https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dh-n-96-669-du-29-octobre-1996-relative-a-lencadrement-des-depenses-et-a-la-procedure-budgetaire-des-etablissements-de-sante-finances-par-dotation-globale/
Circulaire DH n° 96-669 du 29 octobre 1996 relative à l'encadrement des dépenses et à la procédure budgétaire des établissements de santé financés par dotation globale
29/10/1996
Date d'application : immédiate.
La présente circulaire a pour objet, en complément de la circulaire générale n° 466 du 18 juillet 1996 relative à la mise en oeuvre de l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996, et avant celle relative aux objectifs et aux modalités de la gestion de la campagne budgétaire 1997 des établissements de santé du service public, de définir les nouvelles règles d'encadrement des budgets des établissements de santé financés par dotation globale et les modifications apportées à la procédure de fixation des budgets des établissements.
I. - LES DOTATIONS REGIONALES CONDUISENT A DEFINIR DE NOUVELLES REGLES DE GESTION DES RESSOURCES
Les ordonnances du 24 avril 1996 viennent d'initier une évolution profonde du système de financement des établissements hospitaliers du secteur public. Celui-ci trouve désormais pour principe directeur la recherche :
- d'une répartition plus équitable des ressources financières, d'une part entre les régions et d'autre part entre les établissements, dans une perspective de corrections des inégalités ;
- d'une modulation des allocations budgétaires adaptée à l'activité de chaque établissement.
Dans ce contexte évolutif profond, l'élément central du dispositif devient la dotation régionale dont dispose l'agence régionale d'hospitalisation : celle-ci présente un caractère limitatif et est opposable à toute décision d'allocation des ressources à un établissement.
a) Une détermination des dépenses hospitalières et consécutivement des dotations régionales par référence à l'évolution des dépenses d'assurance maladie.
Sa détermination se trouve encadrée par l'intervention du Parlement à travers le vote de la loi de financement de la sécurité sociale, selon le schéma suivant :
- le Gouvernement élabore le projet de loi de financement de la sécurité sociale ; ce projet de loi permet notamment de définir les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale ;
- le Parlement fixe, sur la base des propositions du Gouvernement présentées dans le projet, l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie. A partir de là est déterminé, compte tenu de cet objectif national et conformément aux dispositions de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, l'objectif prévisionnel des dépenses des établissements prises en charge par les régimes d'assurance maladie (correspondant aux financements de l'assurance maladie sous forme de dotations globales) et corrélativement, le montant total annuel des dépenses hospitalières prises en compte pour le calcul de la dotation globale et des tarifs de prestations.
Il faut insister sur la nouveauté de cette démarche : ce n'est plus le montant des charges de fonctionnement des établissements hospitaliers qui constitue le point de départ de l'évaluation de la contribution de l'assurance maladie. Le montant total annuel des dépenses hospitalières est au contraire déterminé in fine, après qu'ait été voté l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie, puis calculé en conséquence l'objectif prévisionnel d'évolution des dotations globales de fonctionnement. On comprend ainsi que le nouveau dispositif ne repose plus sur la détermination initiale d'un taux d'évolution s'appliquant à des charges budgétaires ; il trouve un nouveau principe moteur : celui d'un objectif prévisionnel d'évolution des financements issus de l'assurance maladie à partir duquel est calculé le montant total annuel des dépenses hospitalières.
Ce montant total, annuel et national, des dépenses hospitalières présente un caractère limitatif. Une fois déterminé, il est ensuite réparti en dotations régionales. Dans cette répartition, les bases historiques des dotations régionales (constituées par la sommation des charges budgétaires des établissements diminuées des recettes visées à l'article L. 714-14 du code de la santé publique), sont bien entendu toujours prises en compte. Toutefois, cette approche traditionnelle, 'ascendante', sera pondérée par d'autre critères, définis ex-ante, reposant sur une démarche 'descendante' : priorités nationales ou régionales de politique sanitaire, besoins de la population, schémas d'organisation sanitaire mais aussi critères d'activité et de coûts tirés du PMSI. Surtout, le montant des dotations régionales sera modulé progressivement, afin d'assurer une correction des inégalités de moyens entre régions et établissements.
L'instruction budgétaire pour 1997 indiquera la méthode de construction des dotations régionales et les mécanismes de correction employés.
b) La dotation régionale limitative, référence absolue de la politique d'allocation de ressources aux établissements
La dotation régionale devient la référence fondamentale et le critère prioritaire dans l'arbitrage des moyens alloués.
Le lien qui pouvait exister entre le taux directeur arrêté au niveau national et la fixation, par l'autorité compétente, des budgets des établissements est rompu. Ce lien était de nature à laisser supposer que le taux directeur pouvait mécaniquement s'appliquer à chaque entité juridique.
Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation se voit donc confier un pouvoir d'arbitrage renforcé dans la limite d'une dotation régionale plafonnée. Ce dispositif autorise une plus grande flexibilité du processus d'allocation budgétaire. L'interdépendance de toutes les décisions budgétaires impose cependant des ajustements continus, tout effort particulier en faveur d'un établissement devant trouver une immédiate compensation au sein de cette dotation limitative. Elle exige une réflexion approfondie sur la cohérence d'ensemble de l'offre de soins. Cette recherche garantit seule la meilleure allocation des ressources disponibles, nécessairement limitées.
Les contrats d'objectifs et de moyens conclus avec les établissements de santé publics ou privés permettront de donner aux décisions budgétaires le cadre pluriannuel qui assurera leur efficacité et leur continuité. Dans le respect du schéma d'organisation sanitaire, de son annexe et en cohérence avec les projets des établissements approuvés, ces contrats déterminent en effet les actions et mesures retenues pour être mises en oeuvre par les établissements. La gestion des dotations régionales doit ainsi elle-même s'inscrire dans une perspective pluriannuelle permettant de dégager des orientations budgétaires claires.
Par ailleurs, les décisions d'allocation budgétaire doivent trouver leur dynamique dans une logique comparative qui permettra de corriger progressivement les inégalités entre établissements. Il faut à cet égard insister sur l'importance des nouveaux critères dans la modulation des moyens attribués à chaque établissement, notamment ceux fournis par une évaluation de l'activité et des coûts des établissements.
Au-delà, en effet, des critères traditionnels déjà prévus par la loi de 1991 (référence au SROS, projet d'établissement), les nouvelles dispositions donnent désormais une base légale à l'utilisation du PMSI pour permettre une réelle modulation des moyens budgétaires dans la perspective affirmée de correction des inégalités. La circulaire n° 96-495 du 6 août 1996 insiste sur ce point dans la perspective de la campagne budgétaire 1997.
II. - UNE PROCEDURE BUDGETAIRE SUBSTANTIELLEMENT PRESERVEE
Il va de soi que ce nouveau mode de régulation des dépenses hospitalières à travers la gestion des dotations régionales est inséparable d'une procédure budgétaire assurant toute la souplesse indispensable à la démarche itérative entre les propositions des établissements, les contraintes de la dotation, la hiérarchisation des priorités.
A cet égard, la crainte a été plusieurs fois exprimée que les ordonnances du 24 avril 1996 n'introduisent certaines rigidités préjudiciables à une approbation des budgets dans les meilleurs délais.
Il est vrai que l'on pouvait dans un premier temps supposer que, le vote du Parlement sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie intervenant au cours du dernier trimestre de l'année civile, l'économie du système, régie par les dispositions de l'article L. 714-7 du code de la santé publique ne soit profondément perturbée, ce qui aurait conduit à une approbation différée des budgets hospitaliers.
Le souci premier du Gouvernement a été de ne pas modifier substantiellement la procédure budgétaire. Il apparaissait en effet essentiel de préserver les 'acquis' de la loi de 1991 permettant de débuter très rapidement l'exercice sur des bases claires et d'accélérer les délais d'approbation budgétaire.
Il faut donc le souligner : le calendrier budgétaire, tel qu'il est désormais fixé par la nouvelle rédaction de l'article L. 714-7 issue de l'ordonnance du 24 avril dernier, a été maintenu dans ses phases essentielles de manière à permettre au directeur de l'agence régionale d'arrêter le budget des établissements hospitaliers à une date qui soit proche, le plus possible, du début de l'année civile.
La campagne budgétaire demeure ainsi rythmée par les temps forts suivants :
L'échéance au 30 juin de la première phase de la procédure budgétaire, le rapport d'orientation, est maintenue ;
De même, la délibération du conseil d'administration sur le budget par groupes fonctionnels s'effectue toujours avant le 15 octobre ;
Est également maintenu le délai de quarante-cinq jours à l'issue duquel le directeur de l'agence régionale fait connaître ses observations concernant les prévisions de dépenses présentées par le conseil d'administration. Il convient à cet égard d'insister sur la portée de la substitution du terme observations à celui de décision, pour cette étape de la procédure budgétaire.
Il est précisé que les commissions d'examen des budgets hospitaliers, prévues à l'article R. 714-3-31 du code de la santé publique, auront à se prononcer sur les budgets 1997.
De même, la procédure contradictoire, initiée à partir de ces observations du directeur de l'agence régionale, est formellement préservée en maintenant la possibilité, pour le conseil d'administration, de formuler en réponse, dans un délai de quinze jours, de nouvelles propositions.
En revanche, la décision du directeur de l'agence régionale fixant définitivement les autorisations de dépenses et les prévisions de recettes et, en conséquence, la dotation globale et les tarifs, se trouve désormais subordonnée à la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale et, consécutivement, à la fixation du montant total annuel des dépenses hospitalières, constitué en dotations régionales. Cette décision finale, qui appartient au Gouvernement, doit en effet intervenir dans un délai de trente jours à compter de la promulgation de la loi. Il faut à cet égard souligner que cette disposition de l'article L. 714-7 de l'ordonnance du 24 avril 1996, établissant le délai d'approbation des budgets hospitaliers, est immédiatement applicable et rend d'office caduque l'échéance définie par l'article R. 714-3-33 du décret du 31 juillet 1992.
S'agissant des décisions modificatives, ce délai est fixé à quinze jours à compter de la réception des propositions du conseil d'administration.
Il est donc clair que la décision finale du directeur de l'agence régionale se trouve liée au vote de la loi annuelle de financement de la sécurité sociale. Mais toutes les étapes en amont peuvent en fait, et doivent se dérouler normalement indépendamment de la date de promulgation de la loi.
Ainsi, en pratique, c'est sur la base des propositions du Gouvernement présentées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (1) que seront rendus publiques, dans le courant de l'automne, le montant prévisionnel total annuel des dépenses hospitalières et, consécutivement, le montant des dotations régionales provisoires, ainsi qu'une instruction budgétaire qui donnera le cadre technique permettant d'entamer immédiatement l'analyse des propositions budgétaires des établissements.
(1) A partir du dépôt, avant le 15 octobre, du projet de loi, le vote du Parlement est organisé de manière à permettre une promulgation dans les meilleurs délais de la loi de financement de la sécurité sociale : c'est ainsi que dans l'hypothèse où l'Assemblée nationale et le Sénat se prononceraient en première lecture, la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale pourrait intervenir dès le 20 novembre. Dans l'hypothèse la moins favorable (pas de vote en première lecture du Sénat sur l'ensemble du projet), il faudrait recourir à la procédure d'urgence (art. 45 de la Constitution), ce qui conduirait à reporter la promulgation de la loi au début du mois de décembre.
Si le vote du Parlement ne conduit pas à modifier l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses hospitalières, le montant des dotations régionales provisoires notifiées au départ de la campagne pourra être confirmé et l'approbation des budgets hospitaliers intervenir rapidement, avant le 31 décembre.
Dans l'hypothèse d'une modification de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses hospitalières, il conviendra, aussitôt après la publication de l'arrêté fixant, dans un délai de quinze jours après la promulgation de la loi, le taux annuel d'évolution des dépenses hospitalières établissant notification corrélative des montants des dotations régionales, d'opérer des corrections portant sur les bases budgétaires des établissements ; les délais nécessaires à ces opérations seront cependant très brefs, puisque ces corrections pourront être calculées au prorata des masses budgétaires de chaque établissement.
Dans ces conditions, le budget des établissements publics de santé pourrait être rendu exécutoire, après répartition, dans un délai de quinze jours, des dépenses et des recettes approuvées entre les comptes de chaque groupe fonctionnel, dès la mi-janvier ou, au plus tard, durant la première quinzaine de février.
Le retard dans l'approbation des budgets consécutif à une modification par le Parlement de l'objectif national, serait donc d'ampleur très limitée et ne remet pas en cause, substantiellement, le calendrier budgétaire défini par la loi du 31 juillet 1991. Le principe d'une approbation rapide des budgets, indispensable au développement d'une dynamique de gestion au sein de l'hôpital, se trouve ainsi préservé.
En tout état de cause, il est instamment demandé aux directeurs d'agences régionales au niveau local de s'efforcer d'approuver les budgets hospitaliers dans des délais permettant d'entamer l'exécution budgétaire dès le début de l'année civile.
Le transfert des compétences des préfets aux directeurs des agences régionales de l'hospitalisation n'interviendra pas avant le terme de la campagne budgétaire 1997 sur les budgets primitifs. Ce sont donc les préfets qui instruiront les propositions budgétaires des établissements et prendront les décisions fixant les autorisations de dépenses, les prévisions de recettes, la dotation globale et les tarifs.
Références :
Ordonnances du 24 avril 1996 ;
Loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale ;
Circulaire DH/AF/AF 1 n° 96-466 du 18 juillet 1996 relative à la mise en oeuvre de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privé.
Le ministre du travail et des affaires sociales, Direction des hôpitaux, Sous-direction des affaires administratives et financières.
Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs chargés de la mise en place des agences régionales de l'hospitalisation (pour information).
Texte non paru au Journal officiel.