliront les tableaux n° 5 et 5 bis permettant de déterminer l'enveloppe budgétaire régionale.

L'ensemble des cinq tableaux devra être adressé avant le 31 mai 1979 au bureau TG1 - Direction des Hôpitaux en vue de déterminer l'enveloppe budgétaire nationale.

Ces tableaux seront accompagnés des observations du service régional sur les évolutions constatées dans la région.

III - CAS PARTICULIER DES CENTRES HOSPITALIERS REGIONAUX

Dès que les prix de journée des centres hospitaliers régionaux seront arrêtés, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales devra faire parvenir au Bureau TG1 un exemplaire du cadre budgétaire, dont la colonne BP 1979 approuvé aura été complétée, ainsi que l'arrêté de prix de journée.

@NV

Département d

ANNEXE N° V - TABLEAU N° 1

Synthèse budgétaire 1979 - Etablissements publics (à l'exception des CHR)

Catégories d'établissements	CAA ou BP + BS 78 (1) Cf Note	BP 1979 accordé (2) Cf Note	% 2/1 (3)	dérogation (4)	Effectifs					
					Budget général réel 78		Budgets annexes (7)	Total (8)	Créations (9)	% 9/8 (10)
					Permanent (5)	Temporaire (6)				
Hôpitaux généraux										
Hôpitaux spécialisés										
Autres établissements										
Total										

Note : De manière à établir le véritable taux d'évolution des masses budgétaires entre 1978 et 1979, à structures comparables, il conviendra, dans les colonnes 1 et 2 de tenir compte des modifications qui ont pu intervenir entre ces deux exercices en matière de budgets annexes dans le cadre de la révision de la nomenclature comptable.

ANNEXE N° V - TABLEAU N° 2

Synthèse budgétaire 1979 - Etablissements privés participant au service public hospitalier

Catégories d'établissements	Masses budgétaires				Effectifs					
	CAA ou BP + BS 78 (1) Cf Note	BP 1979 accordé (2) Cf Note	% 2/1 (3)	dérogation (4)	Budget général		Budgets annexes (7)	Total (8)	Créations 79 accordées (9)	% 9/8 (10)
					Permanent (5)	Temporaire (6)				
Etablissements non spécialisés d'hospita- lisation										
Hôpitaux spécialisés d'hospitalisation										
Autres établissements										
Total										

Note : De manière à établir le véritable taux d'évolution des masses budgétaires entre 1978 et 1979, à structures comparables, il conviendra, dans les colonnes 1 et 2 de tenir compte des modifications qui ont pu intervenir entre ces deux exercices en matière de budgets annexes dans le cadre de la révision de la nomenclature comptable.

ANNEXE N° V - TABLEAU N° 3Synthèse budgétaire 1979 - Etablissements privés non participant
au service public hospitalier et soumis à la tutelle préfectorale

Catégories d'établissements	CAA ou BP + BS 78 (1) Cf Note	BP 1979 accordé (2) Cf Note	% 2/1 (3)	dérogation (4)	Effectifs					
					Budget général réel 78		Budgets annexes (7)	Total (8)	Créations accordées (9)	% 9/8 (10)
					Permanent (5)	Temporaire (6)				
Hôpitaux généraux										
Hôpitaux spécialisés										
Autres établissements sanitaires										
Total										

Note : De manière à établir le véritable taux d'évolution des masses budgétaires entre 1978 et 1979, à structures comparables, il conviendra, dans les colonnes 1 et 2 de tenir compte des modifications qui ont pu intervenir entre ces deux exercices en matière de budgets annexes dans le cadre de la révision de la nomenclature comptable.

Département d

ANNEXE N° V - TABLEAU N° 4

Synthèse budgétaire 1979 - Total départemental (à l'exception des CHR)

Catégories d'établissements	CAA ou BP + BS 78 (1) Cf Note	BP 1979 accordé (2) Cf Note	% 2/1 (3)	Effectifs					
				Budget général		Budgets annexes (7)	Total (8)	Créations accordées (9)	% 9/8 (10)
				Permanent (5)	Temporaire (6)				
Etablissements publics									
Etablissements privés									
. participant au service public hospitalier									
. non participant									
Total									

Commentaires :

Note : De manière à établir le véritable taux d'évolution des masses budgétaires entre 1978 et 1979, à structures comparables, il conviendra, dans les colonnes 1 et 2 de tenir compte des modifications qui ont pu intervenir entre ces deux exercices en matière de budgets annexes dans le cadre de la révision de la nomenclature comptable.

Département d

A N N E X E N° V - TABLEAU N° 4 bis

Synthèse budgétaire 1979 - Total départemental

Catégories d'établissements	Nb de lits installés 1979 (1)	Nombre de journées			Nombre d'entrées			Nombre consultations externes		
		1978 (2)	1979 (3)	% 3/2 (4)	1978 (5)	1979 (6)	% 6/5 (7)	1978 (8)	1979 (9)	% 9/8 (10)
Etablissements publics										
Etablissements privés										
. participant au service public hospitalier										
. non participant										
TOTAL GENERAL										

Commentaires :

Région d

ANNEXE N° V - TABLEAU N° 5

Synthèse budgétaire 1979 - Total régional (à l'exception des CHR)

Catégories d'établissements	CAA ou BP + BS 78 (1) Cf Note	BP 1979 accordé (2) Cf Note	% 2/1 (3)	Effectifs					
				Budget général		Budgets annexes (7)	Total (8)	Créations accordées (9)	% 8/7 (10)
				Permanent (5)	Temporaire (6)				
Etablissements publics Départements									
TOTAL publics									
Etablissements privés participant au service public hospitalier Département de									
TOTAL participant									
Non participant									
TOTAL non participant									
TOTAL GENERAL									

Note : De manière à établir le véritable taux d'évolution des masses budgétaires entre 1978 et 1979, à structures comparables, il conviendra, dans les colonnes 1 et 2 de tenir compte des modifications qui ont pu intervenir entre ces deux exercices en matière de budgets annexes dans le cadre de la révision de la nomenclature comptable.

