

# Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

**Date :**

06/10/92

**Origine :**

DGR

Mmes et MM les Directeurs  
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie  
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie  
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

**Réf. :**

DGR n° 2785/92

**Plan de classement :**

241

**Objet :**

DIFFUSION DE LA CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE DH/AF3/92 N° 34 DU 27 AOUT 1992.

Cette circulaire fixe les modalités d'application du décret n° 92-776 du 31 juillet 1992, relatif au régime budgétaire, financier et comptable des établissements publics de santé et des établissements privés participant à l'exécution du service public hospitalier.

**Pièces jointes :**

- 5

**Liens :**

**Date d'effet :**

**Date de Réponse :**

**Dossier suivi par :**

DESMES/M. POUILLOUX

**Téléphone :**

42.79.33.62

@

## **Direction de la Gestion du Risque**

06/10/92

Mmes et MM les Directeurs  
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie  
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie  
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

**Origine :**  
DGR

**N/Réf. :** DGR n° 2785/92

**Objet :** Conditions d'application du décret n° 92.776 du 31 juillet 1992 relatif au régime budgétaire, financier et comptable des établissements publics de santé et des établissements de santé privés participant à l'exécution du Service Public Hospitalier.

J'ai l'honneur de vous communiquer, ci-joint, la circulaire interministérielle DH/AF3/92 n° 34 du 27 août 1992 relative à l'application du décret n° 92-776 du 31 juillet 1992 (JO du 8 août 1992) qui redéfinit le régime budgétaire financier et comptable applicable aux établissements publics de santé et aux établissements de santé privés participant à l'exécution du service public hospitalier, tel qu'il résulte des dispositions de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Le décret n° 92-776 du 31 juillet 1992 constitue une transposition du décret du 11 août 1983, adaptant ce dernier aux nouvelles dispositions de la loi du 31 juillet 1991 :

- *Articulation entre allocation de ressources et acte de planification*

Le budget permet de mettre en oeuvre les projets d'établissement établis pour cinq ans, conformément aux orientations du schéma d'organisation sanitaire.

- *Accroissement de l'autonomie des établissements dans le domaine budgétaire*

L'exercice de la Tutelle s'effectue sur le montant global des dépenses présentées en quatre grands groupes fonctionnels. La délibération du conseil d'administration de l'établissement portant sur l'affectation des résultats n'est soumise qu'à un contrôle a posteriori.

- *Mise en oeuvre de systèmes d'information tenant compte des pathologies en vue de l'évaluation de l'activité et des coûts*

- *Développement d'activités subsidiaires (prestations de service, brevets, licences, placements, ...) par les établissements, sous certaines conditions.*

Le décret n° 92-776 du 31 juillet 1991 a donc pour objet de fixer les modalités d'application des nouvelles dispositions législatives dont les principales innovations portent sur les points suivants :

**1. - LIEN ENTRE ALLOCATIONS DE RESSOURCES ET ACTE DE PLANIFICATION : LE RAPPORT D'ORIENTATION BUDGETAIRE**

Conformément à la loi du 31 juillet 1991 (et aux dispositions du décret financier (article R. 714-35 et R. 714-36), un rapport d'orientations budgétaires doit être élaboré chaque année par l'établissement et transmis à l'autorité administrative et aux organismes d'Assurance Maladie dans un délai de 8 jours après sa présentation au conseil d'administration de l'établissement.

Ce rapport qui présente notamment les moyens budgétaires nécessaires à la mise en oeuvre du projet d'établissement et des contrats pluri-annuels doit permettre à l'Assurance Maladie :

- d'établir un lien entre le budget, le rapport d'orientations budgétaires et le budget de programme,

- de réaliser le suivi de certaines activités : les activités médicales coûteuses, les activités nouvelles et les contrats pluriannuels.

## **2. - LA PROCEDURE BUDGETAIRE**

Il est à préciser au préalable que le décret financier institue une harmonisation des procédures et des documents qui sont les mêmes quel que soit le type d'établissement (public, privé participant au service Public Hospitalier).

### **2.1 - Le calendrier et les obligations des différents acteurs**

La procédure budgétaire est désormais constituée des trois étapes décrites dans le tableau figurant en page 3.1.

### **2.2 - Rôle de l'Assurance Maladie dans la procédure budgétaire**

#### **2.21 - Les commissions d'examen des budgets hospitaliers**

Par rapport à la situation actuelle, l'article R. 714-3-31 maintient l'avis préalable de l'Assurance Maladie sur les propositions de budget et les décisions modificatives présentées par les établissements. La commission dispose toujours de 30 jours à compter de la date de réception du budget pour recueillir et transmettre l'avis des organismes à l'autorité administrative et à l'établissement.

Ce même article introduit toutefois des nouveautés :

- la possibilité pour le conseil d'administration des Caisses de désigner pour siéger à la commission des membres du personnel de direction et des services médicaux,
- la possible participation des directeurs départementaux et régionaux des Affaires Sanitaires et Sociales aux commissions,
- l'information du directeur de l'établissement de la date d'examen de son budget et des observations déjà formulées par écrit.

## 2.22 - Les missions d'enquête

Ces missions étaient déjà prévues par le décret du 11 août 1983.

Toutefois et conformément aux dispositions de l'article **R. 714-3-40**, **elles pourront dorénavant être déclenchées à la demande des organismes d'Assurance Maladie (CRAM ou Caisse Pivot) pour des établissements connaissant des difficultés de gestion et de trésorerie. Les directeurs des organismes d'Assurance Maladie peuvent également y participer.**

## 3. - LA PRESENTATION BUDGETAIRE

### 3.1 - Les budgets annexes

Il est toujours maintenu la possibilité de retracer des activités accessoires dans un budget annexe. **Toutefois, l'article R. 714-3-9 limite les activités qui doivent être obligatoirement retracées dans un budget annexe**, soit par suppression, soit par intégration de certains budgets dans le budget général.

C'est ainsi que les activités des SMUR et des centres informatiques disparaissent et que le décret met un terme à la création des budgets annexes facultatifs.

En outre, les budgets annexes qui étaient jusqu'à présent financés par le budget général via les subventions d'équilibre (crèches, écoles) sont désormais intégrés dans le budget général.

**Cette opération devant rester neutre pour la part des dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie, il appartiendra aux Caisses d'être vigilantes sur les conditions d'intégration de ces budgets dans le budget général.**

Enfin, les budgets annexes qui demeurent (dotation non affectée unités et centres de soins de longue durée, établissements de transfusion sanguine, activités de la loi du 30 juin 1975), ne peuvent en aucun cas recevoir de subvention du budget général, les déficits éventuels étant à la charge desdits budgets.

### 3.2 - Les documents transmis à l'autorité administrative et aux organismes d'assurance Maladie

Le nombre de documents à transmettre obligatoirement à l'autorité de tutelle et aux organismes d'Assurance Maladie a été réduit par rapport à

ceux antérieurement prévus par le décret du 11 août 1983 (voir comparaison entre ancien et nouveaux textes en annexe II).

### **3.3 - Les groupes fonctionnels**

Les dispositions des articles R. 714-3-11 à R. 714-3-13 introduisent la présentation par groupes fonctionnels des propositions de dépenses et les prévisions de recettes des deux sections du budget général et des budgets annexes des établissements. Le contenu de chacun des quatre groupes fonctionnels est défini par le décret d'application de l'article L. 714-7 (Décret ° 92-1016 du 17 septembre 1992 - JO du 24 septembre 1992).

Le regroupement en groupes fonctionnels s'opère à partir des comptes obligatoirement ouverts dans le budget et la comptabilité des établissements suivant des modalités de répartition fixées par l'arrêté du 27 août 1992 (JO du 8 septembre 1992).

Les groupes fonctionnels constituent le niveau de premier vote du Conseil d'Administration et de l'application du budget par l'autorité administrative.

La répartition des dépenses et recettes d'exploitation en groupe fonctionnel constitue donc un élément fondamental pour l'analyse et le traitement des résultats.

A titre d'exemple; seules les recettes enregistrées au groupe 2 "produits de la facturation au titre de l'activité hospitalière" font l'objet d'une analyse des écarts "prévisions - réalisations" engendrant une modification de la dotation globale et des tarifs de prestations.

## **4. - LA PRESENTATION DES MOYENS DEMANDES DANS LE PROJET DE BUDGET**

### **4.1 - Séparation entre les moyens de reconduction et les mesures nouvelles**

L'article R. 714-3-14 prévoit une présentation séparée :

- des dépenses et des recettes jugées indispensables pour poursuivre l'exécution des missions dans les conditions approuvées l'année précédente,
- des mesures nouvelles portant majoration ou minoration des premières,
- il est à remarquer que les mesures nouvelles sont considérées comme telles pour un exercice et sont ensuite intégrées dans les moyens de reconduction de l'année suivante.

Une nouvelle présentation des budgets par groupe fonctionnel et la distinction à opérer entre moyens de reconduction et mesures nouvelles ont amené le Ministère à élaborer un nouveau modèle du cadre budgétaire de présentation des budgets primitifs qui se substitue à l'ancien document.

Ces documents sont joints en annexe de la circulaire interministérielle et font l'objet d'une normalisation par arrêté du 27 août 1992 (J0 du 8 septembre 1992).

L'annexe I de la circulaire comporte trois dossiers :

- la présentation du cadre du budget primitif par groupe fonctionnel,
- une annexe explicative du budget,
- le cadre du budget primitif exécutoire.

L'annexe II précise les modalités de détermination du budget primitif.

#### **4.2 - Les activités subsidiaires** (prestations de services, brevets, licences, placements, ...)

Le décret financier, en conformité avec l'article L. 714-14 de la loi, introduit pour la première fois une distinction entre la part des dépenses soumises au taux d'évolution des dépenses hospitalières et la part des dépenses gagées par des produits ne provenant pas de l'activité hospitalière.

Ce dispositif nouveau précisé à l'article R. 714-3-48 du décret et décrit au point 32 de la circulaire interministérielle étend la possibilité pour les établissements de gager des dépenses hors taux d'évolution des dépenses hospitalières. **En conséquence, les résultats déficitaires éventuels ne sont pas opposables aux organismes d'Assurance Maladie.**

Il appartient aux Caisses d'être vigilantes sur les résultats de ces activités subsidiaires.

**En effet, l'impossibilité d'identifier comptablement les charges relatives à l'exploitation des activités subsidiaires et donc de les retracer dans le cadre d'un budget annexe conduit à assurer l'encadrement et le contrôle par le biais de l'analyse des recettes correspondantes dégagées et par le traitement des résultats.**

## **5. - LA CLOTURE DE L'EXERCICE : LE TRAITEMENT DES RESULTATS**

En dehors des écarts constatés entre les prévisions et les réalisations de recettes provenant de la facturation de l'activité hospitalière, dont le traitement reste inchangé par rapport à la réglementation actuelle du décret du 11 août 1983, le décret financier du 31 juillet 1992 apporte une modification fondamentale aux dispositions antérieures.

En effet, la dotation globale ne peut être modifiée que s'il a été constaté une plus ou moins-value des recettes liées aux produits de l'activité hospitalière (groupe 2).

En revanche, les résultats issus des activités subsidiaires (groupes 3 et 4) ne font plus réglementairement l'objet d'un financement par l'Assurance Maladie.

S'agissant du déficit, il ne peut résulter que de la non-réalisation des recettes liées à ces activités. Dans ce cas, il est couvert en priorité par reprise sur le compte de réserve de compensation et le surplus par une réduction des autorisations de dépenses du dernier budget rendu exécutoire au titre de l'exercice concerné.

A titre exceptionnel, la tutelle peut autoriser l'établissement à étaler le déficit sur trois exercices.

Dans le cas d'un excédent, l'article R. 714-349 permet à l'établissement d'affecter ces sommes non liées aux produits hospitaliers :

- à un compte de réserve de compensation,
- au financement des mesures d'investissement ou d'exploitation ne devant pas entraîner de surcharge pour l'Assurance Maladie,
- à la couverture des charges d'exploitation.

Conformément à la Loi, la délibération du Conseil d'Administration de l'établissement portant sur l'affectation des résultats est exécutoire de plein droit et n'est soumise qu'à un contrôle a posteriori.

Aussi, il est demandé aux CRAM de veiller à l'application de ces dispositions par une analyse systématique des budgets et a posteriori des comptes administratifs et des documents annexes qui fournissent notamment des éléments sur la Trésorerie et la situation financière de l'établissement.

## **6. - LE CALCUL DES TARIFS DE PRESTATIONS**

L'article R. 714-3-19 introduit de nouveaux tarifs pour l'hospitalisation à temps partiel et la chirurgie ambulatoire.

Ces tarifs feront l'objet de précisions ultérieures.

Le mode de calcul des autres tarifs de prestations reste inchangé.

Ces tarifs peuvent toutefois être modifiés :

- en cours d'année pour ce qui concerne l'incidence de l'affectation des résultats,
- au moment de la détermination du budget n +1 dès lors qu'il n'a pas été possible de procéder en temps utile à la révision des tarifs de prestations qu'imposait une décision modificative de l'exercice n -1.

Les modalités de calcul des révisions de tarifs sont précisées à l'annexe 3 de la circulaire interministérielle.

Par ailleurs, il est prévu la possibilité d'une fixation forfaitaire et nationale des tarifs de certaines spécialités très coûteuses. Cette tarification, fixée sur la base des coûts par pathologie vise dans un premier temps les greffes d'organes.

Un nouveau mode de calcul du supplément "régime particulier" selon les dispositions de l'article R. 714-3-24 est par ailleurs prévu sur la base d'une majoration forfaitaire du tarif moyen de prestation.

## **7. - DISPOSITIONS DIVERSES**

La circulaire interministérielle précise au point 62 les outils de gestion interne qui doivent être mis en place par les établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier en ce qui concerne :

- le suivi de l'exécution du budget,
- le centre de responsabilité,
- l'évaluation de l'activité et des coûts.

Par ailleurs, le décret prévoit la réduction de la journée complémentaire qui, actuellement, de deux mois, est ramenée à un mois. Cette modalité sera toutefois applicable après une expérimentation.

La circulaire interministérielle (point 91) décrit également les conditions de participation des établissements aux actions de coopération précisées à l'article L. 713-12.

Il est en outre précisé que le décret financier ne concerne pas les établissements à prix de journée préfectoral qui restent régis par les dispositions du décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958.

## **8. - CALENDRIER D'APPLICATION**

Le nouveau régime mis en place par le décret s'applique à compter de la procédure budgétaire 1993.

En revanche, les actes rattachables à l'exercice 1992 restent régis par le décret du 11 août 1983.

Vous voudrez bien me tenir informé des difficultés rencontrées dans l'application de ce texte.

Le Direction  
de la Gestion du Risque

*J.P. PHELIPPEAU*

*Pour consulter les pièces jointes à cette circulaire, vous pouvez télécharger celles-ci sur micro-ordinateur et lire ou éditer le document SOUS WORD POUR WINDOWS.*

DOCUMENTS	ETABLISSEMENT	AUTORITE ADMINISTRATIVE	CAISSES D'ASSURANCE MALADIE (CRAM & CAISSE PIVOT)
<b><i>I - ETAPE PREALABLE</i></b>			
Rapport sur les orientations budgétaires	Examen par le conseil d'administration avant le 30 juin	TRANSMISSION dans les 8 jours	Les CRAM ne sont pas tenues réglementairement à émettre un avis sur le rapport. TRANSMISSION dans les 8 jours. Toutefois, ce document est important et doit être nécessairement étudié car il sert de base aux futures propositions budgétaires.
<b><i>II - PROCEDURE D'APPROBATION DU BUDGET (du 15 octobre au 1er janvier)</i></b>			
Projet de budget  - Propositions de tarifs de prestations et dotation globale.  - Documents mentionnés à l'art. R. 714-3-16	Vote du budget par le conseil d'administration avant le 15 octobre au niveau global des groupes fonctionnels.	TRANSMISSION SANS DELAI. L'autorité Administrative dispose d'un délai de 45 jours dès réception des documents pour procéder à l'examen des propositions budgétaires. Le budget est réputé approuvé si pas d'opposition sur les propositions dans ce délai. Le budget est approuvé au niveau global des groupes fonctionnels, la dotation globale et les tarifs de prestations sont fixés avant le 1er janvier. En cas de procédure contradictoire, le délai initial de 45 jours est prolongé de 30 jours.	TRANSMISSION SANS DELAI. Avis de la commission d'examen des budgets ET TRANSMISSION de cet avis dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception des documents par la CRAM à l'autorité administrative et à l'établissement. La CRAM tient les documents à la disposition des autres organismes d'Assurance Maladie.
<b><i>III - VOTE DEFINITIF DU BUDGET</i></b>			
Budget approuvé.	Vote par le conseil d'administration sous 15 jours : des dépenses et recettes entre les comptes par groupes fonctionnels dans le respect des montants autorisés. La délibération du conseil d'administration est exécutoire de plein droit.	Transmission du budget approuvé à l'établissement et aux Caisses d'Assurance Maladie avec la notification de l'arrêté fixant la dotation globale (art. R. 714-3-36).	Transmission du budget approuvé aux Caisses d'Assurance Maladie par l'autorité administrative avec l'arrêté fixant la dotation globale et les tarifs de prestations.

## PROJET DE BUDGET

Décret du 11 août 1983	Décret du 31 juillet 1992
Sont annexés au projet de budget	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- le rapport du Directeur,</li> <li>- l'avis de la Commission médicale d'établissement,</li> <li>- l'avis du Comité Technique paritaire,</li> <li>- <b>le tableau des activités et moyens par centre de responsabilité</b></li> <li>- le tableau des emplois,</li> <li>- le programme des travaux,</li> <li>- le dernier programme d'établissement approuvé,</li> <li>- les budgets de programme,</li> <li>- un état de la dette,</li> <li>- un état de répartition des charges par catégorie tarifaire,</li> <li>- un état de créances émises au titre du dernier exercice connu,</li> <li>- le montant des restes à recouvrer.</li> </ul>	<p><i>ARTICLE R. 714-3-16 :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le rapport du Directeur,</li> <li>- avis de la Commission médicale d'établissement</li> <li>- avis du Comité Technique d'établissement</li>   <li>- le tableau des emplois</li>   <li>- les propositions de tarifs de prestations</li>   <li>- un état de répartition des charges par catégorie tarifaire</li> </ul>
Sont tenus à la disposition de l'autorité administrative et de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'inventaire des équipements et des matériels</li> <li>- l'état des propriétés foncières et immobilières</li>   <li>- tableau des amortissements</li>   <li>- les avis des responsables des centres de responsabilités.</li> </ul>	<p><i>ARTICLE R. 714-3-29 :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'inventaire des équipements et des matériels</li> <li>- l'état des propriétés foncières et immobilières</li> <li>- <b>le tableau des activités et des moyens par centre de responsabilité</b></li> <li>- le tableau de synthèse des coûts par activité</li> <li>- les résultats trimestriels de la comptabilité des dépenses engagées et les tableaux trimestriels des effectifs rémunérés.</li> </ul>

—————  
*DIRECTION DES HOPITAUX*

—————  
*DIRECTION DU BUDGET*  
*DIRECTION DE LA COMPTABILITE PUBLIQUE*

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE L'INTEGRATION

—————  
*DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE*

PARIS, le 27 Août 1992.

**Le Ministre du Budget**

**Le Ministre des Affaires Sociales  
et de l'Intégration**

**Le Ministre de la Santé  
et de l'Action Humanitaire**

à

Messieurs les Préfets de Région  
Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales  
Direction Régionale de la Sécurité Sociale des Antilles-  
Guyane

Mesdames et Messieurs les Préfets de Département  
Directions Départementales des Affaires Sanitaires et  
Sociales  
Direction Départementale de la Sécurité Sociale de la  
Réunion

Madame et Messieurs les Trésoriers Payeurs Généraux

Mesdames et Messieurs les Receveurs Particuliers des  
Finances

Mesdames et Messieurs les Directeurs d'Établissements

**- C I R C U L A I R E -**

**DH/AF3/92 N° 34 DU 27 AOUT 1992**

fixant les conditions d'application du décret n° 92-776 du 31 juillet 1992 relatif au régime budgétaire, financier et comptable des établissements publics de santé et des établissements de santé privés participant à l'exécution du service public hospitalier.

**Date d'application** : immédiate.

**Résumé** : modalités d'application du décret n° 92-776 du 31 juillet 1992 relatif au régime budgétaire, financier et comptable des établissements publics de santé et des établissements de santé privés participant à l'exécution du service public hospitalier.

**Mots-clés** :

Cadre de présentation et de suivi budgétaire et comptable - groupes fonctionnels - procédure d'élaboration, de vote et d'approbation des budgets - rapport d'orientation - ventilation des autorisations de dépenses et des prévisions de recettes - moyens de reconduction et mesures nouvelles - dossier budgétaire - activités subsidiaires - tarifs de prestations - spécialités très coûteuses - régime particulier outils de gestion interne - comptabilisation des achats stockés en classe 6 - journée complémentaire - présentation des comptes et affectation des résultats - dispositions transitoires et dispositions diverses.

**Textes de référence** :

- décret n° 92-776 du 31 juillet 1992 relatif au régime budgétaire, financier et comptable des établissements publics de santé et des établissements de santé privés participant à l'exécution du service public hospitalier
- décret fixant la liste et le niveau des comptes composant chaque groupe fonctionnel prévu à l'article L. 714-7 ainsi que les conditions d'application du troisième alinéa de l'article L. 714-12 (à paraître)
- arrêté du 27 août 1992 fixant la liste des comptes à ouvrir à la balance des comptes du grand livre au titre du budget général et des budgets annexes (à paraître)
- arrêté du 27 août 1992 relatif au modèle des documents de présentation au budget primitif des établissements publics de santé et des établissements privés participant au service public hospitalier (à paraître).

**Circulaires complétées ou modifiées par la présente circulaire** :

- circulaire n° 83-30 du 29 septembre 1983 prise en application du décret n° 83-744 du 11 août 1982
- circulaire n° 31 du 13 juin 1984 prise en application des articles 26 à 28 du décret du 11 août 1983
- circulaire n° 62 du 12 décembre 1984 relative à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics
- circulaire n° 63 du 12 décembre 1984 relative à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation privés
- circulaire n° 321 du 17 janvier 1990 prise en application du décret n° 89-998 du 22 décembre 1989 modifiant le décret n° 83-744 du 11 août 1983 modifié

**Pièces jointes :**

- modèle des documents de présentation au budget primitif des établissements publics de santé et des établissements privés participant au service public hospitalier (**annexe 1**).
- fiche méthodologique de calcul du budget général (**annexe 2**).
- fiche technique relative aux modalités de calcul des tarifs de prestations (**annexe 3**).
- fiche technique relative à la nouvelle procédure de comptabilisation des achats stockés (**annexe 4**).

## PLAN DE LA CIRCULAIRE

### INTRODUCTION

Présentation de la loi portant réforme hospitalière

### CIRCULAIRE

#### 1. - LE CADRE DE PRESENTATION ET DE SUIVI BUDGETAIRE ET COMPTABLE

##### 11 - Les groupes fonctionnels

- 111 - la composition des groupes fonctionnels
- 112 - les groupes fonctionnels et le cadre de présentation du budget et des décisions modificatives
- 113 - les groupes fonctionnels et le cadre d'exécution du budget
- 114 - les groupes fonctionnels et le traitement des résultats

##### 12 - Les budgets annexes des établissements publics de santé

- 121 - les budgets annexes obligatoires
- 122 - les conditions de réintégration des opérations d'exploitation des activités non visées au 121 dans le budget général
- 123 - les dispositions spécifiques aux centres de soins de longue durée

#### 2. - LA NOUVELLE PROCEDURE D'ELABORATION, DE VOTE ET D'APPROBATION DES BUDGETS

##### 21 - Le rapport d'orientation

##### 22 - La procédure et le calendrier budgétaires

- 221 - la procédure et le calendrier d'élaboration, de vote et d'approbation du budget
- 222 - la ventilation des autorisations de dépenses et des prévisions de recettes

#### 3. - LA PRESENTATION DES MOYENS DEMANDES DANS LE PROJET DE BUDGET

##### 31 - Les moyens de reconduction et les mesures nouvelles

- 311 - les opérations de la section d'investissement

- 312 - les mesures de la section d'exploitation
- 313 - le dossier budgétaire

**32 - Les activités subsidiaires**

- 321 - le dispositif des activités subsidiaires
- 322 - les conditions de développement des prestations de service
- 323 - les recettes accessoires

**4. - LES REGLES DE FIXATION DES MONTANTS DES BUDGETS HOSPITALIERS****5. - LES MODALITES DE DETERMINATION DES TARIFS DE PRESTATIONS VISEES AUX ARTICLES R. 714-3-19 à R 714-3-2****51 - Les nouvelles catégories tarifaires****52 - Le nouveau mode de calcul des tarifs de prestations**

- 521 - la révision des tarifs de prestations en cours d'exercice liée au traitement des résultats
- 522 - les modalités spécifiques de détermination des tarifs de prestations initiaux liées à une décision modificative de l'exercice n-1

**53 - La tarification de certaines spécialités très coûteuses****54 - Le nouveau mode de calcul du supplément "régime particulier"****6. - LES MODALITES D'EXECUTION DES BUDGETS****61 - Le nouveau régime des décisions modificatives**

- 611 - les DM modifiant les montants autorités au niveau des groupes fonctionnels
- 612 - les DM modifiant la ventilation entre les comptes d'un même groupe fonctionnel

**62 - Les outils internes de gestion**

- 621 - la comptabilité des dépenses engagées et le suivi des effectifs rémunérés
- 622 - les centres de responsabilité
- 623 - la comptabilité analytique

**63 - La suppression de la comptabilité des achats en classe 3****64 - La réduction de la journée complémentaire**

## **7. - LA PRESENTATION DES COMPTES ET LE NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT DES RESULTATS**

### **71 - Le compte administratif et le compte de gestion**

### **72 - Le traitement des résultats**

721 - Les règles d'affectation des résultats d'exploitation du budget général

*7211 - le traitement des écarts entre les réalisations et les prévisions de recettes hospitalières*

*7212 - le traitement du solde*

722 - Les règles d'affectation des résultats des budgets annexes

723 - Les opérations d'affectation de résultats

## **8. - LES DISPOSITIONS TRANSITOIRES**

### **81 - L'affectation des résultats 1991 et 1992**

### **82 - Les conditions et calendrier d'application de certaines dispositions**

## **9. - LES DISPOSITIONS DIVERSES**

### **91 - Les modalités de mise en oeuvre de l'article L. 713-12**

### **92 - Le régime budgétaire des établissements de santé privés à prix de journée préfectoral**

## **ANNEXES**

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière redéfinit les règles fondamentales d'organisation et de fonctionnement du système hospitalier, confronté depuis ces vingt dernières années à de profonds bouleversements d'ordre technologique, sociologique et financier.

Dans ce cadre, elle constitue une étape fondamentale et introduit des dispositions nouvelles qui devraient favoriser une plus grande **souplesse d'adaptation** des structures hospitalières tant à **l'évolution des besoins** de la population qu'aux **contraintes économiques inhérentes au système de financement**.

A ce titre, **l'autonomie** des établissements publics de santé se trouve renforcée et **une certaine liberté de gestion** leur est accordée, tout particulièrement illustrées par **l'assouplissement de l'exercice du contrôle a priori de l'Etat, la faculté ouverte de placement et rémunération des fonds et la possibilité de participer à de nouvelles formes d'actions de coopération**, notamment avec le secteur privé.

La loi vise également à promouvoir **la responsabilisation accentuée des différents acteurs** internes, **la mise en oeuvre d'outils d'évaluation** de l'activité et des besoins devant favoriser une plus grande **cohérence dans la répartition de l'offre de soins et dans l'allocation des moyens**, et une **politique de partenariat avec l'Etat et les organismes** de sécurité sociale.

La loi du 31 juillet 1991 met donc en place des dispositifs concourant à rendre plus efficace la réponse au défi de l'avenir de l'hospitalisation et à faire de l'hôpital un **établissement moderne, dynamique et de qualité au service de la collectivité nationale**.

S'agissant plus particulièrement du **fonctionnement administratif et financier** des établissements de santé, **les principales innovations** portent sur les conditions d'exercice du contrôle de l'Etat ainsi que, d'une part, sur les compétences du conseil d'administration et du directeur pour les **établissements publics** et, d'autre part, sur la responsabilisation des acteurs internes désormais consultés sur les décisions stratégiques et majeures pour les **établissements de santé privés participant à l'exécution du service public hospitalier**.

La reconnaissance de l'autonomie des établissements publics et de la spécificité du secteur hospitalier se traduit notamment par les mesures suivantes :

- **L'allègement du contrôle a priori**

**La procédure d'approbation des délibérations du conseil d'administration est aujourd'hui réservée essentiellement aux décisions stratégiques et majeures** des établissements publics de santé.

En conséquence, de par les dispositions de l'article L. 714-5 du code de la santé publique, nombre de délibérations sont désormais exécutoires de plein droit, dès leur transmission à l'autorité administrative et sont assujetties au seul contrôle de légalité.

Il en est ainsi par exemple **des délibérations à incidence financière relatives aux emprunts, aux comptes, aux résultats et au tableau des emplois permanents**, qui ne sont plus soumises à approbation préalable du représentant de l'Etat. De même, en application de l'article L. 714-10, les marchés passés par le directeur de l'établissement sont également soumis au seul contrôle de légalité.

De plus, l'allègement du contrôle a priori est illustré tout particulièrement **par la procédure de fixation des budgets**, dont la présentation au vote du conseil d'administration et à l'approbation de l'autorité administrative se limite dorénavant aux grandes masses financières (**groupes fonctionnels**).

- **Le renforcement de l'autonomie financière**

Les établissements publics de santé ont désormais la faculté de **développer, à titre subsidiaire**, dans le respect de leurs missions de service public, **des prestations de service et d'exploiter des brevets et licences**.

Ces activités donnent lieu à inscription, à due concurrence des recettes dégagées à ce titre, de dépenses **non soumises au taux d'évolution des dépenses hospitalières**. En conséquence, les **déficits** éventuels ne sont **pas opposables aux collectivités publiques et organismes** chargés du financement des établissements.

Par ailleurs, les directeurs d'établissements sont autorisés à **placer une partie de leurs fonds disponibles**, dans des conditions qui seront définies ultérieurement par décret d'application de l'article L.714-15.

Enfin, les établissements publics de santé peuvent désormais **participer**, notamment par un apport de fonds et une mise à disposition de moyens, **au développement d'actions de coopération**, dans le cadre de groupements d'intérêt public ou économique.

- **Le développement des outils internes de gestion**

A ce titre, la loi du 31 juillet 1991 préconise la mise en oeuvre **d'outils d'évaluation de l'activité médicale**, en termes de pratiques, d'organisation des soins et de coûts, notamment par pathologie. La loi apporte un fondement juridique au **système d'informations médicalisé**, développé dans le cadre du PMSI, qui devrait contribuer, dans l'avenir, à une meilleure approche de l'activité des établissements et à une plus grande finalisation des règles d'allocation des moyens nécessaires à la réalisation des missions imparties.

Par ailleurs, pour les seuls établissements publics, la loi associe au principe de suivi du budget par centres de responsabilité celui de leur intéressement aux résultats positifs éventuellement dégagés.

S'agissant de la **responsabilisation des acteurs internes**, elle se traduit dans les établissements **privés participant au service public hospitalier**, notamment par la **représentation des salariés** au conseil d'administration ou à l'organe délibérant et par la **consultation de la commission médicale** sur le budget et le projet d'établissement, conformément aux dispositions de l'article L. 715-8.

\* \* \*

**Le décret n° 92-776 du 31 juillet 1992** redéfinit le **régime budgétaire, financier et comptable** applicable aux établissements publics de santé et aux établissements de santé privés participant à l'exécution du service public hospitalier, tel qu'il résulte des nouvelles dispositions législatives.

La présente circulaire a pour objet de préciser les conditions de mise en oeuvre du nouveau dispositif réglementaire, tant dans **les établissements publics** de santé que **dans les établissements de santé privés** participant au service public hospitalier.

Ce nouveau dispositif entre en oeuvre à compter de l'exercice budgétaire 1993, conformément aux dispositions des articles 9 et 10 dudit décret.

**Certaines règles demeurent globalement inchangées** par rapport à celles antérieurement fixées par le décret n° 83-744 du 11 août 1983 modifié. Il s'agit principalement des modalités suivantes :

- **le mode de fixation de la dotation globale et des tarifs de prestations (articles R. 714-3-19, R. 714-3-20, R. 714-3-22 et 7. 714-3-26) ;**
- **les possibilités de révision en cours d'année de la dotation globale et des tarifs de prestations (article R.714-3-37) ;**
- **le mode de traitement des écarts constatés entre les prévisions et les réalisations des recettes provenant de la facturation des prestations hospitalières (article R. 714-3-49.III) ;**
- **le mode de versement de la dotation globale (article R. 174-1) ;**
- **le rôle des organismes d'assurance maladie dans la procédure d'approbation des budgets (article R. 714-3-31) ;**

- **la présentation de budgets de programmes annuels ou pluri-annuels (article R. 714-3-18) ;**
- **la procédure exceptionnelle d'exécution du budget en cas de non-respect des délais d'approbation (articles R. 714-3-34 et R. 714-3-35) ;**
- **la tenue de l'ordonnateur d'une comptabilité des dépenses engagées et d'un suivi des emplois rémunérés (article R. 714-3-42) ;**
- **les dispositions relatives aux unités et centres de soins de longue durée (section IV) ;**
- **les missions d'enquête diligentées dans les établissements connaissant des difficultés de fonctionnement (article R. 714-3-40).**

En dehors des dispositions qui précèdent, qui ont pu faire l'objet d'aménagements secondaires, le décret financier apporte des **modifications importantes aux règles actuellement en vigueur portant sur la présentation, la procédure d'approbation et les modalités de fixation et d'exécution des budgets hospitaliers, ainsi que sur les modalités de clôture et de détermination et d'affectation des résultats.**

## 1. - LE CADRE DE PRESENTATION ET DE SUIVI BUDGETAIRE ET COMPTABLE

Le décret financier introduit dans ce domaine deux dispositions nouvelles :

- la **classification des charges et produits en groupes fonctionnels**,
- la **limitation de la liste des budgets annexes obligatoires et l'exclusion des budgets annexes facultatifs**.

### 1.1 - Les groupes fonctionnels

Conformément aux dispositions des articles R. 714-3-11 à R. 714-3-13, **les propositions de dépenses et les prévisions de recettes** des deux sections du budget général et des budgets annexes des établissements publics de santé **sont présentées par groupes fonctionnels**. Cette présentation est applicable identiquement aux établissements privés participant au service public hospitalier.

Le nombre de groupes est fixé à **quatre** tant pour la section d'exploitation que pour la section d'investissement du budget général, tant en dépenses qu'en recettes.

#### 1.11 - La composition des groupes fonctionnels

Le contenu de chacun des groupes fonctionnels est défini par le décret d'application de l'article L. 714-7, à paraître. Cette composition est également applicable aux établissements de santé privés participant au service public hospitalier, sous réserve d'adaptations mineures liées à la spécificité de leur plan comptable.

La classification des charges et des produits en groupes fonctionnels s'opère à partir des comptes ouverts dans le budget et la comptabilité des établissements de santé suivant les nomenclatures fixées par arrêté conformément aux dispositions de l'article R. 714-3-3.

Préalablement à la parution de cet arrêté, une instruction complète précisera prochainement les modifications apportées à l'annexe 1 modifiée de l'arrêté du 11 mars 1987.

Toutefois, s'agissant des établissements publics de santé, il convient de préciser que **la nomenclature des comptes définissant le contenu des groupes fonctionnels est**, dans certains cas, **plus agrégée que celle des comptes de la balance** du grand livre. Celle-ci est fixée par l'arrêté du 27 août 1992 (à paraître).

### **1.12 - Les groupes fonctionnels et le cadre de présentation des budgets et des décisions modificatives**

Conformément aux dispositions fixées par les articles R. 714-3-7, R. 714-3-28 et R. 714-3-33, les groupes fonctionnels constituent **le niveau du premier vote du budget par le conseil d'administration** et de son approbation par l'autorité administrative.

Il en est de même pour **toutes les décisions modificatives dont l'objet est de rectifier les montants précédemment approuvés par groupe fonctionnel**, y compris celles qui ne modifient que la répartition des dépenses autorisées entre les groupes fonctionnels, sans en changer le montant total.

En revanche, sans préjudice du pouvoir de virement du directeur (cf. infra 113), les décisions modificatives portant **nouvelle ventilation entre les comptes d'un même groupe fonctionnel** sont présentées **au niveau des comptes** et soumises au seul vote du conseil d'administration, **la délibération étant exécutoire de plein droit**, dès sa transmission à l'autorité administrative.

**Pour ce qui concerne plus particulièrement les établissements de santé privés participant au service public hospitalier**, en application des dispositions prévues à l'article R. 715-7-1, les conditions de présentation et d'approbation du budget et des décisions modificatives obéissent désormais **aux mêmes règles** que celles applicables aux établissements publics de santé. En conséquence, **toute modification** envisagée, en cours d'année, **soit du montant de chacun des groupes fonctionnels approuvé, soit de la simple répartition entre les groupes fonctionnels du montant total des dépenses autorisées** au budget primitif doit **obligatoirement** être soumise, par groupes fonctionnels, au **vote du conseil d'administration** ou de l'organe délibérant **et à l'approbation** de l'autorité administrative.

### **1.13 - Les groupes fonctionnels et le cadre d'exécution du budget**

Les **groupes fonctionnels** constituent également un **niveau de suivi de l'exécution du budget** tant pour l'ordonnateur que pour le comptable.

Ainsi, au titre des missions qui lui sont confiées, **le comptable doit suivre, par groupe fonctionnel, la consommation des autorisations de dépenses**, à partir du contrôle de disponibilité des crédits, effectué au niveau des comptes composant chacun desdits groupes, **et l'exécution des recettes au regard des montants prévus**.

Par ailleurs, les groupes fonctionnels définissent **le cadre dans lequel l'ordonnateur peut exercer son pouvoir de virement** interne, dans les conditions fixées par le décret d'application de l'article L. 714-12, à paraître.

A cet égard, il convient de préciser que **la limite de 10 % conditionnant la possibilité de virement**, par l'ordonnateur, entre les comptes de chacun des groupes fonctionnels, **s'apprécie désormais exclusivement à partir des autorisations de dépenses inscrites au premier budget rendu exécutoire** au titre de l'exercice concerné, c'est-à-dire au budget primitif.

En conséquence, le cadre comptable d'exécution des budgets des établissements publics de santé est **constitué de quatre niveaux** :

- **la présentation par groupes fonctionnels** telle que définie ci-dessus (niveau fonctionnel),
- **la ventilation**, dans le cadre du budget rendu exécutoire, des dépenses autorisées et des recettes approuvées, qui constitue le niveau de contrôle de la disponibilité des crédits et le cadre de suivi des dépenses engagées (niveau agrégé) ;
- **la liste des comptes obligatoirement ouverts à la balance** des comptes du grand livre (niveau intermédiaire) ;
- **le plan de comptes** qui s'impose tant à l'ordonnateur qu'au comptable pour retracer les opérations (niveau détaillé).

#### 1.14 - Les groupes fonctionnels et le traitement des résultats

**La répartition en groupe fonctionnel des recettes d'exploitation constitue un élément fondamental pour l'analyse et le mode de traitement des résultats**, tels que fixés par les articles R.714-3-48 et R. 714-3-49.

En effet, le dispositif mis en place par l'article 28-1 du décret du 11 août 1983 étant globalement maintenu par l'article R. 714-3-49 III, **la procédure de correction**, en baisse ou en hausse, **de la dotation globale et des tarifs de prestations**, en fonction des écarts "réalisation-prévision" constatés, **ne s'applique qu'aux recettes du groupe 2** "produits de l'activité hospitalière".

Toutefois, il convient de préciser que, dorénavant, **les recettes provenant des écoles paramédicales, du SAMU et de la PMI** (y compris les subventions) **sont comptabilisées dans le groupe 2** et entrent donc, au même titre que les produits de la facturation des prestations hospitalières, dans le champ d'application de ladite procédure.

Par ailleurs, **la possibilité d'inscrire, hors taux d'évolution des dépenses hospitalières, des dépenses gagées par des produits et la non-opposabilité aux organismes d'assurance maladie des déficits** éventuels liés aux moins-values de recettes constatées concernent **l'ensemble des recettes du groupe 3** "autres produits" **et 4** "transferts de charges" (cf. infra 32).

## 1.2 - Les budgets annexes des établissements publics de santé

L'article R. 714-3-9 dispose que la section d'exploitation du budget général retrace les opérations d'exploitation se rapportant à l'ensemble des activités des établissements publics de santé, à l'exception des opérations d'exploitation concernant des activités ou services limitativement énumérés qui doivent obligatoirement être retracées dans un budget annexe.

En effet, la difficulté, voire **l'impossibilité, de tenir une comptabilité annexe en coûts directs** afin de retracer l'ensemble des dépenses afférentes à certaines activités assurées par les établissements et **l'absence de transparence réelle des liens entre le budget général et les budgets annexes** (cessions de prestations, remboursement de frais, subventions dites "d'équilibre"), **ont conduit à limiter les budgets annexes** obligatoires aux activités ou services dont le mode de financement et de fonctionnement administratif et financier est spécifique et à supprimer la possibilité de créer des budgets annexes facultatifs.

La tenue, dans les conditions fixées par l'article R.714-3-43, d'une **comptabilité analytique** adaptée doit apporter **une réponse plus pertinente et plus fiable** au besoin d'identification des coûts de fonctionnement de l'ensemble des activités et prestations assurées par les établissements.

### 1.21 - Les budgets annexes obligatoires

**La liste des activités ou services faisant l'objet d'un budget annexe obligatoire** s'établit comme suit :

- exploitation de la dotation non affectée aux services hospitaliers,
- unités et centres de soins de longue durée,
- établissements de transfusion sanguine,
- chacune des activités relevant de la loi du 30 juin 1975,
- les activités de lutte contre l'alcoolisme,
- les structures pour toxicomanes.

**Ces budgets annexes ne peuvent recevoir aucune subvention d'équilibre du budget général** et les déficits éventuels sont à la charge desdits budgets.

Il conviendra de veiller tout particulièrement à ce que les prestations éventuellement fournies par le budget général aux budgets ou services annexes soient correctement évaluées.

### **1.22 - Les conditions de réintégration des opérations d'exploitation des activités ou services non visés au paragraphe 21 dans le budget général**

A compter de l'exercice 1993, les budgets annexes retraçant notamment les activités ou services suivants sont supprimés :

- centres régionaux d'informatique,
- SAMU - SMUR - AMBULANCES,
- écoles paramédicales,
- crèches,
- centres de PMI.

Pour ces activités, dont le **financement d'équilibre** est assuré totalement ou partiellement par l'assurance maladie pour la part des prestations rendues à l'établissement gestionnaire (informatique, crèche pour le personnel) ou au titre des missions qui lui sont imparties (formation, SMUR), les opérations d'exploitation seront désormais retracées dans le budget général.

En conséquence, l'intégration en 1993 au budget général des charges et des produits y afférents nécessite une analyse détaillée de toutes les opérations de fonctionnement qui font actuellement l'objet d'un **double enregistrement** dans le budget général et dans le budget annexe correspondant (prestations entre le budget général et les budgets annexes par exemple).

En tout état de cause, cette opération de réintégration doit rester neutre pour la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie.

### **1.23 - Les dispositions spécifiques aux centres de soins de longue durée**

Pour les **centres de soins de longue durée**, les **autorisations de dépenses et les prévisions de recettes** de la section d'exploitation **devront être présentées** au vote du conseil d'administration et soumises à l'approbation de l'autorité administrative **selon les groupes fonctionnels prévus au 2) de l'article R. 714-3-13** et dont le contenu est fixé par la nomenclature définie à l'annexe 3 du décret d'application de l'article L. 714-7 (**nomenclature des budgets annexes des unités de soins de longue durée**) (à paraître).

En outre, sans préjudice des dispositions spécifiques fixées par la section 4 du décret financier, **les règles d'affectation des résultats** applicables auxdits centres **sont celles définies** par l'article R. 714-3-50 I) 2. et II) 2. **au titre du traitement des résultats des budgets annexes** relatifs aux unités de soins de longue durée.

## 2. - LA NOUVELLE PROCEDURE D'ELABORATION, DE VOTE ET D'APPROBATION DES BUDGETS

Le décret financier définit les modalités de mise en oeuvre des dispositions introduites par la loi et portant rénovation de la procédure budgétaire, en l'occurrence :

- **la présentation préalable d'un rapport d'orientation,**
- **la modification de la procédure et du calendrier de fixation du budget ;**

étant entendu que, désormais, la fixation du taux d'évolution, des dépenses hospitalières par les pouvoirs publics doit intervenir avant le 30 septembre.

### 2.1 - Le rapport d'orientation

Conformément aux dispositions des articles R. 714-3-5 et R. 714-3-6, **le vote du budget est précédé** par l'élaboration et la présentation d'un **rapport d'orientation, soumis à délibération** du conseil d'administration, **avant le 30 juin** de l'année qui précède l'exercice auquel il se rapporte.

**Le rapport d'orientation est transmis, dans un délai de 8 jours** suivant le vote, à l'autorité administrative.

Ce document est également adressé, dans les mêmes délais, à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, à la caisse chargée du versement de la dotation globale (caisse "pivot") et à la caisse régionale d'assurance maladie, qui le tient à la disposition des autres organismes responsables de la gestion des régimes d'assurance maladie.

Le rapport d'orientation, élaboré par le directeur, présente :

- **les objectifs et prévisions d'activité** pour l'année à venir, établis en conformité avec le **projet d'établissement** visé par l'article L. 714-11 et des éventuels contrats d'objectifs mentionnés à l'article L. 712-1 ;
- les **moyens nécessaires à leur réalisation.**

Ce rapport permet donc **d'identifier**, préalablement à l'examen du budget, **les objectifs susceptibles d'entraîner, pour l'exercice à venir, une adaptation des moyens alloués à l'établissement au titre de l'année en cours** et, éventuellement, d'apprécier globalement la légitimité, l'opportunité et l'incidence **des mesures nouvelles envisagées.**

L'élaboration, avec l'ensemble des acteurs concernés, du rapport d'orientation et sa communication, préalablement à la transmission du budget, à l'autorité administrative et aux organismes d'assurance maladie devraient **favoriser la concertation interne et améliorer les conditions mêmes de la négociation budgétaire.**

S'agissant de la normalisation de la présentation des informations relatives à l'activité, les dispositions de l'article R. 714-3-6 renvoient à un arrêté interministériel dont la publication devrait intervenir pour la campagne budgétaire 1994.

## **2.2 - La procédure et le calendrier budgétaires**

La loi portant réforme hospitalière introduit, à ce titre, une **décomposition de la procédure budgétaire en deux étapes nécessitant le vote du conseil d'administration** :

- la première inhérente à la compétence budgétaire du représentant de l'Etat, telle que redéfinie par la loi (**procédure de vote et d'approbation du budget au niveau des groupes fonctionnels**),
- la seconde résultant des compétences propres du conseil d'administration (**vote portant ventilation des dépenses et recettes entre les comptes**).

### **2.21 - La procédure et le calendrier d'élaboration, de vote et d'approbation du budget**

Conformément aux dispositions de l'article L. 714-7, le projet de budget est soumis au **vote** du conseil d'administration, **au niveau des groupes fonctionnels** regroupant les propositions de dépenses et les prévisions de recettes, **avant le 15 octobre** de l'exercice précédant celui auquel il se rapporte.

Le budget voté ainsi que les propositions de tarifs de prestations et de dotation globale sont **transmis sans délai à l'autorité administrative, à la caisse "pivot" et à la caisse régionale d'assurance maladie**, dans les conditions fixées par l'article R. 714-3-28. Cette transmission intervient **au plus tard le 15 octobre**.

Le représentant de l'Etat dispose **d'un délai de 45 jours**, à compter de la date de réception du budget, pour procéder à l'examen des propositions de l'établissement, au vu notamment de **l'avis des organismes d'assurance maladie** recueilli au sein d'une **commission d'examen des budgets hospitaliers**, et peut notifier ses décisions au conseil d'administration de l'établissement.

La procédure d'approbation peut toutefois être prolongée **de 30 jours à compter de la date de réception de cette décision**, pour permettre le déroulement de la **procédure contradictoire**, dans des conditions fixées par l'article L 714-7.

S'agissant plus particulièrement de **l'avis des organismes d'assurance maladie, l'autorité administrative et la direction régionale des affaires sanitaires et sociales** peuvent désormais **participer** aux travaux **de la commission d'examen des budgets hospitaliers** réunie par la caisse régionale d'assurance maladie, conformément aux termes de l'article 7. 714-3-31.

Par ailleurs, **le directeur d'établissement doit désormais être informé préalablement** de la date d'examen de son budget et des observations déjà formulées par écrit, notamment par le contrôle médical.

**Ces deux innovations**, qui concrétisent la politique de **partenariat** souhaitée par le législateur, **devraient améliorer les conditions de la négociation budgétaire**, étant entendu que le délai imparti à la caisse régionale d'assurance maladie pour recueillir et transmettre l'avis des organismes à l'autorité administrative, reste fixé à 30 jours à compter de la date de réception du budget.

Compte tenu de la procédure et du calendrier décrits ci-dessus et conformément aux dispositions de l'article R 714-3-33, **l'approbation du budget** par groupes fonctionnels, **et la fixation du montant de la dotation globale** et des **tarifs de prestations par le représentant de l'Etat** doivent intervenir **avant le 1er janvier** de l'exercice concerné.

## **2.22 - La ventilation des autorisations de dépenses et des prévisions de recettes**

Après notification par l'autorité administrative du budget approuvé par groupe fonctionnel, le conseil d'administration **doit délibérer, dans un délai de 15 jours, sur la ventilation des autorisations de dépenses et des prévisions de recettes** entre les comptes de chacun des groupes fonctionnels, dans les conditions prévues à l'article R.714-3-15, notamment dans le respect des montants autorisés.

La proposition de ventilation soumise au vote du conseil d'administration par le directeur de l'établissement ne justifie pas l'avis de la commission médicale et du comité technique d'établissement.

**La délibération**, qui porte ouverture de crédits au niveau des comptes, **est exécutoire de plein droit**, à compter de la date de sa transmission à l'autorité administrative, sans préjudice des dispositions prévues par l'article L. 714-8.

En effet, **la ventilation** par compte doit, d'une part, **respecter le montant des autorisations de dépenses par groupe** fonctionnel et, d'autre part, **ouvrir les crédits nécessaires aux charges obligatoires** (charges sociales...) **ou résultant des engagements pris** par l'établissement (remboursement des intérêts d'emprunts contractés...).

Dans le cas contraire, il appartient au représentant de l'Etat de procéder à la ventilation des montants approuvés par groupes fonctionnels et de rendre le budget exécutoire.

### 3. - LA PRESENTATION DES MOYENS DEMANDES DANS LE PROJET DE BUDGET

Le décret financier introduit, en la matière, une démarche nouvelle organisée selon une double distinction :

- distinction entre, d'une part, **les moyens de reconduction et les mesures nouvelles** pour la section d'exploitation du budget général et les budgets annexes et, d'autre part, **les opérations en cours et les opérations nouvelles** pour la section d'investissement ;
- distinction entre la part **des dépenses soumises au taux d'évolution** des dépenses hospitalières et la part des **dépenses gagées** par des produits ne provenant pas de l'activité hospitalière (régime dit des "activités subsidiaires").

#### 3.1 - Les moyens de reconduction et les mesures nouvelles

Le **projet de budget** est établi par le directeur de l'établissement en fonction notamment des **opérations d'équipement envisagées** dans le cadre de la mise en oeuvre des programmes d'investissement, et **des prévisions d'activité**, éventuellement corrigées, par rapport à celles présentées dans le rapport d'orientation, en fonction des réalisations de l'exercice en cours.

Il retrace donc en particulier **les moyens d'investissement et d'exploitation nécessaires à la réalisation de ces objectifs**.

#### 3.11 Les opérations de la section d'investissement

Conformément aux premier et second alinéas de l'article R. 714-3-44, les **propositions de dépenses et les prévisions de recettes de la section d'investissement** distinguent les éléments inhérents aux opérations en cours de ceux propres aux opérations nouvelles.

Pourront être notamment considérés comme **opérations nouvelles** :

**En dépenses :**

- Groupe 1 : remboursement de la dette

\* le remboursement du capital des nouveaux emprunts

- Groupe 2 : immobilisations
  - \* les acquisitions d'équipement matériel lourd et les travaux prévus, sur l'exercice concerné, dans le cadre de la mise en oeuvre des programmes d'investissement mentionnés au 2° de l'article L. 714-4 préalablement ou conjointement approuvés par l'autorité administrative ;
  - \* tous les autres travaux ou acquisitions d'équipement dont le financement est totalemment ou partiellement assuré par le recours à de nouveaux emprunts.
- Groupe 3 : reprises sur provisions
  - \* les reprises sur provisions envisagées en tant que de besoin.
- Groupe 4 : autres dépenses
  - \* Le montant prévisionnel des titres de participation liés aux actions nouvelles de coopération (participation à un syndicat interhospitalier, à un GIP ou à un GIE) ou à leur développement.

### **En recettes**

- Groupe 1 : emprunts
  - \* le montant prévisionnel des nouveaux emprunts.
- Groupe 2 : amortissements
  - \* le montant prévisionnel des amortissements résultant des investissements prévus audit budget.
- Groupe 3 : provisions
  - \* la constitution de provisions nouvelles.
- Groupe 4 : autres recettes
  - \* les ventes des titres de participation liés aux actions de coopération ;
  - \* les amortissements des nouveaux emprunts de trésorerie, des frais d'émission des nouveaux emprunts obligataires et des charges à étaler pour grosses réparations, pour la première année de leur prise en compte dans le budget d'investissement.

### 3.12 Les mesures de la section d'exploitation

S'agissant de la section d'exploitation du budget général et les budgets annexes, les **propositions de dépenses** de chacun des groupes fonctionnels doivent faire apparaître distinctement :

- **les moyens nécessaires à la poursuite de l'exécution des missions et des activités** dans des conditions identiques à celles approuvées l'année précédente (moyens dits de **reconduction**) ;
- **les mesures nouvelles**

A ce titre, est considérée comme mesure nouvelle **toute mesure portant majoration ou minoration des moyens de reconduction**. Les incidences budgétaires à retracer dans ce cadre correspondent donc :

- d'une part, aux **moyens complémentaires** nécessaires à la réalisation d'objectifs nouveaux ainsi que **leur mode de financement** et les nouvelles recettes dites "subsidiaries" éventuellement associées ;
- d'autre part, aux **effets**, en terme de **majoration** ou de **minoration** des dotations de base, **des choix de gestion interne** se traduisant par un redéploiement ou une adaptation des moyens aux besoins.

Tel peut être le cas d'une politique d'amélioration de la productivité permettant de dégager des moyens pour les affecter à des actions nouvelles, ou d'une politique de redistribution des moyens en fonction des variations d'activité constatées.

### 3.13 - Le dossier budgétaire

La nouvelle présentation des budgets par groupes fonctionnels et la distinction à opérer entre moyens de reconduction et mesures nouvelles impliquent une refonte de la présentation des documents budgétaires.

En application de l'article R.714-3-7, l'arrêté du 27 août 1992 (à paraître) fixe les modèles de présentation d'une part du **budget primitif soumis**, par groupes fonctionnels, **au vote** du conseil d'administration **et à l'approbation** de l'autorité administrative, dit "**budget par groupes fonctionnels**", d'autre part du **budget primitif approuvé ventilé** entre les comptes de chacun des groupes fonctionnels, dit "**budget exécutoire**".

Ces modèles, communs aux établissements publics de santé et aux établissements de santé privés participant au service public hospitalier, sont joints en **annexe 1** de la présente circulaire.

La normalisation des documents de présentation des décisions modificatives et des comptes fera l'objet d'un arrêté interministériel ultérieur.

S'agissant du "**budget par groupes fonctionnels**" soumis au vote du conseil d'administration, il est constitué des documents suivants :

- le **budget proprement dit** (article 1 de l'arrêté du 27 août 1992),
- une **annexe explicative** (article 2).

Il est complété des documents dont la liste est fixée par l'article R.714-3-16 (rapport du directeur, avis de la commission médicale et du comité technique d'établissement, tableau des emplois permanents visé à l'article L.714-4, état de répartition des charges par catégories tarifaires, propositions de tarifs de prestations).

Le budget, défini ci-avant, accompagné de la délibération du conseil d'administration est transmis à l'approbation de l'autorité administrative.

Il convient de souligner que la liste des documents mentionnés à l'article R. 714-3-16 est **plus limitative** que celle antérieurement fixée par le décret du 11 août 1983.

En effet, aux termes de l'article R. 714-3-29, la **commission à l'autorité administrative de toute autre information**, et en particulier l'inventaire des équipements et des matériels, l'état des propriétés foncières et immobilières et le tableau relatif à l'activité, aux moyens et aux consommations par centres de responsabilité, **n'est plus obligatoire lors de la transmission du budget mais doit être simplement assurée à sa demande** par l'établissement et ce, dans le cadre de l'exercice du contrôle de l'Etat.

Ces documents sont également tenus par les établissements à la disposition des organismes responsables de la gestion des régimes d'assurance maladie.

Les règles et le cadre de présentation des budgets, tels qu'ils sont présentés ci-dessus, sont également applicables aux établissements privés participant au service public hospitalier.

### **3.2 - Les activités subsidiaires**

L'article L. 714-14 définit les **conditions et modalités de développement des prestations de service et d'exploitation des brevets et licences** par les établissements **publics** de santé. A ce titre, il fixe deux principes :

- **l'inscription, hors taux d'évolution des dépenses hospitalières, de dépenses gagées par le produit des prestations de services et de l'exploitation des brevets et licences,**
- **la non opposabilité à l'assurance maladie des déficits éventuellement constatés.**

Sur la base des dispositions de l'**article L. 174-1 du code de la sécurité sociale**, qui donnent au pouvoir réglementaire le soin de fixer la part des dépenses hospitalières prises en charge par les régimes d'assurance maladie, le décret financier définit, en conformité avec l'article L.714-14, les nouvelles modalités d'encadrement des budgets hospitaliers.

Ce dispositif réglementaire **étend la possibilité de gager des dépenses hors taux d'évolution des dépenses hospitalières par toute recette ne provenant pas de l'activité hospitalière**, qu'il s'agisse des produits de cessions, des prestations de services développées au titre de l'article L.714-14 ou des autres recettes dites recettes accessoires **et par voie de conséquence la non-opposabilité des déficits éventuels résultant de la non-réalisation de ces recettes.**

Le présent décret, en fixant le régime de **ces activités et recettes dites subsidiaires**, apporte donc **un fondement juridique** à la pratique budgétaire actuelle, telle que préconisée dans le guide méthodologique d'aide à l'approbation des budgets du 16 décembre 1988 et dans les circulaires budgétaires annuelles parues depuis la campagne budgétaire 1986, par laquelle des recettes supplémentaires en cours de gestion pouvaient permettre de gager des dépenses nouvelles (décisions modificatives "gagées").

Seront donc successivement décrits **le dispositif des activités subsidiaires** et ses **modalités spécifiques d'application relatives**, d'une part, **aux conditions de développement des prestations de service** et, d'autre part, **aux conditions d'utilisation des recettes accessoires.**

### 3.21 - Le dispositif des activités subsidiaires

La **notion de subsidiarité ne peut avoir de traduction comptable** en termes de comptabilité générale. En effet, qu'il s'agisse du plan comptable général ou de l'instruction M.21, les dépenses de fonctionnement étant suivies par nature de dépenses et non par nature d'activité, il est **impossible** d'isoler comptablement les charges afférentes aux **activités subsidiaires**, d'autant que, par ailleurs, celles-ci ne peuvent être ni qualifiées, ni listées.

**Il n'est donc pas possible, a fortiori, d'isoler leur suivi dans le cadre d'un budget annexe.**

L'ensemble de ces observations conduit à appréhender la notion de subsidiarité par le biais de l'analyse des recettes. Ainsi, **toute recette qui n'est pas directement liée à l'activité hospitalière**, laquelle est facilement identifiable, **est considérée comme le produit d'une activité subsidiaire.**

En conséquence, la classification des recettes en groupes fonctionnels permet de distinguer :

- d'une part, les **produits liés à l'activité hospitalière**, en l'occurrence **la dotation globale de financement et les produits de la tarification de l'activité hospitalière** respectivement comptabilisés, aux termes de l'article R. 714-3-12, dans les groupes 1 et 2 de la section d'exploitation du budget général ;
- d'autre part, **l'ensemble des autres recettes dites "recettes subsidiaires"** comptabilisées dans le groupe 3 "autres produits" et le groupe 4 "transfert de charges".

**Le dispositif dit des activités subsidiaires** s'inscrit dans l'objectif de renforcement de l'**autonomie de gestion** accordée par la loi aux établissements publics de santé **et de responsabilisation** des acteurs internes. Il devrait donner aux établissements les moyens de **développer une nouvelle dynamique de gestion.**

**Ce dispositif s'applique également aux établissements privés participant au service public hospitalier.**

En effet, si l'article L. 715-7 prévoit que **seules les activités de participation** au service public font l'objet d'un **budget soumis à l'approbation** du représentant de l'Etat, en pratique, **les établissements privés**, comme les établissements publics, **ne peuvent pas toujours distinguer**, en comptabilité, **les dépenses strictement imputables aux activités hospitalières et celles résultant d'autres prestations.**

En conséquence, **le mode de fonctionnement des établissements privés participant** au service public hospitalier **justifie qu'ils bénéficient du dispositif des activités subsidiaires** et qu'une part de leurs dépenses de fonctionnement échappe à l'application du taux d'évolution des dépenses hospitalières, à condition qu'elle soit compensée par des produits ne relevant pas de la facturation de l'activité hospitalière proprement dite.

### **3.22 - Les conditions de développement des prestations de service**

Conformément aux dispositions de l'article R. 714-3-48, **les prestations de service** assurées par les établissements doivent rester **marginales** et ne peuvent être développées qu'**à partir des moyens nécessaires à l'exécution des missions de service public** qui leur sont imparties.

Elles ne peuvent donc faire l'objet de la mise en place d'équipements spécifiques, sans rapport avec les infrastructures logistiques ou techniques dont l'établissement doit nécessairement disposer, et/ou surdimensionnés par rapport à ses besoins propres.

Les prestations relevant du régime des activités subsidiaires correspondent :

- **soit à une cession à des tiers de prestations produites en priorité pour les usagers ou les besoins de gestion interne** (repas servis au personnel, aux accompagnants ou à l'extérieur, prestations médico-techniques ou informatiques assurées pour d'autres établissements, rétrocession de médicaments en ambulatoire, prestations fournies aux budgets annexes, ...)

Dans ce cadre, ces activités permettent de **rentabiliser les infrastructures logistiques et techniques en place**, par la production de prestations complémentaires.

- **soit à des prestations annexes fournies aux usagers** pour améliorer leurs conditions d'hébergement (téléphone, télévision, chambre particulière...), donnant lieu à une facturation individualisée hors dotation globale et tarifs de prestations.

**Les prestations de service visées par l'article R. 714-3-48 ne peuvent par ailleurs être réalisées au détriment des activités principales** et spécifiques incombant aux établissements publics de santé.

En conséquence, **elles ne peuvent engager l'établissement au-delà de l'exercice budgétaire** concerné que si les résultats excédentaires dégagés par ces activités présentent un caractère pérenne.

Si les conditions ainsi définies ne peuvent être réunies par les établissements, ces derniers disposent, de par la loi, d'autres solutions du type "syndicat inter-hospitalier" , "GIP" ou "GIE".

**Les autorisations de dépenses** nécessaires à la réalisation des prestations de service, si elles ne sont pas soumises au taux d'évolution des dépenses hospitalières, sont **impérativement gagées par les recettes correspondantes et les résultats déficitaires éventuels ne sont pas opposables aux financeurs publics.**

Ce dispositif, particulièrement **incitatif à la prudence** des gestionnaires hospitaliers, suppose le **strict respect des conditions de facturation des prestations de service** fixées par le second alinéa de l'article R. 714-3-48 et nécessite la mise en oeuvre d'une comptabilité analytique adaptée à la détermination des prix de revient réels des prestations fournies.

En ce qui concerne les **conditions de facturation** mentionnées ci-avant, il convient de préciser qu'**elles ne concernent en aucune manière les services exploités dans l'intérêt des personnels** (self du personnel, crèche ouverte aux enfants du personnel...) pour lesquels la politique sociale mise en oeuvre par chaque établissement prévoit généralement une participation de l'employeur et l'application d'un tarif inférieur au prix de revient.

### 3.23 - Les recettes accessoires

Ces recettes résultent essentiellement :

- de certains **actes de gestion** ; il s'agit notamment des placements financiers, des cessions d'éléments d'actifs, de l'incidence des conditions de négociation des marchés et de la reprise de provisions constituées en vue de couvrir un risque... ;
- de **régularisations d'opérations comptables** ; il s'agit essentiellement des opérations liées aux annulations et réémissions de mandats et de titres, à l'exception de celles visées au dernier alinéa de l'article R. 714-3-49-III) ;
- **de droits constatés** dont la facturation ne dépend pas de l'initiative du gestionnaire (remboursement d'indemnités journalières...).

Compte tenu de la nature même des recettes accessoires, **aucune condition relative à leur réalisation ne peut être fixée**, étant entendu que **leur existence n'a d'intérêt**, pour les établissements, que dans la mesure où ces recettes peuvent, comme dans la pratique actuelle, soit **gager des dépenses supplémentaires**, soit **être à l'origine d'excédents** affectés au financement de mesures d'investissement ou d'exploitation.

L'application du régime des activités subsidiaires aux recettes accessoires, telle que résultant des dispositions réglementaires, en l'occurrence **l'affectation de ces recettes à la couverture de dépenses inscrites hors taux d'évolution des dépenses hospitalières**, set donc **incitative à leur développement**.

Cependant, il va de soi que les prévisions de recettes accessoires doivent être effectuées, comme pour les prestations de services, **avec prudence** pour tous les postes dont la réalisation reste aléatoire, étant entendu que pour l'essentiel des produits concernés, **l'inscription**, au budget primitif ou par décision modificative, **des dépenses complémentaires gagées** ne peut **intervenir que lorsque le montant du produit est certain, notamment au moment de sa comptabilisation** (reprise sur provisions, produits financiers...).

#### **4. - LES REGLES DE FIXATION DES MONTANTS DES BUDGETS HOSPITALIERS**

Conformément aux dispositions de l'article R. 714-3-48 et compte tenu du régime des activités subsidiaires qui en découle, **l'inscription des autorisations de crédits**, pour la part des dépenses dont le financement est assuré **par les organismes d'assurance maladie** (dotation globale) et **par le produit de la facturation des tarifs de prestations**, est **soumise au taux d'évolution des dépenses hospitalières** fixé par les pouvoirs publics.

Par contre, les **dépenses complémentaires gagées par le développement des prestations de services** ainsi que celles qui le sont **par des recettes accessoires** donnent lieu à **autorisation hors taux d'évolution des dépenses hospitalières**.

En conséquence, la détermination des dotations budgétaires suppose préalablement :

- **une appréciation de l'évolution des produits relevant du régime des activités subsidiaires eu égard au taux d'évolution applicable au budget de reconduction ;**

En effet, **la reconduction des moyens à partir des dotations budgétaires de l'exercice précédent**, y compris celles gagées par des produits subsidiaires, **actualisées** en fonction d'un taux d'évolution retenu par l'autorité administrative, **n'est possible que si les produits subsidiaires évoluent à un taux égal**, voire supérieur, ce qui permet de gager des dépenses nouvelles.

**Dans l'hypothèse inverse**, les produits subsidiaires **n'assurent pas la couverture des dépenses qu'ils gageaient** sur l'exercice précédent et **la réduction de ces dotations est nécessaire**.

- **une appréciation des mesures nouvelles et de leur financement ;**

Les mesures nouvelles peuvent effectivement être **financées soit par la dotation globale et le produit des tarifs**, dans le cadre d'autorisations de crédits complémentaires alloués, **soit par redéploiement interne de moyens**, dans le cadre d'une réduction des moyens dits de reconduction, **soit par des nouveaux produits subsidiaires**.

Ces deux éléments d'analyse permettent de déterminer :

- **les dotations budgétaires assurant la reconduction des moyens**, qui tient compte des éléments évoqués ci-dessus (réduction pour perte de produits subsidiaires, redéploiement pour financement de mesures nouvelles) ;
- **les dotations budgétaires au titre des mesures nouvelles**, qui intègrent à la fois les dépenses complémentaires financées par l'assurance maladie et celles gagées par les nouveaux produits subsidiaires.

La méthodologie de calcul du budget général est retracée en **annexe 2**.

## **5. - LES MODALITES DE DETERMINATION DES TARIFS DE PRESTATIONS VISEES AUX ARTICLES R. 714-3-19 à R. 714-3-25**

Le décret financier introduit en la matière quatre innovations :

- **la création de nouveaux tarifs au titre des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation complète ;**
- **la prise en compte de nouveaux éléments pour le calcul des tarifs de prestations,**
- **la fixation par arrêté interministériel de certains tarifs de spécialités très coûteuses,**
- **un nouveau mode de calcul du supplément "régime particulier".**

### **5.1 - Les nouvelles catégories tarifaires**

En application des dispositions de l'article R. 714-3-19, un tarif distinct doit être fixé pour les modes de prise en charge suivants :

- **l'hospitalisation à temps partiel ;**

Ce tarif recouvre l'hospitalisation incomplète de jour ou de nuit.

Toutefois, compte tenu de la spécificité des établissements, une tarification distincte entre ces deux types d'hospitalisation, telle qu'elle existe actuellement dans le cadre de l'application du décret du 11 août 1983, peut être maintenue.

- **la chirurgie ambulatoire ;**

Ce nouveau tarif a pour objet d'isoler, au sein de l'hospitalisation de jour, les activités se traduisant par un mode de prise en charge diagnostic ou thérapeutique nécessitant le recours au bloc opératoire et à des pratiques d'anesthésie.

Il va de soi que le mode de fonctionnement de certains hôpitaux de jour rend difficile cette distinction tarifaire et que la frontière entre "chirurgie ambulatoire" et "hospitalisation de jour" ne peut pas toujours être clairement établie pour certaines pathologies traitées.

Les modalités de détermination du tarif de chirurgie ambulatoire feront donc l'objet d'instructions complémentaires ultérieures. Dans l'attente de ces instructions, les activités de chirurgie ambulatoire continueront d'être facturées sur la base de la tarification antérieurement appliquée.

- **l'hospitalisation à domicile**

Il s'agit-là d'une tarification déjà existante qui n'appelle aucun commentaire particulier.

## **5.2 - Le mode de calcul des tarifs de prestations**

Sans préjudice des dispositions de l'article R. 714-3-21 qui prévoient les conditions dans lesquelles les tarifs de prestations relatifs aux spécialités très coûteuses peuvent être fixés par arrêté interministériel, la méthodologie de calcul des tarifs de prestations d'hospitalisation et des interventions du SMUR définie respectivement aux articles R. 714-3-20 et R. 714-3-22 reste inchangée par rapport à celle fixée par la réglementation antérieure, en particulier en ce qui concerne la détermination du prix de revient prévisionnel, sous les réserves suivantes :

- la révision des tarifs de prestations en cours d'exercice liée au traitement des résultats (article R. 714-3-49),
- la détermination des tarifs de prestations initiaux lorsqu'à titre exceptionnel une décision modificative de l'exercice précédent n'a pas donné lieu à une révision des tarifs dudit exercice (article R. 714-3-37), dernier alinéa).

Il convient de préciser également que le décret financier ne modifie pas les modalités de calcul des tarifs applicables dans les unités ou centre de soins de longue durée.

### **5.21 - La révision des tarifs de prestations en cours d'exercice liée au traitement des résultats**

Les nouvelles modalités de traitement des résultats définies à l'article R. 714-3-49 emportent les conséquences suivantes sur les tarifs de prestations de l'exercice au cours duquel ils sont constatés :

- pour ce qui concerne **le traitement du résultat lié à l'activité hospitalière** et précisé au III de l'article R 714-3-49, **les plus ou moins values de recettes constatées** au compte administratif de l'exercice n-1 **sont prises en compte dans le calcul des tarifs de prestations** de l'exercice n, suivant des modalités retracées en **annexe 3 (tableau 3A)**,
- pour ce qui concerne **le traitement du solde des résultats** visé aux I et II de l'article R. 714-3-49, **seuls les excédents de l'exercice n-1 affectés à la couverture des charges** d'exploitation **viennent corriger le prix de revient prévisionnel de l'exercice n.**

En effet, **la reprise du déficit** de l'exercice n-1 par réduction des charges d'exploitation de l'exercice n **n'entraîne aucune révision des tarifs** de prestations.

### **5.22 - Les modalités spécifiques de détermination des tarifs de prestations initiaux liées à une décision modificative de l'exercice n-1**

En application de l'article R. 714-3-37, lorsqu'il n'a pas été possible de procéder en temps utile à la révision des tarifs de prestations qu'imposait une décision modificative de l'exercice n-1, **la charge indûment supportée par la dotation globale** de financement, en l'occurrence le montant du produit des tarifs de prestations qui auraient résulté d'une révision des tarifs, **doit être prise en compte pour le calcul des tarifs de prestations** de l'exercice suivant, selon des modalités précisées en **annexe 3 (tableau 3B)**.

### **5.3 - La tarification de certaines spécialités très coûteuses**

Conformément aux dispositions de l'article L.716-2, le décret financier introduit, dans son article R. 714-3-21, **la possibilité d'une fixation par arrêté interministériel des tarifs de certaines spécialités très coûteuses.**

Il vise à **unifier la base de facturation** des prestations les plus coûteuses, en fondant la nouvelle tarification sur **une analyse des coûts par pathologie**, et en supprimant ainsi tous les éléments différentiels spécifiques au mode d'organisation et de fonctionnement de chacune des structures hospitalières.

Cette démarche concerne dans un premier temps les transplantations d'organes.

Ces tarifs de spécialités très coûteuses seront arrêtés sur la base des données issues d'un **échantillon d'établissements**.

La mise en oeuvre de ce nouveau mode de tarification, qui constitue **une dérogation** au système actuel, nécessitera un accord du conseil d'administration ou de l'organe délibérant des établissements publics ou privés participant au service public concerné.

Les modalités d'application de ces dispositions feront l'objet d'instructions particulières ultérieures.

#### **5.4 - Le nouveau mode de calcul du supplément "régime particulier"**

Les dispositions de l'article R. 714-3-24 fixent un nouveau mode de calcul des tarifs en "régime particulier" basé sur une **majoration forfaitaire du tarif de prestation en régime commun relatif à la discipline d'organisation, égale au plus à 50 % du tarif moyen en régime commun toutes disciplines confondues**.

En effet, dans le cadre de la réglementation antérieure, **le supplément "régime particulier"** laissé à la charge du patient **variait en fonction de la spécialité tarifaire** alors même que les conditions de confort spécifiques à l'hospitalisation en régime particulier ne dépendent pas de la discipline.

Par ailleurs, la **majoration minimale anciennement préconisée, soit 10 %** du tarif en régime commun, peut paraître aujourd'hui **excessive** eu égard au montant de certains tarifs.

En conséquence, la modification introduite par le décret a pour objet d'**uniformiser ledit supplément et de laisser l'établissement juge du montant de la majoration** qui lui paraît la plus appropriée, étant entendu que cette majoration ne peut excéder 50 % du tarif moyen.

## **6. - LES MODALITES D'EXECUTION DES BUDGETS**

Le décret financier introduit, en la matière, des dispositions nouvelles concernant :

- **les décisions modificatives,**
- **le renforcement des outils internes de gestion et leur extension aux établissements privés participant au service public hospitalier,**
- **la suppression de la comptabilité des achats en classe 3 dans les établissements publics de santé,**
- **la réduction de la journée complémentaire.**

## **6.1 - Le nouveau régime des décisions modificatives**

Compte tenu du nouveau niveau d'approbation des budgets par groupes fonctionnels, et conformément aux dispositions de l'article R. 714-3-7, deux types de décisions modificatives sont désormais distingués, **celles qui modifient le montant des autorisations de dépenses par groupes fonctionnels et celles qui modifient la ventilation des autorisations de dépenses entre les comptes d'un groupe fonctionnel.**

### **6.11 - Les décisions portant modification du montant des autorisations de dépenses de chacun des groupes fonctionnels approuvés par l'autorité administrative**

**Ces décisions**, qu'elles portent inscription de dépenses complémentaires ou simple modification dans la répartition du total des autorisations de dépenses entre chaque groupe, font l'objet **d'une délibération du conseil d'administration soumise à l'approbation de l'autorité administrative**, dans des conditions et délais identiques au budget primitif.

S'agissant des décisions modificatives portant **demande d'autorisations de dépenses complémentaires**, elles peuvent **soit engendrer une demande de révision de la dotation globale** et des tarifs de prestations, **soit être gagées par l'inscription de nouvelles recettes** ne provenant pas de l'activité hospitalière, dans le cadre du régime dit "des activités subsidiaires".

Seules les décisions modificatives visées par l'article R. 714-3-37 entraînant révision de la dotation globale et des tarifs sont, conformément aux dispositions de l'article R. 714-3-31, soumises à l'avis des organismes d'assurance maladie.

**La procédure de vote et d'approbation des décisions modificatives définies ci-dessus s'imposent également aux établissements privés participant au service public hospitalier.**

### **6.12 - Les décisions portant modification de la ventilation des autorisations de dépenses entre les comptes d'un même groupe fonctionnel, sans en changer le montant total**

**Ces décisions**, qui retracent les virements de crédits ne relevant pas de la compétence spécifique du directeur, sont présentées au niveau des comptes composant chaque groupe fonctionnel et font l'objet **d'une délibération du conseil d'administration exécutoire de plein droit** dès sa transmission à l'autorité administrative.

**Cette procédure ne concerne pas les établissements privés** participant au service public hospitalier qui ne sont pas tenus de soumettre au vote du conseil d'administration ou de l'organe délibérant toutes les modifications dans la répartition entre les comptes des montants de dépenses autorisés par groupe fonctionnel.

Les conditions de modification, en cours d'année, du budget initial étant ainsi définies, il convient de préciser que **toute délibération exécutoire de plein droit**, dont l'application a **une incidence budgétaire doit**, selon les cas :

- **soit être prise en compte dans les propositions de dépenses soumises à approbation**, dans le cadre du budget primitif présenté par groupe fonctionnel, **et faire l'objet d'une inscription de crédits** sur les comptes concernés, **dans le cadre du budget rendu exécutoire** ;
- **soit faire l'objet d'une demande d'autorisation de dépenses nouvelles** sur le ou les groupes fonctionnels concernés, dans le cadre **d'une décision modificative soumise à approbation, si la mise en application de la délibération a pour effet de modifier le montant** du ou des groupes fonctionnels antérieurement approuvé ;
- **soit être financée dans le cadre des crédits précédemment autorisés au niveau du ou des groupes fonctionnels concernés**, dès lors que l'application de la délibération n'a pas pour effet de **modifier les montants desdits groupes**.

Dans cette dernière hypothèse, l'application de la délibération peut justifier soit d'une **procédure de virement par le directeur**, soit d'une **décision modificative portant nouvelle ventilation des dépenses autorisées et exécutoire de plein droit**.

**L'engagement d'une dépense nouvelle** résultant de l'application d'une délibération à portée financière (emprunts, tableau des emplois, ...) **ne peut être opéré par l'ordonnateur que sous les conditions précitées**, et ce conformément aux dispositions du dernier alinéa de l'article R. 714-3-7.

## **6.2 - Les outils de gestion interne**

Conformément aux dispositions des articles R. 714-3-42, R. 714-3-43 et R. 714-3-45, le directeur, ordonnateur du budget, est tenu de mettre en place un certain nombre d'outils de gestion interne.

Ces systèmes d'informations, dont certains résultent de la réforme du financement intervenue en 1983, répondent aux objectifs suivants :

- **suivi de l'exécution du budget** (comptabilité des dépenses engagées et suivi des effectifs rémunérés),
- **responsabilisation des acteurs internes** (centres de responsabilité) ;
- **évaluation des activités et des coûts** (comptabilité analytique par activités, mesure et évaluation des coûts de l'activité médicale conformément au PMSI).

### **6.21 - La comptabilité des dépenses engagées et le suivi des effectifs rémunérés**

Conformément aux dispositions de l'article R. 714-3-42, la comptabilité des dépenses engagées s'effectue au niveau des comptes composant chacun des groupes fonctionnels de dépenses et fixés par le décret pris en application de l'article L. 714-7.

**Les modalités de la tenue de la comptabilité des dépenses engagées** par les établissements publics de santé **restent inchangées** par rapport à la réglementation antérieure.

Par contre, s'agissant des **établissements privés participant au service public hospitalier**, l'article R. 715-7-1 prévoit **la mise en oeuvre d'un suivi des dépenses engagées**. Du fait de la spécificité du mode de fonctionnement desdits établissements, **il ne s'agit pas là de transposer purement et simplement les modalités de tenue de la comptabilité des dépenses engagées pratiquée par les établissements publics**, notamment en ce qui concerne le niveau des comptes suivis.

En effet, pour ces derniers, ce niveau découle des règles de comptabilité publique et plus particulièrement de l'incidence, sur l'engagement des dépenses, de la notion de "crédits limitatifs" et du contrôle de leur disponibilité.

L'objectif recherché est de **préconiser, dans les établissements privés, un suivi de l'exécution des budgets**, non seulement sur la base **des charges enregistrées en comptabilité générale** mais également **au moment de l'engagement** (valorisation des bons de commandes, mensualisation de certaines charges).

Ce suivi doit être mis en place en fonction de la **situation réelle** de chaque établissement, de l'organisation interne en matière d'achats (service centralisé ou non), des outils de comptabilité générale dont il dispose (production effective ou non de balances mensuelles des comptes) et des moyens potentiels à dégager pour atteindre l'objectif.

**Le système d'informations à créer ou à compléter nécessite donc une mise en oeuvre progressive** à des niveaux de comptes parfois agrégés.

L'essentiel est de disposer, dans les meilleurs délais possibles, d'un **suivi**, même global **au niveau des groupes fonctionnels**, de l'exécution du budget, **en tant que tableau de bord** désormais **indispensable à une meilleure maîtrise des dépenses et au respect des budgets approuvés**.

Le suivi des dépenses engagées est complété, dans les établissements publics comme dans les établissements privés, d'un **suivi trimestriel des effectifs rémunérés**.

## 6.22 - Les centres de responsabilité

L'**organisation en centres de responsabilité**, dont les modalités sont définies par l'article R. 714-3-45, relève désormais du **pouvoir du directeur** de l'établissement. Elle ne fait plus l'objet, en tant que telle, d'une délibération du conseil d'administration.

Toutefois, elle doit **s'adapter aux structures médicales, pharmaceutiques et odontologiques ainsi qu'aux autres services non médicaux** créés par délibération du conseil d'administration, sur la base du projet d'établissement.

Les conditions pratiques d'organisation en centres de responsabilité et d'élaboration des tableaux d'activités et de moyens restent celles définies antérieurement par la circulaire n° 31 du 18 juin 1984 modifiée relative à l'application des articles 26 à 28 du décret du 11 août 1983.

**Cette organisation ne concerne pas réglementairement les établissements privés participant au service public hospitalier, mais cet outil interne de gestion, tout au moins dans ses principes, leur est recommandé** dans la mesure où il constitue **une base de négociation** contribuant à la **responsabilisation des acteurs internes** et à **l'évaluation des conditions d'exécution des objectifs par services**.

## 6.23 - La comptabilité analytique

Les dispositions de l'article R. 714-3-43 fixent, sur ce thème, le principe de la tenue par l'ordonnateur d'une comptabilité analytique permettant d'identifier les **coûts par activité**, et plus particulièrement **les coûts par activité médicale**, tels qu'ils résultent notamment de la mise en oeuvre, **par le département d'information médicale**, du système d'informations sur les pathologies et leur mode de traitement (PMSI).

A ce propos, il convient de souligner que la loi du 31 juillet 1991 donne désormais une **base juridique formelle** aux différents **outils internes de gestion et d'évaluation de l'activité**, en terme de pratiques, d'organisation des soins et de coûts, notamment par pathologie, et que **ces dispositions sont applicables aux établissements privés participant au service public hospitalier**.

Les modalités de mise en oeuvre de ces outils de comptabilité analytique, ainsi que le calendrier d'application seront ultérieurement fixés par arrêté interministériel.

## 6.3 - La suppression de la comptabilité des achats en classe 3

A compter du 1er janvier 1993, **la comptabilité des achats de biens suivis en stock** dans les établissements publics de santé **sera effectuée directement en classe 6** de la section d'exploitation du budget général et, le cas échéant, des budgets annexes, conformément aux règles du plan comptable général.

Les modalités de mise en oeuvre de cette nouvelle disposition ainsi que les incidences à prévoir sur les opérations relatives aux achats et tout particulièrement celles afférentes aux activités ou services retracés dans un budget annexe sont décrites en **annexe 4**.

L'alignement au plan comptable général devrait entraîner un **sensible allègement des procédures relevant de la compétence de l'ordonnateur et du comptable public**, et tout particulièrement au moment des opérations de clôture d'exercice.

#### **6.4 - La réduction de la journée complémentaire**

Pour les établissements publics de santé, conformément aux dispositions fixées par l'article R. 714-3-38 et suivant des modalités et un calendrier qui seront définis ultérieurement par arrêté interministériel, **le délai laissé à l'ordonnateur et au comptable pour procéder aux opérations de clôture d'exercice**, qui est actuellement de deux mois, sera ramené à **un mois**.

Cette mesure a pour objet de permettre une meilleure **maîtrise du cycle budgétaire** en favorisant **l'adoption du compte administratif et du compte de gestion** dans les délais impartis, c'est-à-dire avant le 30 juin de l'exercice suivant celui auquel ils se rapportent. Le respect de cette échéance donnera lieu à un suivi conjoint par la direction des hôpitaux et par la direction de la comptabilité juridique.

Cependant, en l'état actuel des procédures de clôture, les établissements rencontrent des difficultés importantes pour produire, dans les délais, les résultats de leur gestion précédente, et ce malgré l'échéance actuelle de la journée complémentaire, soit le 28 février.

En conséquence, **la réduction de la journée complémentaire** fera l'objet d'une expérimentation, dans des établissements "pilotes", afin d'adapter les procédures en vigueur avant toute généralisation de la mesure.

L'alignement sur les règles du plan comptable général de la comptabilité des achats de produits stockés devrait concourir à l'allègement des opérations de clôture.

## 7. - LA PRESENTATION DES COMPTES ET LE NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT DES RESULTATS

Le décret financier comporte sur ce sujet des dispositions nouvelles concernant :

- les modalités de présentation du compte administratif et du compte de gestion,
- le mode de traitement des résultats

### 7.1 - Le compte administratif et le compte de gestion

Conformément à l'article R. 714-3-46 alinéa 3, le compte administratif, établi par le directeur, est accompagné d'une **annexe définie par référence à celles prévues au plan comptable général**.

Le contenu de cette annexe sera fixé prochainement par arrêté interministériel. Elle fournira **les éléments nécessaires à l'analyse financière** (état des immobilisations et tableau des amortissements, tableau d'amortissement des emprunts, état des créances et dettes...).

Par ailleurs, **le compte de gestion** établi par le comptable des établissements publics de santé devra être soumis à l'ordonnateur **avant le 1er juin** de l'exercice suivant celui auquel il se rapporte, dans des conditions fixées ultérieurement par arrêté interministériel.

Le **vote** du conseil d'administration sur les comptes, les résultats et leur affectation doit intervenir **au plus tard le 30 juin**, comme le prévoit déjà la réglementation actuelle.

**L'ensemble des documents définis ci-avant**, accompagnés de la délibération du conseil d'administration, **sont transmis, dans un délai de huit jours, à l'autorité administrative ainsi qu'à la caisse régionale d'assurance maladie** qui les tient à la disposition des organismes de la gestion des régimes d'assurance maladie.

Par application de l'article R. 715-7-1, **l'ensemble de ces dispositions**, à l'exception de celles concernant le compte de gestion, **s'appliquent aux établissements de santé privés participant au service public hospitalier**.

### 7.2 - Le traitement des résultats

**Le mode de traitement des résultats** constitue **un des points fondamentaux de la réforme** du régime financier des établissements publics de santé et des établissements de santé privés participant au service public hospitalier, en ce qui concerne les **résultats d'exploitation** du budget général et des budgets annexes.

Les innovations apportées découlent respectivement du régime des activités subsidiaires et de la suppression des subventions d'équilibre versées aux budgets annexes.

### 7.21 - Les règles d'affectation des résultats d'exploitation du budget général

Les dispositions de l'article R. 714-3-49 distinguent, comme dans la réglementation actuelle, **deux éléments** composant le résultat d'exploitation :

- d'une part, **les écarts entre les réalisations et les prévisions de recettes** provenant de la facturation de l'activité hospitalière,
- d'autre part, **le solde** correspondant aux **écarts entre les réalisations et les prévisions des autres recettes corrigés des écarts entre les dépenses réelles et les autorisations de dépenses.**

#### *7.211 - Le traitement des écarts entre les réalisations et les prévisions de recettes hospitalières*

**Les écarts constatés** entre les prévisions et les réalisations de recettes provenant de la facturation de l'activité hospitalière, retracées dans le groupe 2, font l'objet d'une **procédure de réajustement en baisse ou en hausse de la dotation globale et des tarifs de prestations** proche de la réglementation actuellement en vigueur.

La modification apportée aux dispositions de l'article 28-1 du décret du 11 août 1983 concerne **la révision des tarifs de prestations**, dont les modalités sont décrites ci-avant (cf. infra point 521) en fonction des écarts constatés, alors que la procédure de réajustement ne concernait jusqu'à présent que la dotation globale.

#### *7.212 - Le traitement du solde*

S'agissant des soldes excédentaires, les modes d'affectation restent inchangés par rapport à la réglementation antérieure, **étant entendu que la décision du conseil d'administration n'est plus désormais soumise à autorisation préalable** de l'autorité administrative.

En effet, le conseil d'administration ou l'organe délibérant a une **liberté de choix entre** les différentes possibilités (réserve de compensation, financement de mesures nouvelles d'exploitation ou d'investissement, couverture des charges de fonctionnement).

Par contre, la **modification importante** apportée par l'article R. 714-3-49-II) concerne **le mode de couverture des soldes déficitaires.**

Ainsi, compte tenu du nouveau régime des **activités subsidiaires, les soldes déficitaires**, engendrés par des moins-values de recettes accessoires et de produits de cessions de prestations de service (groupes 3 et 4) non compensées par une moindre consommation des dépenses autorisées, **ne font plus désormais l'objet d'un financement par l'assurance maladie.**

Ils viennent **s'imputer, pour la partie non couverte par une reprise sur la réserve de compensation, sur les autorisations de dépenses du dernier budget rendu exécutoire** de l'exercice suivant celui auquel ils se rapportent, sauf accord exprès de l'autorité administrative portant étalement de leur reprise sur trois ans.

L'affectation desdits déficits donne lieu à une décision modificative du budget concerné portant virement de crédits pour le montant nécessaire à leur couverture.

Ces dispositions constituent le **mécanisme de régulation** du développement des prestations de service et de l'affectation des recettes accessoires au financement de dépenses hors taux d'évolution des dépenses hospitalières.

Elles sont applicables aux établissements **publics** de santé ainsi qu'aux établissements de santé **privés participant à l'exécution du service public hospitalier**, conformément à l'article R. 715-7-1.

En ce qui concerne ces derniers, la **règle de non-opposabilité des déficits à l'assurance maladie et de couverture par réduction des moyens s'applique également aux déficits provenant du non-respect des dépenses autorisées** dans le cadre du dernier budget rendu exécutoire au titre de l'exercice concerné.

Ce mécanisme nouveau entrera en vigueur à compter de l'affectation des résultats de l'exercice 1993, sans préjudice des dispositions applicables pour les résultats des exercices 1991 et 1992, conformément aux articles 7 et 8 du décret financier.

Enfin, il convient de préciser que **les présentes dispositions ne s'appliquent pas aux résultats d'exploitation des centres de soins de longue durée**(cf. infra 123).

#### 7.22 - Les règles d'affectation des résultats des budgets annexes

Conformément aux dispositions de l'article R. 714-3-50, les **excédents de la dotation non affectée** peuvent être affectés soit **au financement d'opérations d'investissement, soit au financement de mesures d'exploitation du budget général.**

Les résultats excédentaires des **autres budgets annexes** peuvent être affectés :

- **à un compte de réserve de compensation,**
- **à la couverture de charges d'exploitation du budget annexe concerné ou au financement de mesures nouvelles d'investissement ou d'exploitation dudit budget.**

S'agissant des **déficits**, ils sont supportés par **ajout aux charges d'exploitation de chacun des budgets annexes concernés**, après reprise éventuelle sur la réserve de compensation correspondante.

### 7.23 - Les opérations d'affectation des résultats

En principe; les **résultats sont affectés au cours de l'exercice suivant celui auquel il se rapporte**, par décision modificative du budget.

Toutefois, un **étalement sur trois ans de la reprise des déficits peut être envisagé** pour le budget général, **sous réserve d'un accord exprès de l'autorité administrative**, ainsi que pour les unités et centres de soins de longue durée et pour les activités relevant de la loi sociale.

Les modalités d'enregistrement comptable des résultats seront définies ultérieurement.

## 8. - DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Celles-ci sont définies par les articles 6 à 10 du décret financier.

Elles concernent tout particulièrement les dispositions suivantes :

- **les modalités d'affectation des résultats des exercices 1991 et 1992 pour les établissements publics de santé (article 7) et pour les établissements de santé privés participant au service public hospitalier (article 8).**
- **les conditions de mise en oeuvre de certaines dispositions réglementaires.**

### 8.1 - Affectation des résultats 1991 et 1992

Les modes d'affectation des résultats antérieurs à l'exercice 1993 restent globalement inchangés par rapport à ceux antérieurement fixés par les articles 19 et 28-1 du décret du 11 août 1983 modifié.

Toutefois, les articles 7 et 8 du décret financier apportent les modifications suivantes :

- **d'une part, l'étalement obligatoire sur trois exercices de la reprise du déficit éventuel (de n+2 à n+4) ,**
- **d'autre part, la suppression, en ce qui concerne les établissements publics de santé, de l'approbation préalable, par l'autorité administrative, de la délibération portant affectation des résultats, cette dernière étant désormais en la matière exécutoire de plein droit ;**
- **enfin, l'extension de la procédure de correction liée au traitement des écarts de recettes hospitalières et visée par l'article 28-1 précité, aux tarifs de prestations.**

Il convient par ailleurs de préciser qu'en ce qui concerne **les délibérations portant sur l'affectation des résultats 1991** qui ont été prises avant la publication du décret financier, **les modalités retenues par le conseil d'administration sont exécutoires de plein droit**, même si la reprise des déficits éventuels est décidée sur un seul exercice.

## **8.2 - Conditions et calendrier d'application de certaines dispositions**

Conformément aux dispositions de l'article 10 du décret financier, il convient tout particulièrement de retenir que le **nouveau régime** mis en place par le décret s'applique à **compter de la procédure budgétaire 1993**, et donc à tous les actes y afférents (notamment la transmission sans délai du budget par groupe fonctionnel voté avant le 15 octobre 1992).

En revanche, les actes rattachables à l'exercice 1992 restent régis par le décret du 11 août 1983.

Toutefois, **les dispositions nouvelles fixant les modalités de révision a posteriori des tarifs de prestations résultant des décisions modificatives** approuvées ayant entraîné une révision de la dotation globale sans révision des tarifs correspondants **sont immédiatement applicables** aux décisions de l'exercice 1992.

Par ailleurs, **la réduction de la journée complémentaire n'intervenant qu'après une expérimentation**, celle-ci reste transitoirement fixée à deux mois et, durant cette période, la date limite de transmission de la dernière délibération exécutoire de plein droit portant décision modificative demeure fixée au 28 février.

De même, **la date limite de transmission du compte de gestion** par le comptable, prévue au 1er juin, **n'est pas immédiatement applicable** et prendra effet suivant un calendrier fixé par arrêté interministériel.

Enfin, **les états de présentation des activités et des coûts par pathologie** mentionnés dans les dispositions traitant du rapport d'orientation et de la mise en oeuvre de la comptabilité analytique **ne sont pas immédiatement exigibles** et feront l'objet d'une normalisation ultérieure.

## **9. - DISPOSITIONS DIVERSES**

En dehors des dispositions fixées par le décret financier, certaines règles concernant **d'une part les modalités de mise en oeuvre de l'article L. 713-12** traitant notamment de la participation des établissements publics de santé à des groupements d'intérêt public ou économique et, **d'autre part, du régime budgétaire et comptable applicable aux établissements de santé privés relevant du système du "prix de journée préfectoral"** méritent d'être explicitées.

### **9.1 - Modalités de mise en oeuvre de l'article L. 713-12**

**La loi du 31 juillet 1991 ouvre aux établissements publics de santé la possibilité, soit de participer, dans le cadre de leurs missions, à des GIP ou à des GIE (art. L. 713-12), soit de développer, dans le respect de leurs missions, des activités à titre subsidiaire (art. L. 714-14).**

Après analyse comparative du champ d'application des deux options, il apparaît qu'il n'y a **pas de différence fondamentale** dans la nature des activités concernées.

**L'un des facteurs déterminants quant au choix du mode d'action est la capacité potentielle de l'établissement public de santé à réaliser ou non, avec ses moyens propres et les infrastructures logistiques** dont il dispose, les activités visées pour un prix de revient "normal".

Ainsi, la constitution d'un GIP ou GIE permet aux établissements publics de santé de **mettre en commun leurs moyens d'exploitation ou d'investissement** pour réaliser, dans le cadre de leurs missions, une activité que chacun des établissements ne pourrait assurer avec ses moyens propres et/ou qui nécessiterait la mise en oeuvre d'équipements surdimensionnés par rapport aux besoins de chacun. Cette politique de "partenariat" peut s'ouvrir au secteur privé, et notamment à des entreprises à caractère industriel et commercial.

Cependant, si la participation à un GIP ou à un GIE peut présenter un certain nombre d'avantages, elle comporte au demeurant un **risque** car elle engage **la responsabilité financière** des établissements membres, responsabilité certes **limitée aux apports en ce qui concerne le GIP**, mais qui peut être **illimitée**, sauf clause contractuelle particulière, **en ce qui concerne le GIE**.

**Le risque inhérent à cette option doit donc être évalué a priori** afin de vérifier si les avantages, notamment en termes de coûts de réalisation (investissement et exploitation) des activités envisagées, sont suffisamment importants et certains pour justifier de la responsabilité engagée quant à la couverture des pertes éventuelles.

Eu égard à l'objectif prioritaire de **maîtrise des dépenses de santé**, la dotation globale et les tarifs de prestations ne doivent pas subir de majoration induite liée aux résultats d'exploitation déficitaires pouvant découler des actions de coopération menées dans le cadre d'un GIE ou GIP.

Il est tout autant indispensable que **la compensation des surcoûts** résultant des pertes d'exploitation du GIE ou GIP **ne compromette pas les missions imparties** aux établissements et, en l'occurrence, qu'elle n'engendre pas une réduction des moyens nécessaires à leur accomplissement.

Il importe donc, dans le respect du pouvoir de décision du conseil d'administration :

- d'une part, de **préconiser un certain nombre de recommandations quant aux conditions de participation à un GIE** (un guide méthodologique sera prochainement diffusé à cet effet),
- et, d'autre part, **de mettre en oeuvre un dispositif préventif** permettant tant au conseil d'administration qu'à l'autorité administrative d'apprécier l'efficacité et les risques liés aux actions de coopération.

L'établissement public membre doit disposer en cours d'année d'un état de suivi de l'activité et des dépenses du GIE/GIP lui permettant de vérifier la bonne exécution des missions confiées au groupement et l'utilisation des moyens alloués. A cet effet, un rapport moral et financier retraçant l'activité du groupement au cours de l'exercice écoulé devra être joint au compte administratif. Ce rapport figurera parmi les éléments d'information rendus obligatoires par l'année au compte administratif prévue à l'article R. 714-3-46.

Sans préjudice des dispositions réglementaires qui pourraient être prises à ce titre en application de l'article L. 713-12, **le contrôle assuré par l'autorité administrative peut s'exercer d'ores et déjà :**

- **au moment de la décision de participation, dans le cadre du contrôle de légalité et du contrôle financier de la délibération du conseil d'administration exécutoire de plein droit.**

Cette délibération, transmise au représentant de l'état accompagnée du projet de convention, doit au moins être complétée des éléments suivants, exigibles aux termes de l'article R. 714-3-29 du décret financier :

- l'objet du GIE/GIP (activité),
- les données de coûts (prix de revient des activités),
- l'évaluation des risques (comparaison avantages/risques financiers),
- la nature de la participation (apport, mise à disposition de moyens, ...).

La délibération est analysée en fonction des critères suivants :

- **compatibilité** des objectifs avec les missions imparties aux établissements de santé et eu égard au dispositif législatif et réglementaire en matière d'organisation générale de l'offre de soins,
- **enjeux financiers.** A ce titre, il appartient à l'autorité administrative, après analyse de l'opportunité et du bien-fondé de la décision, d'**apprécier et de contrôler le mode de financement des surcoûts** éventuellement engendrés, en cas d'apport en capital et d'emprunt contracté à ce titre.

Afin de permettre cette analyse, le décret financier prévoit notamment une répartition appropriée des dépenses d'investissement par groupes fonctionnels, permettant d'isoler dans un groupe distinct les charges liées aux titres de participations.

Les charges d'exploitation correspondantes peuvent être **compensées**, soit dans le cadre des autorisations de dépenses soumises au taux d'évolution des dépenses hospitalières **par une réduction des autres charges**, et ce sans remettre en cause les moyens nécessaires à la réalisation des missions imparties à l'établissement, soit par **inscription de dépenses gagées** par des recettes non hospitalières.

Si les besoins de financements prévisibles ne sont pas chiffrés ou prévus dans le budget de l'année ou supportables dans les budgets des années ultérieures par redéploiement, il est recommandé à l'autorité de tutelle **de déferer la délibération à la chambre régionale des comptes**.

- **en cours de fonctionnement, dans le cadre de l'examen du rapport moral et financier retraçant l'activité du GIE/GIP, ainsi que des budgets et des comptes administratifs de l'établissement public de santé** membre, retraçant notamment l'incidence budgétaire du fonctionnement du GIE/GIP sur ses comptes d'exploitation ;

Dans l'hypothèse **d'une perte d'exploitation**, l'autorité administrative peut **alerter l'établissement** public de santé membre sur les risques encourus et demander **l'inscription de provisions pour risques** au titre du déficit.

En outre, elle doit vérifier que cette perte est correctement prise en compte dans le calcul des tarifs de prestations de l'exercice suivant facturés par le GIE/GIP.

Enfin, elle peut décider **une mission d'enquête ou saisir la chambre régionale des comptes** si les problèmes financiers du GIE/GIP laissent présager sa dissolution et un endettement dont l'ampleur compromet l'équilibre budgétaire de l'établissement public de santé.

- **en cas de dissolution, l'inscription au budget ou par décision modificative des crédits nécessaires** à l'enregistrement des pertes, notamment en cas de licenciement de personnel, **ne devra être autorisée qu'après appréciation des circonstances**.

Le surcoût devra être gagé soit par des redéploiements de crédits ne remettant pas en cause les moyens nécessaires à l'activité hospitalière proprement dite, soit par des recettes subsidiaires, soit par un excédent de la DNA.

## **9.2 - Le régime budgétaire des établissements de santé privés à prix de journée préfectoral**

Le décret financier **ne concerne pas les établissements privés à prix de journée préfectoral, à l'exception des dispositions relatives aux centres de soins de longue durée.**

En conséquence, ces établissements demeurent soumis aux dispositions antérieures et en particulier à celles relatives au calendrier budgétaire et aux modalités de présentation et d'approbation des budgets, telles qu'elles résultent notamment du décret 58-1202 du 11 décembre 1958.

\* \* \*

Compte tenu de l'importance de la présente circulaire et du caractère urgent de sa diffusion qui subordonne la mise en oeuvre du nouveau dispositif réglementaire à compter de la campagne budgétaire 1993, je vous demande de veiller à ce que les directeurs d'établissements concernés en soient destinataires dans les plus brefs délais.

Vous voudrez bien me tenir informé de toute difficulté rencontrée à l'occasion de l'application des présentes instructions. Toutes précisions utiles pourront être obtenues auprès des bureaux (Tél. : 40.56.49.93, 40.56.43.73 et 40.46.45.65) et AF5 (Tél. : 40.56.41.23) et la sous-direction des Affaires Administratives et Financières - Direction des Hôpitaux.

Le ministre de la santé et  
de l'action humanitaire  
Pour le ministre et par délégation  
le directeur des hôpitaux  
Le ministre du budget

Le ministre des affaires sociales  
et de l'intégration  
Pour le ministre et par délégation  
Le Chef de service  
adjoint au directeur de la sécurité sociale

*Gérard VINCENT*

*Michel LAROQUE*

Pour le ministre et par délégation  
le directeur du budget  
par empêchement du directeur du budget  
le directeur adjoint

*Jean-Paul MARCHETTI*

# *ANNEXE I*

**MODELE DES DOCUMENTS DE PRESENTATION  
DES BUDGETS PRIMITIFS DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE  
ET DES ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES  
PARTICIPANT AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER**

Cette annexe comporte trois dossiers :

Dossier n° 1 : budget primitif par groupe fonctionnel

Dossier n° 2 : annexe explicative

Dossier n° 3 : budget primitif exécutoire.

**DOSSIER N° 1**

**BUDGET PRIMITIF  
PAR GROUPES FONCTIONNELS**

**Exercice n**

## DOSSIER N° 1 - BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS

### COMPOSITION DU DOSSIER

Récapitulation générale	Tableau RG
Section d'investissement	
dépenses	Tableau SI1 (2 volets)
recettes	Tableau SI2 (2 volets)
Section d'exploitation du budget général	
dépenses	Tableau SE1
recettes	Tableau SE2
<b><u>BUDGETS ANNEXES</u></b>	
DNA - dépenses	Tableau BA1
DNA - recettes	Tableau BA2
Unités de soins longue durée ou activités loi sociale	
dépenses	Tableau BA3
recettes	Tableau BA4
Etablissements de transfusion sanguine	
dépenses	Tableau BA5
recettes	Tableau BA6
Structures pour toxicomanes ou activités de lutte contre l'alcoolisme	
dépenses	Tableau BA7
recettes	Tableau BA8

**ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE  
ET ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES  
PARTICIPANT AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER**

**DESIGNATION DE  
L'ETABLISSEMENT**

**ADRESSE :**

**CODE FINESS :**

**BUDGET PRIMITIF**

**PAR**

**GROUPES FONCTIONNELS**

**EXERCICE 19**

**CONSEIL D'ADMINISTRATION**

DELIBERATION N°      DU

TRANSMISE LE

RECUE LE

APPROUVEE LE

**PRESIDENT DU CONSEIL  
D'ADMINISTRATION**

**M**

**ORDONNATEUR**

**M**

**BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS****EXERCICE n****RECAPITULATION GENERALE****Tableau RG**

<b>INTITULES</b>	<b>DEPENSES</b>			<b>RECETTES</b>		
	<b>Dernier budget approuvé n-1</b>	<b>Propositions</b>	<b>Approbations</b>	<b>Dernier budget approuvé n-1</b>	<b>Propositions</b>	<b>Approbations</b>
<b>Section d'investissement</b>						
<b>Section d'exploitation du budget général</b>						
D.N.A.						
Soins de longue durée						
E.T.S.						
Activités loi 75						
Alcoolisme						
Toxicomanie						
<b>Total budgets annexes</b>						
<b>TOTAL GENERAL</b>						

**BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS****EXERCICE n****SECTION D'INVESTISSEMENT - DEPENSES****Tableau SI1 volet 1**

<b>GROUPES FONCTIONNELS</b>	<b>Compte administratif n-2</b>	<b>Dernier budget approuvé n-1</b>	<b>PROPOSITIONS</b>		
			<b>Opérations en cours</b>	<b>Opérations nouvelles</b>	<b>Total</b>
<b>GROUPE 1</b> Remboursement de la dette					
<b>GROUPE 2</b> Immobilisations					
<b>GROUPE 4</b> Autres dépenses					
<b>SOUS-TOTAL 1</b> <b>EQUIPEMENT HOSPITALIER</b>					
<b>GROUPE 3</b> Reprise sur provisions					
<b>TOTAL CHARGES INVESTISSEMENT</b>					
EXCEDENT PREVISIONNEL SECTION INVESTISSEMENT dont autofinancement disponible	( )	( )	( )	( )	( )
<b>TOTAUX EQUILIBRES SECTION INVESTISSEMENT</b>					

**BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS****EXERCICE n****SECTION D'INVESTISSEMENT - DEPENSES (fin)****Tableau SI1 volet 2**

<b>A P P R O B A T I O N S</b>			<b>G R O U P E S F O N C T I O N N E L S</b>
<b>Opérations en cours</b>	<b>Opérations nouvelles</b>	<b>Total</b>	
			<b>GROUPE 1</b> Remboursement de la dette
			<b>GROUPE 2</b> Immobilisations
			<b>GROUPE 4</b> Autres dépenses
			<b>SOUS-TOTAL 1</b> <b>EQUIPEMENT HOSPITALIER</b>
			<b>GROUPE 3</b> Reprise sur provisions
			<b>TOTAL CHARGES D'INVESTISSEMENT</b>
( )	( )	( )	EXCEDENT PREVISIONNEL SECTION D'INVESTISSEMENT dont autofinancement possible
			<b>TOTAUX EQUILIBRES SECTION</b> <b>INVESTISSEMENT</b>

# BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS

EXERCICE n

## SECTION D'INVESTISSEMENT - RECETTES

Tableau SI2 volet 1

GROUPES FONCTIONNELS	Compte administratif n-2	Dernier budget approuvé n-1	PROPOSITIONS		
			Opérations en cours	Opérations nouvelles	Total
<b>GROUPE 1</b> Emprunts					
<b>GROUPE 2</b> Amortissements					
<b>GROUPE 4</b> Autres recettes					
Reprise de l'autofinancement disponible					
<b>SOUS-TOTAL 1 - Ressources de financement de l'équipement hospitalier</b>					
<b>GROUPE 3</b> Provisions					
<b>TOTAL RECETTES INVESTISSEMENT</b>					
REPRISE SUR EXCEDENT ANTERIEUR dont l'autofinancement	(            )	(            )	(            )	(            )	(            )
<b>TOTAUX EQUILIBRES SECTION INVESTISSEMENT</b>					

# BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS

EXERCICE n

## SECTION D'INVESTISSEMENT DU BUDGET GENERAL- RECETTES (fin)

Tableau SI2 volet 2

A P P R O B A T I O N S			G R O U P E S F O N C T I O N N E L S
Opérations en cours	Opérations nouvelles	Total	
			<b>GROUPE 1</b> Emprunts
			<b>GROUPE 2</b> Amortissements
			<b>GROUPE 4</b> Autres recettes
			Reprise de l'autofinancement disponible
			<b>SOUS-TOTAL 1</b> Ressources de financement de l'équipement hospitalier
			<b>GROUPE 3</b> Provisions
			<b>TOTAL RECETTES D'INVESTISSEMENT</b>
(            )	(            )	(            )	REPRISE SUR EXCEDENT ANTERIEUR dont l'autofinancement
			<b>TOTAUX EQUILIBRES</b> <b>SECTION INVESTISSEMENT</b>

# BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS

EXERCICE n

## SECTION D'EXPLOITATION DU BUDGET GENERAL- DEPENSES

**Tableau SE1**

GROUPES FONCTIONNELS	Compte administratif n-2	Dernier budget approuvé n-1	PROPOSITIONS			APPROBATIONS		
			Reconduction	Mesures nouvelles	Total	Reconduction	Mesures nouvelles	Total
<b>GROUPE 1</b> Dépenses de personnel								
<b>GROUPE 2</b> Dépenses médicales								
<b>GROUPE 3</b> Dépenses hôtelières et générales								
<b>GROUPE 4</b> Amort.prov. charges finan. et excep. Reprise des résultats								
<b>SOUS-TOTAL</b> <b>Charges classe 6</b>								
COUVERTURE DEFICITS ANTERIEURS*	////////////////////		////////////////////	////////////////////		////////////////////	////////////////////	
<b>TOTAL BUDGET GENERAL</b>								

\*Article 19(2) du décret n° 83-744 du 11/08/1983 et article 7(II) du décret n° 92-776 du 31/07/1992.

# BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS

EXERCICE n

## SECTION D'EXPLOITATION DU BUDGET GENERAL- RECETTES

**Tableau SE2**

GROUPES FONCTIONNELS	Compte administratif n-2	Dernier budget approuvé n-1	Propositions	Approbations
<b>GROUPE 1</b> Dotation globale				
<b>GROUPE 2</b> Produits de l'activité hospitalière				
<b>GROUPE 3</b> Autres produits				
<b>GROUPE 4</b> Transferts de charges				
<b>SOUS-TOTAL</b>				
REPRISE D'EXCEDENTS ANTERIEURS*	//////////////////// //////////////////// ////////////////////			
<b>TOTAL GENERAL</b>				

\*Article 19 du décret n° 83-744 du 11/08/1983 et article 7(I) du décret n° 92-776 du 31/07/1992.

# BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS

EXERCICE n

## DOTATION NON AFFECTEE- DEPENSES

Tableau BA1

GROUPES FONCTIONNELS	Compte administratif n-2	Dernier budget approuvé n-1	PROPOSITIONS			APPROBATIONS		
			Reconduction	Mesures nouvelles	Total	Reconduction	Mesures nouvelles	Total
<b>GROUPE 1</b> Charges de personnel								
<b>GROUPE 2</b> Autres charges								
<b>SOUS-TOTAL</b>								
COUVERTURE DEFICITS ANTERIEURS*	//////////////////// //////////////////// ////////////////////		//////////////////// //////////////////// ////////////////////	//////////////////// //////////////////// ////////////////////		//////////////////// //////////////////// ////////////////////	//////////////////// //////////////////// ////////////////////	
<b>TOTAL GENERAL</b>			//////////////////// //////////////////// ////////////////////	//////////////////// //////////////////// ////////////////////		//////////////////// //////////////////// ////////////////////	//////////////////// //////////////////// ////////////////////	

\*Article 11 du décret n° 83-744 du 11/08/83.

# BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS

EXERCICE n

DOTATION NON AFFECTEE - RECETTES

Tableau BA2

GROUPES FONCTIONNELS	Compte administratif n-2	Dernier budget approuvé n-1	Propositions	Approbations
<b>GROUPE 1</b> Produits de la DNA				
<b>GROUPE 2</b> Reprise sur amortissements et provisions transfert de charges				
<b>TOTAL GENERAL</b>				

## BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS

EXERCICE n

### UNITES DE SOINS DE LONGUE DUREE OU ACTIVITES RELEVANT DE LA LOI SOCIALE -DEPENSES

Tableau SE1

GROUPES FONCTIONNELS	Compte administratif n-2	Dernier budget approuvé n-1	PROPOSITIONS			APPROBATIONS		
			Reconduction	Mesures nouvelles	Total	Reconduction	Mesures nouvelles	Total
<b>GROUPE 1</b> Dépenses de personnel								
<b>GROUPE 2</b> Dépenses médicales								
<b>GROUPE 3</b> Dépenses hôtelières et générales								
<b>GROUPE 4</b> Amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles								
<b>SOUS-TOTAL</b>								
COUVERTURE DEFICITS ANTERIEURS*	//////////////////// //////////////////// ////////////////////		//////////////////// //////////////////// ////////////////////	//////////////////// //////////////////// ////////////////////		//////////////////// //////////////////// ////////////////////	//////////////////// //////////////////// ////////////////////	
<b>TOTAL BUDGET GENERAL</b>	//////////////////// //////////////////// ////////////////////		//////////////////// //////////////////// ////////////////////	//////////////////// //////////////////// ////////////////////		//////////////////// //////////////////// ////////////////////	//////////////////// //////////////////// ////////////////////	

\*Article 11 du décret n° 83-744 du 11/08/1983

# BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS

EXERCICE n

## UNITES DE SOINS DE LONGUE DUREE OU ACTIVITES RELEVANT DE LA LOI SOCIALE - RECETTES

Tableau BA4

GROUPES FONCTIONNELS	Compte administratif n-2	Dernier budget approuvé n-1	Propositions	Approbations
<b>GROUPE 1</b> Forfait global de soins				
<b>GROUPE 2</b> Forfaits journaliers de soins				
<b>GROUPE 3</b> Produits de l'hébergement				
<b>GROUPE 4</b> Autres produits				
<b>SOUS-TOTAL</b>				
REPRISE EXCEDENTS ANTERIEURS*	////////////////////			
<b>TOTAL GENERAL</b>				

\*Article 11 du décret n° 83-744 du 11/08/1983.

# BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS

EXERCICE n

## ETABLISSEMENTS DE TRANSFUSION SANGUINE - DEPENSES

Tableau BA5

GROUPES FONCTIONNELS	Compte administratif n-2	Dernier budget approuvé n-1	PROPOSITIONS			APPROBATIONS		
			Reconduction	Mesures nouvelles	Total	Reconduction	Mesures nouvelles	Total
<b>GROUPE 1</b> Dépenses de personnel								
<b>GROUPE 2</b> Dépenses médicales								
<b>GROUPE 3</b> Autres charges								
<b>SOUS-TOTAL</b>								
COUVERTURE DEFICITS ANTERIEURS*	////////////////		////////////////	////////////////		////////////////	////////////////	
<b>TOTAL GENERAL</b>			////////////////	////////////////		////////////////	////////////////	

\*Article 11 du décret n° 83-744 du 11/08/1983

# BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS

EXERCICE n

## ETABLISSEMENTS DE TRANSFUSION SANGUINE - RECETTES

Tableau BA6

GROUPES FONCTIONNELS	Compte administratif n-2	Dernier budget approuvé n-1	Propositions	Approbations
<b>GROUPE 1</b> Produits du sang et dérivés				
<b>GROUPE 2</b> Produits de l'activité de laboratoire				
<b>GROUPE 3</b> Autres produits				
<b>SOUS-TOTAL</b>				
REPRISE EXCEDENTS ANTERIEURS*	//////////////////// //////////////////// //////////////////// ////////////////////			
<b>TOTAL GENERAL</b>				

\*Article 11 du décret n° 83-744 du 11/08/1983.

**BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS**

**EXERCICE n**

**STRUCTURES POUR TOXICOMANES - ACTIVITES DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME- DEPENSES**

**Tableau BA7**

GROUPES FONCTIONNELS	Compte administratif n-2	Dernier budget approuvé n-1	PROPOSITIONS			APPROBATIONS		
			Reconduction	Mesures nouvelles	Total	Reconduction	Mesures nouvelles	Total
<b>GROUPE 1</b> Dépenses de personnel								
<b>GROUPE 2</b> Dépenses médicales								
<b>GROUPE 3</b> Autres charges								
<b>SOUS-TOTAL</b>								
<b>COUVERTURE DEFICITS ANTERIEURS*</b>	//////////////////// ////////////////////		//////////////////// ////////////////////	//////////////////// ////////////////////		//////////////////// ////////////////////	//////////////////// ////////////////////	
<b>TOTAL GENERAL</b>			//////////////////// //////////////////// ////////////////////	//////////////////// //////////////////// ////////////////////		//////////////////// //////////////////// ////////////////////	//////////////////// //////////////////// ////////////////////	

\*Article 11 du décret n° 83-744 du 11/08/1983.

# BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS

EXERCICE n

## STRUCTURES POUR TOXICOMANES - ACTIVITES DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

Tableau BA8

GROUPES FONCTIONNELS	Compte administratif n-2	Dernier budget approuvé n-1	Propositions	Approbations
<b>GROUPE 1</b> Subvention Etat				
<b>GROUPE 2</b> Autres produits				
<b>SOUS-TOTAL</b>				
REPRISE EXCEDENTS ANTERIEURS*	//////////////////// //////////////////// ////////////////////			
<b>TOTAL GENERAL</b>				

\*Article 11 du décret n° 83-744 du 11/08/1983.

**DOSSIER N° 2**

**ANNEXE EXPLICATIVE  
DU BUDGET PRIMITIF  
PAR GROUPES FONCTIONNELS**

**Exercice n**

## DOSSIER N° 2 - ANNEXE EXPLICATIVE DU BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS

### COMPOSITION DU DOSSIER

#### DEVELOPPEMENT DES OPERATIONS BUDGETAIRES DE LA SECTION D'EXPLOITATION DU BUDGET GENERAL

##### Dépenses

groupe 1 :	dépenses de personnel	Tableau D1
groupe 2 :	dépenses médicales	Tableau D2
groupe 3 :	dépenses hôtelières et générales	Tableau D3
groupe 4 :	amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles	Tableau D4

##### Recettes

groupes 1 et 2 :	dotation globale et produits de l'activité hospitalière	Tableau R1
groupe 3 :	autres produits	Tableau R2

#### PREVISIONS D'ACTIVITES

##### Activités d'hospitalisation retracées dans le budget général

Activités des services d'hospitalisation complète de courte durée et psychiatrie (2 volets)	Tableau SA1
Activités des services de suite et de réadaptation (2 volets)	Tableau SA2
Activités des services d'alternative à l'hospitalisation	Tableau SA3

##### Ensemble des activités d'hospitalisation et d'hébergement

Activités de chacun des budgets annexes et rappel des activités d'hospitalisation du budget général (2 volets)	Tableau SA4
--	-------------

##### Autres activités

Activités ambulatoires et des services médico-techniques (2 volets)	Tableau SA5
---	-------------

#### MESURES NOUVELLES

Récapitulation des mesures nouvelles et de leur financement Fiche individuelle par mesure nouvelle (2 volets)	Tableau RM Fiche M
--	-----------------------

#### DETERMINATION DU BUDGET

Détermination du budget de reconduction	Tableau C1
Détermination du budget primitif (reconduction et mesures nouvelles)	Tableau C2
Détermination du budget soumis au taux d'évolution des dépenses hospitalières	Tableau C3

## BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS

EXERCICE n

DEVELOPPEMENT DES OPERATIONS BUDGETAIRES - BUDGET GENERAL - DEPENSES  
GROUPE 1 - DEPENSES DE PERSONNEL

DEPENSES DE PERSONNEL	Compte administratif n-2	Dernier budget exécutoire n-1	PROPOSITIONS		
			Reconduction	Mesures nouvelles	Total
PERSONNEL NON MEDICAL					
PERSONNEL MEDICAL					
SOUS-TOTAL HOSPITALIER					
PERSONNEL MEDICAL INTERIMAIRE					
PERSONNEL NON MEDICAL INTERIMAIRE					
<b>TOTAL GENERAL</b>					

## BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS

EXERCICE n

DEVELOPPEMENT DES OPERATIONS BUDGETAIRES - BUDGET GENERAL - DEPENSES  
GROUPE 2 - DEPENSES MEDICALES

DEPENSES MEDICALES	Compte administratif n-2	Dernier budget exécutoire n-1	PROPOSITIONS		
			Reconduction	Mesures nouvelles	Total
PRODUITS PHARMACEUTIQUES					
AUTRES PRODUITS					
SOUS-TOTAL					
SERVITEURS EXTERIEURS					
<b>TOTAL GENERAL</b>					

## BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS

EXERCICE n

DEVELOPPEMENT DES OPERATIONS BUDGETAIRES - BUDGET GENERAL - DEPENSES  
GROUPE 2 - DEPENSES HOTELIERES ET GENERALES

DEPENSES HOTELIERES ET GENERALES	Compte administratif n-2	Dernier budget exécutoire n-1	PROPOSITIONS		
			Reconduction	Mesures nouvelles	Total
ACHATS					
SERVICES EXTERIEURS					
IMPOTS ET TAXES					
AUTRES CHARGES					
<b>TOTAL GENERAL</b>					

## BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS

EXERCICE n

DEVELOPPEMENT DES OPERATIONS BUDGETAIRES - BUDGET GENERAL - DEPENSES  
GROUPE 4 - AMORTISSEMENTS, PROVISIONS, CHARGES FINANCIERES ET EXCEPTIONNELLES

AUTRES CHARGES	Compte administratif n-2	Dernier budget exécutoire n-1	PROPOSITIONS		
			Reconduction	Mesures nouvelles	Total
AMORTISSEMENTS					
PROVISIONS					
FINANCIERES					
EXCEPTIONNELLES					
<b>TOTAL GENERAL</b>					

## BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS

EXERCICE n

DEVELOPPEMENT DES OPERATIONS BUDGETAIRES - BUDGET GENERAL - RECETTES  
GROUPES 1 ET 2 - DOTATION GLOBALE ET PRODUITS DE L'ACTIVITE HOSPITALIERE

Produits de l'activité hospitalière	Compte administratif n-2	Dernier budget exécutoire n-2	Propositions
<b>GROUPE 1</b> DOTATION GLOBALE DE FINANCEMENT			
<b>GROUPE 3</b> PRODUITS DES TARIFS DE PRESTATIONS (art. R. 714-3-19) et IVG			
CONVENTIONS INTERNATIONALES			
FORFAIT HOSPITALIER			
CONSULTATIONS ET SOINS			
PRODUITS DIVERS (SAMU-PMI-ECOLES)			
<b>TOTAL GROUPE 2</b>			
<b>TOTAL GROUPES 1 ET 2</b>			

## BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS

EXERCICE n

DEVELOPPEMENT DES OPERATIONS BUDGETAIRES - BUDGET GENERAL - RECETTES  
GROUPE 3 - AUTRES PRODUITS

Autres produits	Compte administratif n-2	Dernier budget exécutoire n-2	Propositions
VENTE DE PRODUITS ET MARCHANDISES			
PRESTATIONS DE SERVICE			
SUBVENTIONS ET PARTICIPATIONS			
PRODUITS FINANCIERS ET EXCEPTIONNELS			
REPRISE SUR PROVISIONS			
PRODUITS GESTION COURANTE			
<b>TOTAL GENERAL</b>			







## BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS

EXERCICE n

## ETAT RECAPITULATIF DES ACTIVITES HOSPITALIERES

ACTIVITES DES SERVICES DE SUITE ET DE READAPTATION  
RETRACEES DANS LE BUDGET GENERAL

NATURE DES ACTIVITES	ENTREES TOTALES				DUREE MOYENNE DE SEJOUR *		ACTIVITES RETENUES	
	Estima- tions n-1	PREVISIONS			n - 1	n	Entrées totales	Durée moyenne de séjour
		Reconduction	Activités nouvelles	Total				
Maladie à évolution prolongée								
Repos, régime, convalescence								
Rééducation, réadaptation fonctionnelle								
Autres disciplines								
<b>TOTAL GENERAL</b>								

\* Calculée sur les entrées totales

**BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS  
EXERCICE n**

**ETAT RECAPITULATIF DE ACTIVITES HOSPITALIERES**

**ACTIVITES DES SERVICES D'ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION  
RETRACEES DANS LE BUDGET GENERAL**

NATURE DES ACTIVITES	POSTES - PLACES INSTALLEES				VENUES - SEANCES - JOURNEES				ACTIVITES RETENUES	
	n - 1	PREVISIONS			Estimations n - 1	PREVISIONS			POSTES PLACES	VENUES SEANCES JOURNEES
		Reconduction	Activités nouvelles	Total		Reconduction	Activités nouvelles	Total		
Hospitalisation à temps partiel**										
Chirurgie ambulatoire										
Hospitalisation à domicile										
Sectorisation psychiatrique										
<b>TOTAL GENERAL</b>										

\* indiquer : - pour l'HAD, le nombre de journées d'intervention auprès du malade  
- pour la chirurgie ambulatoire, le nombre de patients traités (= nombre de journées)

\*\* y compris prise en charge des insuffisances chroniques et chimiothérapie.





**Tableau SA5 Volet 1**

**BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS  
Exercice n**

**ETAT RECAPITULATIF DES ACTIVITES HOSPITALIERES**

**ACTIVITES AMBULATOIRES (CONSULTATIONS ET SOINS EXTERNES, URGENCES)  
ET ACTIVITES DES SERVICES MEDICO-TECHNIQUES**

NATURE DES SERVICES	ACTIVITES AU PROFIT DES HOSPITALISES ET CONSULTANTS		PRESTATIONS SERVIES POUR L'EXTERIEUR		TOTAL ACTIVITES PRODUITES	
	Estimations n-1	Prévisions n	Estimations n-1	Prévisions n	Estimations n-1	Prévisions n
<b>CONSULTATIONS ET SOINS EXTERNES</b> (nombre d'actes - C et CS coefficients bruts)						
Court séjour						
Moyen séjour						
Autres disciplines						
<b>TOTAL</b>						
<b>URGENCES</b> (nombre de passages)						
<b>TOTAL</b>						
dont suivies d'hospitalisation						
<b>DIVERS</b> * (nombre de coefficients bruts de lettre-clé par activité)						
Explorations fonctionnelles						
Anesthésiologie et réveil						
Radiothérapie						

\* A détailler au besoin selon la nomenclature dite "N50" (réf. DESS 90 BO n° 91 bis pages 17 à 41).

**BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS**  
Exercice n

**ETAT RECAPITULATIF DES ACTIVITES HOSPITALIERES**

**ACTIVITES AMBULATOIRES (CONSULTATIONS ET SOINS EXTERNES, URGENCES)  
ET ACTIVITES DES SERVICES MEDICO-TECHNIQUES**

NATURE DES SERVICES	ACTIVITES AU PROFIT DES HOSPITALISES ET CONSULTANTS		PRESTATIONS SERVIES POUR L'EXTERIEUR		TOTAL ACTIVITES PRODUITES	
	Estimations n-1	Prévisions n	Estimations n-1	Prévisions n	Estimations n-1	Prévision n
<b>IMAGERIE MEDICALE</b> (nombre d'examens et de coefficients bruts de lettre-clé par activité)						
<b>RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE</b>						
Nb examens						
Nombre Z						
<b>SCANNER</b>						
Nombre F.T.						
<b>I.R.M.</b>						
Nombre F.T.						
<b>ANGIOGRAPHIE</b>						
Nb Examens						
Nombre K						
Nombre Z						
<b>LABORATOIRES</b> (nombre d'examens et de coefficients bruts de lettre-clé par activité)						
Nb Examens						
Nombre B						
<b>BLOCS OPERATOIRES</b> (nombre d'interventions et de coefficients bruts de lettre-clé par activité)						
Interventions*						
Nombre K						
K/Interventions						
<b>REEDUCATION-KINESITHERAPIE</b> (nombre de patients suivis et de coefficients bruts de lettre-clé)						
Nb patients						
Nombre AMK						

\* nombre de malades inscrits dans les cahiers légaux des blocs opératoires

**BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS**  
Exercice n

**RECAPITULATIF DES MESURES NOUVELLES ET DE LEUR FINANCEMENT**

N°	NATURE DES MESURES	REFERENCE  (projet, texte législatif ou réglementaire..)	INCIDENCE BUDGETAIRE ET MODE DE FINANCEMENT				
			COUT BRUT (a)	Coût brut compensé par redéploiement (b)	Coût net (c=a-b)	Mode de financement du coût net	
						Gagé par recettes G3 et G4 (d)	Financé par recettes G1 et G2 (e)
01							
02							
03							
04							
04							
06							
///////	<b>TOTAL</b>	////////////////////					

**Fiche M volet 1**

**BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS**

**EXERCICE n**

**FICHE INDIVIDUELLE PAR MESURE**

**MESURE N°**

**Prévue au rapport d'orientation**      Oui      Non

---

**NATURE :**

**REFERENCE :**

**STRUCTURE OU SERVICE CONCERNE :**

---

**OBJECTIFS QUANTIFIES :**

(indiquer, notamment pour les activités médicales ou médico-techniques, les prévisions d'activité et, en cas de développement d'une activité déjà assurée, préciser les réalisations actuelles).

---

**MOYENS NECESSAIRES :**

(Indiquer les moyens en équipement, installation et personnel nécessaires à la réalisation de l'objectif, tels qu'ils étaient envisagés dans le rapport d'orientation, avec actualisation éventuelle. En cas de besoin en terme de personnel ou de temps médical, indiquer les redéploiements ou

transformations de postes envisagés, ainsi que les créations nettes. En cas de développement d'une activité déjà assurée, rappeler les moyens en personnel existants).

**BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS  
EXERCICE n**

**FICHE INDIVIDUELLE PAR MESURE**

**INCIDENCE BUDGETAIRE**

EN TERME D'INVESTISEMENT

EN TERME D'EXPLOITATION

**COUTS D'EXPLOITATION ET MODE DE FINANCEMENT :**

GROUPES DEPENSES	COUT BRUT (a)	INCIDENCE BUDGETAIRE	
		Coût brut compensé par redéploiement (b)	Coût net (c)
G1 médical non médical S/TOT 1			
G2 pharmaceutique autres extérieur S/TOT 2			
G3 achats extérieur impôts autres S/TOT 3			
G4 charges financières charges except. amortissements provisions S/TOT 4			
TOTAL			
couvert recettes G3 G4*	////////////////	////////////////	
financé recettes G1 G2**	////////////////	////////////////	

\* Indiquer le montant des dépenses gagées par des recettes subsidiaires

\*\* Il s'agit-là du montant des dépenses supplémentaires à inscrire au titre des mesures nouvelles à la charge de la dotation globale et des tarifs.

**BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS  
EXERCICE n**

**DETERMINATION DU BUDGET DE RECONDUCTION**

GROUPES	DERNIER BUDGET APPROUVE n-1 (1)	CORRECTIONS DE BASE		DERNIER BUDGET CORRIGE n-1 (4)	Taux Evolution n/n-1 (5)	BUDGET THEO- RIQUE n (6)	ELEMENTS CORRECTEURS DU BUDGET THEORIQUE n			BUDGET RECONDUCTION n (10)
		Mesures n-1 non reconduites (2)	Incidence année pleine mesures n-1 (3)				Ajuste- ments entre groupes (7)	Redéploiement pour mesures nouvelles (8)	Réduction des dépenses gagées (9)	
G1										
G2										
G3										
G4										
TOTAL							0			

Le dernier budget approuvé n-1 corrigé (colonne 4) est égal au dernier budget approuvé de l'exercice n-1 corrigé :

- en baisse, des dotations budgétaires allouées en n-1 au titre de mesures spécifiques à l'établissement non reconductibles en n (colonne 2) ;
- en hausse, de l'incidence en année pleine (valeur n-1) de mesures spécifiques reconductibles et prises en compte partiellement dans le budget n-1 (colonne 3).

Le budget théorique de l'exercice n (colonne 6) est égal au budget corrigé de n-1 (colonne 4) actualisé, toute chose étant égale par ailleurs, en fonction des taux indiqués en colonne 5.

Le budget de reconduction de l'exercice n (colonne 10) est égal au budget théorique n corrigé :

- en plus ou en moins, des ajustements de dotations budgétaires modifiant la répartition du total des dépenses entre les groupes (colonne 7),
- en moins, des redéploiements de crédits affectés au financement de mesures nouvelles (colonne 8) ;
- en moins, de la part des dépenses gagées en n-1 dont la couverture n'est plus assurée par les recettes subsidiaires prévues sur l'année n.

**Tableau C2****BUDGET PRIMITIF PAR GROUPES FONCTIONNELS  
EXERCICE n****DETERMINATION DU BUDGET PRIMITIF**

<b>GROUPES FONCTIONNELS</b>	<b>BUDGET DE RECONDUCTION (1)</b>	<b>MESURES NOUVELLES (2)</b>	<b>BUDGET PRIMITIF (3 = 1 + 2)</b>
<b>GROUPE 1</b> - Personnel			
<b>GROUPE 2</b> - Dépenses médicales			
<b>GROUPE 3</b> - Hôtelières et générales			
<b>GROUPE 4</b> - Amort./Prov./Financ./Exc.			
<b>TOTAL</b>			

**Tableau C3**

**BUDGET PRIMITIF PAR GROUPE FONCTIONNEL  
EXERCICE n**

**DETERMINATION DU BUDGET SOUMIS AU TAUX D'EVOLUTION  
DES DEPENSES HOSPITALIERES**

**1) FINANCEMENT COMPLEMENTAIRE ASSURE PAR LA DOTATION GLOBALE ET LE  
PRODUIT DE L'ACTIVITE HOSPITALIERE**

ELEMENTS	MONTANTS
Financement de mesures nouvelles (1)	
Produits subsidiaires éventuellement affectés au financement de la part des dépenses couvertes par le dotation globale et le produit de l'activité hospitalière (dite budget "hospitalier") (2)	
<b>TOTAL DU FINANCEMENT COMPLEMENTAIRE SUR MARGE DE MANOEUVRE</b> (h = 1 - 2 à reporter sur le tableau 2 ci-dessous)	

**2) DETERMINATION DU BUDGET PRIMITIF ET DE LA PART DES DEPENSES COUVERTE  
PAR LA DOTATION GLOBALE ET LE PRODUIT DE L'ACTIVITE HOSPITALIERE (DITE  
BUDGET "HOSPITALIER") SOUMISE au taux D'EVOLUTION DES DEPENSES  
HOSPITALIERES**

ELEMENTS DE CALCUL	MONTANTS
DERNIER BUDGET APPROUVE n-1 (a)	
DEPENSES GAGEES PAR RECETTES SUBSIDIAIRES DE n-1 A DEDUIRE (b)	
<b>BUDGET "HOSPITALIER" n-1</b> (c = a-b)	
CORRECTIONS EN PLUS (d) (effet année pleine des mesures spécifiques à l'établissement reconduc- tibles)	
CORRECTIONS EN MOINS (e) (mesures spécifiques à l'établissement non reconductibles)	
<b>BUDGET "HOSPITALIER" n-1 CORRIGE</b> SOUMIS AU TAUX DIRECTEUR (f = c + d - e)	
TAUX D'ACTUALISATION APPLIQUE (t)	
<b>BUDGET "HOSPITALIER" ACTUALISE n</b> (g = f x t)	
<b>FINANCEMENT COMPLEMENTAIRE SUR MARGE DE MANOEUVRE (h)</b>	
<b>BUDGET "HOSPITALIER" n</b> (j = g + h)	
<b>DEPENSES GAGEES PAR RECETTES SUBSIDIAIRES n</b> (k)	
<b>BUDGET PRIMITIF n</b> (l = j + k) dont <b>Budget de reconduction</b> <b>Mesures nouvelles</b>	

**DOSSIER N° 3**

**BUDGET PRIMITIF EXECUTOIRE**

**EXERCICE n**

**(BUDGET VENTILE PAR COMPTES)**

## DOSSIER N° 3 - BUDGET PRIMITIF EXECUTOIRE

### COMPOSITION DU DOSSIER

<b>Récapitulation</b> du budget primitif approuvé par groupes fonctionnels	Tableau VR
Section d'investissement	
dépenses	Tableau VSI1
recettes	Tableau VSI2
Section d'exploitation du budget général	
dépenses	Tableau VSE1
recettes	Tableau VSE2
 <b><u>BUDGETS ANNEXES</u></b>	
Dotation non affectée	
dépenses	Tableau VBA1
recettes	Tableau VBA2
Unités de soins longue durée ou activités loi sociale	
dépenses	Tableau VBA3
recettes	Tableau VBA4
Etablissements de transfusion sanguine	
dépenses	Tableau VBA5
recettes	Tableau VBA6
Structures pour toxicomanes ou activités de lutte contre l'alcoolisme	
dépenses	Tableau VBA7
recettes	Tableau VBA8

**ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE  
ET ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES  
PARTICIPANT AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER**

**DESIGNATION DE  
L'ETABLISSEMENT**

**ADRESSE :.**

**CODE FINESS :**

**BUDGET PRIMITIF**

**EXECUTOIRE**

**EXERCICE 19**

**CONSEIL D'ADINISTRATION**

DELIBERATION N°      DU

TRANSMISE LE

RECUE LE

**PRESIDENT DU CONSEIL  
D'ADMINISTRATION**

**M**

**ORDONNATEUR**

**M**

# RECAPITULATION DU BUDGET PRIMITIF APPROUVE PAR GROUPES FONCTIONNELS

EXERCICE n

Tableau VR

INTITULES	D E P E N S E S		R E C E T T E S	
	Dernier budget approuvé n-1	Approbations	Dernier budget approuvé n-1	Approbations
<b>Section d'investissement</b> groupe 1 groupe 2 groupe 3 groupe 4 <p style="text-align: right;"><b>TOTAL</b></p>				
<b>Section d'exploitation du budget général</b> groupe 1 groupe 2 groupe 3 groupe 4 <p style="text-align: right;"><b>TOTAL BUDGET GENERAL</b></p>				
<b>Budgets annexes*</b>  <b>D.N.A.</b> groupe 1 groupe 2 <p style="text-align: right;"><b>Sous-total DNA</b></p>				
Soins de longue durée groupe 1 groupe 2 groupe 3 <p style="text-align: right;"><b>Sous-total SLD</b></p>				
E.T.S. groupe 1 groupe 2 groupe 3 <p style="text-align: right;"><b>Sous-total ETS</b></p>				

\* voir suite des budgets annexes sur feuillet suivant

# RECAPITULATION DU BUDGET PRIMITIF APPROUVE PAR GROUPES FONCTIONNELS

**EXERCICE n**

**Tableau VR (suite)**

<b>INTITULES</b>	<b>DE P E N S E S</b>		<b>R E C E T T E S</b>	
	Dernier budget approuvé n-1	Approbations	Dernier budget approuvé n-1	Approbations
<b>Budgets annexes (suite et fin)</b>				
<b>Activités loi 75</b>				
groupe 1				
groupe 2				
groupe 3				
<b>Sous-total Loi 75</b>				
<b>Alcoolisme</b>				
groupe 1				
groupe 2				
<b>Sous-total Alcoolisme</b>				
<b>Toxicomanie</b>				
groupe 1				
groupe 2				
<b>Sous-total Toxicomanie</b>				
<b>Total budgets annexes</b>				
<b>TOTAL GENERAL</b>				

<b>ANNULATIONS DE TITRES SUR EXERCICES ANTERIEURS</b>		
---	--	--

**BUDGET PRIMITIF EXECUTOIRE  
EXERCICE n**

**SECTION D'INVESTISSEMENT - DEPENSES**

**Tableau VSI1**

N° DES COMPTES (*)	INTITULES DES COMPTES PAR GROUPES FONCTIONNELS (*)	VENTILATION PAR COMPTE	
		Dernier budget exécutoire n-1	Budget primitif n
	<b>Groupe 1 - Remboursement de la dette</b>		
	sous-total groupe 1		
	<b>Groupe 2 - Immobilisations</b>		
	sous-total groupe 2		
	<b>Groupe 3 - Reprises sur provisions</b>		
	sous-total groupe 3		
	<b>Groupe 4 - Autres dépenses</b>		
	sous-total groupe 4		
<b>TOTAL GROUPES 1 A 4</b>			
<b>EXCEDENT PREVISIONNEL</b> (dont autofinancement disponible)		(                    )	(                    )
<b>TOTAL DES DEPENSES DE LA SECTION D'INVESTISSEMENT</b>			

(\*) A détailler selon la nomenclature fixée par le décret fixant le contenu des groupes fonctionnels (à paraître)

**BUDGET PRIMITIF EXECUTOIRE  
EXERCICE n**

**SECTION D'INVESTISSEMENT - RECETTES**

**Tableau VSI2**

N° DES COMPTES (*)	INTITULES DES COMPTES PAR GROUPES FONCTIONNELS (*)	VENTILATION PAR COMPTE	
		Dernier budget exécutoire n-1	Budget primitif n
	<b>Groupe 1 - Emprunts</b>		
	sous-total groupe 1		
	<b>Groupe 2 - Amortissements</b>		
	sous-total groupe 2		
	<b>Groupe 3 - Provisions</b>		
	sous-total groupe 3		
	<b>Groupe 4 - Autres recettes</b>		
	sous-total groupe 4		
<b>TOTAL GROUPES 1 A 4</b>			
<b>REPRISE EXCEDENT ANTERIEUR</b> (dont autofinancement disponible)		(                    )	(                    )
<b>TOTAL DES RECETTES DE LA SECTION D'INVESTISSEMENT</b>			

(\*) A détailler selon la nomenclature fixée par le décret fixant le contenu des groupes fonctionnels (à paraître)

**BUDGET PRIMITIF EXECUTOIRE  
EXERCICE n**

**SECTION D'EXPLOITATION - DEPENSES**

**Tableau VSE1**

N° DES COMPTES (*)	INTITULES DES COMPTES PAR GROUPES FONCTIONNELS (*)	VENTILATION PAR COMPTE	
		Dernier budget exécutoire n-1	Budget primitif n
	<b>Groupe 1 - Charges d'exploitation relatives au personnel</b>		
	sous-total groupe 1		
	<b>Groupe 2 - Charges d'exploitation à caractère médical</b>		
	sous-total groupe 2		
	<b>Groupe 3 - Charges d'exploitation à caractère hôtelier et général</b>		
	sous-total groupe 3		
	<b>Groupe 4 - Amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles</b>		
	sous-total groupe 4		
<b>TOTAL GROUPES 1 A 4</b>			
<b>COUVERTURE DE DEFICITS ANTERIEURS</b> (art. 19 du D.11/08/83, 7 et 8 du D.31/07/92)			
<b>TOTAL DES DEPENSES DE LA SECTION D'EXPLOITATION</b>			
<b>6274</b>	Annulation des titres de recettes sur exercices antérieurs (art. R. 714-3-8)		

(\*) A détailler selon la nomenclature fixée par le décret fixant le contenu des groupes fonctionnels (à paraître)

**BUDGET PRIMITIF EXECUTOIRE**  
**EXERCICE n**

**SECTION D'EXPLOITATION - RECETTES**

**Tableau VSE2**

N° DES COMPTES (*)	INTITULES DES COMPTES PAR GROUPES FONCTIONNELS (*)	VENTILATION PAR COMPTE	
		Dernier budget exécutoire n-1	Budget primitif n
	<b>Groupe 1 - Dotation globale de financement</b>		
	sous-total groupe 1		
	<b>Groupe 2 - Produits de l'activité hospitalière</b>		
	sous-total groupe 2		
	<b>Groupe 3 - Autres produits</b>		
	sous-total groupe 3		
	<b>Groupe 4 - Transferts de charges</b>		
	sous-total groupe 4		
<b>TOTAL GROUPES 1 A 4</b>			
<b>REPRISE D'EXCEDENTS ANTERIEURS</b> (art. 19 du D.11/08/83, 7 et 8 du D.31/07/92)			
<b>FINANCEMENT DE MESURES D'EXPLOITATION PAR EMPLOIS D'EXCEDENTS ANTERIEURS</b>			
<b>TOTAL DES RECETTES DE LA SECTION D'EXPLOITATION</b>			

(\*) A détailler selon la nomenclature fixée par le décret fixant le contenu des groupes fonctionnels (à paraître)

**BUDGET PRIMITIF EXECUTOIRE  
EXERCICE n**

**DOTATION NON AFFECTEE - DEPENSES**

**Tableau VBA1**

N° DES COMPTES (*)	INTITULES DES COMPTES PAR GROUPES FONCTIONNELS (*)	VENTILATION PAR COMPTE	
		Dernier budget exécutoire n-1	Budget primitif n
	<b>Groupe 1 - Charges d'exploitation relatives au personnel</b>		
	sous-total groupe 1		
	<b>Groupe 2 - Autres charges d'exploitation</b>		
	sous-total groupe 2		
<b>TOTAL GROUPES 1 ET 2</b>			
<b>COUVERTURE DE DEFICITS ANTERIEURS</b> (art. 11 du décret du 11/08/83)			
<b>TOTAL GENERAL</b>			

(\*) A détailler selon la nomenclature fixée par le décret fixant le contenu des groupes fonctionnels (à paraître)

**BUDGET PRIMITIF EXECUTOIRE  
EXERCICE n**

**DOTATION NON AFFECTEE- RECETTES**

**Tableau VBA2**

N° DES COMPTES (*)	INTITULES DES COMPTES PAR GROUPES FONCTIONNELS (*)	VENTILATION PAR COMPTE	
		Dernier budget exécutoire n-1	Budget primitif n
	<b>Groupe 1 - Produits de la dotation non affectée</b>		
	sous-total groupe 1		
	<b>Groupe 2 - Reprise sur amortissements et provisions, transferts de charges</b>		
	sous-total groupe 2		
<b>TOTAL GROUPES 1 ET 2</b>			
<b>TOTAL GENERAL</b>			

(\*) A détailler selon la nomenclature fixée par le décret fixant le contenu des groupes fonctionnels (à paraître)

**BUDGET PRIMITIF EXECUTOIRE  
EXERCICE n**

**UNITES DE SOINS DE LONGUE DUREE OU ACTIVITES LOI SOCIALE - DEPENSES**

**Tableau VBA3**

N° DES COMPTES (*)	INTITULES DES COMPTES PAR GROUPES FONCTIONNELS (*)	VENTILATION PAR COMPTE	
		Dernier budget exécutoire n-1	Budget primitif n
	<b>Groupe 1 - Charges d'exploitation relatives au personnel</b>		
	sous-total groupe 1		
	<b>Groupe 2 - Charges d'exploitation à caractère médical</b>		
	sous-total groupe 2		
	<b>Groupe 3 - Charges d'exploitation à caractère hôtelier et général</b>		
	sous-total groupe 3		
	<b>Groupe 4 - Amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles</b>		
	sous-total groupe 4		
<b>TOTAL GROUPES 1 A 4</b>			
<b>COUVERTURE DE DEFICIT ANTERIEUR</b> (art. 11 du décret du 11/08/83)			
<b>TOTAL GENERAL</b>			

(\*) A détailler selon la nomenclature fixée par le décret fixant le contenu des groupes fonctionnels (à paraître)

**BUDGET PRIMITIF EXECUTOIRE  
EXERCICE n**

**UNITES DE SOINS DE LONGUE DUREE OU ACTIVITES LOI SOCIALE - RECETTES**

**Tableau VBA4**

N° DES COMPTES (*)	INTITULES DES COMPTES PAR GROUPES FONCTIONNELS (*)	VENTILATION PAR COMPTE	
		Dernier budget exécutoire n-1	Budget primitif n
	<b>Groupe 1 - Forfait global de soins</b>		
	sous-total groupe 1		
	<b>Groupe 2 - Forfaits journaliers de soins</b>		
	sous-total groupe 2		
	<b>Groupe 3 - Produits de l'hébergement</b>		
	sous-total groupe 3		
	<b>Groupe 4 - Autres produits</b>		
	sous-total groupe 4		
<b>TOTAL GROUPES 1 A 4</b>			
<b>REPRISE D'EXCEDENT ANTERIEUR</b> (art. 11 du décret du 11/08/83)			
<b>TOTAL GENERAL</b>			

(\*) A détailler selon la nomenclature fixée par le décret fixant le contenu des groupes fonctionnels (à paraître)

**BUDGET PRIMITIF EXECUTOIRE  
EXERCICE n**

**ETABLISSEMENTS DE TRANSFUSION SANGUINE - DEPENSES**

**Tableau VBA5**

N° DES COMPTES (*)	INTITULES DES COMPTES PAR GROUPES FONCTIONNELS (*)	VENTILATION PAR COMPTE	
		Dernier budget exécutoire n-1	Budget primitif n
	<b>Groupe 1 - Charges d'exploitation relatives au personnel</b>		
	sous-total groupe 1		
	<b>Groupe 2 - Charges d'exploitation à caractère médical</b>		
	sous-total groupe 2		
	<b>Groupe 3 - Autres charges</b>		
	sous-total groupe 3		
<b>TOTAL GROUPES 1 A 3</b>			
<b>COUVERTURE DE DEFICIT ANTERIEUR</b> (art. 11 du décret du 11/08/83)			
<b>TOTAL GENERAL</b>			

(\*) A détailler selon la nomenclature fixée par le décret fixant le contenu des groupes fonctionnels (à paraître)

**BUDGET PRIMITIF EXECUTOIRE  
EXERCICE n**

**ETABLISSEMENTS DE TRANSFUSION SANGUINE - RECETTES**

**Tableau VBA6**

N° DES COMPTES (*)	INTITULES DES COMPTES PAR GROUPES FONCTIONNELS(*)	VENTILATION PAR COMPTE	
		Dernier budget exécutoire n-1	Budget primitif n
	<b>Groupe 1 - Produits du sang et dérivés</b>		
	sous-total groupe 1		
	<b>Groupe 2 - Produits de l'activité de laboratoire</b>		
	sous-total groupe 2		
	<b>Groupe 3 - Autres produits</b>		
	sous-total groupe 3		
<b>TOTAL GROUPES 1 A 3</b>			
<b>REPRISE D'EXCEDENT ANTERIEUR</b> (art. 11 du décret du 11/08/83)			
<b>TOTAL GENERAL</b>			

(\*) A détailler selon la nomenclature fixée par le décret fixant le contenu des groupes fonctionnels (à paraître)

**BUDGET PRIMITIF EXECUTOIRE  
EXERCICE n**

**STRUCTURES POUR TOXICOMANES OU ACTIVITES DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME - DEPENSES**

**Tableau VBA7**

N° DES COMPTES (*)	INTITULES DES COMPTES PAR GROUPES FONCTIONNELS (*)	VENTILATION PAR COMPTE	
		Dernier budget exécutoire n-1	Budget primitif n
	<b>Groupe 1 - Charges d'exploitation relatives au personnel</b>		
	sous-total groupe 1		
	<b>Groupe 2 - Charges d'exploitation à caractère médical</b>		
	sous-total groupe 2		
	<b>Groupe 3 - Autres charges</b>		
	sous-total groupe 3		
<b>TOTAL GROUPES 1 A 3</b>			
<b>COUVERTURE DE DEFICIT ANTERIEUR</b> (art. 11 du décret du 11/08/83)			
<b>TOTAL GENERAL</b>			

(\*) A détailler selon la nomenclature fixée par le décret fixant le contenu des groupes fonctionnels (à paraître)

**BUDGET PRIMITIF EXECUTOIRE  
EXERCICE n**

**STRUCTURES POUR TOXICOMANES OU ACTIVITES DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME - RECETTES**

**Tableau VSE2**

N° DES COMPTES (*)	INTITULES DES COMPTES PAR GROUPES FONCTIONNELS (*)	VENTILATION PAR COMPTE	
		Dernier budget exécutoire n-1	Budget primitif n
	<b>Groupe 1 - Subvention d'Etat</b>		
	sous-total groupe 1		
	<b>Groupe 2 -Autres produits</b>		
	sous-total groupe 2		
<b>TOTAL GROUPES 1 ET 2</b>			
<b>REPRISE EXCEDENT ANTERIEUR</b> (art. 11 du décret du 11/08/83)			
<b>TOTAL GENERAL</b>			

(\*) A détailler selon la nomenclature fixée par le décret fixant le contenu des groupes fonctionnels (à paraître)

## ***ANNEXE II***

### **FICHE METHODOLOGIQUE DE CALCUL DU BUDGET PRIMITIF**

## ANNEXE II

### FICHE METHODOLOGIQUE DE CALCUL DU BUDGET PRIMITIF

#### Rappel des principes de base :

- Le budget a **deux composantes** :\*
  - \* le budget dit **de reconduction**,
  - \* les **mesures nouvelles**.
  
- Le budget a **deux modes de financement** :
  - \* **la part** des dépenses **couverte par la dotation globale et les produits de l'activité hospitalière et soumise au taux d'évolution** des dépenses hospitalières, dite budget "**hospitalier**",
  - \* **la part** des dépenses **gagées par les recettes subsidiaires**.
  
- **Chacune des deux composantes du budget bénéficie de ces deux modes de financement.**

\* \* \*

Sur ces bases, le **budget primitif de l'exercice n est déterminé en deux étapes** :

#### **A) DETERMINATION DU BUDGET DE RECONDUCTION**

- Le **budget de reconduction** de l'exercice n correspond **aux dotations nécessaires à la reconduction de l'ensemble des activités**, qu'il s'agisse des activités hospitalières ou des activités "subsidiaires", telles que retenues au budget de l'exercice n-1.
  
- Le **taux d'actualisation** par rapport au budget de l'exercice précédent **s'applique identiquement** aux dotations budgétaires dudit exercice correspondant à la réalisation de **l'ensemble des activités**, qu'il s'agisse des activités hospitalières ou des activités "subsidiaires" ;
  
- les **dotations budgétaires de reconduction** sont :
  - \* **pour partie** couvertes par la dotation globale et les produits de l'activité hospitalière **et soumises au taux d'évolution des dépenses hospitalières**,

\* **pour partie, gagées par les recettes subsidiaires.**

- **la reconduction des dépenses gagées n'est assurée que dans l'hypothèse d'une reconduction des recettes subsidiaires suivant un taux d'actualisation identique.**

En conséquence, **le taux d'actualisation des recettes subsidiaires** par rapport aux prévisions de l'exercice n-1 est **comparé au taux d'actualisation du budget de reconduction :**

- \* s'il est **égal**, **la reconduction de la part des dépenses gagée est assurée**, sans plus,
- \* s'il est **supérieur**, **la reconduction de la part des dépenses gagée est assurée** et, de plus, les recettes subsidiaires complémentaires peuvent gager des dépenses complémentaires,
- \* s'il est **inférieur**, **la reconduction de la part des dépenses gagée n'est pas assurée** et cette part doit être réduite à due concurrence.

\* \* \*

Le **budget de reconduction** de l'exercice n se détermine donc à **partir du budget approuvé de l'exercice n-1**, en fonction des éléments suivants (cf **tableau C1 de l'annexe explicative du budget primitif par groupes fonctionnels dont le modèle est retracé en annexe 1 de la présente circulaire - dossier n° 2**) :

- \* **détermination du budget n-1 retenu comme base de calcul** (colonne 4)

Ce budget est égal **au dernier budget approuvé par groupes fonctionnels de l'exercice n-1** (retracé dans la colonne 1) **corrigé des incidences portant minoration** (mesures spécifiques à l'établissement non reconduites en n, retracées dans la colonne 2) **ou majoration** (effet année pleine de mesures spécifiques à l'établissement reconductibles en n, retracé dans la colonne 3) **des dotations budgétaires n-1 ;**

Ces incidences doivent être déterminées par **groupe fonctionnel**.

- \* **détermination du budget théorique de reconduction de l'exercice n** (colonne 6) en fonction du **budget corrigé n-1** (colonne 4) et du **taux d'actualisation retenu** (colonne 5) ;
- \* **détermination du budget théorique de reconduction de l'exercice n** (colonne 10) ;

Ce budget est égal **au budget de reconduction de l'exercice n corrigé des éléments suivants**

- \* **en plus ou en moins** (l'ensemble s'équilibrant), **des mesures d'ajustements modifiant la répartition du total des dépenses entre les groupes fonctionnels** (colonne 7),

- \* **en moins, des redéploiements de crédits affectés au financement de mesures nouvelles** (colonne 8),
- \* **en moins, des réductions de dépenses gagées** (colonne 9).

Ces éléments correctifs doivent être déterminés **par groupe fonctionnel**.

## **B) DETERMINATION DU BUDGET "MESURES NOUVELLES"**

- **Les dotations budgétaires au titre des mesures nouvelles** peuvent être :
  - \* **pour partie, couvertes par redéploiement des crédits de reconduction,**
  - \* **pour partie, couvertes par un financement complémentaire** assuré par la dotation globale et les produits de l'activité hospitalière,
  - \* **pour partie, gagées par de nouvelles recettes subsidiaires.**

Les coûts et les modes de financement des mesures nouvelles sont présentés dans le tableau **RM de l'annexe explicative du budget par groupe fonctionnel** (annexe 1 de la présente circulaire) qui, à partir des **fiches individuelles par mesure**, retrace pour chacune des mesures les éléments suivants :

- \* **le coût brut des mesures nouvelles** (colonne a)
- \* **le coût compensé par redéploiement des crédits de reconduction** (colonne b),
- \* **le coût net restant à financer** (colonne c)
- \* **le mode de financement du coût net qui peut être gagé par les recettes subsidiaires** (colonne d) **ou financé par la dotation globale et les produits de l'activité hospitalière** (colonne e).

L'ensemble de ces éléments doit être déterminé **par groupe fonctionnel**.

## **C) DETERMINATION DU BUDGET PRIMITIF ET DE LA PART SOUMISE AU TAUX D'EVOLUTION DES DEPENSES HOSPITALIERES**

Le tableau **C2** de l'annexe explicative retrace, par groupe fonctionnel, **les dotations de reconductions et les mesures nouvelles**.

Ce budget est donc, **pour partie soumis au taux d'évolution des dépenses hospitalières et imputé sur "l'enveloppe départementale"**.

Cette part est déterminée en fonction des éléments suivants, retracés dans le tableau **C3** de l'annexe explicative :

- détermination du **financement complémentaire assuré par la dotation globale et les produits de l'activité hospitalière**, par allocation de moyens prélevés sur la marge de manoeuvre (cf tableau C3-1) ;

Ce financement est égal **aux dotations allouées** dans ce cadre **au titre des mesures nouvelles** corrigées :

- \* **en moins, des recettes subsidiaires éventuellement affectées au financement de l'activité hospitalière** (recettes venant en déduction de la dotation globale et du produit des tarifs),

- détermination **de la base de calcul du budget n soumis au taux d'évolution des dépenses hospitalières** dit budget "hospitalier approuvé n-1 (cf. tableau C3-2) ;

Cette base (ligne c) est égale **au dernier budget approuvé n-1** (ligne a) **diminué des recettes subsidiaires de l'exercice n-1** (ligne b).

- détermination du **budget hospitalier n-1 corrigé** ;

Cette donnée (ligne f) est égale **au budget hospitalier** (ligne c) **corrigé des éléments pris en compte pour déterminer la base de calcul du budget de reconduction** (colonnes 2 et 3 de la fiche C1).

- détermination du **budget hospitalier actualisé de l'exercice n** (ligne g) ;

Il est égal **au budget hospitalier corrigé n-1** (ligne f) **majoré du taux d'actualisation** appliqué hors mesures nouvelles (taux t figurant dans la colonne 5 de la fiche C1).

- détermination du **budget hospitalier n** soumis au taux d'évolution des dépenses hospitalières et à imputer sur l'enveloppe départementale (ligne j) ;

Il est égal **au budget hospitalier actualisé n** (ligne g) **majoré du financement complémentaire** (ligne h).

- détermination du **budget primitif de l'exercice n** (ligne l) ;

Il est égal **au budget hospitalier n** (ligne j) **majoré des dépenses gagées par les recettes subsidiaires** (ligne k).

**Le budget primitif se répartit en deux masses :**

- \* **les dotations de reconduction**

\* **les mesures nouvelles.**

***ANNEXE III***

**MODALITES DE CALCUL DES TARIFS DE PRESTATIONS**

### *ANNEXE III*

#### *MODALITES DE CALCUL DES TARIFS DE PRESTATIONS*

##### Rappel de la méthodologie

- 1) soit **DB = dépenses brutes d'exploitation**  
**RA = recettes atténuatives**  
**J = journées prévues**

\* Le montant des **dépenses nettes (DN)** servant de base de calcul des tarifs de prestations est égal à :

$$\mathbf{DN = DB - RA}$$

\* **Le tarif de prestation (t)** est égal à :

$$\mathbf{t = DN : J}$$

- 2) Soit **PH = produits des tarifs de prestations**

\* la **dotation globale (DG)** est égale à :

$$\begin{aligned} \mathbf{DG} &= \mathbf{DB - (PH + RA)} \\ \text{d'où } \mathbf{DG} &= \mathbf{DN - PH} \end{aligned}$$

\* le **taux de facturabilité (f)** qui correspond à la part des dépenses nettes couvertes par le produit des tarifs de prestations est égal à :

$$\begin{aligned} \mathbf{f} &= \mathbf{PH : DN} \\ \text{d'où } \mathbf{DN} &= \mathbf{PH : f} \end{aligned}$$

**ANNEXE III - TABLEAU 3A**

**Modalités spécifiques à la révision des tarifs de prestations initiaux  
de l'exercice n liée au traitement des écarts de recettes constatés sur l'exercice n-1**

(article R. 714-3-49 III)

Soit, au compte administratif de l'exercice n-1, un écart En-1 constaté entre les réalisations et les prévisions de recettes de l'exercice n-1. Le montant de la dotation globale et des tarifs de prestations de l'exercice n doit faire l'objet d'une correction en fonction de cet écart En-1 et le budget primitif de l'exercice n est modifié comme suit :

**CAS DES MOINS-VALUES DE RECETTES (En-1 = MVn-1)**

1) **Prise en compte du montant de la moins-value (MVn-1) par ajout aux charges d'exploitation de l'exercice n dans le cadre d'une décision modificative (DMn).**

2) **La DMn comporte les éléments suivants :**

$$DB'n = DBn + MVn-1$$

$$DN'n = DB'n - RAn$$

d'où  $DN'n = (DBn + MVn - 1) - RAn$

$$DN'n = DNn + MVn-1$$

\* **révision en hausse des tarifs initiaux de l'exercice n :**

$$t'n = DN'n : Jn$$

\* **révision du produit des tarifs**

$$PH'n = DN'n \times fn$$

En conséquence, **la majoration M du produit des tarifs est de :**

$$M = PH'n - PHn$$

$$= (DN'n \times fn) - (DNn \times fn)$$

$$= [(DNn + MVn-1) \times fn] - DNn \times fn$$

d'où  $M = MVn-1 \times fn$

\* **révision de la dotation globale**

$$DG'n = DN'n - PH'n$$

En conséquence, la majoration **R** de la dotation globale est de :

$$\mathbf{DG'n - DGn = (DN'n - PH'n) - (DNn - PHn) = MVn-1 - (MVn-1 \times fn)}$$

soit **R = MVn-1 x (1-fn)**

**CAS DES PLUS-VALUES DE RECETTE ( $E_{n-1} = PV_{n-1}$ )**

1) **Prise en compte du montant de la plus-value ( $PV_{n-1}$ ) par ajout aux recettes d'exploitation de l'exercice n dans le cadre d'une décision modificative (DMb).**

2) **La  $DM_n$  comporte les éléments suivants :**

$$RA'_n = RA_n + PV_{n-1}$$

$$DN'_n = DB_n - RA'_n$$

d'où  $DN'_n = DB_n - (RA_n + PV_{n-1})$

$$DN'_n = DN_n - PV_{n-1}$$

\* **Révision en baisse des tarifs initiaux de l'exercice n :**

$$t'_n = DN'_n : J_n$$

\* **Révision du produit des tarifs**

$$PH'_n = DN'_n \times f_n$$

En conséquence, la **minoration M du produit des tarifs est de :**

$$N = PH'_n - PH_n$$

$$= (DN'_n \times f_n) - (DN_n \times f_n)$$

$$= [(DN_n - PV_{n-1}) \times f_n] - DN_n \times f_n$$

d'où  $N = PV_{n-1} \times f_n$

\* **Révision de la dotation globale**

$$DG'_n = DN'_n - PH'_n$$

En conséquence, la **minoration S de la dotation globale est de :**

$$DG'_n - DG_n = (DN'_n - PH'_n) - (DN_n - PH_n) = PV_{n-1} - (PV_{n-1} \times f_n)$$

soit  $S = PV_{n-1} \times (1 - f_n)$

**Exemple chiffré** (en KF)**Exercice n - 1**

Soit une moins-value de recettes (MV<sub>n-1</sub>) de 100 constatée au compte administratif.

**Exercice n**

A) Soit, au budget primitif, les données budgétaires de base suivantes :

$$\begin{aligned} J_n &= 1000 \\ DB_n &= 2420 \\ RAn &= 120 \\ DN_n &= 2300 \\ fn &= 0,18 \end{aligned}$$

$$tn = \frac{2300}{1000} = 2,3$$

$$PH_n = 2300 \times 0,18 = 414$$

$$DG_n = 2300 - 414 = 1886$$

B) La décision modificative à intervenir comporte les données suivantes :

\* les dépenses nettes corrigées sont égales à

$$DN' = 2300 + 100 = 2400$$

\* les tarifs de prestations s'élèvent à

$$t'n = \frac{2400}{1000} = 2,4$$

\* Le produit corrigé des tarifs de prestations est de :

$$PH'n = 2400 \times 0,18 = 432$$

(au lieu de 414, soit + 18)

\* Le montant corrigé de la dotation globale est de :

$$DG'n = 2400 - 432 = 1968$$

(au lieu de 1886 soit + 82)

**La moins-value de recettes n-1 de 100 entraîne donc une majoration à due concurrence des produits de l'activité hospitalière de l'exercice n répartie entre :**

- **la dotation globale** (+ 82 soit 82 % de la moins-value)
- **le produit des tarifs** (+ 18, soit 18 %)

**Les tarifs de l'exercice n sont majorés pour leur part de 4,35 %.**

**ANNEXE III - TABLEAU 3B**

***Modalités spécifiques au calcul des tarifs de prestations initiaux de l'exercice n lorsqu'une décision modificative de l'exercice n-1 n'a pas donné lieu à une révision des tarifs dudit exercice***

(article R. 714-3-37 dernier alinéa)

Soit **X** = **montant des dépenses complémentaires autorisées par DM n-1**

Dans l'hypothèse d'une révision simultanée de la dotation globale et des tarifs de prestations de l'exercice n-1, la méthodologie est la suivante :

- **majoration des dépenses nettes pour le montant X** (dépenses nettes corrigées DNC)

$$\text{DNC} = \text{DN} + \text{X}$$

- **révision en hausse des tarifs**

$$t' = \text{DNC} : \text{J}$$

- **détermination des nouvelles prévisions du produit des tarifs**

$$\text{PH}' = \text{DNC} \times f$$

\* **la majoration du produit des tarifs** est égale à :

$$d = \text{X} \times f$$

- **révision de la dotation globale**

$$\text{DG}' = \text{DNC} - \text{PH}'$$

$$\text{d'où } \text{DG}' = \text{DG} + [\text{X} \times (1-f)]$$

Ainsi, la couverture des dépenses complémentaires est assurée

- \* **pour un montant de X x f par le produit des tarifs**
- \* **pour un montant de X x (1-f) par la dotation globale**

En conséquence, dans l'hypothèse d'une seule révision de la dotation globale, pour le montant total des dépenses complémentaires X, la charge indûment supportée par l'assurance maladie est égale à X x f (dépenses complémentaires x taux de facturabilité).

Soit  $a$  = charge indûment supportée par la sécurité sociale en DM n-1  
 $a$  =  $X_{n-1} \times fn-1$

**Cette charge doit être couverte par le produit des tarifs de l'exercice n, en sus des dépenses nettes dudit exercice, afin que le supplément de recettes dégagé puisse entraîner une minoration, à due concurrence, de la dotation globale de l'exercice n.**

$$\begin{aligned} PH'n &= PHn + a \\ PHn &= DNn \times fn \\ \text{d'où } PH'n &= (DNn \times fn) + a \end{aligned}$$

Compte tenu du mode de calcul des tarifs et de détermination du produit des tarifs, **les dépenses nettes de l'exercice n doivent être corrigées pour permettre l'égalité :**

$$\begin{aligned} PH'n &= DN'n \times fn \\ \text{d'où } DN'n &= PH'n : fn \\ \text{et } DN'n &= [(DNn \times fn) + a] : fn \\ \text{d'où } DN'n &= DNn + (a : fn) \end{aligned}$$

**La majoration "fictive" A des dépenses nettes servant de base au calcul des tarifs corrigés est donc égale à :**

$$\begin{aligned} A &= DN'n - DNn \\ &= a : fn \\ \text{soit } &= (X_{n-1} \times fn-1) : fn \\ &= X_{n-1} \times (fn-1 : fn) \end{aligned}$$

**Exemple chiffré** (en KF)**Exercice n - 1**

A) Soit, **au budget primitif** de l'exercice n-1, les données budgétaires de base suivantes :

DBn-1	=	2100
RA <sub>n-1</sub>	=	100
DNn-1	=	2000
PHn-1	=	400
DGn-1	=	1600

\* Le taux de facturabilité est égal à

$$f = \frac{400}{2000} = 20 \% \text{ soit } 0,20$$

B) Soit **en DM**, des dépenses complémentaires (X) égales à 100 donnant lieu à une majoration de la dotation globale pour leur montant total (DG'n-1 = 1700).

\* la charge indûment supportée par la dotation globale est donc égale à :

$$\begin{aligned} a &= X \times f \\ &= 100 \times 0,20 \\ &= 20 \end{aligned}$$

**Exercice n**

Soit les données budgétaires de base suivantes :

Jn	=	1000
DBn	=	2420
RA <sub>n</sub>	=	120
DN <sub>n</sub>	=	2300
fn	=	0,18

A) **Dans l'hypothèse de non-prise en compte de la DMn-1**, les produits de l'activité hospitalière seraient les suivants :

$$\begin{aligned} t_n &= \frac{2300}{1000} = 2,3 \\ PH_n &= 2300 \times 0,18 = 414 \\ DG_n &= 2300 - 414 = 1886 \end{aligned}$$

**B) Compte tenu de la DMn-1, la majoration "fictive" des dépenses nettes à opérer est égale à :**

$$A = \frac{20}{0,18} = 111$$

\* **les dépenses nettes fictive sont égales à**

$$DN' = 2300 + 111 = 2411$$

\* **les tarifs de prestations s'élèvent à**

$$t'n = \frac{2411}{1000} = 2,411$$

\* **le produit des tarifs de prestations est de :**

$$PH'n = 2411 \times 0,18 = 434$$

(au lieu de 414, soit + 20)

\* **le montant de la dotation globale est de :**

$$DG'n = 2300 - 434 = 1866$$

(au lieu de 1886, soit - 20)

## *ANNEXE IV*

### **NOUVELLE PROCEDURE DE COMPTABILISATION DES ACHATS STOCKES**

## *ANNEXE IV*

### *NOUVELLE PROCEDURE DE COMPTABILISATION DES ACHATS STOCKES*

La nouvelle comptabilisation des achats stockés reprend les règles définies par le nouveau plan comptable, c'est-à-dire comptabilisation des achats en classe 6.

Cette procédure, compte tenu de la spécificité du budget des établissements publics de santé, repose sur les principes suivants :

- 1) la comptabilisation des achats stockés se fait sur les comptes 601/602/607 du budget général à l'exception des achats stockés des budgets annexes de la DNA, des CAT, et des établissements de transfusion sanguine qui sont dotés d'une classe 3 qui leur est propre.

La procédure de comptabilisation des achats stockés, pour ces trois budgets annexes, est analogue à celle pratiquée pour le budget général, c'est-à-dire une comptabilisation directe des achats sur les groupes 601, 602, 607 de chaque budget annexe précité.

- 2) La variation des stocks est comptabilisée uniquement sur le compte 603 du budget général (excepté pour les budgets annexes DNA, CAT et ETS qui enregistrent leur propre variation de stocks). Toutefois, les établissements qui souhaiteront ventiler la variation des stocks entre les différents budgets (au prorata de la consommation par exemple) pourront le faire, le compte 603 ayant été ouvert dans toutes les nomenclatures.
- 3) Dans les budgets annexes, autres que les budgets annexes DNA, CAT et ETS, les comptes 601/602/603 ne comptabiliseront que la consommation.
- 4) A périodicité à définir localement en fonction du rythme de production des balances de sortie de stock chaque budget annexe autre que DNA, CAT et ETS remboursera au budget général le montant de ses consommations. Ce remboursement sera imputé dans la comptabilité du budget général sur le compte 7584 (ou une subdivision) "Remboursement de frais par les budgets annexes".
- 5) La comptabilité matière des stocks est enregistrée en classe 3.
- 6) Le suivi des consommations s'effectue en comptabilité analytique par le biais du compte 94.
- 7) En comptabilité générale, les stocks sont suivis selon la méthode de l'inventaire intermittent (comptage périodique réalisé au moins une fois à la clôture de l'exercice).

- 8) En comptabilité matière et en comptabilité analytique, suivi des stocks selon la méthode de l'inventaire permanent.
- 9) La consommation du budget général sera égale à : achat 601/602/607 + **ou** - variation des stocks (stock initial - stock final) selon qu'il y a déstockage ou stockage - remboursement de frais des budgets annexes autres que DNA, CAT et ETS.
- 10) La classe 3 ne fait plus partie de la section d'investissement. Elle est retracée normalement dans la partie de l'actif circulant du bilan.

Toutefois, cette modification ne doit pas se traduire par une modification des résultats antérieurs de la section d'investissement.

### **Procédure budgétaire**

- 1) Les autorisations de dépenses inscrites aux différents budgets annexes consommant sur le budget général devront être aussi proches que possible de la consommation prévisionnelle.
- 2) Au budget général, les crédits ouverts seront égaux à sa prévision de consommation augmentée de chacune des prévisions des budgets annexes autres que DNA, CAT et ETS.
- 3) La prévision de recettes sur le compte 7584 gagera cette inscription de crédits supplémentaires.
- 4) Les variations de stocks seront budgétisées en fin d'exercice.

En cas de stockage, une recette sera inscrite au compte 603.

En cas de déstockage, une dépense sera inscrite au compte 603.

- 5) Dans le cas d'une politique affichée de stockage, l'augmentation des crédits d'achats sur le 601/602/607 sera gagée par une prévision de recettes sur le compte 603.
- 6) Dans le cas d'une politique affichée de déstockage, les crédits inscrits sur le 601/602/603 seront voisins des perspectives d'achats, alors que sur le compte 603 il conviendra de prévoir une ouverture de crédits à hauteur du déstockage prévisionnel.

### **Procédure comptable**

Les fiches jointes précisent le jeu des écritures comptables qu'il conviendra de passer.

A noter :

- (1) que la sortie du stock initial et la constatation du stock final au compte 603 sont des opérations d'ordre budgétaire en classe 6 (mandat et titre) et non budgétaire en classe 3.
- (2) que les écritures identiques seront passées pour comptabiliser la production stockée (ou déstockage).

Stock ouverture : 100  
 Achats de l'exercice 320  
 Consommations BG : 40  
 Consommation BA : 360  
 Stock de clôture : 20  
 Variation de stock : 80

**DESTOCKAGE (Consommations > achats de l'exercice)**  
**CONSOMMATIONS BA > CONSOMMATIONS BG**

**COMPTABILITE PRINCIPALE**

	31/32/37	601/602/607	603	7584	45
<b>Balance d'entrée</b>	100				
<u>En cours d'exercice</u>					
- achats		320		360	360
- corrections périodiques des consommations du BA					
<u>En fin d'exercice</u>					
- annulation SI	20		100		
- constatation SF			20		
	120    100	320	100    20	360	360
	SD = 20		SD = 80		

(Consommation du BG = 320 + (100 - 20) - 360 = 40)

**COMPTABILITE ANNEXE**

45	601/602/607
360	360
360	360

Consommation du BA

Stock ouverture : 90  
 Achats de l'exercice 300  
 Consommations de l'exercice : 350 { 210 .... BG  
 { 140 .... BA  
 Stock de clôture : 40  
 Variation de stock : 50

**DESTOCKAGE**  
**CONSOMMATIONS BA < CONSOMMATIONS BG**

**COMPTABILITE PRINCIPALE**

**COMPTABILITE ANNEXE**

	31/32/37	601/602/607	603	7584	45	45	601/602/607
<b>Balance d'entrée</b>	90						
<u>En cours d'exercice</u>							
- achats		300					
- corrections périodiques des consommations du BA				140	140	140	140
<u>En fin d'exercice</u>							
- annulation SI	40		90				
- constatation SF			40				
	130    90	300	90    40	140			140
	SD = 40		SD = 50				
	(Consommation du BG = 300 + 50 - 140 = 210)						Consommation du BA

Stock ouverture : 100  
 Achats de l'exercice 410  
 Consommation BG : 40  
 Consommation BA : 360  
 Stock clôture : 110  
 Variation de stock : 10

**STOCKAGE (achats > consommations)**  
**CONSOMMATIONS BA > CONSOMMATIONS BG**

**COMPTABILITE PRINCIPALE**

**COMPTABILITE ANNEXE**

	31/32/37	601/602/607	603	7584	45	45	601/602/607
<b>Balance d'entrée</b>	100						
<u>En cours d'exercice</u>							
- achats		410		360	360	360	360
- corrections périodiques des consommations du BA							
<u>En fin d'exercice</u>							
- annulation SI	100		100				
- constatation SF	110		110				
	210	410	100	360			360

SD = 110

SC = 10

(Consommation effective du BG = 410 - (10 + 360) = 40)

Consommation du BA

Stock ouverture : 40  
 Achats de l'exercice 260  
 Consommations de l'exercice : 200 { 160 .... BG  
 { 40 .... BA  
 Stock de clôture : 100  
 Variation de stock : 60

**STOCKAGE**  
**CONSOMMATIONS BA < CONSOMMATIONS BG**

**COMPTABILITE PRINCIPALE**

**COMPTABILITE ANNEXE**

	31/32/37	601/602/607	603	7584	45	45	601/602/607
<b>Balance d'entrée</b>	40						
<u>En cours d'exercice</u>							
- achats		260					
- corrections périodiques des consommations du BA				40	40	40	40
<u>En fin d'exercice</u>							
- annulation SI			40				
- constatation SF	100		100				
	100    40	260	40    100	40			40
SD = 100			SC = 60				
		(Consommation du BG = 260 -(60 + 40) = 160					Consommation du BA

## ***PRODUCTION STOCKEE (OU DESTOCKAGE)***

- 1) **En cours d'exercice**, les produits sont enregistrés, selon leur nature, dans les comptes de classe 7 appropriés.
- 2) **En fin d'exercice**, on enregistre les variations de stocks.

Exemple :

	. stock final :	. en cours de production de biens .....	200
		. produits finis .....	700
	. stock final :	. en cours de production de biens .....	250
		. produits finis .....	600

	33	35	7133	7135
<b>Balance d'Entrée</b>	200	700		
<u>En fin d'exercice</u>	200	700	200	700
- annulation en cours début				
- annulation produits début				
- constatation en cours fin	250		250	
- constatation produits fin		600		600