

LE REGIME BUDGETAIRE ET COMPTABLE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

FOIRE AUX QUESTIONS 2008

La foire aux questions de 2007 reste disponible sous forme d'archive sur ce site.

I) L'EPRD en 2008	2
Point 1.1 : le cadre de l'EPRD 2008 et ses annexes	2
Point 1.2. : généralisation de la lettre B pour les USLD conventionnées restées dans le champ sanitaire	2
Point 1.3. Circulaire EPRD	2
II) La nomenclature de 2008	3
Point 2.1 : la nomenclature applicable aux différents établissements	3
Point 2.2 : imputation de la retraite complémentaire des praticiens hospitalo-universitaires	3
Point 2.3 : imputation de la cotisation au centre national de gestion	3
III) Informations diverses sur les versements de l'assurance maladie, la créance dite de « l'article 58 » et les recours	4
Point 3.1. Modalités de versement de l'assurance maladie	4
Point 3.2. Coefficients de transition : voies de recours	4
Point 3.3. Traitement de la créance dite de « l'article 58 »	4
Point 3.4. Circulaire relative aux créances dites de l'article 58 et aux avances	4
IV) e-EPRD 2008	5
Point 4.1. Mise à disposition d'un outil personnalisé	5
Point 4.2. Outil de remontée du deuxième rapport quadrimestriel	5
V) Facturation	6
Question 5.1 : peut-on facturer un ticket modérateur sur les forfaits ATU, SE, FFM ?	6
Question 5.2 : l'établissement peut-il fixer des tarifs d'actes médicaux ou paramédicaux ?	6
VI) Mise à jour de l'instruction budgétaire et comptable M21	8
Point 6.1 : arrêté du 15 mai 2008	8
VII) Déséquilibre financier	9
Point 7.1 : précision sur le troisième critère de déséquilibre financier	9
VIII) Evolutions pour 2009	10
Point 8.1 : nomenclature budgétaire et comptable des EPS pour 2009	10
Point 8.2 : modification de la liste des chapitres de crédits à caractère limitatif pour les EPS à partir 2009	10
Point 8.3. précision sur les comptes 73125 et 732415 de la nomenclature 2009	10

I) L'EPRD en 2008

Point 1.1 : le cadre de l'EPRD 2008 et ses annexes

Le modèle de l'EPRD et de ses annexes connaît des ajustements à compter de l'exercice 2008. Les arrêtés fixant ces modèles sont les suivants :

- cadre de l'EPRD : arrêté du 26/12/2007, publié au JO du 30/1/2008,
- cadre du PGFP : arrêté du 5/12/2007, publié au JO du 21/12/2007,
- cadre du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés : arrêté du 5/12/2007, publié au JO du 23/1/2008.

Les cadres sous Excel sont disponibles sur ce site et sont intégrés dans la version 2008 du module e-EPRD.

Des précisions sont apportées dans la circulaire DHOS/F4/DGCP/5C/14 du 18 janvier 2008 disponible sur ce site (au point 11).

Point 1.2. : généralisation de la lettre B pour les USLD conventionnées restées dans le champ sanitaire

La circulaire DHOS/F4/DGCP/5C/14 du 18 janvier 2008 indique que toutes les USLD sont identifiées par la lettre mnémotechnique B. Il s'agit bien des unités de soins de longue durée, qui restent dans le champ **sanitaire**, sous compétence du directeur de l'ARH pour les soins (les unités dont les autorisations sont transférées dans le champ médico-social, qui sont EHPAD, et dont le préfet est autorité de tarification pour les soins, sont suivies en lettre E).

Compte tenu de la date de diffusion de la circulaire susmentionnée pour 2008, il est possible que certains établissements et leurs comptables ne puissent pas passer les USLD en lettre B, pour le cas où elles étaient précédemment suivies en lettre E. Il est admis dans ce cas, que le passage en B, conforme à la M21, n'intervienne qu'en 2009.

Point 1.3. Circulaire EPRD

Une circulaire technique sur l'EPRD est disponible sur ce site dans la rubrique 1.d.

II) La nomenclature de 2008

Point 2.1 : la nomenclature applicable aux différents établissements

A partir de 2008, deux arrêtés sont pris :

- l'un fixe la nomenclature applicable aux **établissements publics de santé**. Il s'agit de l'arrêté du 17/10/2007, publié au JO du 21/12/2007 ;
- l'autre fixe la nomenclature applicable aux **établissements de santé privés** mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (« **ex-DG** »). Cet arrêté est en cours de publication au JO. Ses annexes sont disponibles sur ce site. Trois ultimes ajustements sont signalés :
 - ➔ la suppression du compte de la DAC, étant donné la publication des textes intervenue fin décembre,
 - ➔ s'agissant des comptes de liaison :
 - le compte 1814 "compte de liaison fonctionnement", compte de bilan, est introduit comme subdivision supplémentaire du compte de liaison entre le siège et les établissements ;
 - l'annexe 4 de l'arrêté fixant la nomenclature précise que le libellé "compte de liaison investissement" du tableau de financement de l'EPRD renvoie à la subdivision 1811 de la nomenclature.
 - ➔ le titre IV de l'EPRD comprend un chapitre « 695 Impôts sur les sociétés ».

Point 2.2 : imputation de la retraite complémentaire des praticiens hospitalo-universitaires

Cette charge n'est pas isolée spécifiquement dans la nomenclature en vigueur pour l'exercice 2008. Le compte d'imputation retenu en accord avec la direction générale de la comptabilité publique est le 64523 "cotisations aux caisses de retraite", à l'intérieur duquel l'établissement peut, s'il y a convenance, créer une subdivision pour imputer la cotisation de retraite complémentaire des HU.

Point 2.3 : imputation de la cotisation au centre national de gestion

La circulaire N°DHOS/DGAS/G3/5B/281 du 22 août 2008 relatives aux modalités de versement de la contribution prévue à l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 au bénéfice du centre national de gestion précise les modalités de calcul et de recouvrement de la cotisation.

S'agissant de la comptabilisation de la charge liée à cette cotisation dans les établissements publics de santé, elle doit s'effectuer sur le compte 6334 « Cotisations au centre national de gestion », conformément à l'arrêté du 17 octobre 2007 fixant la nomenclature des comptes obligatoirement ouverts dans l'état des prévisions de recettes et de dépenses et dans la comptabilité des établissements publics de santé.

III) Informations diverses sur les versements de l'assurance maladie, la créance dite de « l'article 58 » et les recours

Point 3.1. Modalités de versement de l'assurance maladie

Les modalités de versement de l'assurance maladie sont définies par l'arrêté du 23/1/2008, publié au JO du 25/1/2008, disponible sur ce site dans la rubrique 10 « Les modalités de versement de l'assurance maladie ».

Des précisions sont apportées par la circulaire 11 du 16 janvier 2008 également disponible sur ce site.

Point 3.2. Coefficients de transition : voies de recours

Les établissements de santé ont, comme tout justiciable, la possibilité de contester une décision qui leur fait grief par un recours administratif avant de faire un recours contentieux : un recours gracieux devant l'autorité qui a pris la décision ou un recours hiérarchique devant l'autorité hiérarchique de celle qui a pris la décision. Au cas particulier de l'arrêté fixant le coefficient de transition de l'établissement, il s'agit des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, donc par délégation la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

Le recours contentieux relève du juge administratif de droit commun dans le délai et les conditions des recours devant un tribunal administratif. En effet, l'article L.351-1 du code de l'action et des familles mentionne limitativement la liste des matières relevant de la compétence du TITSS. Or, le coefficient de transition mentionné à l'article 62 de la LFSS pour 2008 ne figure pas dans cette liste. Le TITSS n'est donc pas compétent pour statuer sur un recours contestant le coefficient de transition.

Point 3.3. Traitement de la créance dite de « l'article 58 »

Une fiche technique figure en pièce jointe n°1 à la présente foire aux questions.

Point 3.4. Circulaire relative aux créances dites de l'article 58 et aux avances

Elle est disponible sur ce site au point 10.2

IV) e-EPRD 2008

Point 4.1. Mise à disposition d'un outil personnalisé

Comme en 2007, les établissements disposeront d'un outil personnalisé et, pour l'année 2006, pré-rempli en fonction des informations disponibles sur le compte financier de Cabestan. Cet outil doit être mis à disposition des établissements dans la première semaine de mars.

Point 4.2. Outil de remontée du deuxième rapport quadrimestriel

La maquette du deuxième rapport quadrimestriel est en ligne sur la plateforme Cabestan. L'onglet paramétrage permet de sélectionner les onglets à remplir pour chaque établissement. En effet :

► S'agissant des **établissements publics de santé** et des **établissements privés ex DG sans activité USLD**, il n'y a aucune modification par rapport au premier rapport quadrimestriel : les onglets à remplir sont les suivants : suivi CRP, suivi CRPA, projection CRP, projection TFP et CAF ;

► S'agissant des établissements privés ex DG qui ont une activité USLD, deux cas sont possibles selon la manière dont a été présenté l'EPRD :

→ si l'établissement a opté pour un seul EPRD avec l'accord de son ARH (l'activité principale est dans le compte de résultat prévisionnel principal et l'activité USLD figure dans le compte de résultat prévisionnel de l'USLD), les onglets à compléter sont inchangés. Il s'agit des onglets suivants : suivi CRP, suivi CRPA, projection CRP, projection TFP et CAF,

→ si l'établissement a présenté un EPRD pour ses activités sanitaires hors USLD et un EPRD pour ses activités d'USLD, il doit alors remplir 2 fichiers pour le suivi quadrimestriel de chacun de ses EPRD :

- un fichier classique pour ses activités sanitaires hors USLD avec les onglets : suivi CRP, suivi CRPA, projection CRP, projection TFP et CAF ;
- un fichier USLD autonome avec les onglets : suivi USLD autonome, projection USLD autonome, projection TFP et CAF USLD autonome.

V) Facturation

Question 5.1 : peut-on facturer un ticket modérateur sur les forfaits ATU, SE, FFM ?

En l'état actuel de la réglementation, il n'est pas possible de facturer un ticket modérateur (TM) sur les ATU, SE et FFM. Ces forfaits ne peuvent pas, non plus, être facturés aux patients non assurés sociaux.

En effet, les forfaits ATU, SE et FFM sont considérés comme des prestations d'hospitalisation au sens de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale, ils sont donc inclus dans les charges d'exploitation sur la base desquelles sont calculés les tarifs journaliers de prestation (TJP). Or, en application de l'article 33 de la LFSS pour 2004, les TJP servent de base au calcul de la participation des patients. Comme ces prestations ont été créées postérieurement à la suppression de la DG, il n'y a pas de TJP pour eux. En conséquence, la participation de 6 % (résultant implicitement du taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie de 94 % pour 2008) est moyennée sur les TJP de l'hospitalisation complète ou partielle. Les patients pour lesquels un de ces forfaits a été facturé à 94 % à l'assurance maladie bénéficient "d'une exonération de fait" du TM sur le forfait.

Le fait que des comptes aient été prévus à la nomenclature ne signifie pas qu'on peut facturer des TM sur ces forfaits. En revanche, si la réglementation venait à évoluer, le réceptacle comptable serait prêt.

Question 5.2 : l'établissement peut-il fixer des tarifs d'actes médicaux ou paramédicaux ?

a) *Non pour les prestations prises en charge par l'assurance maladie (cf. articles R.162-32 et R. 162-32-1 du code de la sécurité sociale)*

En hospitalisation, les tarifs de prestation d'hospitalisation sont des « tout compris » à l'exception des molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables financés en sus des tarifs en vertu de l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale. S'y ajoutent pour les activités relevant de la notion d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, un financement par la dotation MIGAC. Il faut rappeler que la dotation globale était un « tout compris » et que la réforme du financement n'a eu ni pour objet ni pour effet de remettre en cause ce principe.

Dans le cadre des actes et consultations externes, seuls les actes des professionnels médicaux et non médicaux qui ont une convention avec l'assurance maladie (exemple : médecins, chirurgien-dentiste, sages-femmes, infirmiers) inscrits sur la liste mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale et bénéficiant de tarifs à la CCAM ou NGAP en application de l'article L.162-14-1 du même code peuvent faire l'objet d'une facturation à l'assurance maladie et, pour la part non prise en charge, au patient.

En conséquence, pour les prestations prises en charge par l'assurance maladie et incluses dans le tarif (GHS ou autre forfait ou dotation), l'établissement ne fixe aucun tarif. Il convient de rappeler que les établissements ex DG ne sont pas autorisés à facturer des honoraires aux patients, autres que ceux de l'activité libérale des praticiens temps plein ou des médecins libéraux intervenant en soins de suite ou réadaptation et psychiatrie en « clinique ouverte ».

Remarque : les développements supra ne concernent pas le TJP. Tant que le ticket modérateur n'est pas assis sur le tarif de GHS, les établissements *proposent* des tarifs journaliers de prestation (TJP), qui sont *arrêtés* par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

b) Dans certains cas précisés par les textes pour les prestations non prises en charge par l'assurance maladie

L'article R 162-32-2 du code de la sécurité sociale précise le type de « prestations pour exigences particulières du patient, sans fondement médical (...) qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par l'assurance maladie ». Parmi elles, figure la chirurgie esthétique. L'établissement fixe le prix de ces prestations.

Qui est alors compétent pour fixer les prix ?

→ comme l'article L.6143-1 du CSP fixe limitativement les matières soumises à délibération du Conseil d'administration, pour les matières qui ne figurent pas dans cet article, c'est le directeur, en application de l'article L.6143-7, qui est compétent pour décider.

c) Pour le recouvrement des "autres recettes", autres que les dotations, forfaits annuels et recettes relatives à la facturation des tarifs de prestation, l'article R.6145-36 du CSP précise qu'elles le sont « dans les conditions et selon les prix ou tarifs fixés par l'ordonnateur ou selon les modalités prévues dans les conventions en cours ou les dispositions réglementaires en vigueur.

VI) Mise à jour de l'instruction budgétaire et comptable M21

Point 6.1 : arrêté du 15 mai 2008

L'arrêté du 15 mai 2008 (disponible sur le site) apporte des ajustements à l'instruction budgétaire et comptable des EPS. La version consolidée de la M21 sera prochainement installée dans la rubrique ad hoc du site.

VII) Déséquilibre financier

Point 7.1 : précision sur le troisième critère de déséquilibre financier

L'article D. 6143-39 du code de la santé publique dispose notamment que : « 3° La capacité d'autofinancement de l'établissement est insuffisante pour couvrir le remboursement en capital des emprunts figurant dans le tableau de financement mentionné à l'article R. 6145-13, compte non tenu des remboursements infra-annuels sur les emprunts assortis d'une option de tirage sur ligne de trésorerie. »

Les précisions suivantes peuvent être apportées :

Le remboursement de capital des emprunts pris en compte pour la détermination du 3ème critère de déséquilibre financier figurant au 3° de l'article D. 6143-39 du code de la santé publique correspond au remboursement de capital contractuel des emprunts, donc celui des échéanciers d'amortissement de capital des emprunts en vie.

Il ne tient donc pas compte des remboursements effectués à l'initiative de l'établissement au-delà des échéances contractuelles, pour les emprunts avec option sur une ligne de trésorerie, même si ces derniers font l'objet, conformément aux orientations de la M21 d'une consolidation en clôture d'exercice. En effet, ce volant de remboursements supplémentaires de trésorerie ne correspond pas à un signal de déséquilibre financier et est susceptible de donner lieu à de nouvelles opérations de tirages puis remboursements infrannuels de trésorerie dans les mois suivants la clôture d'exercice, dans la limite de l'encours contractuel restant.

VIII) Evolutions pour 2009

Point 8.1 : nomenclature budgétaire et comptable des EPS pour 2009

La nomenclature budgétaire et comptable des EPS va évoluer en 2009. La liste des évolutions relatives aux **comptes** est récapitulée dans un tableau Excel disponible sur ce site. D'éventuelles évolutions de **chapitres** sont susceptibles d'intervenir et donneront lieu, le cas échéant, à des tableaux complémentaires spécifiques.

Compléments au 18/12/08 :

Deux nouveaux chapitres de charges de personnel sont créés :

- le 6415 « Personnels sous contrats à durée déterminée »,
- le 6423 « Praticiens contractuels sans renouvellement de droit »,

ce qui a un impact sur le contenu des chapitres existants 641 et 642, dont le libellé est modifié.

Ces modifications de structure budgétaire entraînent une modification de l'arrêté fixant le cadre de l'EPRD et de ceux définissant la nomenclature budgétaire et comptable des établissements de santé publics et privés ex-DG.

Les arrêtés publiés au JO du 31/12/2008 sont disponibles sur ce site.

Point 8.2 : modification de la liste des chapitres de crédits à caractère limitatif pour les EPS à partir 2009

Hormis les chapitres déjà limitatifs, la liste est étendue aux chapitres suivants :

- 621 « Personnel extérieur à l'établissement »
- 6415 « Personnels sous contrats à durée déterminée »,
- 6423 « Praticiens contractuels sans renouvellement de droit ».

L'arrêté publié au JO du 31/12/2008 est disponible sur ce site au point 4.

Point 8.3. précision sur les comptes 73125 et 732415 de la nomenclature 2009

Le compte 731 25 concerne la part prise en charge par **l'assurance maladie** pour les spécialités pharmaceutiques administrées en consultations externes tandis que le 732 415 concerne la part à la charge des **patients ou des organismes qui se substituent à lui**.

PIECE JOINTE N° 1

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Direction générale de la comptabilité publique
Direction de la sécurité sociale

Paris, le 14 février 2008

PRECISIONS SUR LE TRAITEMENT DE LA CREANCE DITE DE L'ARTICLE 58 EN 2008

Le contexte

Le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé précise en son article 5 (cf. texte en annexe 1) les modalités de traitement en 2008 de la créance dite de l'article 58. La présente fiche détaille les différentes étapes de la procédure à suivre.

A ce jour, doivent être traitées la détermination de la créance exigible, la détermination du montant entrant en compensation avec le solde des avances 2005 et 2006 et l'écriture comptable afférente. Le remboursement du solde après compensation (soit par l'assurance maladie s'il reste une part de créance exigible non apurée par la compensation avec les avances, soit par l'établissement si les avances de 2005 et 2006 excèdent la créance exigible) n'interviendra qu'après la publication d'un arrêté ministériel ultérieur.

1- 1^{ère} étape : la reconnaissance réciproque de la créance dite de l'article 58

Le processus de reconnaissance réciproque de la créance dite de l'article 58 a dû être conduit en 2007. Les acteurs étaient les suivants :

- directeur de l'établissement, comptable public de l'établissement et agent comptable de la caisse d'assurance maladie pour les établissements publics de santé (EPS) ;
- directeur de l'établissement et agent comptable de la caisse d'assurance maladie pour les établissements de santé privés antérieurement sous dotation globale (« privés ex-DG »).

La procédure de reconnaissance réciproque permet aux acteurs concernés de disposer d'un document commun considéré comme faisant foi quant au montant de la créance détenue par les établissements de santé envers l'assurance maladie au titre de l'ex-article 58. L'écart admis entre le montant figurant dans la comptabilité de l'établissement et celle de la caisse d'assurance maladie ne doit pas excéder 300 €.

Si, dans la plupart des cas, cette procédure a abouti, certains établissements n'ont néanmoins pas pu conclure un accord avec leur caisse.

Une relance est en cours, et a été mise en œuvre le 1^{er} février suite à une rencontre DGCP/MCP (mission comptable permanente). Des réponses sont attendues pour la fin février.

2- 2^{ème} étape : le directeur de l'ARH constate par un arrêté le montant de la « créance exigible »

Le principe : seule la part de la créance de l'article 58 imputable à l'activité MCO des établissements du champ T2A entre dans le champ du traitement de 2008 : c'est la créance

exigible ». La créance imputable aux autres activités financées par la dotation annuelle de financement [psychiatrie, SSR et hôpitaux locaux] demeure en vigueur, en application de l'article R. 174-1-9 du code de la sécurité sociale (cf. texte en annexe 2) et n'est donc pas exigible au sens du décret du 26/12/2007.

a) Détermination de la créance exigible :

La créance exigible correspond à une fraction de la créance totale déterminée à la 1^{ère} étape. Pour déterminer cette créance exigible, on applique à la totalité de la créance un pourcentage qui correspond à la part des recettes « T2A » versées par l'assurance maladie (AM) dans le total des recettes versées par l'AM en 2006.

La part est ainsi déterminée à partir des données constatées au compte financier de 2006 :

Total des produits du titre 1 déduction faite des produits de la DAF

Total des produits du titre 1

La DAF, notifiée au titre de 2006 par l'ARH, doit être comptabilisée au compte 73117. Si tel n'est pas le cas, il convient de retenir le montant notifié par l'ARH

NB : le bureau FI pourra communiquer aux ARH le résultat de ce calcul pour chacun des établissements.

b) Le directeur de l'ARH constate par arrêté le montant de la créance exigible

- Si la reconnaissance réciproque de la créance a été effectuée, et au vu du pourcentage calculé au 2a), le directeur de l'ARH prend un arrêté qui constate le montant de la créance exigible par application du pourcentage à la créance ayant fait l'objet de la reconnaissance réciproque.
- En l'absence de reconnaissance réciproque, au vu du pourcentage calculé au 2a), le directeur de l'ARH arrête le montant de la créance exigible.
 ➔ Pour ce faire, et s'il s'agit d'un EPS, le directeur de l'ARH ne peut prendre son arrêté que sur avis conforme du TPG de région.

L'arrêté (voir modèle joint) doit être :

- notifié à l'établissement,
- notifié à la caisse d'assurance maladie,
- publié.

L'arrêté doit être pris dans les meilleurs délais.

- La lettre de notification de l'ARH devra préciser, outre les voies de recours, le récapitulatif des éléments suivants :
 - la créance exigible,
 - la créance demeurant au titre de l'article R.174-1-9 du code de la sécurité sociale,

- le montant du solde des avances de 2005 et de 2006 (il a été déterminé en 2007 après le remboursement de 25 % du total des avances de 2005 et 2006),
- le montant entrant dans le mécanisme de compensation prévu par le décret du 26/12/2007 susmentionné.

3- Les écritures comptables et les mouvements de fonds à prévoir

La situation est la suivante :

- la caisse d'assurance maladie doit à l'établissement le montant de la créance exigible constaté par arrêté du directeur de l'ARH,
- l'établissement doit à la caisse d'assurance maladie le montant des avances restant au titre de 2005 et 2006. Ce montant a été constaté par l'ARH dans un arrêté pris en 2007. Il doit être comptabilisé au compte 41913 « redevables créditeurs – caisses d'assurance maladie ».

a) La compensation

Le décret du 26/12/2007 autorise la compensation entre ces deux sommes à hauteur de la moins élevée. Dès lors que l'arrêté constatant la créance exigible a été notifié à l'établissement, le comptable de l'établissement procède à l'écriture liée à la compensation entre les deux obligations réciproques : il crédite le compte 41222 et débite le compte 41913.

A l'issue de cette opération de compensation, on a :

- soit un solde débiteur du compte 41222 qui se compose:
 - du solde de la créance exigible si la créance exigible était supérieure au solde des avances 2005 et 2006: cette somme est alors due par la caisse d'assurance maladie.
 - le cas échéant, de la part de la créance de l'article 58 qui correspond aux activités de psychiatrie – SSR, qui subsiste au moins tant que ces activités ne sont pas en tarification à l'activité ;
 - soit un solde créditeur du compte 41913 si la créance exigible était plus faible que le solde des avances 2005 et 2006. L'établissement doit alors rembourser cette somme à la caisse d'assurance maladie.
- b) MAIS les conditions et le calendrier de remboursement du reliquat de créance exigible ou du reliquat d'avances seront définis dans un arrêté ministériel à venir. Dans l'attente de la publication de cet arrêté, aucun mouvement de fonds n'est prévu à ce sujet sur les soldes.**
- c) Le traitement comptable des encaissements relatifs à la dotation annuelle de financement (DAF)**

La part non exigible de la créance (celle qui correspond aux activités financées par la DAF) fera l'objet du mécanisme de la créance glissante et sera soldé par les versements DAF.

- Cas des établissements n'ayant pas d'activité T2A

Les versements de la DAF sont imputés au crédit du compte 41222 qui enregistre la créance « dite de l'article 58 » non exigible pour ces établissements, à concurrence du montant total figurant au débit de ce compte, puis sont imputés sur le compte 41121.

- Cas des établissements ayant une activité T2A

Dans l'attente de la constatation par l'arrêté du directeur de l'ARH du montant de la créance exigible, les premiers versements de DAF sont comptabilisés au crédit du compte 4718 « autres recettes à régulariser ».

Dès que la créance exigible (champ T2A) est connue, l'apurement de la créance non exigible (champ DAF) peut être entamé par un débit du compte 4718 (qui a enregistré les premiers versements de DAF) et un crédit du compte 41222 dans la limite de cette créance non exigible.

* *
*

4- Précisions sur le fonds de roulement (FDR)

L'apurement d'une partie de la créance dite de l'article 58 conduit « mécaniquement » à une amélioration du fonds de roulement de l'établissement, par la réduction des emplois pris en compte dans le calcul de ce fonds de roulement. Cet impact n'apparaîtra que dans l'EPRD de l'exercice 2009. En effet, le tableau d'estimation du fonds de roulement initial prend en compte le FDR estimé au 1^{er} janvier 2008 : l'opération d'apurement de la créance exigible n'a pas encore été effectuée. L'impact des mouvements en classe 4 n'apparaît pas dans les tableaux constitutifs de l'EPRD (comptes de résultat prévisionnel, tableau de financement), mais doivent être inclus dans le PGFP.

A cet égard, il faut noter que l'augmentation faciale du FDR s'accompagnera d'une augmentation du besoin en fonds de roulement, lié au remboursement des avances de l'assurance maladie au titre de l'activité T2A en 2005 et 2006. Les conséquences sur la trésorerie de l'établissement devront être anticipées. Il n'en découle, en conséquence, aucune amélioration du niveau de la trésorerie.

ANNEXE 1 : article 5 du décret n° 2007-1931 du 26/12/2007

I. — Le montant de la créance détenue par les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale en application des dispositions du V de l'article 13 du décret du 30 novembre 2005 susvisé, reconduites par l'article 1er du décret du 23 janvier 2007 susvisé, donne lieu à reconnaissance réciproque entre, d'une part, le directeur et l'agent comptable de la caisse d'assurance maladie mentionnée à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale et, d'autre part, le représentant légal de l'établissement de santé ainsi que, dans les établissements publics de santé, le comptable public.

La part de cette créance devenue exigible est égale à la part des recettes d'assurance maladie correspondant aux activités mentionnées à l'article L. 162-22-6 dans les recettes totales d'assurance maladie inscrites au compte financier de l'établissement de l'exercice 2006.

Lorsque la créance a fait l'objet de la reconnaissance réciproque mentionnée au premier alinéa, son montant exigible est constaté par arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et remboursé par la caisse d'assurance maladie susmentionnée. A défaut de reconnaissance réciproque de la créance et s'il s'agit d'un établissement public de santé, cet arrêté est pris sur avis conforme du trésorier-payeur général de région. Dans tous les cas, l'arrêté est notifié à l'établissement concerné et à la caisse mentionnée à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale. Il est publié dans les conditions prévues à l'article R. 6115-7 du code de la santé publique.

II. — Les établissements de santé mentionnés au premier alinéa du I remboursent à ladite caisse le montant correspondant à la différence entre les sommes versées par l'assurance maladie afférentes aux activités susmentionnées au cours des exercices 2005 et 2006 et les sommes réellement dues à ce titre.

III. — Le remboursement des montants mentionnés au troisième alinéa du I et au II du présent article peut s'effectuer par compensation, dès la parution de l'arrêté mentionné au troisième alinéa du I, dans la limite du moins élevé de ces deux montants.

A l'issue de l'opération de compensation décrite à l'alinéa précédent, le solde de la créance mentionnée au troisième alinéa du I ou du montant mentionné au II est remboursé par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ou par les établissements dans des conditions et selon un calendrier définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

ANNEXE 2 : article R. 174-1-9 du code de la sécurité sociale

Article 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. »