

Délibération n° 425 du 12 août 1993 **relative au financement des établissements publics territoriaux d'hospitalisation**

Historique :

Créée par	Délibération n° 425 du 12 août 1993 relative au financement des établissements publics territoriaux d'hospitalisation	JONC du 21 septembre 1993 Page 2890
Modifiée par	Délibération n° 498 du 11 août 1994 modifiant et complétant la délibération n° 425 du 12 août 1993 relative au financement des établissements publics territoriaux d'hospitalisation	JONC du 27 septembre 1994 Page 3321
Modifiée par	Délibération n° 545 du 25 janvier 1995 modifiant et complétant la délibération n° 425 modifiée du 12 août 1993 relative au financement des établissements publics territoriaux d'hospitalisation	JONC du 21 mars 1995 Page 828
Modifiée par	Délibération n° 68 du 1 ^{er} août 1997 modifiant la délibération n° 425 modifiée du 12 août 1993 relative au financement des établissements publics territoriaux d'hospitalisation	JONC du 26 août 1997 Page 2783
Modifiée par	Délibération modifiée n° 391 du 4 juillet 2003 portant modification de la délibération n° 425 modifiée du 12 août 1993 relative au financement des établissements publics territoriaux d'hospitalisation	JONC du 22 juillet 2003 Page 3959
Modifiée par	Délibération n° 125/CP du 10 octobre 2003 portant modification de la délibération n° 425 modifiée du 12 août 1993 relative au financement des établissements publics territoriaux d'hospitalisation	JONC du 21 octobre 2003 Page 6400
Modifiée par	Délibération n° 114 du 24 août 2005 portant modification de la délibération n° 425 modifiée du 12 août 1993 relative au financement des établissements publics territoriaux d'hospitalisation	JONC du 6 septembre 2005 Page 5425
Modifiée par	Délibération n° 201 du 6 août 2012 modifiant les délibérations n° 171 du 25 janvier 2001 relative à la carte et au schéma d'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie et à la délibération n° 425 du 12 août 1993 relative au financement des établissements publics territoriaux d'hospitalisation	JONC du 21 août 2012 Page 6084
Modifiée par	Délibération n° 24/CP du 13 novembre 2015 portant diverses mesures d'ordre sanitaire et social	JONC du 26 novembre 2015 Page 11113

CHAPITRE I – Dispositions générales

Article 1^{er}

Modifié par la délibération n° 498 du 11 août 1994 – Art. 1^{er} I

Dans les établissements publics territoriaux d'hospitalisation, établissements de santé spécifiques, obéissant aux règles fixées par l'instruction comptable M21 et les textes subséquents d'application pour autant qu'ils ne soient pas contraires aux dispositions de la présente délibération et non à celles des établissements publics à caractère administratif, la part des dépenses prises en charge par la caisse de compensation des prestations familiales et des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie (C.A.F.A.T.) et les provinces en ce qui concerne l'aide médicale, fait l'objet chaque année, à compter du 1^{er} janvier 1994, après avis d'une « commission consultative inter-organismes » visée à l'article 7 de la présente délibération, d'une dotation globale dont les modalités de fixation sont déterminées en annexe n° 1.

Il peut être procédé, dans les mêmes conditions et à titre exceptionnel, à une révision de la dotation globale en cours d'année, s'il se produit une modification importante et imprévisible des conditions économiques ou de l'activité médicale.

Article 2

La part de la dotation globale incombant à chacune des provinces en ce qui concerne l'aide médicale pourra être, le cas échéant, versée aux établissements publics territoriaux d'hospitalisation par la C.A.F.A.T., qui jouera ainsi le rôle de caisse pivot, après accord conclu par convention entre les divers partenaires intéressés.

Cette convention fixera :

- les modalités de répartition des sommes dues aux établissements publics territoriaux d'hospitalisation par chacun des organismes concernés,
- les modalités de régulation du dispositif et les conditions diverses de remboursement par les provinces des sommes versées par la C.A.F.A.T., auxdits établissements, étant entendu que la part mensuelle à la charge de chaque province devra être versée à la C.A.F.A.T. au plus tard trois jours ouvrés avant les deux échéances de versement telles que définies au paragraphe f de l'annexe n° 1 à la présente délibération.

Les établissements publics territoriaux d'hospitalisation sont tenus d'adresser dans les meilleurs délais à chacun des organismes de protection sociale visés à l'article 1^{er} tous éléments d'information statistiques et tous justificatifs nécessaires pour procéder à la répartition des sommes qui leur sont dues. La liste de ces éléments, fixée en annexe n° 2 à la présente délibération, pourra être éventuellement modifiée par arrêté de l'exécutif du Territoire, à la demande des organismes de protection sociale intéressés.

Article 3

Modifié à la délibération n°498 du 11 août 1994 – Art.1^{er} II

Dans les établissements publics territoriaux d'hospitalisation, une tarification des prestations, fixée par délibération du congrès, servira de base notamment :

1. à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par les quatre régimes de protection sociale visés à l'article 1^{er} ou à la facturation des prestations ne relevant pas de la dotation globale.
2. au calcul de la participation laissée à la charge des assurés lorsque celle-ci est prévue par l'organisme de couverture sociale concerné.
3. à l'exercice des recours contre tiers.

Article 4

*Modifié à la délibération n°498 du 11 août 1994 – Art.1^{er} III
Modifié par la délibération n°114 du 24 août 2005 – Art.1^{er}*

Le congrès de la Nouvelle-Calédonie fixe, avant la date de clôture de la session administrative, un taux d'évolution des dépenses hospitalières pour l'année à venir, appelé « taux directeur », à partir des hypothèses économiques générales et des prévisions d'évolution de recettes du régime maladie-maternité de la C.A.F.A.T. La base de référence retenue pour la fixation de ce taux est la somme des budgets primitifs de l'exercice en cours des établissements hospitaliers de la Nouvelle-Calédonie.

Ce taux directeur est composé en :

- un taux de reconduction,
- un taux de mesures nouvelles.

1. Le taux de reconduction

Le taux de reconduction correspond aux ressources nécessaires au fonctionnement des établissements publics d'hospitalisation à moyens constants. Il prend en considération les paramètres financiers, sociaux et fonctionnels indispensables à la détermination de ces moyens de fonctionnement (glissement-vieillesse-technicité, taux des cotisations sociales, activité...). Sa base de référence est la somme des budgets primitifs de l'exercice en cours de chaque établissement. Il est réparti par établissement, la base de référence étant le budget primitif de l'exercice en cours.

2. Le taux de mesures nouvelles

Le taux de mesures nouvelles est égal à la différence entre le taux directeur et le taux de reconduction. Appliqué à la somme des budgets de l'exercice en cours des établissements publics d'hospitalisation, il permet de déterminer le montant de l'enveloppe des mesures nouvelles que le gouvernement est chargé de répartir entre les établissements de la Nouvelle-Calédonie. Les mesures nouvelles résultent du contrat d'objectifs et de moyens signé entre le président du gouvernement, le président du conseil d'administration et le directeur de l'établissement public d'hospitalisation considéré. Le montant annuel du contrat d'objectifs et de moyens est inclus dans le budget primitif de l'établissement considéré.

Article 5

Les établissements publics territoriaux d'hospitalisation sont tenus de faciliter le contrôle des organismes de protection sociale cités à l'article 1er, sur les assurés hospitalisés et sur l'activité des services en mettant à leur disposition tous les éléments justificatifs de l'hospitalisation demandés par ces organismes.

Article 6-1

Abrogé et remplacé par la délibération n°498 du 11 août 1994 – Art. 1^{er} IV

Chaque établissement public territorial d'hospitalisation transmet à l'exécutif du Territoire avant le 15 octobre de l'année précédant l'exercice auquel ils se rapportent :

- le budget voté par le conseil d'administration de l'établissement suivant les règles de l'instruction comptable M21 et des textes subséquents d'application pour autant qu'ils ne soient pas contraires aux dispositions de la présente délibération,
- le rapport du directeur de l'établissement justifiant les propositions de dépenses et portant sur les objectifs, les prévisions d'activité pour l'année à venir et sur l'adaptation des moyens nécessaires pour remplir les missions imparties par le projet d'établissement,
- l'avis de la commission médicale d'établissement,
- le tableau des emplois permanents,
- le programme des travaux,
- un état de la dette,
- un état des créances émises au dernier exercice connu et faisant apparaître la part respective des différents débiteurs,

- le montant des restes à recouvrer par catégorie de débiteurs et par année,
- les propositions de tarifs de prestations,
- les propositions de dotation globale et de répartition de celle-ci entre les organismes de protection sociale visés à l'article 1^{er} de la présente délibération, cette répartition étant effectuée au vu des résultats du dernier exercice clos et des états de ventilation et d'imputation à chaque débiteur de l'établissement pour ce dernier exercice clos (lesdits états devront avoir été au préalable transmis aux organismes de protection sociale visés à l'article 1^{er} de la présente délibération par chaque établissement public territorial).

Article 6-2

Ajouté par la délibération n°498 du 11 août 1994 – Art.1^{er} IV

Sont tenus à disposition de l'exécutif du Territoire et des organismes de protection sociale visés à l'article 1^{er} de la présente délibération :

- le tableau des amortissements,
- l'inventaire des équipements et matériels,
- l'état des propriétés foncières et immobilières.

Ces documents pourront être consultés à tout moment dans l'établissement concerné par les représentants de l'exécutif du Territoire ou des organismes de protection sociale visés à l'article 1^{er} ci-dessus.

Article 7

Modifié par la délibération n°498 du 11 août 1994 – Art.1^{er} V

L'exécutif du Territoire, avant d'approuver les autorisations de dépenses et les prévisions de recettes de chaque établissement, est tenu de transmettre à chacun des organismes de protection sociale visés à l'article 1^{er} ci-dessus, les documents énumérés à l'article 6-1 ci-dessus et de recueillir, dans un délai d'un mois, l'avis d'une commission consultative dénommée commission inter-organismes dont les missions et la composition sont fixées en annexe n° 3.

Article 8

Modifié par la délibération n°498 du 11 août 1994 – Art.1^{er} VI

L'avis de cette commission et les observations formulées par les services de contrôle médical, sont adressés avant le 15 novembre à chaque établissement public d'hospitalisation ainsi qu'à l'exécutif du Territoire, autorité chargée d'arrêter la dotation globale.

Le conseil d'administration dispose alors d'un délai de 8 jours pour adresser à l'exécutif du Territoire un rapport motivé exposant les raisons qui justifieraient, selon lui, l'adoption de ses prévisions en tout ou partie.

En conclusion de cette procédure contradictoire, l'exécutif du Territoire présente au congrès du Territoire, une délibération fixant les tarifs des prestations pour chaque établissement, ceux-ci devant être adoptés par le congrès du Territoire avant le 1^{er} janvier de l'année à laquelle ils se rapportent.

Dès fixation, par le congrès du Territoire, des tarifs de prestations des établissements publics territoriaux d'hospitalisation, l'exécutif du Territoire arrête :

- la dotation globale en tenant compte du taux directeur visé à l'article 4 de la présente délibération,
- la participation supportée par chacun des organismes de protection sociale visés à l'article 1^{er} ci-dessus.

Article 9

Modifié par la délibération n°498 du 11 août 1994 – Art.1^{er} VII

La délibération fixant les tarifs des prestations et l'arrêté de l'exécutif relatif à la dotation globale et à la participation supportée par chacun des organismes de protection sociale visés à l'article 1^{er} ci-dessus sont publiés au *Journal Officiel* de la Nouvelle-Calédonie avant le 1^{er} janvier de chaque année et notifiés par l'exécutif du Territoire à chaque établissement public territorial d'hospitalisation et aux différents organismes de protection sociale visés à l'article 1^{er} ci-dessus.

Article 10

Modifié par la délibération n°498 du 11 août 1994 – Art.1^{er} VIII

Dans le cas où le budget d'un établissement et les documents annexés prévus à l'article 6-1 ci-dessus n'ont pas été transmis à l'exécutif du Territoire avant le 15 octobre de l'année précédant l'exercice auquel ils se rapportent, celui-ci, après avoir recueilli l'avis de la commission prévue à l'article 7 ci-dessus, propose au congrès du Territoire avant le 1^{er} janvier de l'année une délibération fixant les tarifs de prestations applicables à compter du 1^{er} janvier de l'année à laquelle ils se rapportent.

Dès fixation par le congrès du Territoire, dans les conditions prévues à l'article 8 ci-dessus, des tarifs de prestations, l'exécutif du Territoire arrête la dotation globale et la participation supportée par chacun des organismes de protection sociale visés à l'article 1^{er} ci-dessus.

Article 11

Au cas où la dotation globale et les tarifs de prestations n'ont pas été fixés avant le 1^{er} janvier de l'année à laquelle ils se rapportent, et jusqu'à l'intervention des décisions fixant cette dotation et ces tarifs, chacun des organismes de protection sociale visés à l'article 1 ci-dessus verse des acomptes mensuels égaux au 12^{ème} brut de la part de la dotation globale lui ayant incombé l'année précédente.

Si, par convention conclue entre les partenaires intéressés, la C.A.F.A.T. joue le rôle de caisse pivot chargée du versement de la dotation globale, cet organisme versera des acomptes mensuels égaux au 12^{ème} brut de la dotation globale de l'année précédente.

Les recettes autres que la dotation globale sont liquidées et perçues dans les conditions en vigueur au cours de l'exercice précédent.

Article 12

Si le budget n'est pas adopté par le conseil d'administration de l'établissement avant le 15 octobre de l'année précédant l'exercice auquel il s'applique, l'exécutif du Territoire l'arrête et le rend exécutoire.

Article 13

Dans le cas où le budget ne peut être approuvé avant le 1^{er} janvier de l'année d'exécution, l'ordonnateur est autorisé, jusqu'à l'approbation du budget, à engager, liquider et ordonnancer des dépenses mensuelles dans la limite d'un douzième des dépenses du dernier budget approuvé.

Article 14

Abrogé et remplacé par la délibération n°498 du 11 août 1994 – Art.1^{er} IX

Les décisions modificatives relatives au budget approuvées selon les dispositions prévues par l'instruction comptable M21 et les textes subséquents d'application pour autant qu'ils ne soient pas contraires aux dispositions de la présente délibération peuvent entraîner à titre exceptionnel, après consultation de la commission prévue à l'article 7 ci-dessus :

Délibération modifiée n° 425 du 12 août 1993 – Mise à jour le 30/11/2015

1. Une révision de la dotation globale et de la participation supportée par chacun des organismes de protection sociale visés à l'article 1^{er} ci-dessus, par arrêté de l'exécutif du Territoire.
2. Une variation de la masse des dépenses induisant, le cas échéant, une variation des autres dépenses à la charge des organismes de protection sociale (hors dotation globale).

Lorsqu'il s'agit d'une augmentation des dépenses par rapport au taux d'évolution des dépenses hospitalières fixé par le congrès du Territoire dans les conditions prévues à l'article 4 de la présente délibération, l'établissement doit justifier :

- soit d'une modification importante et imprévisible des conditions économiques, appréciée par rapport à celles ayant servi de base au calcul du taux directeur d'évolution des dépenses hospitalières fixé dans les conditions prévues par l'article 4,
 - soit d'une modification importante de l'activité médicale, de nature à provoquer un accroissement substantiel des charges de l'établissement.
3. Une révision des tarifs de prestations.

Une délibération du congrès du Territoire fixera, si nécessaire, les nouveaux tarifs de prestations.

Article 15

Ajouté par la délibération n°498 du 11 août 1994 – Art.1^{er} X

Les résultats de la section d'exploitation du budget général sont affectés suivant les règles prévues par l'instruction comptable M21 et les textes subséquents d'application, pour autant qu'ils ne soient pas contraires aux dispositions de la présente délibération. Le solde excédentaire d'un exercice pourra, le cas échéant, pour couvrir des charges d'exploitation de l'exercice au cours duquel l'excédent est constaté, augmenter les autorisations de dépenses hors taux directeur d'évolution des dépenses hospitalières fixé dans les conditions prévues à l'article 4 ci-dessus, par décision modificative au budget de l'exercice en cours votée par le conseil d'administration de l'établissement et approuvée par l'autorité de tutelle. Ce solde excédentaire ne pourra être affecté au recrutement de personnels.

Article 16

Ajouté par la délibération n°498 du 11 août 1994 – Art.1^{er} X

S'il est constaté que les recettes du budget général mentionné au groupe 2 du budget (produits de l'activité hospitalière hors dotation globale) sont, à la clôture de l'exercice, supérieures ou inférieures aux recettes prévues au dernier budget rendu exécutoire de l'exercice en cours :

- l'excédent ou le déficit de recettes ainsi constaté ne pourra pas modifier le montant de la dotation globale de l'exercice en cours ni les tarifs de prestations.
- ces résultats 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 ci-dessus, comptabilisés à la clôture de l'exercice s'intégreront dans ceux de la section d'exploitation du budget général qui seront affectés selon les modalités prévues à l'article 15 nouveau ci-dessus.

Article 17

*Ajouté par la délibération n°498 du 11 août 1994 – Art.1^{er} X
Abrogé et remplacé par la délibération n° 201 du 6 août 2012 – Art. 3*

A compter du 1^{er} janvier 2013, les activités de soins de suite et de réadaptation sont présentées sous la forme de budget annexe, hors budget général.

Le financement prévisionnel de ces activités est assuré au travers de conventions annuelles conclues entre la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs salariés (C.A.F.A.T.), les provinces et les établissements hospitaliers de la Nouvelle-Calédonie. Elles sont réalisées par débiteurs, sur la base des budgets annexes approuvés, et au vu des états de ventilation et d'imputation par organismes de prise en charge sur les trois derniers exercices clos.

Les corrections sont effectuées sur la base des états au réel produits par les établissements pour les exercices auxquels se rapportent les conventions.

Article 18 : Dispositions transitoires pour l'exercice 2012

*Ajouté par la délibération n°545 du 25 janvier 1995 – Art.1^{er}
Modifié par la délibération n°68 du 1^{er} août 1997 – Art.1^{er}
Abrogé et remplacé par la délibération n° 201 du 6 août 2012 – Art. 3
Modifié par la délibération n° 24/CP du 13 novembre 2015 – Art.7*

a) Dispositif conventionnel

Les budgets relatifs aux activités de soins de suite et de réadaptation, intégrés au budget général des établissements hospitaliers de la Nouvelle-Calédonie, sont identifiés en année pleine pour un montant total de 1 195 300 000 Francs CFP et ventilés ainsi qu'il suit par établissement :

- Centre hospitalier territorial (C.H.T.) Gaston Bourret 666 400 000 F CFP ;
- Centre hospitalier spécialisé (C.H.S.) Albert Bousquet 409 500 000 F CFP ;
- Centre hospitalier du Nord (C.H.N.) 119 400 000 F CFP.

Les montants prévisionnels à charge des débiteurs de la dotation globale de financement qui seront utilisés pour l'élaboration des conventions annuelles se répartissent en année pleine ainsi qu'il suit par établissement et par organismes de protection sociale :

	C.H.T. Gaston Bourret	C.H.S. Albert Bousquet	Centre hospitalier du Nord
Régime unifié d'assurance Maladie maternité (R.U.A.M.M.)	414 millions F CFP	336 millions F CFP	54 millions F CFP
Province Nord	68 millions F CFP	6 millions F CFP	66 millions F CFP
Province Sud	99 millions F CFP	45 millions F CFP	-
Province des Iles Loyauté	49 millions F CFP	13 millions F CFP	-

A compter du 1^{er} janvier 2012 :

- les activités relevant de la discipline « moyen séjour » sont tarifées par les établissements hospitaliers de la Nouvelle-Calédonie au prix de journée, conformément aux arrêtés n° 2012-49/GNC, n° 2012-51/GNC et n° 2012-53/GNC du 3 janvier 2012 ;
- les montants des dotations globales de financement fixés par les arrêtés n° 2012-193/GNC, n° 2012-195/GNC du 9 janvier 2012 sont diminués des 12 douzièmes des montants financiers prévus au tableau ci-dessus,

- les conventions annuelles prévues à l'article 17, sont réalisées sur la base des 12 douzièmes des montants financiers prévus au tableau ci-dessus.

b) Subvention entre le C.H.S. Albert Bousquet et l'Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie (A.S.S.N.C.)

De manière à compenser les activités hors du champ sanitaire prises en charge par le C.H.S. Albert Bousquet, et en attente de leur qualification, une subvention exceptionnelle d'un montant annuel de 187 millions Francs CFP sera allouée par l'A.S.S.N.C. à l'établissement à compter de l'exercice 2012.

A compter de la qualification régulièrement autorisée de ces activités (N), la Nouvelle-Calédonie rendra compte à l'A.S.S.N.C. du montant prévisionnel qui pourra intervenir en diminution de sa participation annuelle N + 1.

CHAPITRE II – Dispositions diverses

*Modifié par la délibération n°201 du 6 août 2012 – Art. 2
Articles 19, 20 et 21 abrogés par la délibération n° 201 du 6 août 2012 – Art. 3*

Article 19

*Renuméroté par la délibération n°498 du 11 août 1994 Art.1^{er} X
Renuméroté par la délibération n°545 du 25 janvier 1995 – Art.1^{er}
Renuméroté par la délibération n°201 du 6 août 2012 – Art. 3*

Sont abrogées toutes dispositions contraires à celles de la présente délibération.

Article 20

*Renuméroté par la délibération n°498 du 11 août 1994 – Art.1^{er}
Renuméroté par la délibération n°545 du 25 janvier 1995 – Art.1^{er}
Renuméroté par la délibération n°201 du 6 août 2012 – Art. 3*

La présente délibération sera transmise au délégué du Gouvernement, Haut-commissaire de la République.

Annexe n° 1 à la délibération n° 425 du 12 août 1993
relative au financement des établissements publics territoriaux d'hospitalisation

Modalités de calcul de la dotation globale et champ d'application de la réforme proposé

*Modifié par la délibération n° 498 du 11 août 1994 – Art.2
Modifié par délibération n°545 du 25 janvier 1995 – Art.2
Remplacé par la délibération n°391 du 4 juillet 2003 – Art.1^{er}
Modifié par la délibération n°125 du 10 octobre 2003 – Art. 1^{er}
Modifiée par la délibération n° 201 du 6 août 2012 – Art. 5
Modifié par la délibération n° 24/CP du 13 novembre 2015 – Art.7*

Une dotation globale se substituant à la tarification à la journée, les organismes de protection sociale concernés verseront une dotation globale pour la part des dépenses prises en charge par eux.

Le principe de la détermination de la dotation globale, c'est la fixation des recettes pour couvrir les autorisations de dépenses.

Le cadre des dépenses doit donc être préalable à la fixation des recettes.

Le montant de la dotation globale est déterminé par la différence entre :

- a) la totalité des charges d'exploitation (les autorisations de dépenses) inscrites au budget général des établissements publics d'hospitalisation de la Nouvelle-Calédonie, à l'exclusion des dépenses gagées par les recettes ne venant pas en atténuation de la dotation globale et définies au paragraphe c-2 ci-dessous,
- b) et la totalité des recettes autres que la dotation globale, à l'exclusion des recettes mentionnées au paragraphe c-2 ci-dessous.

La dotation globale est la recette nécessaire pour équilibrer les autorisations de dépenses, à l'exclusion de celles couvertes par les activités dites "subsidiaires" et les recettes accessoires définies ci-dessous.

a) Les autorisations de dépenses équilibrées par la dotation globale

Les autorisations de dépenses définies ci-dessus, inscrites à la section d'exploitation du budget général de chaque établissement tiendront compte du taux d'évolution des dépenses hospitalières, appelé taux directeur, fixé par le congrès du Territoire dans les conditions prévues à l'article 4 de la présente délibération avant la date de clôture de la session administrative du congrès du Territoire.

b) Les activités financées par la dotation globale

b-1) à compter du 1^{er} janvier 1994 :

- l'hospitalisation complète,
- l'hospitalisation incomplète,
- et, pour le centre hospitalier territorial Gaston Bourret de Nouméa, les séances d'hémodialyse.

Les frais de transport du malade ne seront plus inclus dans le coût de la séance d'hémodialyse et seront facturés aux débiteurs concernés à compter du 1^{er} août 1994.

b-2) à compter du 1^{er} janvier 1995 : les alternatives à l'hospitalisation.

c) Les recettes prévisionnelles autres que la dotation globale et non incorporées dans celle-ci:

c-1) Les recettes venant en atténuation de la dotation globale :

- les produits hospitaliers liés à des activités faisant l'objet d'une tarification spécifique (produits des consultations et soins externes, des visites à domicile, de la D.P.C.A., des échanges plasmatiques, des cessions de gros appareillages et prothèses, etc...) et les produits des accompagnants d'évacuations sanitaires,
- les recettes non financées par les organismes de protection sociale visés à l'article 1^{er} de la présente délibération :
 - a) produits des tarifs de prestations supportés par d'autres débiteurs (malades, mutuelles, sociétés d'assurances, etc...) et faisant l'objet d'une facturation,
 - b) le ticket modérateur et le forfait journalier (parts non prises en charge par les organismes lorsque celles-ci sont prévues par la réglementation des dits organismes).
- les produits des services exploités dans l'intérêt du personnel (ventes de repas, loyers, etc.)
- les prestations délivrées aux usagers et aux accompagnants (usage du téléphone,
- les majorations applicables à l'hospitalisation en régime particulier,
- les subventions d'exploitation,
- les remboursements de frais à l'exception de ceux provenant des budgets annexes,
- les autres produits divers de gestion courante,
- les produits exceptionnels à l'exception de ceux des opérations de régularisation des procédures de mise en recouvrement des produits hospitaliers sur exercices antérieurs et des produits des cessions d'éléments d'actif.

c-2) les recettes ne venant pas en atténuation de la dotation globale : recettes subsidiaires

Ces recettes et les dépenses complémentaires gagées par celles-ci n'influent pas sur le montant de la dotation globale ni sur les tarifs de prestations fixés par le congrès du Territoire.

c-2-a) Les produits d'activités subsidiaires

Ce sont les produits de prestations de services (autres que celles énumérées au paragraphe c-1 ci-dessus), de recettes liées à l'exploitation de brevets et de licences, de tarifications au titre de conventions avec d'autres collectivités ou organismes ou de conventions internationales que, dans le respect de leurs missions, les établissements publics territoriaux d'hospitalisation peuvent assurer à titre subsidiaire.

Les recettes dégagées par ces activités donnent lieu à l'inscription au budget de dépenses (impérativement gagées par les recettes correspondantes) non soumises au taux directeur d'évolution des dépenses hospitalières mentionné à l'article 4 de la présente délibération ; leur inscription au budget primitif ou par décisions modificatives, de dépenses complémentaires, ne peut intervenir que lorsque le montant du produit est certain.

Le déficit éventuel de ces activités n'est pas opposable aux organismes de protection sociale ou aux collectivités publiques et sa prise en charge par l'établissement ne peut se traduire par une diminution des crédits budgétaires nécessaires à l'exécution du service public hospitalier.

Les prestations de services afférentes à ces activités subsidiaires :

- Ne peuvent être développées qu'à partir des moyens nécessaires à l'exécution des missions de service public,

- Ne peuvent 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,
- Correspondent :
 - à une cession à des tiers de prestations produites en priorité pour les usagers ou les personnes accompagnant les malades (notamment, repas livrés, le cas échéant à l'extérieur, prestations médico-techniques ou informatiques assurées pour d'autres établissements publics ou privés ou d'autres collectivités, etc...).

Ces prestations qui ne doivent pas être réalisées au détriment des activités principales et spécifiques incombant aux établissements publics territoriaux d'hospitalisation, 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.

La tarification de ces prestations de service est fixée par le conseil d'administration de l'établissement et soumise à l'approbation de l'autorité de tutelle. En aucun cas, les tarifs opposables aux tiers ne peuvent être inférieurs aux prix de revient des prestations, calculés à partir de la comptabilité analytique tenue par l'ordonnateur.

- à la rétrocession de médicaments coûteux en ambulatoire dont les tarifs et la liste sont fixés chaque année par délibération du congrès du Territoire, cette liste pouvant être modifiée en cours d'année si nécessaire, par arrêté de l'exécutif du Territoire.

c-2-b) Les recettes accessoires

- Résultent :

- de placements financiers,
- de cessions d'éléments d'actifs,
- de régularisations d'opérations comptables : liées aux annulations et réémissions de mandats et de titres, à l'exception de celles visées à l'article 16 de la présente délibération,
- des reprises sur amortissements et sur provisions.

Les crédits afférents à la comptabilisation des stocks : ces crédits font l'objet, en fin d'exercice, d'une délibération du conseil d'administration portant inscription de crédits, hors taux directeur, par décision modificative.

Les autorisations de dépenses ouvertes sur le compte enregistrant les stocks ne peuvent faire l'objet d'aucun virement de crédits.

Ces opérations d'ordre budgétaire participent aux résultats de la section d'exploitation du budget principal.

- de l'ouverture de crédits supplémentaires au budget principal pour couvrir les consommations d'achats stockés des budgets annexes et les prestations fournies par le budget principal pour lesdits budgets annexes font l'objet d'autorisations de dépenses inscrites au budget principal hors taux directeur d'évolution des dépenses hospitalières.

- pour ces produits, l'inscription au budget primitif ou par décision modificative, de dépenses complémentaires n'est pas soumise au taux directeur d'évolution des dépenses hospitalières mentionné à l'article 4 de la présente délibération et ne peut intervenir que lorsque le montant du produit est certain, notamment au moment de sa comptabilisation. Le déficit éventuel de ces activités n'est pas opposable aux organismes de protection sociale ou aux collectivités publiques et sa prise en charge par l'établissement ne peut se traduire par une diminution des crédits budgétaires nécessaires à l'exécution du service public hospitalier.

d) Les organismes ou débiteurs concernés par la dotation globale

Les organismes de protection sociale que sont :

- la caisse de compensation des prestations familiales et des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie (C.A.F.A.T.),

et

- les provinces pour l'aide médicale.

e) Répartition de la dotation globale

A compter de l'exercice 2012, la répartition à charge des débiteurs, visée à l'alinéa d) est déterminée ainsi qu'il suit :

1. La dotation globale de financement incombant au régime unifié d'assurance maladie maternité est fixée à 80 % de l'exercice auquel elle s'applique (N) ;
2. La part de la dotation globale à la charge des provinces, au titre de l'aide médicale, est calculée par différence entre la dotation globale de l'exercice N et la part à la charge du régime unifié d'assurance maladie-maternité de l'exercice N. Celle-ci est répartie entre les débiteurs, au vu des résultats des trois derniers exercices clos et des états de ventilation et d'imputation par débiteur des établissements soumis à la dotation globale pour ces exercices. Ces résultats sont transmis aux organismes de protection sociale visés à l'article 1^{er}, par chacun des établissements.

f) Les modalités de versement de la dotation globale

Chaque mois, chaque organisme de protection sociale visé à l'article 1^{er} de la présente délibération règle à l'établissement concerné le douzième de la part de la dotation globale lui incombant.

Cette somme sera servie en deux fois :

- la première fraction, qui ne pourra pas être inférieure à 60 % du montant total du douzième de la part de la dotation globale lui incombant, sera versée le 14 du mois,
- le solde, soit 40 % du montant total du douzième de la part de la dotation globale lui incombant, sera versé le dernier jour ouvré du mois.

Si par convention conclue entre les partenaires intéressés, la C.A.F.A.T. joue le rôle de caisse pivot chargée du versement de la dotation globale :

Cet organisme règle à l'établissement concerné le douzième de la dotation globale fixée par arrêté de l'exécutif du Territoire.

Cette somme sera servie en deux fois :

- la première fraction, qui ne pourra être inférieure à 60 % du montant total du douzième, sera versée le 14 du mois,
- le solde, soit 40 % du douzième, sera versé le dernier jour ouvré du mois.

Les autres organismes paient chaque mois à la C.A.F.A.T., caisse pivot, une participation au versement des douzièmes effectué par cette caisse.

La participation mensuelle des différents organismes de protection sociale concernés sera calculée, pour chaque établissement public territorial d'hospitalisation au vu des résultats du dernier exercice clos et des états de ventilation et d'imputation à chaque débiteur de l'établissement pour ce dernier exercice clos.

La C.A.F.A.T., caisse pivot, établit pour chaque établissement un état faisant apparaître la répartition des sommes dues par catégories de prestations entre les différents organismes débiteurs.

g) Pour le premier exercice soumis aux dispositions de la présente délibération

Le montant de la participation mensuelle des différents organismes de protection sociale visés à l'article 1^{er} de la présente délibération est calculé par référence aux pourcentages des sommes dues par chacun de ces organismes à l'établissement public territorial d'hospitalisation pour les exercices 1991 et 1992 (sommes versées et sommes restant dues).

Les ajustements du montant de la participation mensuelle supportée par les différents organismes concernés seront effectués au vu des dépenses constatées pour chacun d'entre eux dans le cadre du compte administratif de l'exercice 1993 de chaque établissement public territorial d'hospitalisation.

Pour les soins et les frais de séjour d'hospitalisation complète et incomplète ainsi que pour les frais de dialyse se rapportant aux exercices précédents (1993 et antérieurs), les organismes concernés continueront à recevoir les factures correspondantes jusqu'au 30 juin 1994 et sont tenus de les honorer dans les meilleurs délais.

Il est précisé, à cet égard, que lorsque le séjour se prolongera au-delà du 31 décembre 1993, la facturation des prestations entrera dans le champ de la dotation globale.

Le directeur de chaque établissement public territorial d'hospitalisation adressera, dans la première quinzaine du mois de mars 1994, à chaque organisme concerné, un état des créances établi conjointement avec le trésorier des centres hospitaliers.

Annexe n° 2 à la délibération n° 425 du 12 août 1993
relative au financement des établissements publics territoriaux d'hospitalisation

Eléments justificatifs à fournir

Modifié par la délibération n°498 11 août 1994 –Art.3

Nom et prénoms du malade
Date de naissance
Numéro d'assuré C.A.F.A.T
Catégorie d'admission à l'aide médicale (cartes "A" "B" "C" "D" "M")
Numéro de la carte d'aide médicale et province l'ayant délivrée
Service d'hospitalisation (en utilisant les codes servant à identifier les services)
Nombre de jours
Date d'entrée
Permission (s) de sortie
K opératoires
Taux de prise en charge
Régime de prise en charge du malade (maladie, longue maladie, maternité ou accident du travail) Accident imputable à un tiers

Annexe n° 3 à la délibération n° 425 du 12 août 1993
relative au financement des établissements publics territoriaux d'hospitalisation

Missions et composition de la commission inter-organismes

Modifié par la délibération n°498 11 août 1994 –Art.4

Il est créé une commission consultative inter-organismes chargée :

1. de donner un avis sur les propositions de budget et de dotation globale ainsi que de tarifs de prestations de chaque établissement public territorial d'hospitalisation ;
2. de fixer le montant des dépenses à charge de chacun des organismes au titre d'un exercice donné et de réguler les dispositions contractuelles les liant ;
3. d'examiner tous cas litigieux de malades hospitalisés. Cette commission est composée comme suit :
 - le président du conseil d'administration de la C.A.F.A.T. ou son représentant,
 - le président de chacune des provinces ou son représentant, au titre de l'aide médicale,
 - un représentant des mutuelles désigné par le conseil d'administration de l'union des sociétés mutualistes de Nouvelle-Calédonie.

Chaque organisme ne dispose que d'un représentant avec voix délibérative qui peut se faire assister éventuellement d'un administratif et d'un médecin-conseil.

La présidence de cette commission est assurée par le président du conseil d'administration de la C.A.F.A.T. Le directeur territorial des affaires sanitaires et sociales ou son représentant assiste de droit à la réunion de la commission.

Dès réception des documents énumérés à l'article 6-1 de la présente délibération, le président réunit cette commission pour recueillir l'avis de chacun des organismes de protection sociale concernés par la dotation globale de financement.

Le président du conseil d'administration de chaque établissement assisté du directeur et du président de la commission médicale d'établissement présentera ses propositions à cette commission.

L'avis de cette commission et les observations formulées par les services de contrôle médical seront adressés avant le 1^{er} décembre à chaque établissement concerné ainsi qu'à l'exécutif du Territoire.

Conformément aux dispositions prévues à l'article 14 de la présente délibération, en cours d'exercice, l'exécutif du Territoire soumet pour avis à cette commission toutes propositions de révision des tarifs de prestations, de la dotation globale ou de variation de la masse des dépenses de l'établissement induisant, le cas échéant, une variation des charges imputables aux organismes de protection sociale hors dotation globale.