

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION HUMANITAIRE

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 et modifiant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

NOR : SANH9201396D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de l'intérieur et de la sécurité publique, du ministre du budget, du ministre de l'agriculture et de la forêt, du ministre des affaires sociales et de l'intégration et du ministre de la santé et de l'action humanitaire,

Vu le code de la santé publique, notamment les chapitres IV, V et VI du titre I^{er} du livre VII ;

Vu le code de la famille et de l'aide sociale ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code rural ;

Vu la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée relative aux institutions sociales et médico-sociales ;

Vu le décret n° 54-65 du 16 janvier 1954 modifié portant règlement d'administration publique pour l'application de l'article 2 de la loi du 21 juillet 1952 relative aux établissements agréés en vue de la préparation des produits sanguins ;

Vu le décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 modifié relatif aux hôpitaux et hospices publics ;

Vu le décret n° 59-1510 du 29 décembre 1959 modifié relatif aux dispositions financières et comptables à adopter à l'égard des hôpitaux et hospices publics ;

Vu le décret n° 60-654 du 6 juillet 1960 modifié relatif aux conditions particulières d'organisation et de fonctionnement des hôpitaux ruraux ;

Vu le décret n° 60-939 du 5 septembre 1960 modifié relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des cliniques ouvertes des hôpitaux et hospices publics ;

Vu le décret n° 61-9 du 3 janvier 1961 modifié relatif à la comptabilité, au budget et au prix de journée de certains établissements publics ou privés ;

Vu le décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 modifié portant règlement général sur la comptabilité publique ;

Vu le décret n° 74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux ;

Vu le décret n° 76-456 du 21 mai 1976 modifié relatif à la participation des établissements d'hospitalisation privés à but non lucratif à l'exécution du service public hospitalier ;

Vu le décret n° 81-362 du 13 avril 1981 relatif au recouvrement des produits des collectivités et établissements publics locaux ;

Vu le décret n° 82-634 du 8 juillet 1982 relatif à la prise en compte des rémunérations des praticiens, à la tarification des consultations externes et au contrôle de l'activité médicale hospitalière dans les hôpitaux autres que les hôpitaux locaux et dans les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier ;

Vu le décret n° 83-744 du 11 août 1983 modifié relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier ;

Vu le décret n° 86-565 du 14 mars 1986 relatif aux missions et attributions des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales ;

Vu le décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées S.A.M.U. ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale en date du 9 avril 1992 ;

Vu l'avis du Conseil supérieur des hôpitaux en date du 30 mars 1992 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés en date du 28 avril 1992 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 19 mai 1992 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

TITRE I^{er}

DISPOSITIONS MODIFIANT LE CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Art. 1^{er}. - La sous-section 3 de la section 1 du chapitre IV du titre I^{er} du livre VII du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) est ainsi rédigée :

« Sous-section 3

« Budget et comptabilité des établissements publics de santé

« Paragraphe 1

« Dispositions générales

« Art. R. 714-3-1. - Les établissements publics de santé sont soumis au régime budgétaire, financier et comptable défini par les dispositions du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 et les dispositions suivantes.

« Art. R. 714-3-2. - L'exercice budgétaire et comptable couvre la période du 1^{er} janvier au 31 décembre d'une même année, sauf dans le cas d'une première mise en exploitation d'un nouvel établissement ou d'une cessation définitive d'activité.

« Art. R. 714-3-3. - La Nomenclature budgétaire et comptable est établie par référence au plan comptable général.

« Elle comporte quatre niveaux :

« 1° Les classes de comptes ;

« 2° Les comptes principaux ;

« 3° Les comptes divisionnaires ;

« 4° Les comptes élémentaires.

« La liste des comptes obligatoirement ouverts dans le budget et la comptabilité des établissements est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale.

« Art. R. 714-3-4. - La comptabilité des établissements publics de santé a pour objet la description et le contrôle des opérations ainsi que l'information des autorités chargées de la gestion ou du contrôle de ces établissements.

« Elle est organisée en vue de permettre :

« a) La connaissance et le contrôle des opérations budgétaires et des opérations de trésorerie ;

« b) L'appréciation de la situation du patrimoine ;

« c) La connaissance des opérations faites avec les tiers ;

« d) La détermination des résultats ;

« e) Le calcul des coûts des services rendus, notamment en fonction des pathologies et du mode de prise en charge des patients ;

« f) L'intégration des opérations dans la comptabilité économique nationale et dans les comptes et statistiques élaborés pour les besoins de l'Etat.

« Art. R. 714-3-5. - Avant de procéder au vote du budget, le conseil d'administration examine, avant le 30 juin de chaque année, le rapport d'orientation prévu à l'article L. 714-6, complété par les avis de la commission médicale et du comité technique d'établissement.

« Le rapport d'orientation ainsi que la délibération du conseil d'administration sont transmis, dans un délai de huit jours, à l'autorité administrative mentionnée à l'article R. 714-3-27, à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, à la caisse chargée du versement de la dotation globale ainsi qu'à la caisse régionale d'assurance maladie qui les tient à la disposition des autres organismes responsables de la gestion des régimes d'assurance maladie.

« Art. R. 714-3-6. - Le rapport d'orientation est établi par le directeur de l'établissement.

« Il présente les objectifs et prévisions d'activité de l'établissement pour l'année à venir, tels qu'ils résultent de la mise en œuvre du projet d'établissement et, éventuellement, des contrats d'objectifs mentionnés respectivement aux articles L. 714-11 et L. 712-4, ainsi que l'estimation des moyens nécessaires à leur réalisation.

« Les informations relatives à l'activité de l'établissement, qui s'appuient notamment sur les systèmes d'information prévus à l'article L. 710-5, sont présentées selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Paragraphe 2

« Présentation et vote du budget

« Art. R. 714-3-7. - Le budget de l'établissement public de santé est l'acte par lequel sont prévues et autorisées ses recettes et ses dépenses annuelles. Il détermine les dotations nécessaires à l'établissement pour remplir les missions qui lui sont imparties, dans le respect du projet d'établissement, en fonction notamment des objectifs et des prévisions d'activité présentés dans le rapport d'orientation prévu par l'article L. 714-6.

« Le modèle des documents de présentation des budgets est fixé par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale.

« Les autorisations de dépenses et les prévisions de recettes sont votées par le conseil d'administration sur proposition du directeur selon les modalités définies aux articles R. 714-3-11 à R. 714-3-13 et dans le respect des conditions d'équilibre réel définies à l'article R. 714-3-8.

« Les décisions modificatives qui ont une incidence sur le montant de chacun des groupes fonctionnels mentionnés à l'article L. 714-7 et précédemment approuvés sont votées dans les mêmes conditions.

« Celles qui n'ont aucune incidence sur le montant de chacun des groupes fonctionnels précédemment approuvés sont votées par comptes dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article R. 714-3-15.

« Toute dépense nouvelle résultant d'une délibération du conseil d'administration exécutoire de plein droit ne peut être engagée que dans la mesure où elle n'a pas pour effet de modifier le montant d'un ou plusieurs des groupes fonctionnels du dernier budget rendu exécutoire.

« Art. R. 714-3-8. - Pour être voté en équilibre réel, le budget doit remplir les trois conditions suivantes :

« 1. La section d'investissement et chacune des sections d'exploitation, présentées selon les modalités prévues aux articles R. 714-3-11 à R. 714-3-13, doivent être votées en équilibre, sous réserve des opérations relatives à la régularisation des procédures de mise en recouvrement des produits hospitaliers qui font l'objet d'une présentation spécifique dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et du budget ;

« 2. Les recettes et dépenses doivent être évaluées de façon sincère ;

« 3. Le remboursement de la dette en capital ne doit pas être couvert par le produit des emprunts, sauf dans le cas de renégociation.

« Art. R. 714-3-9. - Les activités assurées par les établissements publics de santé sont retracées dans le cadre d'un budget unique, intitulé budget général, à l'exception des opérations d'exploitation concernant les activités ou services suivants qui sont, pour chacun d'eux, obligatoirement retracées dans un budget annexe :

« a) Exploitation de la dotation non affectée aux services hospitaliers ;

« b) Les unités de soins de longue durée mentionnées au 2° de l'article L. 711-2 ;

« c) Les établissements de transfusion sanguine régis par le décret n° 54-65 du 16 janvier 1954 ;

« d) Chacune des activités relevant de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ;

« e) Les activités de lutte contre l'alcoolisme visées à l'article L. 355-1 ;

« f) Les structures pour toxicomanes mentionnées à l'article L. 711-8.

« Aucun de ces budgets annexes ne peut recevoir de subvention d'équilibre du budget général.

« Art. R. 714-3-10. - Le budget général des établissements publics de santé est présenté en deux sections :

« a) Dans la première section sont prévues et autorisées les opérations d'investissement se rapportant à l'ensemble des activités de l'établissement ;

« b) Dans la seconde section sont prévues et autorisées les opérations d'exploitation, à l'exclusion de celles qui sont retracées dans un budget annexe.

« Toutefois, ne constituent pas une charge d'exploitation les honoraires des médecins exerçant dans les hôpitaux locaux et dans les cliniques ouvertes, ni les honoraires perçus par les praticiens hospitaliers à temps plein au titre de leur activité libérale.

« Art. R. 714-3-11. - La section d'investissement du budget général est présentée conformément aux groupes fonctionnels suivants :

« 1° En dépenses :

« - groupe 1 : remboursement de la dette ;

« - groupe 2 : immobilisations ;

« - groupe 3 : reprise sur provisions ;

« - groupe 4 : autres dépenses.

« 2° En recettes :

« - groupe 1 : emprunts ;

« - groupe 2 : amortissements ;

« - groupe 3 : provisions ;

« - groupe 4 : autres recettes.

« Art. R. 714-3-12. - La section d'exploitation du budget général est présentée conformément aux groupes fonctionnels suivants :

« 1° En dépenses :

« - groupe 1 : charges d'exploitation relatives au personnel ;

« - groupe 2 : charges d'exploitation à caractère médical ;

« - groupe 3 : charges d'exploitation à caractère hôtelier et général ;

« - groupe 4 : amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles.

« 2° En recettes :

« - groupe 1 : dotation globale de financement ou forfait global de soins ;

« - groupe 2 : produits de l'activité hospitalière ;

« - groupe 3 : autres produits ;

« - groupe 4 : transfert de charges.

« Art. R. 714-3-13. - Les budgets annexes cités à l'article R. 714-3-9 sont présentés conformément aux groupes fonctionnels suivants :

« 1° Pour la dotation non affectée :

« a) En dépenses :

« - groupe 1 : charges d'exploitation relatives au personnel ;

« - groupe 2 : autres charges d'exploitation.

« b) En recettes :

« - groupe 1 : produits de la dotation non affectée ;

« - groupe 2 : reprise sur amortissements et provisions, transfert de charges.

« 2° Pour les unités de soins de longue durée et chacune des activités relevant de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 :

« a) En dépenses, selon une présentation identique à celle du budget général.

« b) En recettes :

« - groupe 1 : forfait global de soins ;

« - groupe 2 : forfaits journaliers de soins ;

« - groupe 3 : produits de l'hébergement ;

« - groupe 4 : autres produits.

« 3° Pour les établissements de transfusion sanguine :

« a) En dépenses :

« - groupe 1 : charges d'exploitation relatives au personnel ;

« - groupe 2 : charges d'exploitation à caractère médical ;

« - groupe 3 : autres charges.

« b) En recettes :

« - groupe 1 : produits du sang et dérivés ;

« - groupe 2 : produits de l'activité de laboratoire ;

« - groupe 3 : autres produits.

« 4° Pour les structures pour toxicomanes et les activités de lutte contre l'alcoolisme :

« a) En dépenses, selon une présentation identique à celle des établissements de transfusion sanguine.

« b) En recettes :

« - groupe 1 : subvention de l'Etat ;

« - groupe 2 : autres produits.

« Art. R. 714-3-14. - Pour la section d'investissement du budget général définie à l'article R. 714-3-11, les propositions de dépenses et les prévisions de recettes présentées au vote du conseil d'administration font apparaître distinctement les dotations applicables aux opérations en cours et celles applicables aux opérations nouvelles.

« Les propositions de dépenses et les prévisions de recettes relatives à la réalisation, sur l'exercice concerné, des opérations inscrites dans les programmes d'investissement mentionnés au 2° de l'article L. 714-4 sont retracées dans ce cadre.

« Pour la section d'exploitation du budget général et les budgets annexes définis aux articles R. 714-3-12 et R. 714-3-13, les propositions de dépenses et les prévisions de recettes présentées au vote du conseil d'administration font apparaître distinctement :

« 1° Le montant des dépenses et des recettes jugées indispensables pour poursuivre l'exécution des missions dans les conditions approuvées l'année précédente ;

« 2° Les mesures nouvelles portant majoration ou minoration des dotations de dépenses et des prévisions de recettes telles que définies au 1°.

« Art. R. 714-3-15. - La ventilation des dépenses et des recettes approuvées entre les comptes de chaque groupe fonctionnel est soumise à la délibération du conseil d'administration dans un délai de quinze jours suivant la réception de la notification de la décision prise par l'autorité administrative mentionnée à l'article R. 714-3-27.

« Elle s'effectue selon les comptes définis dans la nomenclature fixée par le décret prévu au premier alinéa de l'article L. 714-7.

« Ces comptes déterminent le niveau du contrôle de la disponibilité des crédits exercé par le comptable.

« La délibération est exécutoire à compter de la date de sa transmission à l'autorité administrative. S'agissant des décisions modificatives, cette transmission intervient au plus tard le 31 janvier suivant l'exercice auquel elles se rapportent.

« Art. R. 714-3-16. - Sont annexés au projet de budget soumis au conseil d'administration les documents suivants :

« 1. Le rapport du directeur de l'établissement justifiant les propositions de dépenses et les prévisions de recettes ;

« 2. L'avis de la commission médicale d'établissement ;

« 3. L'avis du comité technique d'établissement ;

« 4. Le tableau des emplois permanents visé à l'article L. 714-4 ;

« 5. Un état de répartition des charges par catégorie tarifaire conformément aux articles R. 714-3-19, R. 714-3-20 et R. 714-3-22, accompagné des propositions de tarifs de prestations.

« Art. R. 714-3-17. - Le tableau des emplois permanents fait apparaître, pour le budget général et chacun des budgets annexes, le nombre par grade ou qualification des emplois dont la rémunération est prévue au budget.

« Le modèle du tableau des emplois permanents est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

« Art. R. 714-3-18. - Des budgets de programme annuels ou pluriannuels définissant des objectifs quantifiés peuvent être établis par le conseil d'administration au titre d'actions particulières. Ils retracent l'ensemble des dépenses et des recettes d'exploitation et d'investissement représentatives des moyens à mettre en œuvre pour la réalisation de ces objectifs et des produits attendus.

« Les budgets de programme peuvent être établis pour la mise en œuvre des contrats pluriannuels conclus dans le cadre des dispositions de l'article L. 712-4.

« Paragraphe 3

« Détermination des tarifs de prestations et du montant de la dotation globale

« Art. R. 714-3-19. - Les tarifs de prestations institués à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale sont établis pour :

« a) L'hospitalisation complète en régime commun, au moins pour chacune des catégories suivantes :

« - services spécialisés ou non ;

« - services de spécialités coûteuses ;

« - services de spécialités très coûteuses ;

« - services de suite et de réadaptation ;

« - unités de soins de longue durée pour ce qui concerne les soins ;

« b) Les modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation, au moins pour chacune des catégories suivantes :

« - l'hospitalisation à temps partiel ;

« - la chirurgie ambulatoire ;

« - l'hospitalisation à domicile ;

« c) Les interventions du service mobile de secours et de soins d'urgence.

« Art. R. 714-3-20. - Sans préjudice des dispositions prévues aux articles R. 714-3-21, R. 714-3-37 et R. 714-3-49, les tarifs de prestations mentionnés aux a et b de l'article R. 714-3-19, à l'exception de ceux relatifs aux unités de soins de longue durée, sont obtenus, pour chaque catégorie tarifaire, en divisant le prix de revient prévisionnel par le nombre de journées d'hospitalisation prévues, après déduction des produits ne résultant pas de la facturation des tarifs de prestations.

« Le prix de revient prévisionnel est égal à la totalité des dépenses d'exploitation comprenant :

« a) Les charges directes ;

« b) Les charges des consommations d'actes, de biens et de services médicaux sur la base de leur prix d'achat ou, à défaut, de leur prix de revient ;

« c) Les autres charges de la section d'exploitation du budget général qui ne sont pas couvertes par des ressources propres, réparties entre les catégories tarifaires proportionnellement au nombre de journées prévues dans chaque catégorie.

« Art. R. 714-3-21. - En application de l'article L. 716-2, des tarifs de prestations relatifs aux spécialités très coûteuses peuvent être fixés par arrêtés des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur la base des coûts par pathologies déterminés dans un échantillon d'établissement représentatifs. Ces tarifs s'appliquent aux établissements après accord du conseil d'administration.

« Art. R. 714-3-22. - Les tarifs de prestations relatifs aux interventions du service mobile de secours et de soins d'urgence, lorsque celui-ci est appelé pour prodiguer des soins d'urgence, sont fixés dans les conditions suivantes :

« 1° Pour les déplacements terrestres, les sorties sont tarifées par période de trente minutes d'intervention de l'équipe médicale auprès du patient. Chaque période de trente minutes entamée est décomptée en totalité.

« 2° Pour les déplacements aériens, les sorties sont tarifées par minute d'intervention de l'équipe médicale auprès du patient.

« Les tarifs sont calculés selon les modalités définies à l'article R. 714-3-20 sur la base du nombre d'unités d'œuvre définies à l'alinéa précédent.

« Art. R. 714-3-23. - La participation du service mobile de secours et de soins d'urgence à la couverture médicale des grands rassemblements, au sens de l'article 5 du décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987, fait l'objet d'une facturation spécifique dans le cadre d'une convention passée entre l'établissement public de santé et les parties prenantes.

« Art. R. 714-3-24. - Le tarif de prestations afférent à l'hospitalisation des personnes hospitalisées admises sur leur demande en régime particulier, tel qu'il est défini par l'article 10 du décret n° 74-27 du 14 janvier 1974, est égal au tarif de prestations fixé pour les malades du régime commun majoré au plus de 50 p. 100 du tarif moyen calculé toutes disciplines confondues.

« Art. R. 714-3-25. - Les tarifs de prestations ne sont pas applicables aux journées pour lesquelles les personnes hospitalisées ont obtenu une permission de sortie accordée au titre de l'article 54 du décret n° 74-27 du 14 janvier 1974.

« Art. R. 714-3-26. - La dotation globale mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale représente la part des dépenses obligatoirement prises en charge par les régimes d'assurance maladie.

« Elle est égale à la somme des éléments suivants :

« 1° La différence entre, d'une part, la totalité des charges d'exploitation inscrites au budget général, à l'exclusion de celles relatives aux annulations de titres de recettes sur exercices antérieurs pour changement de débiteur, et, d'autre part, la totalité des recettes d'exploitation autres que la dotation globale ;

« 2° Le montant des forfaits annuels de soins fixés dans les conditions respectivement prévues à la sous-section 3 de la section 1 du chapitre V du décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958, au titre III du décret n° 61-09 du 3 janvier 1961 ainsi qu'à la section 4 du chapitre VI du présent titre.

« Paragraphe 4

« Approbation, exécution et contrôle de l'exécution du budget

« Art. R. 714-3-27. - Sous réserve des dispositions prises en application de l'article L. 716-3, le contrôle de l'Etat prévu par l'article L. 714-1 est exercé par le préfet du département d'implantation de l'établissement sur rapport du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales.

« Art. R. 714-3-28. - Le budget ainsi que les propositions de tarifs de prestations et de dotation globale sont transmis, en vue de leur approbation, au plus tard le 15 octobre de l'année précédant l'exercice auquel ils se rapportent, d'une part, à l'autorité administrative mentionnée à l'article R. 714-3-27 et, d'autre part, à la caisse chargée du versement de la dotation globale ainsi qu'à la caisse régionale d'assurance maladie, qui les tient à la disposition des autres organismes responsables de la gestion des régimes d'assurance maladie.

« Il est accompagné des documents mentionnés à l'article R. 714-3-16.

« Les décisions modificatives qui ont pour objet de modifier le montant de chacun des groupes fonctionnels précédemment approuvés sont transmises, en vue de leur approbation, à l'autorité administrative mentionnée à l'article R. 714-3-27, sans préjudice des dispositions prévues au dernier alinéa de l'article R. 714-3-31.

« Art. R. 714-3-29. - L'autorité administrative mentionnée à l'article R. 714-3-27 peut se faire communiquer par l'établissement toute information nécessaire à l'exercice du contrôle de l'Etat, et notamment les documents suivants :

« 1. L'inventaire des équipements et des matériels ;
« 2. L'état des propriétés foncières et immobilières ;
« 3. Le tableau relatif à l'activité, aux moyens et aux consommations par centre de responsabilité mentionné à l'article R. 714-3-45 ;

« 4. Le tableau de synthèse des coûts par activité mentionné à l'article R. 714-3-43 ;

« 5. Les résultats trimestriels de la comptabilité des dépenses engagées et les tableaux trimestriels des effectifs rémunérés mentionnés à l'article R. 714-3-42.

« L'établissement tient les documents ci-dessus énumérés à la disposition des organismes responsables de la gestion des régimes d'assurance maladie.

« Art. R. 714-3-30. - Les documents mentionnés aux articles R. 714-3-28 et R. 714-3-29 sont tenus à la disposition des directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales, du directeur régional de la sécurité sociale des Antilles-Guyane et du directeur départemental de la sécurité sociale de la Réunion.

« Art. R. 714-3-31. - La caisse régionale d'assurance maladie est chargée de recueillir, au sein d'une commission d'examen des budgets hospitaliers qu'elle préside et réunit, l'avis de chacun des organismes responsables de la gestion des régimes d'assurance maladie sur le budget de l'établissement, ainsi que les observations formulées par les services du contrôle médical. Ces organismes peuvent déléguer à la caisse régionale d'assurance maladie leur compétence pour exprimer cet avis.

« Les représentants des régimes sont désignés par les conseils d'administration des organismes dont ils relèvent. Ils peuvent être désignés parmi les membres du personnel de direction et du contrôle médical.

« Le directeur de l'établissement, préalablement informé de la date d'examen du budget et des observations déjà formulées par écrit, est entendu par la commission, à sa demande ou à celle de la commission.

« Il est accompagné du président de la commission médicale et assisté de personnes de son choix.

« L'autorité administrative mentionnée à l'article R. 714-3-27, le directeur régional des affaires sanitaires et sociales, le directeur régional de la sécurité sociale des Antilles-Guyane et le directeur départemental de la sécurité sociale de la Réunion peuvent assister aux réunions de la commission.

« L'avis de la commission, accompagné des observations du service du contrôle médical, est adressé à l'établissement concerné ainsi qu'à l'autorité administrative mentionnée à l'article R. 714-3-27, dans un délai de trente jours à compter de la réception par la caisse régionale d'assurance maladie de la délibération du conseil d'administration de l'établissement public de santé et des documents budgétaires transmis selon les modalités définies à l'article R. 714-3-28.

« La commission donne également un avis sur les décisions modificatives prises en application de l'article R. 714-3-37.

« Art. R. 714-3-32. - Dans les départements d'outre-mer, la caisse générale de sécurité sociale remplit toutes les missions confiées, en application des chapitres IV, V et VI du présent titre, à la caisse régionale d'assurance maladie.

« Art. R. 714-3-33. - Le budget est approuvé par l'autorité administrative mentionnée à l'article R. 714-3-27, dans les conditions prévues à l'article L. 714-7, avant le 1^{er} janvier de l'année à laquelle il se rapporte. L'autorité administrative fixe corrélativement les tarifs de prestations, et arrête le montant de la dotation globale avant le 1^{er} janvier de l'année à laquelle ils se rapportent.

« Les décisions, modificatives mentionnées au quatrième alinéa de l'article R. 714-3-7 sont approuvées dans les mêmes conditions et délais, sans préjudice des dispositions prévues au dernier alinéa de l'article R. 714-3-31.

« Les décisions modificatives qui n'ont aucune incidence sur le montant de chacun des groupes fonctionnels précédemment approuvés sont exécutoires à compter de la date de leur transmission à l'autorité administrative, sans préjudice de l'application des dispositions de l'article L. 714-8.

« Art. R. 714-3-34. - Dans le cas où le budget ne peut être rendu exécutoire au 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle il s'exécute, et sans préjudice des dispositions des articles L. 714-8 et L. 714-9, l'ordonnateur est autorisé, jusqu'à ce qu'il devienne exécutoire, à engager, liquider et ordonnancer les dépenses dans les conditions suivantes :

« 1^o Pour ce qui concerne la section d'investissement :

« a) Les dépenses afférentes au remboursement en capital des annuités de la dette venant à échéance ;

« b) Sur autorisation du conseil d'administration, les dépenses d'investissement, dans la limite du quart des crédits ouverts, au titre de cette section, dans le cadre du dernier budget rendu exécutoire, non compris les crédits afférents aux dépenses mentionnées au a ci-dessus.

« 2^o Pour ce qui concerne la section d'exploitation, les dépenses dans la limite des autorisations de dépenses de ladite section du dernier budget rendu exécutoire.

« Art. R. 714-3-35. - Dans le cas où les tarifs de prestations et le montant de la dotation globale n'ont pas été arrêtés avant le 1^{er} janvier de l'exercice en cause, et jusqu'à l'intervention de la décision fixant le montant de cette dotation et de ces tarifs :

« 1^o La caisse chargée du versement de la dotation globale règle des acomptes mensuels égaux aux douzièmes de la dotation globale de l'année précédente ;

« 2^o Les recettes relatives à la facturation des tarifs de prestations sont liquidées et perçues dans les conditions en vigueur au cours de l'exercice précédent.

« Art. R. 714-3-36. - L'arrêté fixant les tarifs de prestations et le montant de la dotation globale, accompagné du budget approuvé, est notifié par l'autorité administrative mentionnée à l'article R. 714-3-27 à l'établissement ainsi qu'à la caisse régionale d'assurance maladie et à la caisse chargée du versement de la dotation globale.

« En outre, cet arrêté est inséré au recueil des actes administratifs de la préfecture du département.

« Art. R. 714-3-37. - Les décisions modificatives mentionnées à l'article R. 714-3-7 peuvent entraîner une révision des tarifs de prestations et du montant de la dotation globale dans les cas suivants :

« 1^o A l'occasion d'une modification importante et imprévisible des conditions économiques, appréciée par rapport à celles ayant servi de base au niveau national, au calcul du taux d'évolution des dépenses hospitalières fixé dans les conditions prévues par l'article L. 714-7 ;

« 2^o A l'occasion d'une modification importante de l'activité médicale, appréciée et évaluée selon des critères médicaux et économiques au moyen notamment du système d'information médicalisée de l'établissement et compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire prévu à l'article L. 712-3.

« Les dépenses autorisées sur les comptes de charges, dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale, font, alors, l'objet d'une majoration ou d'une minoration.

« Lorsqu'il n'a pas été possible de procéder en temps utile à la révision des tarifs de prestations qu'imposait la décision modificative, la charge indûment supportée par la dotation globale est prise en compte pour le calcul des tarifs de prestations et la fixation du montant de la dotation globale de l'exercice suivant.

« Art. R. 714-3-38. - Par dérogation aux dispositions de l'article R. 714-3-2, et sans préjudice des dispositions de l'article R. 714-3-39, au début de chaque année, l'ordonnateur dispose d'un délai d'un mois pour procéder, d'une part, pour ce qui concerne la section d'exploitation, à l'émission des titres de recettes et des mandats correspondant aux droits acquis et aux services faits au cours de l'année précédente et, d'autre part, aux opérations d'ordre budgétaire et non budgétaire dont il a l'initiative.

« Le comptable procède dans le même délai à la comptabilisation de ces opérations.

« Art. R. 714-3-39. - Les dépenses de la section d'investissement régulièrement engagées mais non mandatées à la clôture de l'exercice sont notifiées par l'ordonnateur au comptable avec les justifications nécessaires et font l'objet de la procédure de report visée au dernier alinéa du présent article.

« Les dépenses de la section d'exploitation régulièrement engagées mais non mandatées à la clôture de l'exercice sont notifiées par l'ordonnateur au comptable avec les justifications nécessaires et rattachées au résultat dudit exercice selon la procédure de rattachement visée au dernier alinéa du présent article.

« Les crédits budgétaires de la section d'investissement non engagés peuvent être reportés selon les modalités visées au dernier alinéa du présent article.

« Les crédits budgétaires de la section d'exploitation non engagés ne peuvent être reportés au budget de l'exercice suivant.

« Les modalités de report ou de rattachement sont précisées par arrêté conjoint des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale.

« Art. R. 714-3-40. - Sans préjudice de l'exercice de ses pouvoirs généraux de contrôle, l'autorité administrative mentionnée à l'article R. 714-3-27 peut, à son initiative, ou à la demande du conseil d'administration ou du directeur de l'établissement, ou à la demande de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, de la caisse régionale d'assurance maladie ou de la caisse chargée du versement de la dotation globale, soumettre le fonctionnement et la gestion d'un établissement public de santé en difficulté à l'examen d'une mission d'enquête.

« Cette mission est composée du trésorier-payeur général du département, du directeur régional et du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, du directeur départemental de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, du directeur de la caisse régionale d'assurance maladie et du directeur de la caisse chargée du versement de la dotation globale ou de leurs représentants. La composition de la mission d'enquête peut être réduite, en fonction de son objet, à l'initiative de l'autorité administrative.

« La mission d'enquête procède à l'audition de toute personne qu'elle juge utile d'entendre, et notamment du président de la commission médicale et du représentant du contrôle médical compétent pour l'établissement considéré.

« L'autorité administrative communique les conclusions de la mission d'enquête au président du conseil d'administration, au directeur et au comptable de l'établissement ; elle propose les mesures de nature à remédier aux difficultés de fonctionnement ou de gestion constatées.

« Paragraphe 5

« Du directeur, ordonnateur du budget

« Art. R. 714-3-41. - Le directeur est l'ordonnateur du budget de l'établissement public de santé. Ses opérations font l'objet d'une comptabilité administrative.

« Art. R. 714-3-42. - L'ordonnateur tient une comptabilité des dépenses engagées pour chacun des comptes prévus à l'article R. 714-3-15.

« Au dernier jour de chaque trimestre civil, l'ordonnateur établit un tableau des effectifs rémunérés.

« Art. R. 714-3-43. - Pour les besoins de la gestion financière, l'ordonnateur tient une comptabilité analytique qui couvre la totalité des activités et des moyens de l'établissement, selon une nomenclature fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« A la clôture de l'exercice, les résultats de la comptabilité analytique sont retracés dans un tableau de synthèse des coûts par activités, présenté en valeurs financières et unités d'œuvre, selon des modalités arrêtées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« La synthèse des coûts par activité médicale tient notamment compte des informations sur les pathologies et leur mode de traitement, produites par le département d'information médicale suivant des modalités et un calendrier fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Art. R. 714-3-44. - Dans le respect des dispositions du code des marchés publics et sans préjudice des délégations de signature consenties par application de l'article L. 714-12, le directeur est seul compétent pour passer les marchés de travaux, fournitures ou services pour le compte de l'établissement.

« Art. R. 714-3-45. - Pour les besoins de la gestion interne, et notamment pour permettre aux responsables de structures et services de suivre la gestion des moyens budgétaires ainsi qu'il est prévu à l'article L. 714-13, le directeur érige en centres de responsabilité, d'une part, les structures médicales, pharmaceutiques et odontologiques telles qu'organisées conformément à l'article L. 714-20, et, d'autre part, les services administratifs et logistiques.

« L'ensemble des centres de responsabilité couvre la totalité des activités et des moyens de l'établissement.

« Pour chaque centre de responsabilité, le directeur établit, en concertation avec le responsable de centre, un tableau comportant les éléments relatifs :

« a) A l'activité du centre ;

« b) Aux moyens qui y sont mis en œuvre directement, à l'exclusion des moyens qui lui sont fournis par d'autres centres d'un même établissement ;

« c) Aux consommations d'actes, de biens et de services à caractère médical, le cas échéant.

« Les informations relatives aux moyens sont présentées en valeur financière et en unités d'œuvre représentatives.

« La somme des moyens mis en œuvre directement dans les centres de responsabilité, exprimés en valeur financière, est égale à la somme des charges d'exploitation inscrites au budget.

« Lors de la préparation du budget, le directeur établit le tableau prévisionnel des activités et moyens par centre de responsabilité et le soumet à l'avis du responsable du centre.

« En cours d'année et selon une périodicité au moins trimestrielle, un tableau retrace les activités, les charges et consommations de chaque centre de responsabilité. Il est accompagné d'une analyse des écarts par rapport aux prévisions initiales.

« Paragraphe 6

« Clôture de l'exercice et affectation des résultats

« Art. R. 714-3-46. - A la clôture de l'exercice, le directeur établit le compte administratif retraçant ses opérations de dépenses et recettes et comportant le rappel des autorisations de dépenses allouées et des prévisions de recettes admises au dernier budget rendu exécutoire.

« Le compte administratif fait notamment apparaître le résultat comptable de chaque section du budget général et de la section d'exploitation de chacun des budgets annexes, ainsi que le montant des résultats à affecter selon les dispositions prévues aux articles R. 714-3-47, R. 714-3-49 et R. 714-3-50.

« Il est accompagné d'une annexe définie, par arrêté des ministres chargés du budget et de la santé, par référence au plan comptable général, et complété des documents suivants :

« 1° Le rapport du directeur retraçant et expliquant l'évolution de l'activité, des dépenses et des recettes ;

« 2° Un état des dépenses régulièrement engagées dans la limite des crédits autorisés et qui n'ont pas fait l'objet d'un mandatement à la clôture de l'exercice ;

« 3° Le tableau de synthèse des coûts par activités prévu à l'article R. 714-3-43.

« Le comptable établit le compte de gestion ainsi qu'un rapport rendant compte, dans le cadre de ses compétences, de l'ensemble des éléments de sa gestion, et notamment de la situation patrimoniale et financière de l'établissement.

« Ces documents sont transmis à l'ordonnateur au plus tard le 1^{er} juin de l'exercice suivant celui auquel ils se rapportent.

« Le conseil d'administration arrête les comptes de l'établissement au plus tard le 30 juin de l'année suivant l'exercice auquel ils se rapportent, après avoir délibéré sur le compte administratif présenté par l'ordonnateur et le compte de gestion établi par le comptable de l'établissement. Il délibère également sur l'affectation des résultats de chaque section du budget général et des budgets annexes.

« Le compte administratif et ses documents annexes, ainsi que le bilan et le compte de résultat se rapportant à l'exercice clos sont transmis, dans un délai de huit jours, à l'autorité administrative mentionnée à l'article R. 714-27 et à la caisse régionale d'assurance maladie, qui les tient à la disposition des autres organismes responsables de la gestion des régimes d'assurance maladie.

« Aucune décision modificative au titre de l'exercice en cours ne peut être prise avant cette transmission, sauf accord exprès de l'autorité administrative.

« Art. R. 714-3-47. - Le résultat de la section d'investissement constaté à la clôture d'exercice se cumule avec le résultat de l'exercice précédent.

« Art. R. 714-3-48. - Les prestations de services que les établissements publics de santé peuvent assurer à titre subsidiaire, ainsi que le prévoit l'article L. 714-14, sont développées dans la limite des moyens matériels et humains indispensables à l'exécution des missions définies aux articles L. 711-1 et L. 711-3.

« Dans le cas où la tarification des prestations de services est fixée par l'établissement, les tarifs opposables aux tiers, à l'exception de ceux afférents aux services exploités dans l'intérêt des personnels, ne peuvent en aucun cas être inférieurs aux prix de revient des prestations, calculés à partir de la comptabilité analytique mise en œuvre conformément à l'article R. 714-3-43.

« Les produits dégagés ainsi que ceux provenant de l'exploitation des brevets et licences et du placement des fonds prévu à l'article L. 714-15 sont comptabilisés sur les comptes constituant le groupe fonctionnel "autres produits" prévu à l'article R. 714-12.

« Le résultat de ces activités est dégagé, au compte administratif, à partir du résultat comptable de l'exercice corrigé de l'écart entre les réalisations et les prévisions de recettes du groupe 2 défini au III de l'article R. 714-49.

« En cas de résultat déficitaire, sa prise en charge par l'établissement, dans le cadre de ses moyens budgétaires, ne doit pas se traduire par une diminution des crédits budgétaires nécessaires à l'exécution du service public hospitalier.

« Art. R. 714-49. - Sous réserve des dispositions prévues au III du présent article, les résultats de la section d'exploitation du budget général sont affectés selon les modalités suivantes :

« I. - L'excédent est affecté par délibération du conseil d'administration :

« a) A un compte de réserve de compensation ;

« b) Au financement de mesures d'investissement ou de mesures d'exploitation, ces dernières ne pouvant avoir pour effet d'accroître les charges de l'assurance maladie ;

« c) A la couverture des charges d'exploitation.

« Cette affectation donne lieu à une décision modificative du budget de l'exercice au cours duquel l'excédent est constaté.

« II. - Le déficit est couvert en priorité par reprise sur le compte de réserve de compensation et, pour le surplus éventuel, par une réduction à due concurrence des autorisations de dépenses du dernier budget rendu exécutoire, dans le cadre d'une décision modificative.

« Toutefois, en cas de circonstances exceptionnelles, et sur accord préalable exprès de l'autorité administrative mentionnée à l'article R. 714-27, la reprise du déficit peut être étalée sur trois exercices.

« III. - 1. S'il est constaté que les recettes du budget général mentionnées au groupe 2 de l'article R. 714-12 sont, à la clôture de l'exercice, supérieures aux recettes prévues au dernier budget rendu exécutoire de l'exercice concerné, l'excédent de recettes est affecté à la couverture des charges d'exploitation autorisées au dernier budget rendu exécutoire de l'exercice en cours.

« Les tarifs de prestations et le montant de la dotation globale sont diminués en conséquence.

« 2. S'il est constaté que les recettes mentionnées au 1 ci-dessus sont, à la clôture de l'exercice, inférieures aux recettes prévues au dernier budget rendu exécutoire de l'exercice concerné, le déficit de recettes ainsi constaté est couvert par ajout aux charges d'exploitation autorisées au dernier budget rendu exécutoire de l'exercice en cours.

« Les tarifs de prestations et le montant de la dotation globale sont majorés en conséquence.

« Les excédents ou déficits de recettes mentionnés au III (1 et 2) ci-dessus sont corrigés de la différence existant entre le montant des annulations de titres de recettes pour changement de débiteur et celui des rémissions de titres de recettes sur exercices antérieurs relatifs aux recettes visées au III (1) ci-dessus, comptabilisés à la clôture de l'exercice.

« Art. R. 714-50. - Le résultat de chacun des budgets annexes mentionnés à l'article R. 714-9 est affecté, selon les modalités suivantes :

« I. - 1. L'excédent du budget annexe désigné au a dudit article susvisé est affecté, au cours de l'exercice suivant celui auquel il se rapporte :

« a) Au financement d'opérations d'investissement ;

« b) Au financement de mesures d'exploitation du budget général.

« 2. L'excédent de chacun des autres budgets annexes est affecté, au cours de l'exercice suivant celui auquel il se rapporte :

« a) A un compte de réserve de compensation ;

« b) A la couverture des charges d'exploitation dudit budget ;

« c) Au financement d'opérations d'investissement ou de mesures d'exploitation dudit budget.

« II. - 1. Le déficit du budget annexe désigné au a de l'article R. 714-9 est couvert par ajout aux charges d'exploitation de l'exercice suivant celui auquel il se rapporte.

« 2. Le déficit de chacun des autres budgets annexes est couvert en priorité par reprise sur la réserve de compensation et, pour le surplus éventuel, par ajout aux charges d'exploitation

de l'exercice suivant celui auquel il se rapporte. Toutefois, pour les budgets annexes mentionnés aux b et d, cette incorporation peut être étalée sur les trois exercices suivants.

« Paragraphe 7

« Du comptable

« Art. R. 714-51. - Les postes comptables des établissements publics de santé relèvent des services déconcentrés du Trésor.

« Pour les établissements importants ou groupes d'établissements désignés par arrêté des ministres chargés du budget et de la santé, il peut être créé un poste comptable spécialisé.

« Les dépenses afférentes au fonctionnement des postes comptables hospitaliers sont à la charge du budget général de l'Etat.

« Art. R. 714-52. - Les poursuites pour le recouvrement des produits hospitaliers sont exercées selon les règles suivies en matière de contributions directes.

« Art. R. 714-53. - En attendant l'acceptation des dons et legs, le comptable de l'établissement fait tous les actes conservatoires qui sont jugés nécessaires. »

Art. 2. - I. - La section 1 du chapitre V du titre 1^{er} du livre VII du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) est intitulée Dispositions générales.

II. - La section 2 du même chapitre est intitulée Dispositions propres aux établissements de santé privés qui assurent l'exécution du service public hospitalier ou sont associés à son fonctionnement et comprend deux sous-sections.

La sous-section 1 est intitulée Organisation et fonctionnement.

La sous-section 2 est ainsi rédigée :

« Sous-section 2

« Budget et comptabilité des établissements de santé privés participant au service public hospitalier

« Art. R. 715-7-1. - Sont applicables aux établissements privés de santé participant au service public hospitalier, sans préjudice des règles d'organisation et de fonctionnement de droit privé qui leur sont spécifiques, les dispositions des articles R. 714-3-2 à R. 714-3-6, R. 714-3-7, à l'exception du cinquième alinéa, R. 714-3-8, R. 714-3-10 à R. 714-3-12, R. 714-3-14, R. 714-3-15, à l'exception du troisième alinéa, R. 714-3-16, à l'exception du document mentionné au 3^o, R. 714-3-17 à R. 714-3-28, R. 714-3-29, à l'exception des documents mentionnés aux 2^o et 3^o, R. 714-3-30 à R. 714-3-32, R. 714-3-33, à l'exception du dernier alinéa, R. 714-3-35 à R. 714-3-37, R. 714-3-40, R. 714-3-42, R. 714-3-43, les trois derniers alinéas de l'article R. 714-46, l'article R. 714-47 et l'article R. 714-49.

« Art. R. 715-7-2. - Lorsque, pour la première année de participation au service public hospitalier, les décisions portant approbation du budget ou fixation des tarifs journaliers de prestations et du montant de la dotation globale sont prises postérieurement au 1^{er} janvier dudit exercice, les dispositions suivantes sont applicables jusqu'à l'intervention des décisions précitées :

« 1^o La caisse chargée du versement de la dotation globale verse des acomptes mensuels sur la base d'un quinzième de l'ensemble des dépenses autorisées au dernier budget rendu exécutoire, financées par les prix de journée ;

« 2^o Les autres recettes sont mises en recouvrement dans les conditions de l'exercice précédent.

« Art. R. 715-7-3. - Les déficits et excédents des deux exercices précédant l'admission à l'exécution du service public hospitalier sont repris respectivement au cours de la première et de la deuxième année de financement par dotation globale, au titre des charges et des produits de la section d'exploitation du budget.

« Art. R. 715-7-4. - Lorsque l'activité d'hospitalisation et de soins de l'établissement ne constitue pas l'activité exclusive de l'organisme gestionnaire, il est tenu pour l'activité participant au service public hospitalier une comptabilité distincte, rattachée par un compte de liaison à la comptabilité principale de l'organisme gestionnaire.

« Art. R. 715-7-5. - Pour la fixation des tarifs de prestations et du montant de la dotation globale définis aux articles R. 714-19 à R. 714-26, l'autorité administrative mentionnée à l'article R. 714-27 ne tient compte que des rémunérations des personnels telles qu'elles résultent des dispositions de la

convention collective ou de l'accord d'établissement ayant reçu l'agrément prévu par l'article 16 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975.

« Lorsque l'établissement n'applique pas de convention collective ou d'accord d'établissement agréés, les rémunérations de ces personnels ne sont prises en compte que dans la limite de celles applicables aux catégories similaires des personnels des établissements publics de santé possédant les mêmes qualifications et la même ancienneté, sous réserve des dispositions réglementaires spécifiques applicables à certaines catégories de personnel médical des établissements de santé privés.

« Les loyers ne sont pris en compte que dans la limite de la valeur locative réelle des immeubles pris à bail.

« L'autorité administrative tient compte des prestations fournies par le siège social, lorsque celui-ci est distinct de l'établissement, sous réserve qu'elles correspondent à une prestation ou à un service pour lequel le siège social se substitue totalement ou partiellement à l'établissement.

« Lorsqu'il y a une cessation définitive d'activité, totale ou partielle, l'autorité administrative peut tenir compte du paiement des indemnités et charges annexes résultant du licenciement du personnel, sous réserve qu'il soit satisfait aux conditions visées aux 1° à 3° du premier alinéa de l'article R. 715-7-6.

« Art. R. 715-7-6. - Les frais financiers, les dotations aux comptes d'amortissements et aux comptes de provisions ainsi que, le cas échéant, les dotations annuelles au fonds de roulement et les annuités des emprunts contractés en vue de la constitution de ce fonds ne peuvent être pris en compte parmi les éléments servant au calcul de la dotation globale et des tarifs de prestations que dans les cas suivants :

« 1° Si l'organisme gestionnaire est une fondation, une mutuelle ou une union de mutuelles, une association reconnue d'utilité publique, une congrégation ou s'il s'agit d'un établissement visé aux articles L. 312 à L. 314 ;

« 2° S'il s'agit d'une association déclarée, à la condition que ses statuts prévoient, en cas de cessation d'activité, l'attribution à un établissement public ou privé poursuivant un but similaire de l'ensemble du patrimoine affecté à l'établissement ; l'autorité administrative a qualité pour approuver ou provoquer la désignation de l'attributaire ou pour procéder elle-même, le cas échéant, à cette désignation ;

« 3° Si, à défaut des dispositions statutaires ci-dessus, l'organisme gestionnaire s'engage, en cas de cessation d'activité, à verser à un organisme public ou privé poursuivant un but similaire, le fonds de roulement et les provisions non employées ainsi qu'une somme correspondant à la plus-value immobilière résultant de dépenses inscrites au budget ; le service des domaines procède à l'évaluation de cette plus-value ; en cas de transformation ou de modification importante dans le fonctionnement de l'établissement, l'autorité administrative apprécie s'il y a lieu d'imposer le versement ci-dessus et dans quelle mesure.

« En outre, sans préjudice des dispositions ci-dessus, seuls les amortissements relatifs aux immobilisations affectées à l'activité hospitalière sont pris en compte pour la fixation du budget, des tarifs de prestations et de la dotation globale. »

Art. 3. - Le chapitre VI du titre 1^{er} du livre VII du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), intitulé « Expérimentation et dispositions diverses », comprend cinq sections.

Les sections 4 et 5 de ce chapitre sont ainsi rédigées :

« Section 4

« Dispositions propres aux activités de soins de longue durée assurées par les établissements publics de santé et les établissements de santé privés à but non lucratif

« Art. R. 716-5-1. - Dans les unités et centres de soins de longue durée mentionnés à l'article L. 716-5, la tarification comporte deux éléments :

« 1° Un tarif journalier de soins ;

« 2° Un tarif journalier d'hébergement.

« Art. R. 716-5-2. - Le tarif journalier de soins est calculé, dans la limite du plafond mentionné à l'article R. 716-5-4, à partir des dépenses prévisionnelles de soins, qui comprennent :

« 1° Les charges relatives à l'emploi des personnels assurant les soins et affectés à l'unité ou au centre de soins de longue durée ;

« 2° Les charges relatives aux prescriptions médicales et au petit matériel médical ;

« 3° L'amortissement du matériel médical et des équipements concourant aux soins ainsi que les frais financiers et les dotations aux provisions pour risques et charges d'exploitation qui y sont associés.

« Le tarif journalier de soins est obtenu en divisant le montant de ces dépenses par le nombre prévisionnel de journées.

« Le forfait annuel global de soins visé à l'article R. 716-5-9 est obtenu en retranchant du montant des dépenses prévisionnelles de soins retenues pour la détermination du tarif journalier de soins le produit de ce tarif multiplié par le nombre prévisionnel des journées non prises en charge par un régime d'assurance maladie.

« Art. R. 716-5-3. - Le tarif journalier d'hébergement est obtenu en divisant par le nombre prévisionnel de journées la différence entre le prix de revient prévisionnel et les recettes attendues au titre du tarif journalier de soins et du forfait annuel global de soins.

« Le prix de revient prévisionnel est égal à la totalité des dépenses prévisionnelles d'exploitation approuvées par l'autorité administrative mentionnée à l'article R. 714-3-27 diminuée des recettes prévisionnelles autres que celles provenant de la tarification des prestations de soins et d'hébergement et corrigée des résultats d'exploitation incorporés dans les conditions prévues à l'article R. 714-3-50.

« Art. R. 716-5-4. - Le plafond du tarif journalier de soins, mentionné par le deuxième alinéa de l'article L. 716-5, est déterminé chaque année soit en valeur absolue, soit par limitation du pourcentage de hausse, par une décision conjointe des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

« Art. R. 716-5-5. - Indépendamment de la transmission prévue à l'article R. 714-3-28, les prévisions de dépenses et de recettes concernant l'unité ou le centre de soins de longue durée et les propositions de tarifs mentionnés à l'article R. 716-5-1 sont transmises au président du conseil général au plus tard le 15 octobre de l'année précédant l'exercice auquel elles se rapportent, accompagnées du rapport d'orientation, des documents mentionnés à l'article R. 714-3-16 et d'un état sur la décomposition analytique des charges.

« Art. R. 716-5-6. - Les organismes responsables de la gestion des régimes d'assurance maladie font connaître leur avis sur les prévisions et propositions mentionnées à l'article R. 716-5-5 dans les conditions prévues à l'article R. 714-3-31.

« Le président du conseil général fait connaître son avis sur ces prévisions et propositions à l'autorité administrative mentionnée à l'article R. 714-3-27 avant le 15 novembre de l'année précédant l'exercice auquel elles se rapportent. Il transmet un double de cet avis à l'établissement, qui peut faire connaître ses observations à l'autorité administrative et au président du conseil général dans les quinze jours de cette transmission.

« Après avoir recueilli l'avis du président du conseil général et, le cas échéant, les observations de l'établissement, l'autorité administrative arrête le budget et fixe le tarif journalier de soins et le forfait annuel global de soins.

« Les tarifs et le forfait annuel global de soins sont fixés avant le 1^{er} janvier de l'année à laquelle ils se rapportent.

« Art. R. 716-5-7. - Dans le cas où le tarif journalier d'hébergement n'a pas été fixé avant le 1^{er} janvier de l'exercice auquel il se rapporte, le tarif antérieur s'applique jusqu'à l'intervention du nouveau tarif.

« Art. R. 716-5-8. - Le président du conseil général arrête le tarif d'hébergement et le notifie à l'établissement et au préfet, qui en assure la publication.

« Art. R. 716-5-9. - Les dépenses de soins dispensés aux personnes prises en charge par un régime d'assurance maladie sont couvertes par un forfait annuel global de soins.

« Art. R. 716-5-10. - A la clôture de l'exercice, il est procédé au calcul du produit des tarifs journaliers de soins. Si ce produit est supérieur à la prévision qui en a été faite, la différence vient en déduction du forfait annuel global de soins de l'année suivante ; s'il est inférieur à cette prévision, la différence est ajoutée à ce forfait.

« Art. R. 716-5-11. - Les établissements privés à but non lucratif ne participant pas à l'exécution du service public et habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale sont soumis, pour ce qui concerne leur activité de soins de longue durée, aux dispositions de la présente sous-section, à l'exception de celles relatives au forfait annuel global de soins et sans préjudice des dispositions budgétaires et comptables qui leur sont applicables.

« Section 5

« Dispositions diverses

« Art. R. 716-9-1. - Dans le cas où les frais de séjour des malades ne sont pas susceptibles d'être pris en charge soit par les services de l'aide médicale, soit par un organisme d'assurance maladie, soit par le ministère chargé des anciens combattants et victimes de guerre ou par tout autre organisme public, les intéressés ou, à défaut, leur famille ou un tiers responsable souscrivent un engagement d'acquitter les frais de toute nature afférents au régime choisi. Ils sont tenus, sauf dans les cas d'urgence, de verser au moment de leur entrée dans l'établissement une provision renouvelable calculée sur la base de la durée estimée du séjour. En cas de sortie avant l'expiration du délai prévu, la fraction dépassant le nombre de jours de présence est restituée. »

TITRE II

DISPOSITIONS MODIFIANT LE CODE
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Art. 4. - L'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le règlement aux établissements de la dotation globale, fractionnée en douze allocations mensuelles, est assuré par la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

« Aucune des allocations mensuelles ne peut être inférieure au vingt-quatrième ni supérieure au huitième du montant total de la dotation globale. Le montant de chacune des allocations est déterminé en fonction de l'évolution des besoins de trésorerie des établissements de santé.

« Le règlement de chaque allocation mensuelle est effectué en une ou plusieurs fois entre le 15 du mois courant et, au plus tard, le 15 du mois suivant. Toutefois, le total des sommes versées entre le 15 et le dernier jour du mois courant ne peut être inférieur à 60 p. 100 de l'allocation mensuelle considérée.

« Les mesures d'exécution du présent article sont prises par arrêtés des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget. Elles peuvent varier en fonction des types d'activité des différents établissements. »

Art. 5. - Sont insérés à la section 1 du chapitre 4 du titre VII du livre 1^{er} du code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), après l'article R. 174-1, les articles suivants :

« Art. R. 174-1-1. - Les régimes d'assurance maladie paient chaque mois à la caisse nationale dont relève l'organisme chargé du versement de la dotation globale une participation aux règlements effectués en application de l'article R. 174-1-4.

« La participation mensuelle des différents régimes d'assurance maladie est calculée au prorata de la répartition entre ces régimes pour le dernier exercice clos de la somme des dotations globales versées aux établissements publics de santé et aux établissements de santé privés participant à l'exécution du service public hospitalier.

« Art. R. 174-1-2. - La répartition de la dotation globale entre les régimes d'assurance maladie et les risques est effectuée au prorata du nombre de journées d'hospitalisation prises en charge par chaque régime au titre de chaque risque, et corrigée par application de coefficients qui tiennent compte du coût des journées d'hospitalisation prises en charge. Ces coefficients sont fixés par un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture, du budget et de la défense, pris après avis de la commission prévue à l'article R. 174-1-4.

« Art. R. 174-1-3. - La caisse chargée du versement de la dotation globale établit pour chaque établissement un état faisant apparaître la répartition des journées, d'une part, entre les différents régimes d'assurance maladie débiteurs et, d'autre part, entre les risques couverts.

« L'état de répartition visé, le cas échéant, par l'agent comptable de la caisse précitée est transmis par le directeur à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et à la caisse nationale dont relève l'organisme, avant le 1^{er} mars de l'année suivant celle à laquelle il se rapporte.

« Le modèle d'état de répartition est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget.

« Art. R. 174-1-4. - Il est institué une Commission nationale de répartition des charges des dotations globales hospitalières.

« Cette commission est présidée par un magistrat de la Cour des comptes désigné par le premier président de la Cour des comptes et comprend un représentant de chacun des régimes

d'assurance maladie ayant une organisation financière propre. Les membres titulaires et suppléants de la commission sont nommés par arrêté des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale, de la défense et de l'agriculture. Chacun de ces ministres est représenté par un commissaire du Gouvernement.

« La commission fixe à l'unanimité, avant le 1^{er} juin de l'année suivant celle à laquelle elle se rapporte, la répartition des charges des dotations globales hospitalières entre les régimes d'assurance maladie et les risques au vu d'un état établi par la Caisse nationale de l'assurance maladie de travailleurs salariés sur la base des documents mentionnés à l'article R. 174-1-3.

« A défaut d'accord au sein de la commission, la répartition est fixée par arrêté des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale, de la défense et de l'agriculture.

« Art. R. 174-1-5. - Les opérations financières effectuées en application des articles R. 174-1-1 et R. 174-1-4 sont retracées dans les écritures de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

« Art. R. 174-1-6. - Les établissements de santé font parvenir à la caisse chargée du versement de la dotation globale les informations nécessaires à la répartition de celle-ci entre les régimes et les risques ainsi qu'à la gestion des assurés. La nature, la périodicité et le mode de présentation de ces informations sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget.

« Art. R. 174-1-7. - La prise en charge par les organismes d'assurance maladie des forfaits annuels de soins mentionnée au 2^o du deuxième alinéa de l'article R. 714-3-26 du code de la santé publique est répartie entre les régimes d'assurance maladie et les risques selon les modalités prévues aux articles D. 174-3 et D. 174-8 du présent code.

« Art. R. 174-1-8. - En ce qui concerne les assurés sociaux, la demande de prise en charge des frais d'hospitalisation et de soins est adressée par l'établissement à la caisse chargée du versement de la dotation globale. La caisse transmet la demande de prise en charge à l'organisme dont relève l'assuré pour le versement des prestations, qui notifie sa décision à l'établissement de santé ainsi qu'à la caisse chargée du versement de la dotation globale.

« En cas de refus total ou partiel de prise en charge, la décision est également notifiée à l'assuré par l'organisme dont il relève.

« La demande de prise en charge est conforme à un modèle fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget.

« Art. R. 174-1-9. - Les règlements effectués par les organismes d'assurance maladie au titre des facturations relatives aux prestations effectuées antérieurement à l'exercice à partir duquel les établissements entrent dans le champ d'application des dispositions de l'article L. 174-1 viennent en déduction des versements prévus audit article ainsi qu'aux articles R. 714-3-35 et R. 715-7-2 du code de la santé publique.

« Le règlement du solde de la dotation de l'exercice précédent vient en déduction des versements mensuels prévus à l'article R. 174-1 ainsi qu'à l'article R. 714-3-35 du code de la santé publique. »

TITRE III

DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

Art. 6. - Cessent d'être applicables aux établissements de santé publics et privés participant à l'exécution du service public hospitalier les articles 26, 27, 28, 38, 39, 41 et 43 du décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 susvisé, l'article 22 du décret n° 59-1510 du 29 décembre 1959 susvisé, et l'article 6 du décret n° 60-939 du 5 septembre 1960 susvisé.

Art. 7. - Pour les établissements publics de santé, les résultats de la section d'exploitation du budget général des exercices 1991 et 1992 sont, sous réserve des dispositions prévues au III ci-après, affectés par décision du conseil d'administration, selon les modalités suivantes :

I. - L'excédent est affecté :

« a) A un compte de réserve de compensation ;

« b) Au financement de mesures d'investissement ou de mesures d'exploitation, ces dernières ne pouvant avoir pour effet d'accroître les charges de l'assurance maladie ;

« c) A la couverture des charges d'exploitation.

« Cette affectation est inscrite au budget de l'exercice suivant celui au cours duquel l'excédent est constaté.

« II. - Le déficit est couvert :

« a) En priorité par reprise sur le compte de réserve de compensation ;

« b) Pour le surplus éventuel, avec étalement, par ajout aux charges d'exploitation de chacun des budgets des trois exercices suivant celui au cours duquel le déficit est constaté.

« III. - 1. S'il est constaté que les recettes du budget général définies par l'arrêté du 2 janvier 1990 et correspondant à la facturation du forfait journalier, des consultations externes et des tarifs de prestations sont, à la clôture de l'exercice, supérieures aux recettes prévues au dernier budget approuvé de l'exercice concerné, l'excédent de recettes est affecté à la couverture des charges d'exploitation autorisées au dernier budget approuvé de l'exercice en cours.

« Les tarifs de prestations et le montant de la dotation globale sont diminués en conséquence.

« 2. S'il est constaté que les recettes mentionnées au I ci-dessus sont, à la clôture de l'exercice, inférieures aux recettes prévues au dernier budget approuvé de l'exercice concerné, le déficit de recettes ainsi constaté est couvert par ajout aux charges d'exploitation autorisées au dernier budget approuvé de l'exercice en cours.

« Les tarifs de prestations et le montant de la dotation globale sont majorés en conséquence.

« Les excédents ou déficits de recettes constatés au III (1 et 2) ci-dessus sont corrigés de la différence existant entre le montant des annulations de titres de recettes pour changement de débiteur et celui des rémissions de titres de recettes sur exercices antérieurs relatifs aux recettes visées au III (1) ci-dessus, comptabilisés à la clôture de l'exercice.

Art. 8. - Pour les établissements de santé privés participant à l'exécution du service public hospitalier, les résultats d'exploitation des exercices 1991 et 1992 sont affectés suivant les modalités définies à l'article 7 ci-dessus.

Toutefois, lorsque le résultat visé au II de l'article 7 est déficitaire, le montant du déficit à couvrir par ajout aux charges d'exploitation est déterminé après analyse par l'autorité administrative des circonstances ayant engendré ce résultat.

Art. 9. - Le décret n° 83-744 du 11 août 1983 modifié susvisé est abrogé, sous réserve des dispositions du I de l'article 10 ci-après.

Art. 10. - A titre transitoire :

I. - Nonobstant les dispositions de l'article 9 et sans préjudice de celles des articles 7 et 8 du présent décret, tous les actes rattachables à l'exercice budgétaire et comptable de l'année 1992 sont régis par les dispositions du décret n° 83-744 du 11 août 1983 modifié susvisé ainsi que par les dispositions du dernier alinéa de l'article R. 714-37 du code de la santé publique.

II. - Les dispositions de l'article R. 714-38 du code de la santé publique ainsi que les dates limites mentionnées aux articles R. 714-3-15, dernier alinéa, et R. 714-3-46, cinquième alinéa, dudit code seront applicables ou prises en compte suivant les modalités et le calendrier fixés par arrêté des ministres chargés du budget et de la santé.

Art. 11. - Le ministre de l'intérieur et de la sécurité publique, le ministre du budget, le ministre de l'agriculture et de la forêt, le ministre des affaires sociales et de l'intégration et le ministre de la santé et de l'action humanitaire sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 31 juillet 1992.

PIERRE BÉRÉGOVOY

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire,
BERNARD KOUCHNER

Le ministre de l'intérieur et de la sécurité publique,
PAUL QUILÈS

Le ministre du budget,
MICHEL CHARASSE

Le ministre de l'agriculture et de la forêt,
LOUIS MERMAZ

Le ministre des affaires sociales et de l'intégration,
RENÉ TEULADE

SECRÉTARIAT D'ÉTAT AUX ANCIENS COMBATTANTS ET VICTIMES DE GUERRE

Arrêté du 19 juin 1992 fixant l'organisation en bureaux de la direction de l'administration générale (rectificatif)

NOR : ACVC9200392

Rectificatif au *Journal officiel* du 25 juillet 1992, page 10042, 1^{re} colonne, article 1^{er} : supprimer le second alinéa.

MESURES NOMINATIVES

PREMIER MINISTRE

Arrêté du 28 juillet 1992 portant désignation des auditeurs de la 110^e session régionale de l'Institut des hautes études de défense nationale, Papeete, Polynésie française (9 juin 1992-20 juin 1992)

NOR : PRMX9210264A

Par arrêté du Premier ministre en date du 28 juillet 1992, sont admis comme auditeurs de la 110^e session régionale de l'Institut des hautes études de défense nationale :

M. Allain (Joël), administrateur de société, directeur général de sociétés d'électricité à Tahiti ;

M. Babin (Olivier), architecte-urbaniste au service de l'urbanisme à Papeete ;

Mme Bambridge (Maiana), secrétaire générale du conseil économique, social et culturel à Papeete ;

M. Banner-Martin (Mario), inspecteur de police au commissariat de police de Papeete ;

M. Barbier (Henri), médecin en chef du service de santé des armées ;

M. Berteil (Richard), conseiller technique au ministère de la solidarité, de l'emploi, de la formation professionnelle et des lois du travail à Tahiti ;

M. Bodin (Jean-Raymond), journaliste à la Société nationale de radio-télévision française d'outre-mer à Papeete ;

M. Braun-Ortega (Enrique), administrateur de sociétés à Papeete ;

M. Certain (Georges), ingénieur en chef de l'armement ;

M. Chang (Teraiefa), secrétaire général de l'union des syndicats affiliés des travailleurs de Polynésie française (Force ouvrière) ;

M. Chartier (Jean), colonel des troupes de marine ;

M. Danton (Hervé), ingénieur adjoint au chef du service territorial de l'énergie de Polynésie ;