



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Instruction interministérielle n° DGOS/FIP3/DSS/1A/DGFIP/GP-1B/2026/8 du 20 février 2026
relative au traitement et à l'apurement du solde restant de la créance dite « article 58 »**

La ministre de la santé, des familles, de l'autonomie
et des personnes handicapées

La ministre de l'action et des comptes publics

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé (ARS)

Monsieur le directeur général de la Caisse nationale
d'assurance maladie (CNAM)

Madame la directrice générale de la Caisse centrale
de la mutualité sociale agricole (CCMSA)

Monsieur le directeur de la Caisse nationale militaire
de sécurité sociale (CNMSS)

Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux des finances publiques

Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux des finances publiques

Copie à :

Mesdames et Messieurs les délégués de la directrice générale
des finances publiques (DGFIP)

Référence	NOR : SFHH2600647J (numéro interne : 2026/8)
Date de signature	20/02/2026
Emetteurs	Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées Direction générale de l'offre de soins (DGOS) Direction de la sécurité sociale (DSS) Ministère de l'action et des comptes publics Direction générale des finances publiques (DGFIP) Direction de la sécurité sociale (DSS)
Objet	Traitement et apurement du solde restant de la créance dite « article 58 ».
Actions à réaliser	- Engager, si nécessaire, la procédure de reconnaissance réciproque afférente au solde restant de la créance dite « article 58 » (directeurs d'établissements, comptables publics, caisses d'assurance maladie) ; - Constater le solde restant à apurer au titre de la créance dite « article 58 » (directeurs généraux d'ARS) ; - Assurer la consolidation régionale et le reporting vers le national ; - Assurer le versement correspondant en faveur des établissements (caisses d'assurance maladie).

Résultat attendu	- Constatations du solde de la créance restant due ; - Versement et apurement.
Echéance	31 décembre 2026
Contacts utiles	Direction générale de l'offre de soins Sous-direction du financement et de la performance du système de santé Bureau de l'efficience des établissements de santé (FIP3) Laurent BLART Mél. : laurent.blart@sante.gouv.fr Direction de la sécurité sociale Sous-direction du financement du système de soins Bureau Établissements de santé et établissements médico-sociaux (1A) Claire SANTARELLI Mél. : claire.santarelli@sante.gouv.fr Direction générale des finances publiques Sous-direction Réglementation, comptabilités locales et hospitalières et activités bancaires Bureau Comptabilités locales et hospitalières (GP-1B) Pierre FONTAINE Mél. : pierre.fontaine@dgfip.finances.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	4 pages + 6 annexes (10 pages) Annexe 1 : Évolutions et rappel du dispositif de la créance dite « article 58 » Annexe 2 : Les phases et modalités menant à l'apurement du solde restant de la créance sur l'année 2026 Annexe 3 : Le traitement comptable de ces opérations pour les établissements publics de santé Annexe 4 : Modèle d'arrêté du directeur général de l'ARS constatant le solde restant à apurer Annexe 5 : Calendrier de versement Annexe 6 : Tableau de suivi et de remontée vers le national
Résumé	La présente instruction a pour objet de préciser les dispositions à prendre afin que les arrêtés constatant les créances restantes des établissements de santé au titre de l'article R. 162-32-6 du Code de la sécurité sociale (CSS) puissent être pris dans un calendrier compatible avec l'objectif d'un apurement en 2026.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	Créance ; article 58 ; apurement ; reconnaissance réciproque ; arrêté.
Classement thématique	Établissements de santé / Gestion
Textes de référence	- Article R. 162-32-6 du CSS ; - Décret n° 2025-1390 du 28 décembre 2025 portant diverses dispositions relatives au financement des établissements de santé.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	- Directeurs d'établissements de santé publics et privés antérieurement sous dotation globale ;

	- Directeurs et agents comptables des caisses d'assurance maladie mentionnées aux articles L. 174-2 et L. 174-15 du CSS ; - Caisses pivots d'assurance maladie ; - Comptables publics des établissements publics de santé.
Validée par le CNP du 23 janvier 2026 - Visa CNP 2026-03	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	1 ^{er} février 2026

La présente instruction précise les modalités et le calendrier de l'opération d'apurement mentionnée à l'article 4 du décret n° 2025-1390 du 28 décembre 2025 portant diverses dispositions relatives au financement des établissements de santé (ci-après dénommé le décret du 28 décembre 2025).

Il s'agit de mettre en œuvre la décision des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et des comptes publics d'apurer, en faveur des établissements de santé, le solde restant dû de la créance dite « article 58 ».

Le solde restant de cette créance des établissements de santé anciennement financés par dotation globale (ex-DG) sur l'Assurance maladie est estimé au niveau national à environ 0,8 Md€. Il a vocation à être apuré sur l'année 2026.

De manière générale, afin de permettre son recouvrement, le montant de la créance doit reposer sur une reconnaissance réciproque entre l'établissement et la caisse de sécurité sociale concernés. Dans la majorité des cas, cette reconnaissance mutuelle existe déjà ou peut être considérée comme acquise, qu'elle ait été ou non traduite dans un arrêté de constatation.

Dans les cas minoritaires où une telle procédure n'aurait pas été menée antérieurement et où elle est nécessaire, elle doit être engagée pour trouver un accord entre les parties sur le montant de la créance effectivement due, notamment si celui-ci diffère significativement dans les comptes des caisses de sécurité sociale d'une part, et dans ceux des établissements de santé d'autre part.

Une base consolidée par les directions d'administrations centrales vous sera transmise pour vous permettre d'identifier facilement les cas concernés, en parallèle avec les arrêtés de constatation pris par les agences régionales d'hospitalisation sur la période 2008-2010. En cas de doute, c'est le dialogue entre les acteurs locaux qui doit être privilégié.

Dans tous les cas, le solde de la créance est constaté par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé sur la base de la reconnaissance réciproque engagée par les acteurs. Sur cette base les caisses sont invitées à procéder aux versements concernés.

La présente instruction reprend :

- 1 - l'historique de la créance dite « article 58 » et de son dispositif (annexe 1) ;
- 2 - les phases et modalités menant à l'apurement, et les différents cas de figure possibles. Un suivi national du bon déroulement de ce processus aura lieu durant l'année 2026 (annexe 2) ;
- 3 - le traitement comptable de ces opérations pour les établissements publics de santé (annexe 3).

Sont joints également :

- le modèle d'arrêté du directeur général de l'ARS constatant le solde à apurer (annexe 4) ;
- le modèle de calendrier de versement (annexe 5) ;
- le tableau de suivi et de remontée vers le national (annexe 6).

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales,



Virginie MAGNANT

Pour la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées,
par délégation :

La directrice générale de l'offre de soins,



Marie DAUDÉ

Pour les ministres et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,



Pierre PRIBILE

Pour la ministre de l'action et des comptes publics, par délégation :

La directrice générale des finances publiques,



Amélie VERDIER

Évolutions et rappel du dispositif de la créance dite « article 58 »

1- Dispositif réglementaire

Lors du passage de la facturation des prix de journée au financement par la dotation globale en 1984 et 1985, le décret n° 83-744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier a prévu dans son article 58 que les versements effectués par les organismes d'assurance maladie en vertu du mode de tarification antérieurement en vigueur viennent en déduction des versements mensuels de dotation globale, le solde de la dotation étant versé l'année suivante.

Cette disposition, d'abord codifiée à l'article R. 174-1-9 du Code de la sécurité sociale¹ puis reprise à l'article R. 162-32-6 du même code², a abouti à la mise en place d'une créance glissante. Celle-ci est comptabilisée lors de la reprise des balances comptables d'entrées en début d'exercice (lorsque le compte dédié³ est scindé), avant d'être soldée en cours d'exercice par les règlements effectués par la caisse pivot. Cette opération est ensuite répétée en N+1, sans que la créance ne puisse être dépréciée ou annulée. Ce dispositif régit aujourd'hui encore la créance dite « article 58 » des établissements de santé ex-DG sur l'Assurance maladie.

Les établissements publics de santé (EPS) et les établissements privés non lucratifs admis postérieurement à 1985 à participer au service public hospitalier ou ayant opté pour la dotation globale en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (EBNL ex-DG) peuvent être concernés par cette créance.

Cette créance représentait 3 Md€ avant l'apurement de la part due au titre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie (MCO), réalisé en 2008-2010. La part restante est estimée à environ 0,8 Md€ aujourd'hui.

2- L'apurement de la part MCO de la créance en 2008-2010

Le passage à la tarification à l'activité a modifié le fondement de la créance dite « article 58 ». Celle-ci n'avait en effet plus lieu d'être pour les activités du champ MCO, mais demeure sur les champs des soins médicaux et de réadaptation et de psychiatrie. Toutefois, dans un premier temps, les dispositions relatives à cette créance avaient été temporairement maintenues pour les activités du champ MCO pour 2005, 2006 puis 2007⁴.

¹ Décret n° 92-776 du 31 juillet 1992 relatif au régime budgétaire, financier et comptable des établissements publics de santé et des établissements de santé privés participant à l'exécution du service public hospitalier et modifiant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État).

² Modification apportée par le décret n° 2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation et reprise par le décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie.

³ Il s'agit du compte H41121 « caisse pivot » pour les établissements publics de santé.

⁴ Respectivement par le décret n° 2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé et modifiant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État) (pour 2005), par le décret n° 2005-1474 du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (Dispositions réglementaires), le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État) et le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire) (pour 2006) et le décret n° 2007-82 du 23 janvier 2007 modifiant les dispositions transitoires du décret du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé et du décret du 10 janvier 2007 portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé et modifiant le code de la santé publique, le code de la sécurité sociale et le code de l'action sociale et des familles (pour 2007).

En parallèle, le déploiement de la tarification à l'activité (T2A) sur le champ MCO s'était accompagné de la mise en place d'avances de trésorerie (dites « avances T2A ») pour les hôpitaux à partir de 2005 afin de prévenir d'éventuelles ruptures de trésorerie.

Une opération d'apurement par compensation entre la part MCO de la créance dite « article 58 » d'une part (versée aux établissements de santé), et les avances de trésorerie T2A d'autre part (reprises aux établissements de santé), avait été actée par l'article 5 – toujours en vigueur – du décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé. Le calendrier et les modalités d'apurement ont ensuite été définis par l'arrêté du 29 juin 2009⁵ ; et le dispositif précisé par la circulaire interministérielle du 5 décembre 2008⁶.

Ce dispositif d'apurement-compensation peut être schématiquement résumé en trois temps.

1- Au préalable, le principe et le montant de chaque créance dite « article 58 » due par la caisse pivot aux établissements a nécessité d'être fiabilisé⁷. À ce titre, il a été décidé de mettre en œuvre une procédure de reconnaissance réciproque entre les différentes parties afin d'établir la concordance entre la comptabilité de l'établissement et celle de la caisse d'assurance maladie. La Cour des comptes avait en effet estimé dans son arrêt du 2 décembre 2004 (établissement public de santé -EPS de Lavaur) que *« la reconnaissance réciproque d'une créance et d'une partie des sommes en cause par l'ordonnateur et la CPAM pouvait tenir lieu de justification suffisante bien que ne constituant pas, à proprement parler, l'état de développement du solde du compte »*. Concrètement, en se basant sur diverses pièces⁸, cette procédure doit aboutir sur un document signé d'une part par le comptable de l'établissement (cas des établissements publics de santé EPS, visé alors par le directeur de l'établissement) ou le directeur de l'établissement (établissement à but non lucratif -EBNL ex-DG, alors accompagné d'une pièce visée du commissaire aux comptes) ; et d'autre part, le directeur et l'agent comptable de la caisse pivot. Une copie de cette reconnaissance était alors envoyée à l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH, aujourd'hui agence régionale de santé) et, pour les EPS, à la DGFIP.

2- Sur cette base, le directeur de l'ARH prend un arrêté distinguant la part MCO de la créance (aussi appelée créance « exigible ») du solde total restant dû. Cette distinction s'effectue par l'application d'un ratio (part des dépenses de T2A/par des dépenses de titre 1 de l'établissement pour l'année 2006) pour les établissements tarifés à l'activité en 2006. Ces deux parts sont mentionnées dans l'arrêté et son courrier⁹, l'arrêté étant ensuite notifié à l'établissement et à

⁵ Fixant les modalités et le calendrier de remboursement du solde issu de l'opération de compensation mentionnée au III de l'article 5 du décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007.

⁶ Circulaire interministérielle n° DHOS/F4/DGFIP/CL1B/DSS/2008/355 relative au traitement des créances dites de l'article 58 et aux avances 2005 et 2006 de la sécurité sociale.

⁷ Lors du passage aux droits constatés en 1996, les caisses d'assurance maladie n'avaient pas comptabilisé cette dette alors même que les hôpitaux avaient enregistré dans leurs comptes une créance vis-à-vis de l'Assurance maladie. La comptabilisation de cette dette a finalement été effectuée sur les comptes 2005 des caisses.

⁸ La circulaire du 5 décembre 2008 précise que la reconnaissance réciproque doit se fonder sur l'arrêté publié entre 1984 et 1987 par le préfet (direction départementale des affaires sanitaires et sociales) fixant le montant prévisionnel des règlements à effectuer par la caisse pivot. En l'absence de cette pièce, un état des restes à recouvrer des exercices considérés, une balance comptable, un état extra comptable de suivi par la caisse, un document émanant du commissaire aux comptes (pour les établissements de santé privés ex-DG) ou tout autre document signé des parties mentionnant le montant de la créance.

⁹ Outre le montant de la créance restante, le courrier devait aussi mentionner le solde des avances T2A 2005 et 2006 et le montant entrant dans le mécanisme de compensation.

la caisse pivot concernés, puis publié. Si à l'issue de la reconnaissance réciproque un écart inférieur à 300 € entre le montant relevé par l'établissement et la caisse demeure, la reconnaissance réciproque est quand même réputée acquise, et le directeur de l'ARH en tient compte. Lorsque la reconnaissance réciproque n'a pu être décisive, ou qu'un écart supérieur à 300 € demeure, le directeur de l'ARH fixe directement ce montant, après néanmoins un avis conforme du Trésorier payeur général (aujourd'hui Directeur régional/départemental des Finances publiques, pour les EPS) et d'une réunion entre les établissements et caisses concernées (EBNL ex-DG).

3- Enfin, une compensation est opérée entre le montant retenu d'avances T2A au titre des années 2006 et 2007, et le montant de la créance exigible. S'il existe un reliquat, deux cas de figure sont possibles :

- le montant des avances reçues par l'établissement est inférieur au montant de la créance exigible : dans ce cas, la caisse pivot verse en une fois (si reliquat inférieur ou égal à 120 000 euros) ou par douzième mensuel le montant correspondant.
- le montant des avances reçues par l'établissement est supérieur au montant de la créance exigible : c'est dans ce cas l'établissement qui fait le versement à la caisse pivot sur une période allant de 6 à 46 mois, selon la part du reliquat à rembourser dans ses produits de l'Assurance maladie liés aux soins.

Il résulte de ce dispositif que les établissements ont déjà majoritairement été notifiés d'un arrêté constatant la créance « exigible » et le solde restant.

3- L'apurement du solde restant de la créance en 2026

Le décret n° 2025-1390 du 28 décembre 2025 portant diverses dispositions relatives au financement des établissements de santé prévoit désormais que le solde restant de la créance est exigible. L'apurement présente deux avantages :

- un apport de trésorerie améliorant également le fonds de roulement des établissements concernés dans un contexte de dégradation budgétaire inédite des EPS en 2023 et 2024 ;
- une simplification : la reconstitution comptable de cette créance tous les ans, qui fait l'objet d'un processus spécifique et chronophage pour les acteurs, sera supprimée.

Sur la mise en œuvre de l'apurement, une nouvelle constatation préalable du montant de la créance apparaît nécessaire : d'abord parce que le montant de la créance détenue peut être aujourd'hui différent de celui arrêté il y a 15 ans (transferts d'activité, erreur dans l'application de la démarche d'apurement antérieure...), ensuite parce que certains arrêtés n'ont pu être pris ou remontés vers les ARS, enfin parce que la part restante de la créance fixée dans l'arrêté était jusqu'à présent considérée comme non exigible¹⁰. Cette constatation permet aussi aux caisses d'avoir une pièce comptable justifiant le décaissement et sécurisant la démarche.

Sur la forme de cette constatation, il est choisi de prendre appui sur la procédure de reconnaissance réciproque antérieure tout en prenant en compte, par souci de simplicité et de limitation de la charge administrative des acteurs, l'arrêté de l'ARS pris en 2008-2010 et qui concerne l'essentiel des situations.

Sur le calendrier enfin, dans un triple objectif de simplicité, d'équité et d'efficacité, cet apurement du montant restant dû est ciblé sur l'exercice 2026 et s'effectuera en un seul versement pour chaque établissement concerné.

¹⁰ Circulaire du 5 décembre 2008.

Les phases et modalités menant à l'apurement du solde restant de la créance sur l'année 2026

1- Une procédure de constatation de la créance dite « article 58 » "en entonnoir" afin de simplifier et de sécuriser la démarche

La DSS, la DGFIP et la DGOS ont établi une base nationale reprenant le travail de constatation des créances (qui précisait également la part restant due) mené en 2008-2010, ainsi que les remontées comptables de 2024 des caisses de sécurité sociale et des établissements de santé. Pour chaque établissement, le montant détenu par les caisses de sécurité sociale, le montant présent dans les comptes des établissements et, le cas échéant le montant déjà constaté en 2008-2010 y figurent.

1.1- Cas général

Afin de permettre son recouvrement, le montant de la créance est constaté par un arrêté du directeur général de l'ARS après une procédure de reconnaissance réciproque entre l'établissement et la caisse de sécurité sociale concernés. Dans certains cas détaillés *infra*, la reconnaissance peut être considérée comme déjà acquise, qu'un arrêté ait été ou non publié pour en attester.

a/ En cas de reconnaissance ayant déjà eu lieu ou acquise

La reconnaissance réciproque est déjà acquise lorsque l'une des deux **conditions suivantes est présente** :

- un arrêté de constatation a déjà été pris par le directeur général de l'agence régionale de santé¹ lors d'une procédure antérieure d'apurement (2008-2010) ;
- le montant de l'écart remontant des comptes de l'établissement et de la caisse est inférieur ou égal à 300 € : la reconnaissance réciproque est considérée comme acquise sur la base du montant présent dans les comptes de l'établissement de santé.

Après contrôle avec l'arrêté antérieur existant le cas échéant, vous êtes donc invités à prendre directement l'arrêté constatant le solde de la créance à apurer. Cet arrêté est ensuite notifié à l'établissement et la caisse pivot concernés.

b/ Lorsque la reconnaissance réciproque n'a pas été réalisée antérieurement

Le directeur de l'établissement, le comptable public (pour les EPS), le directeur et l'agent comptable de la caisse pivot établissent et signent une reconnaissance du solde restant au titre de la créance dite « article 58 ». S'il s'agit d'un EPS, le comptable public recueille l'avis du directeur départemental des finances publiques et le joint à l'information transmise au directeur général de l'ARS (DG ARS).

Le DG ARS prend alors un arrêté constatant le montant de la créance sur la base de cette reconnaissance réciproque.

¹ Ou à l'époque, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

1.2- Les cas particuliers

Dans certaines situations, décrites ci-après, l'apurement de la créance peut donner lieu à des actions complémentaires :

- En cas de cessation d'activité de soins (MCO, psychiatrie et soins médicaux de réadaptation) ou le retrait de l'autorisation² : dans ce cas, l'établissement concerné, s'il existe toujours à la date de parution de l'arrêté, est fondé à demander le remboursement intégral de sa créance, à supposer que celle-ci ait été reconnue à la fois par l'établissement et la caisse concernée.
- En cas de fusion ou de regroupement d'établissements : le transfert de la créance restante à l'entité successeuse est requis ; celle-ci est alors habilitée à en demander le remboursement, sous réserve que ce montant ait été reconnu.

Une vigilance est attendue dans ces cas de figure si la transformation, cessation d'activité ou la fusion qui impactent la créance ont eu lieu en 2025. Il est alors recommandé de stabiliser son montant avant la prise de l'arrêté de constatation.

2. Un calendrier de constatation et de versement pour un apurement total dès 2026

2.1- Cas général

Les DG ARS sont invités, pour chaque établissement, à prendre l'arrêté constatant le solde de la créance dite « article 58 » et sur la base d'une reconnaissance réciproque dans un calendrier compatible avec l'objectif d'apurement en 2026 et de préférence avant l'issue du premier trimestre de l'année. Pour ce faire, un arrêté-type est joint (annexe 4).

Ce délai concerne tous les établissements, y compris ceux devant entamer une phase de reconnaissance réciproque. Les établissements sont invités à transmettre, tant que cela est possible avant le 15 mars 2026, les résultats de cette reconnaissance à l'ARS. Les directeurs généraux d'ARS sont invités à rappeler ce calendrier aux établissements dès la publication de la présente instruction.

Ces arrêtés ont ensuite vocation à être notifiés aux établissements et caisses pivots concernés par l'ARS **pour le 10 avril 2026**.

La prise de cet arrêté permet le versement à l'établissement, intégral et en une seule fois, du solde constaté. Afin d'étaler la mobilisation des fonds pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et simplifier le suivi régional, le versement est envisagé selon le calendrier en annexe 5 soit le **26 mai, le 25 juin ou 27 juillet 2026** selon la région concernée.

2.2- Autres cas

Pour les établissements qui pourraient mener une phase de reconnaissance réciproque qui n'aboutirait pas avant le 15 mars 2026 du fait d'une divergence entre les parties concernées sur le montant de la créance avec un écart supérieur à 300 €, un délai supplémentaire peut être accordé. Dans tous les cas, un accord doit être transmis au DG ARS pour la fin du troisième trimestre de l'année 2026 en vue d'un apurement sur l'exercice 2026.

² Notamment si l'établissement n'a alors plus qu'une activité d'unité de soins de longue durée (USLD) ou d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Dans les cas résiduels où cet accord n'a pu être trouvé, l'ARS transmet la liste des établissements concernés au niveau national pour un traitement approprié au plus tard le 10 septembre 2026.

Pour ces cas de figure, les arrêtés ont vocation à être notifiés aux caisses et aux établissements de santé en vue d'un versement le **25 novembre 2026** aux établissements concernés.

3. La remontée vers les administrations centrales

Il vous est enfin recommandé de transmettre un tableau récapitulatif (modèle en annexe 6) avec l'ensemble des montants arrêtés pour les établissements, qui devra être remonté vers le bureau FIP3 de la DGOS sur le SharePoint dédié (en cas de difficulté, contacter l'adresse générique dgos-fip3@sante.gouv.fr). Ce tableau sera transmis pour le **15 mai 2026** au plus tard, avec mention des établissements dont le montant n'a pas encore été arrêté et précisant le cas échéant les difficultés rencontrées.

Annexe 3

Le traitement comptable de ces opérations pour les établissements publics de santé

Pour les EPS, à réception de l'arrêté de l'agence régionale de santé, les ordonnateurs communiquent ce dernier à leur comptable public qui procède à l'enregistrement des opérations afférentes sur les comptes de classe 4 correspondants.

Le comptable isole le montant définitif de la créance en balance d'entrée du compte 41122, puis procède à l'apurement définitif de ce compte, en y imputant le versement de la créance selon les écritures suivantes :

En cours d'année, à réception de l'arrêté définitif du montant de la créance dite « article 58 », pour ce montant :

- Débit 41122 « Caisse pivot – Montant restant à recouvrer au titre des déductions à opérer en vertu de l'article R. 162-32-6 du Code de la sécurité sociale »
- Crédit 41121 « Caisse pivot »

Encaissement du remboursement de la créance dite « article 58 » :

- Débit 515 « Compte au Trésor »
- Crédit 4718 « Autres recettes à régulariser » ou 47171 « Recettes relevé Banque de France » ou 47173 « Recettes - relevé DFT »

Solde de la créance dite « article 58 » :

- Débit 4718 « Autres recettes à régulariser » ou 47171 « Recettes relevé Banque de France » ou 47173 « Recettes - relevé DFT »
- Crédit 41122 « Caisse pivot – Montant restant à recouvrer au titre des déductions à opérer en vertu de l'article R. 162-32-6 du Code de la sécurité sociale »

La créance dite « article 58 » est alors soldée. Le compte 41122, soldé, ne doit plus être utilisé.

Ce schéma est applicable, quel que soit le montant définitif de la créance.

Pour rappel, l'apurement contribue à la variation du fonds de roulement calculé en fin d'année et tracée dans le compte financier de l'année d'apurement (annexe C6 des comptes financiers) de l'établissement. L'apurement n'a toutefois pas à figurer au tableau de financement figurant à l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2026.

Annexe 4

Modèle d'arrêté du directeur général de l'ARS constatant le solde restant à apurer

ARRÊTÉ n° XXXX/ARS/2026 constatant le solde restant à apurer de la créance mentionnée à l'article R. 162-32-6 du code de la sécurité sociale pour l'établissement [*nom – n° FINESS juridique*]

Le (la) directeur (rice) de l'agence régionale de santé,

Vu le code de la santé publique,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment l'article R. 162-32-6 ;

Vu le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 5 ;

Vu le décret n° 2025-1390 du 28 décembre 2025 portant diverses dispositions relatives au financement des établissements de santé, notamment son article 4 ;

Vu [*le cas échéant*] l'arrêté du directeur de l'agence régionale constatant la créance exigible en date du [*jour/mois/année*], et du courrier de notification afférent ;

Vu [*le cas échéant, si reconnaissance réciproque effectuée en 2026*] la reconnaissance réciproque du montant du solde de la créance détenue par l'établissement [*Nom, adresse et n° FINESS juridique*] signée par l'établissement, [*le cas échéant, le comptable public, nom et adresse*] et la caisse d'assurance maladie [*nom et adresse*], en date du [*jour/mois/année*] ;

Considérant [*le cas échéant*] l'avis du directeur départemental des finances publiques en date du ,

Arrête :

Article 1^{er} – Le solde restant de la créance, mentionnée à l'article 4 du décret n° 2025-1390 du 28 décembre 2025 portant diverses dispositions relatives au financement des établissements de santé, de l'établissement [*nom, n° FINESS juridique*] est fixée à : [] €.

Voie et délai de recours : [*selon ARS*]

Fait à [], le

Le (la) directeur (rice) général(e) de l'agence régionale de santé de []

Annexe 5

Calendrier de versement

	Régions
Mai 2026	Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Grand Est
Juin 2026	Centre-Val de Loire, Corse, Hauts-de-France, Normandie, Nouvelle-Aquitaine Hôpitaux d'instruction des armées
Juillet 2026	Île-de-France, Occitanie, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Guadeloupe, La Réunion, Martinique
Novembre 2026	Toutes régions pour les établissements concernés

Annexe 6

Tableau de suivi et de remontée vers le national

[illegible]