

Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
Sous-direction des affaires
financières

Personne chargée du
dossier :
Jean-Claude DELNATTE

Tél. : 01 40 56 88 04
Fax : 01 40 56 50 10
jean-claude.delnatte@sante.gouv.fr

La ministre de la santé, de la jeunesse, des sports
et de la vie associative

à

Mesdames et messieurs les directeurs d'agence
régionale de l'hospitalisation

Mesdames et messieurs les directeurs des
établissements de santé

CIRCULAIRE N°DHOS/F2/2008/233 du 16 juillet 2008 relative à l'équilibre financier des
établissements de Santé

Date d'application : xxx

NOR : cette zone est à remplir par Ascdoc

Classement thématique : cette zone est à remplir par Ascdoc

Résumé : L'équilibre financier des établissements de santé constitue un objectif majeur au service duquel les responsables d'établissement et les ARH doivent mobiliser l'ensemble des moyens à leur disposition

Mots-clés : état des prévisions de recettes et de dépenses, plan de redressement, contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Textes de référence : articles L 6143-3, L 6161-3-1, D 6143-39, D.6161-9-1 du code de la santé publique

Textes abrogés ou modifiés :

Annexe 1 : guide méthodologique sur l'élaboration, la négociation et le suivi d'un plan de redressement

Le constat de situations déficitaires dans un certain nombre d'établissements de santé a conduit le Président de la République à rappeler, lors de l'installation de la commission présidée par le sénateur Larcher, que le passage à la T2A à 100 % devait s'accompagner d'un retour à l'équilibre des comptes. Le Parlement a exprimé la même volonté en amendant, à l'occasion du débat sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, les dispositions du code de la santé publique relatives au redressement des établissements en difficulté. Le décret n° 2008-621 du 27 juin 2008 pris en application de ces dispositions vient d'être publié.

La présente instruction a pour but de rappeler les principes à respecter et les procédures à suivre par les responsables des établissements et leur autorité de tutelle, afin d'atteindre cet objectif.

1. La prévention des situations de déséquilibre

Il convient, en premier lieu, de mobiliser l'ensemble des moyens permettant de maintenir l'équilibre financier et de détecter précocement les dérives possibles.

L'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) doit être adopté et approuvé en équilibre

La présentation d'un EPRD en équilibre demeure la règle, à laquelle il n'est possible de déroger qu'à certaines conditions : le compte de résultat prévisionnel principal (CRPP) peut en effet prévoir un déficit si le prélèvement sur le fonds de roulement en résultant est compatible avec la situation financière et patrimoniale de l'établissement et avec son plan global de financement pluriannuel.

Cette dérogation doit garder un caractère exceptionnel et ne peut être acceptée qu'au vu de solides justifications ; un établissement qui souhaite présenter un EPRD comportant un CRPP en déficit doit donc être en mesure de justifier que sa situation financière le permet, d'expliquer les raisons pour lesquelles il désire prélever sur son fonds de roulement et d'anticiper l'impact de ce prélèvement sur les exercices futurs. Il doit pouvoir établir que le niveau du fonds de roulement, après prélèvement, permettra de couvrir ses besoins de trésorerie, dans le respect de ses obligations vis-à-vis des tiers. Enfin, la diminution du fonds de roulement ne devra pas avoir pour conséquence une aggravation de l'endettement financier de l'établissement ni compromettre sa politique d'investissement, laquelle doit être correctement dimensionnée en fonction des possibilités financières réelles de l'établissement.

L'approbation par l'ARH, tacite ou expresse, d'un EPRD comportant un CRPP en déficit, ne peut, de la même manière, qu'être exceptionnelle et ne doit intervenir qu'après un examen approfondi de la situation financière de l'établissement concerné et vérification qu'aucun des risques sus évoqués n'est encouru.

Il est bien entendu exclu que puisse être approuvé avec un déficit du CRPP l'EPRD d'un établissement dont le fonds de roulement est négatif ou le deviendrait du fait du prélèvement opéré.

Il faut également rappeler que le directeur de l'ARH peut s'opposer à un projet d'EPRD pour les motifs suivants :

- les prévisions de recettes excèdent le montant des dotations et forfaits de l'établissement notifiés pour l'exercice concerné ;
- les prévisions de recettes sont fondées sur des prévisions d'activité manifestement erronées, portent sur des activités non autorisées ou non prévues par le projet d'établissement ou sont fondées sur des augmentations d'activités incompatibles avec les objectifs du SROS ou le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- le projet d'EPRD ne tient pas compte des engagements prévus au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de son exécution ;
- en cas de prélèvement sur le fonds de roulement ou de situation financière dégradée, les mesures de redressement adoptées par le conseil d'administration ne sont pas adaptées.

2. Le rétablissement de l'équilibre

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 modifie le cadre législatif en précisant l'articulation entre le plan de redressement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qui doit, par avenant, inclure les modalités de retour à l'équilibre.

Le constat d'une situation de déséquilibre financier doit provoquer la mise en œuvre d'un plan de redressement.

La demande de plan de redressement est formulée par le directeur de l'ARH, dès que l'établissement en cause présente une situation de déséquilibre financier selon des critères définis par l'article D.6143-39 du code de la santé publique. Contrairement à l'ancienne procédure qui laissait au directeur de l'ARH une marge d'appréciation de la situation financière, la nouvelle procédure lui impose désormais de demander un plan de redressement si l'un des critères réglementaires suivants est rempli :

- pour les établissements dont le total des produits du compte de résultat principal excède dix millions d'euros, le compte de résultat principal présente un résultat déficitaire supérieur à 2 % pour les CHU/CHR et les établissements dont les emplois de directeur sont des emplois fonctionnels ou à 3 % pour les autres établissements ;
- pour les établissements dont le total des produits du compte de résultat principal excède dix millions d'euros, le compte de résultat principal présente un résultat déficitaire et, soit la capacité d'autofinancement de l'établissement représente moins de 2 % du total des produits, toutes activités confondues, de l'établissement, soit l'établissement présente une insuffisance d'autofinancement ;
- la capacité d'autofinancement de l'établissement est insuffisante pour couvrir le remboursement en capital des emprunts.

Ces dispositions sont applicables aux établissements de santé privés participant au service public hospitalier.

Les modalités de retour à l'équilibre prévues par le plan devront donner lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ; ainsi, il est clairement précisé que le contrat de retour à l'équilibre est partie intégrante du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. En annexe à la présente circulaire figure un guide méthodologique en vue d'aider la négociation, l'élaboration et le suivi de l'exécution de cet avenant. Le contrat de retour à l'équilibre financier est un outil de redressement non seulement financier. Il doit avant tout être le résultat d'une réflexion commune entre l'ARH et l'établissement sur sa stratégie d'ensemble.

S'agissant des établissements publics de santé, à défaut d'adoption d'un plan de redressement adapté à la situation ou en cas de refus de l'établissement de signer l'avenant précité, le directeur de l'ARH doit mettre en œuvre son pouvoir de substitution, en arrêtant de sa propre autorité l'EPRD de l'établissement en cause et/ou les décisions modificatives en cours d'exercice.

L'échec des mesures de redressement peut conduire à la mise sous administration provisoire de l'établissement en cause

- La mise sous administration provisoire d'un établissement public de santé

Si la mise en demeure du directeur de l'ARH de mettre en œuvre les mesures de redressement, après saisine éventuelle de la chambre régionale des comptes, est restée sans effet pendant plus de deux mois ou lorsque le plan de redressement adopté n'a pas permis de redresser la situation financière, le directeur de l'ARH place l'établissement en cause sous l'administration provisoire de conseillers généraux des établissements de santé.

Les administrateurs provisoires, nommés par le ministre, assurent les attributions du conseil d'administration et du directeur, ou les attributions de ce conseil ou du directeur. Ils ont pour mission de rétablir les conditions d'un retour à équilibre.

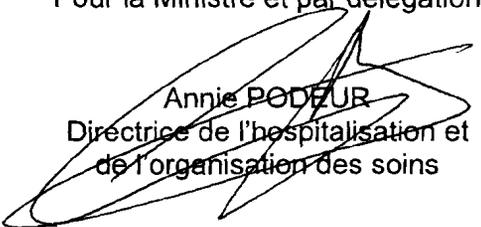
- La mise sous administration provisoire d'un établissement privé antérieurement sous dotation globale

S'il n'est pas satisfait à l'injonction du directeur de l'ARH de remédier au déséquilibre financier ou au dysfonctionnement dans la gestion, ou en cas de refus de l'établissement de signer l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en vue du retour à l'équilibre, le directeur de l'ARH

peut désigner un administrateur provisoire de l'établissement pour une durée qui ne peut être supérieure à six mois renouvelable une fois. L'administrateur doit satisfaire aux conditions exigées par le code de commerce pour exercer les fonctions d'administrateur judiciaire. L'administrateur provisoire accomplit, pour le compte de l'établissement, les actes d'administration urgents ou nécessaires pour mettre fin aux dysfonctionnements ou irrégularités constatés.

L'équilibre des comptes des établissements de santé constitue un objectif majeur dont la mise en œuvre doit être considérée comme une priorité impérieuse par les responsables des établissements concernés et leur autorité de tutelle. Il conditionne la bonne exécution des missions confiées à ces établissements au service de la santé publique.

Pour la Ministre et par délégation



Annie PODEUR
Directrice de l'hospitalisation et
de l'organisation des soins