

Le redressement des comptes des hôpitaux publics se confirme en 2009

Engin Yilmaz – DREES

L'amélioration de la situation économique et financière des hôpitaux publics observée en 2008 se poursuit en 2009. Le déficit global des hôpitaux publics se réduit, passant de 345 millions d'euros en 2008 à 223 millions d'euros en 2009 grâce à une progression des produits (+2,3%) plus forte que celle des charges (+2,1%). Le ralentissement de la progression de la masse salariale (+1,1% vs +3,8% en 2008) est notable, traduisant l'effort de gestion des établissements. Le déficit représente désormais 0,4% des produits perçus par les établissements publics de santé. L'amélioration des comptes en 2009 se confirme pour toutes les catégories d'établissement.

En 2009, l'effort d'investissement continue d'être soutenu sous l'impulsion du plan Hôpital 2012. L'objectif de ce plan est de poursuivre la modernisation du secteur hospitalier. La part des dépenses d'investissement au sein des produits est passée de 10,9% à 11,3% entre 2008 et 2009. Toutefois, bien que la capacité d'autofinancement des établissements publics de santé progresse en 2008, l'endettement continue de croître à un rythme régulier. Le niveau d'endettement atteint 46% en 2009, illustrant un financement des investissements par l'endettement.

La réduction du déficit des hôpitaux publics en 2008 se poursuit en 2009

D'après les données comptables définitives (encadré 1), le déficit des hôpitaux publics continue de se réduire en 2009 et atteint 223 millions d'euros, ce qui représente 0,4 % de leurs recettes (tableau 1). Le redressement observé en 2008 se confirme donc pour l'année 2009. Ce déficit était de 486 millions d'euros en 2007 et de 345 millions en 2008.

Ce redressement des comptes est pour l'essentiel imputable au budget principal, qui retrace les opérations relevant des activités de court et moyen séjour et de psychiatrie et représente 88 % du budget total des établissements. Le déficit du budget principal continue en effet à se réduire : il s'établit à 454 millions d'euros en 2009 contre 550 millions d'euros en 2008 et

689 millions d'euros en 2007. Les opérations annexes¹, quant à elles, enregistrent une amélioration modérée du résultat net comptable pour atteindre 231 millions d'euros.

Les centres hospitaliers régionaux concentrent toujours la moitié du déficit

Depuis 2008, le nombre d'hôpitaux déficitaires continue de baisser, passant de 352 à 291 entre 2008 et 2009. En 2009, sept hôpitaux sur dix sont excédentaires. Cette diminution concerne, à des degrés divers, toutes les catégories d'établissements (graphique 1).

Sur les 291 établissements déficitaires enregistrant un déficit cumulé de 590 millions d'euros, les 22 CHR déficitaires (y compris l'AP-HP) concentrent à eux seuls 60 % de ce déficit. Quant aux établissements excé-

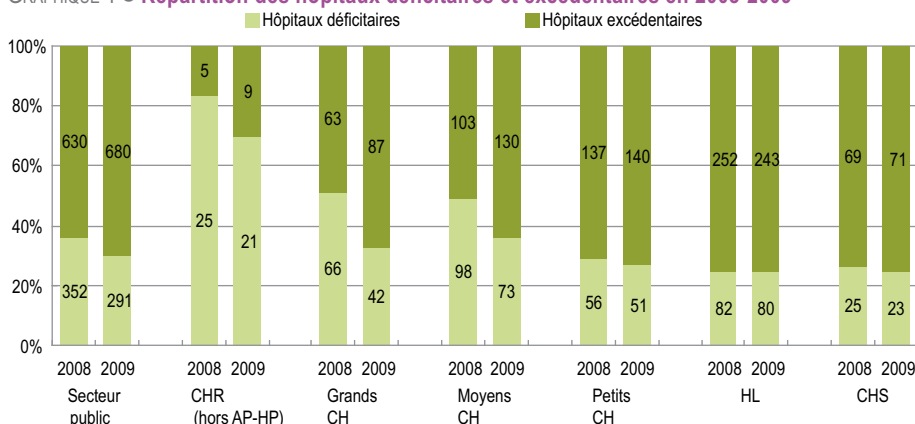
TABLEAU 1 ● Rentabilité économique des hôpitaux publics

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ensemble hôpitaux publics	0,9	0,5	1,0	0,3	-0,4 (*)	-0,9	-0,6	-0,4
AP-HP	0,8	-0,3	1,6	-1,1	2,7 (*)	-0,2	0,2	-1,3
Autres CHR	0,5	-0,1	0,4	-0,2	-1,1	-2,2	-2,4	-1,7
Grands CH	0,4	0,2	0,4	0,6	-1,3	-1,4	-0,5	-0,1
Moyens CH	0,7	0,6	0,8	0,6	-0,9	-0,7	-0,3	-0,0
Petits CH	2,2	1,6	2,0	1,1	0,8	0,9	1,0	1,2
HL	2,0	1,6	2,5	2,0	2,1	2,3	2,2	2,5
CHS	3,2	3,1	2,3	1,2	0,4	0,7	0,7	0,6

(*) Hors opérations exceptionnelles de l'AP-HP, la rentabilité économique de l'AP-HP en 2006 s'élève à 1,1% et celle de l'ensemble des hôpitaux publics à -0,5%.

Sources • DGFIP, SAE.
Calculs • DREES.

GRAPHIQUE 1 ● Répartition des hôpitaux déficitaires et excédentaires en 2008-2009



Sources • DGFIP, SAE. Calculs • DREES.

1. Ce budget décrit les opérations ayant trait à l'exploitation de certains services dont il est nécessaire d'isoler l'activité ou qui font l'objet d'un financement spécifique, notamment les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements hébergeant des personnes âgées (EHPAD), la dotation non affectée (DNA) faisant référence aux produits relatifs au patrimoine, en particulier foncier, de l'hôpital public et non affectée à l'activité hospitalière.

ENCADRÉ 1 ● Les sources disponibles pour évaluer la situation financière des établissements de santé

Diverses sources d'informations (administratives, médicales et comptables) sont disponibles afin d'analyser la situation économique et financière des établissements de santé. Toutes ne couvrent toutefois pas le même champ et ne sont généralement pas disponibles selon le même calendrier.

Données comptables et financières :

- Les données fournies par la direction générale des finances publiques (**DGFIP**) présentent le budget des entités juridiques² des hôpitaux publics, sous forme de comptes de résultats et de bilans qui détaillent les différents postes budgétaires (produits, charges, etc.). Les données définitives de l'année N sont disponibles en novembre de l'année N + 1. Toutefois, des données semi-définitives pour l'année N sont disponibles en juin de l'année N + 1.

- L'outil **ICARE** (Information des comptes administratifs retraités des établissements), développé par l'Agence technique pour l'information sur l'hospitalisation (ATIH), permet d'obtenir des retraitements comptables pour distinguer les charges relatives aux activités suivantes: MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), urgences, HAD (hospitalisation à domicile), SSR (soins de suite et de réadaptation), psychiatrie. Ces retraitements comptables ne sont disponibles que pour les établissements anciennement sous dotation globale (ex-DG). Cette source de données est aussi utile pour récupérer les données comptables et financières des établissements privés ex-DG. Ces données de l'année N sont disponibles en N + 2.

- L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) a été mis en place en 2006 dans les établissements de santé publics et ceux participant au service public hospitalier (PSPH). Ce nouvel outil de pilotage budgétaire découle de la réforme du financement des établissements de santé, la tarification à l'activité (T2A), mise en place en 2004. Il présente des prévisions de recettes et de dépenses des établissements. L'exécution de l'EPRD est suivie et analysée au conseil d'administration et transmise à l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) tous les quatre mois. Les EPRD correspondent donc à des données provisoires qui permettent d'appréhender les premières tendances d'évolution de la situation économique et financière des établissements. Les travaux présentés ici s'appuient sur les données de la DGFIP qui permettent de conduire une analyse sur des données définitives.

Données sur l'activité

- Mis en place depuis 1997 par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et collecté par l'ATIH, le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour (MCO) des établissements de santé³. Pour chaque séjour en MCO, sont recueillies des informations sur les caractéristiques du patient (sexe, âge, lieu de résidence) et du séjour, selon deux axes: médical (diagnostics, actes réalisés pendant le séjour, etc.) et administratif (dates et modes d'entrée et de sortie, provenance, destination, etc.).

- La Statistique annuelle des établissements (SAE) est une enquête administrative exhaustive et obligatoire pilotée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) auprès des établissements de santé. Elle recueille, entre autres, des données sur les facteurs de production de ces établissements: les équipements des plateaux techniques et les personnels intervenant.

Le questionnaire se compose de bordereaux regroupés par thèmes :

- identification, organisation, évolution et structure de l'établissement de santé ;
- équipements et activités ;
- activités de soins soumises à autorisation ;
- personnels.

2. Une entité juridique peut inclure un ou plusieurs établissements.

3. Le recueil PMSI est également obligatoire pour les établissements de SSR depuis 2003, même si ce secteur reste actuellement en dehors du champ de la T2A.

dentaires, leur résultat net comptable positif s'élève à 367 millions d'euros.

La situation économique des CHR (hors AP-HP) s'améliore en 2009

Bien que la situation économique et financière des établissements publics de santé reste très variée, elle s'améliore pour toutes les catégories d'établissements en 2009, y compris pour les CHR (hors APHP), qui était la seule catégorie à ne pas avoir réduit son déficit en 2008. Leur rentabilité économique⁴ a progressé en 2009 : leur déficit global passe de 357 millions d'euros en 2008 à 266 millions d'euros en 2009, soit 1,7 % de leurs produits contre 2,4 % en 2008. Hors AP-HP, sur les 30 CHR présents en France, 9 clôturent leur exercice avec un résultat net comptable excédentaire, alors qu'ils étaient 5 dans ce cas en 2008.

L'amélioration des comptes observée en 2008 pour les centres hospitaliers se confirme pour l'année 2009. Les grands et moyens CH sont proches de l'équilibre avec un déficit global respectivement de 9,5 millions d'euros et de 1,1 million d'euros. Pour les CH de petite taille, le résultat net comptable reste globalement excédentaire et représente 1,2 % des produits, soit 32 millions d'euros en 2008.

Toutes les autres catégories d'établissements restent excédentaires en 2009. La rentabilité économique des HL et des CHS (secteur psychiatrique) est restée globalement stable respectivement autour de 2,5 % et de 0,6 %.

La croissance des produits versés par l'assurance maladie reste soutenue

En 2009, bien que moins dynamiques, les produits totaux⁵ hors rétrocession des hôpitaux publics ont augmenté de 2,3 % pour atteindre 64,5 milliards d'euros dont près de 57 milliards sont imputables au budget principal (encadré 1). Cette augmentation des produits du budget principal s'explique essentiellement par le dynamisme des produits versés par l'assurance maladie (titre 1) qui en constituent l'essentiel (81 %). La croissance des produits versés

par l'assurance maladie reste soutenue : +3,3 % en 2009 contre +4,1 % en 2008 et +2,4 % en 2007 (graphique 3). Ils s'élèvent à 47 milliards d'euros en 2009. Cette croissance peut s'expliquer au moins en partie par la mise en place de la nouvelle classification des séjours hospitaliers qui a permis de mieux rémunérer les séjours relatifs à des niveaux de sévérité élevés (encadré 2).

Les financements des MIGAC ont augmenté de 14,5 % en 2009

Les produits versés par l'assurance maladie se décomposent en financements reçus au titre de l'activité⁶, dotation annuelle de financement et MIGAC (encadrés 1 et 2). En 2009, une partie des financements liés à l'activité ont été transférés vers des enveloppes forfaitaires (MIGAC) pour ce qui concerne la permanence des soins hospitaliers et la prise en charge des patients en situation de précarité. C'est l'évolution de ces modalités de financement bien plus que celle de l'activité qui explique le fléchissement de l'évolution des produits versés par l'assurance maladie au titre de l'activité en 2009 (+1,5 % contre 3,9 % l'année précédente).

Corrélativement, les financements des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) versés par l'assurance maladie, qui s'élèvent à près de 6,8 milliards d'euros, enregistrent une forte augmentation de 14,5 % en 2009. Enfin, la dotation annuelle de financement relative au budget principal, qui finance les activités de moyen séjour (soins de suite et réadaptation), de psychiatrie ainsi que la plupart des longs séjours financés par la Sécurité sociale, a augmenté de 1,9 % en 2009 (versus 3,8 % en 2008) et s'élève 10,5 milliards d'euros.

Les produits des ménages et des organismes complémentaires ont augmenté de +3,8 %

La progression des autres produits de l'activité hospitalière (titre 2, graphique 2) se poursuit, bien que moins soutenue par rapport aux années précédentes, soit +3,8 % en 2009 contre 6,6 % en 2008 et 6,1 % en 2007 (graphique 2). Par rapport aux années précédentes, l'évolution de ces pro-

4. La rentabilité économique des hôpitaux publics se définit comme le rapport entre le résultat net comptable (écart entre les produits et les charges) et les produits de l'activité définis par les comptes 70 et 73 de la nomenclature M21 (hors compte de rétrocessions).

5. Les produits totaux correspondent aux produits définis par les comptes commençant par le chiffre 7 de la nomenclature M21, soit en grande partie les produits de l'activité hospitalière, les produits financiers et les produits exceptionnels.

6. Ces financements concernent les activités de MCO. Ils incluent les produits de la tarification des séjours et des consultations externes ainsi que les produits des médicaments, des dispositifs médicaux facturés en sus du séjour et les forfaits annuels.

ENCADRÉ 2 ● Champ de l'étude

Les données utilisées proviennent des données comptables des hôpitaux publics. Elles sont fournies par la direction générale des finances publiques (DGFIP) et sont issues des comptes de résultats et des bilans des entités juridiques des établissements de santé de statut public. Le champ analysé dans cette étude n'inclut pas les établissements participant au service public hospitalier (PSPH).

L'analyse est par ailleurs essentiellement centrée sur leur budget principal. Le budget, défini comme un document comptable distinguant recettes et dépenses, est composé pour les hôpitaux publics d'un budget principal et de budgets annexes. Ces derniers décrivent les opérations ayant trait à l'exploitation de certains services dont il est nécessaire d'isoler l'activité ou qui font l'objet d'un financement spécifique, notamment les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements hébergeant des personnes âgées (EPHAD), la dotation non affectée⁷ (DNA).

Le budget principal est formé de trois titres de produits et de quatre titres de charges.

Titres de produits :

- Titre 1 : produits versés par l'assurance maladie ;
- Titre 2 : autres produits de l'activité hospitalière ;
- Titre 3 : autres produits.

Titres de charges :

- Titre 1 : charges de personnel ;
- Titre 2 : charges à caractère médical ;
- Titre 3 : charges à caractère hôtelier et général ;
- Titre 4 : charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles.

Pour le groupe Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), le montant des produits est surestimé, les flux internes entre établissements n'étant pas consolidés. Cette surestimation provient notamment de l'usage du compte 7071, en principe consacré aux rétrocessions des médicaments, mais par lequel peuvent aussi transiter des flux intra-groupes⁸. Les produits hors rétrocession (HR) ont ainsi été retenus pour la suite de l'analyse, ce qui revient à soustraire le compte 7071 des produits totaux. Cette opération ne correspond pas à un retraitement optimal de la surestimation des recettes observées pour l'AP-HP. Elle permet cependant de mesurer avec plus de pertinence la somme des produits issus du secteur public hospitalier et de comparer les différentes catégories d'établissements entre eux.

Les données de la DGFIP ont ensuite été croisées avec la Statistique annuelle des établissements (SAE) 2009 afin de ne conserver que des établissements de santé. Le nombre d'hôpitaux publics s'élève à 971 en 2009 contre 982 en 2007.

Par convention, les hôpitaux publics sont répartis en sept catégories.

- L'AP-HP.
- Les 30 autres centres hospitaliers régionaux (CHR).
- Les centres hospitaliers (CH), eux-mêmes classés en trois catégories selon leur taille, mesurée à partir de leurs produits :
 - les grands CH (plus de 70 millions d'euros) ;
 - les moyens CH (entre 20 et 70 millions d'euros) ;
 - les petits CH (moins de 20 millions d'euros).
- Les hôpitaux locaux (HL).
- Les centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales (CHS)⁹.

7. Cette dotation fait référence aux produits et charges relatifs au patrimoine, notamment foncier, de l'hôpital public et non affecté à l'activité hospitalière.

8. La rétrocession des médicaments recouvre la délivrance, par une pharmacie hospitalière, de médicaments à des patients qui ne sont pas hospitalisés. En 2006, le compte 7071 (rétrocession de médicaments) représente 3% des comptes 70 et 73 de l'ensemble des hôpitaux publics. L'AP-HP tire vers le haut ce pourcentage puisque le compte 7071 y représente 12% des comptes 70 et 73. Hors AP-HP, ce pourcentage chute à 1,8%. Cette part de la rétrocession pour l'AP-HP explique une partie de la surestimation des produits de l'AP-HP.

9. Les syndicats interhospitaliers (SIH) ont été classés avec les établissements qui se sont regroupés pour mettre en commun certaines fonctions ou activités (objectifs d'un SIH), c'est-à-dire au sein des CH ou des CHS.

ENCADRÉ 3 ● La tarification à l'activité (T2A)

En 2008, la réforme du financement au sein des établissements publics de santé a continué de se mettre en place. S'appliquant à cette date aux seules activités de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique – MCO), ce système repose à la fois sur une tarification à l'activité et sur une dotation pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)¹⁰. Pour le premier volet, la mise en place a été progressive : la part de financement liée à la T2A est passée de 25 % à 35 % entre 2005 et 2006 et s'élève à 50 % en 2007. La partie d'activité restant financée sous la forme de dotation est nommée dotation annuelle complémentaire (DAC). En 2008, la DAC a été supprimée. Les tarifs nationaux sont applicables à 100 %, ce qui signifie que les recettes des établissements sont, à présent, directement proportionnelles à leur activité. Ces tarifs sont modulés par un coefficient de transition spécifique à chaque établissement. Ce coefficient va converger vers 1 d'ici 2012. Quant à la dotation nationale de financement des MIGAC, elle est répartie entre les régions. Les crédits sont ensuite attribués par les agences régionales de santé (ARS) aux établissements.

Les autres activités (psychiatrie et soins de suite et de réadaptation) restent financées pour le moment sous forme de dotation annuelle.

La mise en place progressive de la T2A se poursuit en 2009 avec l'introduction de la nouvelle classification des séjours hospitaliers¹¹ (V1.1). En effet, chaque hospitalisation est résumée dans un groupe homogène de malades (GHM) en fonction de différents critères (diagnostics principaux, actes pratiqués et diagnostics associés). L'objectif de cette nouvelle classification est de mieux rendre compte de la sévérité des pathologies prises en charge avec le passage de 799 GHM à 2 300 GHM. Désormais, les GHM se déclinent dans la 11^e version de la classification en quatre niveaux de sévérité.

duits est comparable à la croissance des produits du titre 1. Ce titre regroupe les montants non pris en charge par l'assurance maladie (organismes complémentaires et ménages) et ceux pris en charge par l'État, notamment pour les patients étrangers couverts par l'aide médicale d'État. Le montant de ces produits atteint 4,5 milliards d'euros. La part de ces montants au sein du budget principal progresse chaque année : ils représentent 7,9 % du budget principal en 2009, contre 7,8 % en 2008, 7,7 % en 2007 et 7,4 % en 2006. Elle devrait continuer à augmenter à la suite de l'arrêté du 23 décembre 2009 portant le montant du forfait journalier hospitalier de 16 à 18 euros pour les services de MCO et de 12 à 13,50 euros en psychiatrie à compter du 1^{er} janvier 2010.

Les autres produits (titre 3) représentent 5,3 milliards d'euros en 2009, en baisse de 3,2 % en 2009. Ils comprennent notamment les recettes subsidiaires relatives à l'exploitation (vente de produits fabriqués, production immobilisée, subventions d'exploitations, etc.), les produits financiers et les produits exceptionnels. Cette baisse s'explique en grande partie par une diminution des subventions d'exploitations. En 2008, les hôpitaux publics ont bénéficié d'un apport supplémentaire de 350 millions d'euros du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) destinés principalement à financer l'indemnisation des jours épargnés sur les comptes épargne-

temps (CET). En 2008, les hôpitaux étaient autorisés à recourir à ces crédits pour indemniser la moitié des jours épargnés sur les CET et la totalité des heures supplémentaires restant dues¹².

Un net ralentissement de la progression des charges de personnel en 2009

Les charges du secteur hospitalier ont été estimées à 64,7 milliards d'euros en 2009, dont 88 % au titre du budget principal. Contrairement aux deux années précédentes, les charges progressent moins rapidement que les produits (respectivement +2,1 % contre +2,3 % en 2009).

En 2009, les charges de personnel continuent d'augmenter mais à un rythme beaucoup plus faible que les années précédentes (+1,1 % contre +3,8 % en 2008 et +3,7 % en 2007). Elles représentent 68 % du total des charges. Contrairement à 2007, ces charges ont augmenté moins vite en 2008 et 2009 que les produits de l'activité médicale¹³. Ce contrôle de la masse salariale a contribué à résorber le déficit. Cet effort de gestion est particulièrement net pour les personnels non médicaux. La croissance de la masse salariale correspondante ralentit fortement : +0,8 % en 2009 après

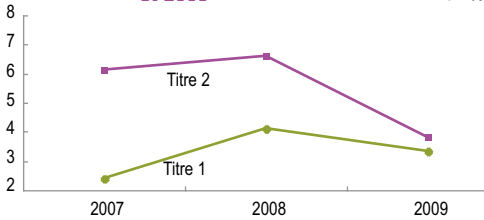
10. http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/migac/rapport_2008.pdf

11. « Manuel des groupes homogènes de malades, 11^e version de la classification », ATIH, fascicule spéciale n° 2010/4bis.

12. Circulaire n° DHOS/M3/2008/161 du 14 mai 2008 relative aux modalités d'indemnisation des jours accumulés sur le compte épargne-temps des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements publics de santé.

13. Les produits de l'activité médicale, comprenant les recettes des titres 1 et 2, ont augmenté de 2,7 % en 2007, de 4,4 % en 2008 et de 3,4 % en 2009.

GRAPHIQUE 2 ● Taux d'augmentation des produits du budget principal entre 2006 et 2009 en %



Titre 1 • Produits versés par l'assurance maladie.

Titre 2 • Produits à la charge des patients, organismes complémentaires, État.
Sources • DGFIP, SAE. Calculs • DREES.

+2,4 % en 2008 et +3,1 % en 2007. Toutefois, cette évolution moyenne masque des évolutions contrastées. Ainsi elle a baissé dans un établissement sur cinq en 2009 alors qu'en 2008 c'était le cas pour seulement un établissement sur dix. Au sein des CHR, la masse salariale des personnels non médicaux est en baisse dans un tiers des établissements en 2009 alors que c'était le cas d'un seul établissement en 2008.

En 2009, les charges à caractère médical progressent de +4,4 % après deux années de fortes hausses (+6,6 % en 2008 et +6,9 % en 2007). Globalement, ces dépenses progressent plus vite que les produits de l'activité médicale. Elles atteignent 8 milliards d'euros pour le seul budget principal et représentent 13,7 %. Leur part est plus élevée pour les CHR (17 %), alors qu'elle est inférieure à 10 % pour les petits CH, les HL et les CHS.

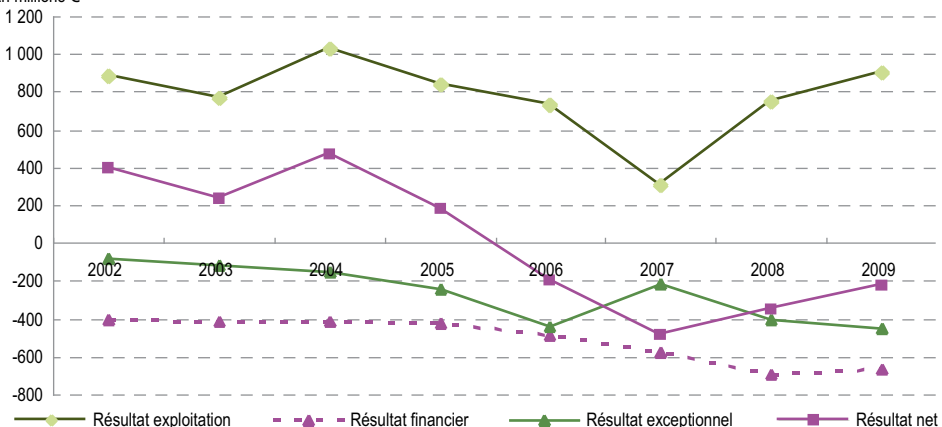
Contrairement à 2007, les charges à caractère hôtelier et général (titre 3) ainsi que les charges d'amortissements et frais financier (titre 4) progressent en 2009, respectivement de 3,9 % et 5 %. Les montants de ces charges atteignent 5,7 milliards d'euros pour les premières et 5,6 milliards pour les secondes. Comme les charges du titre 2, celles du titre 3, se rapportant aussi à l'activité hospitalière, progressent plus rapidement que les produits de l'activité médicale.

La forte progression du résultat d'exploitation depuis 2007 a été absorbée par la dégradation du résultat financier

En décomposant le compte de résultat global, on observe que le résultat d'exploitation¹⁴ continue de progresser en 2009 pour atteindre 900 millions d'euros. Sur la période 2007 – 2009, ce résultat a quasiment triplé passant de 307 millions à 900 millions d'euros en 2009 (graphique 3). Toutefois, cette progression du résultat d'exploitation est en partie absorbée par la dégradation du résultat financier¹⁵ sur la période 2007-2009 liée au recours à l'emprunt pour financer les investissements : son déficit s'élève à 669 millions d'euros en 2009, soit 92 millions de plus qu'en 2007. Le résultat exceptionnel¹⁶ s'est également dégradé durant cette période : son déficit a presque doublé pour atteindre 406 millions d'euros en 2008 et est de 453 millions d'euros en 2009.

GRAPHIQUE 3 ● Compte de résultat

En millions €



Sources • DGFIP, SAE. Calculs • DREES.

14. Le résultat d'exploitation fait référence aux produits et charges liés à l'exploitation normale et courante de l'établissement.

15. Le résultat financier concerne les produits et les charges qui se rapportent directement à l'endettement et aux placements des hôpitaux publics.

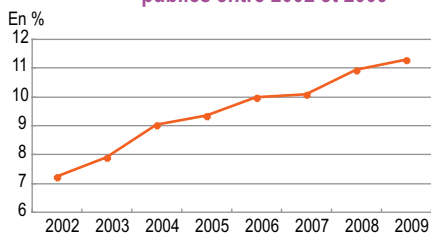
16. Le résultat exceptionnel comprend notamment les opérations de gestion ou des opérations de capital (cessions d'immobilisation), et les dotations aux amortissements et aux provisions pour les opérations exceptionnelles.

Des investissements importants financés de plus en plus par l'endettement

En 2009, l'effort d'investissement continue d'être soutenu sous l'impulsion du plan Hôpital 2012. L'objectif de ce plan est de poursuivre la modernisation du secteur hospitalier. Le niveau d'investissement visé par le plan est de 10 milliards d'euros sur cinq ans pour la période 2008-2012. Par ailleurs, d'après les premiers bilans réalisés par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) sur le volet investissement du plan Hôpital 2007, le montant total des investissements est estimé à 16,8 milliards d'euros dont 10,8 milliards ont été réalisés sur la période 2003-2008. Les 6 milliards d'euros restant à mandater le seront de 2009 à 2012 au plus tard¹⁷.

La part des dépenses d'investissements rapportées aux recettes produites par l'activité hospitalière est passée de 10,9% à 11,3% entre 2008 et 2009 (graphique 4). Ces dépenses représentent les opérations d'investissements réalisées dans l'année (acquisitions, créations et apports d'immobilisations¹⁸). Parallèlement, le renouvellement global des immobilisations, indiquant le rythme d'investissement d'un établissement se stabilise en 2009. Il faut donc en moyenne douze années pour renouveler son patrimoine (tableau 2).

GRAPHIQUE 4 ● Évolution de l'effort d'investissement* des hôpitaux publics entre 2002 et 2009



* L'effort d'investissement mesure la part des dépenses d'investissements par rapport aux produits.

Sources • DGFIP, SAE. Calculs • DREES.

Les capacités d'autofinancement s'accroissent

Contrairement à la période 2004-2007, la capacité d'autofinancement (CAF)¹⁹, mesurant les ressources dégagées par l'activité courante de l'établissement, a progressé continuellement depuis 2008. Ainsi, pour les hôpitaux publics, la CAF s'élève à près de 4 milliards d'euros en 2009. Le taux d'autofinancement, mesurant le poids de la CAF au sein de ses produits augmente, passant de 5,8% en 2008 à 6,7% en 2009 (tableau 2). C'est donc l'amélioration du résultat d'exploitation qui

TABLEAU 2 ● Indicateurs d'investissements des hôpitaux publics entre 2002 et 2009

	Taux de renouvellement des immobilisations (en %)	Capacité d'autofinancement (en % des produits)	Capacité de remboursement (en années de CAF)
2002	6,5	5,9	3,5
2003	7,1	5,9	3,5
2004	8,0	7,2	3,1
2005	8,0	6,0	3,9
2006	8,3	5,4	4,6
2007	8,0	5,1	5,6
2008	8,4	5,8	5,6
2009	8,4	6,7	5,4

Sources • DGFIP, SAE. Calculs • DREES.

Note de lecture

– Le ratio « taux de renouvellement des immobilisations » calcule la part des dépenses d'investissements réalisées au cours de l'année sur l'ensemble des actifs immobilisés. En d'autres termes, un ratio égal à 8% en 2007 signifie qu'il faut 12,5 années (100/8) pour renouveler le patrimoine des hôpitaux publics.

– La capacité d'autofinancement (CAF) mesure les ressources générées par l'activité courante de l'établissement.

– La capacité de remboursement mesure le nombre d'années d'autofinancement nécessaires au remboursement total de la dette. Ce ratio rapporte donc le montant des dettes sur celui de la CAF.

17. Sources • ANAP Préfiguration – Synthèse du bilan Hôpital 2007 (août 2009).

18. Ces dépenses d'investissement ne prennent pas en compte les amortissements qui ont pour objet de constater la dépréciation des éléments d'actif.

19. Contrairement au résultat net comptable prenant en compte tous les produits et toutes les charges, la capacité d'autofinancement (CAF) se calcule uniquement à partir des charges décaissables et des produits encaissés. En d'autres termes, les dotations (ou les reprises) aux amortissements et aux provisions, ainsi que les opérations de cessions qui ne sont pas liées à des opérations de gestion courante, sont exclues du calcul de la CAF.

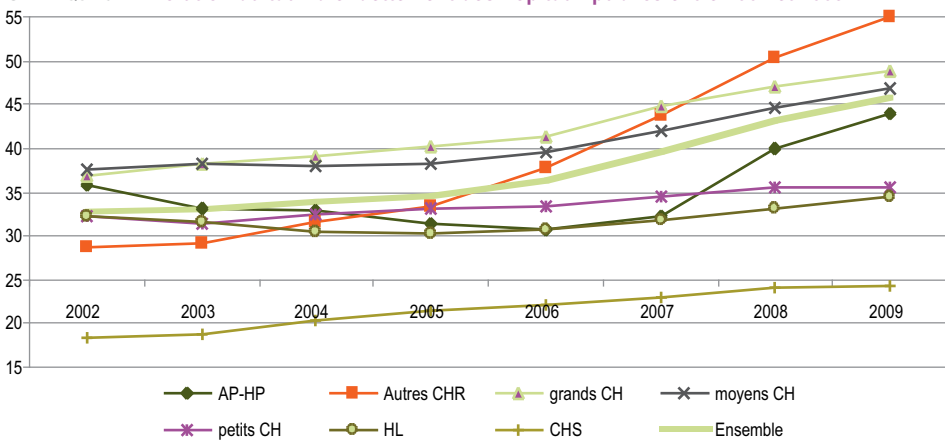
a permis aux établissements de dégager plus de sources d'autofinancement.

L'endettement continue de progresser

Bien que la CAF augmente, l'endettement des hôpitaux publics continue de croître à un rythme régulier, avec la relance de l'investissement : le taux d'endettement mesurant la part des dettes au sein des ressources stables est passé de 43 % en 2008 à 46 % en 2009 (graphique 5). Par conséquent, l'amélioration de l'autofinancement n'a pas permis d'absorber l'effort

d'investissement constant entrepris depuis 2002. Cet investissement a donc nécessité un recours conséquent à l'emprunt. La croissance de l'endettement a été particulièrement importante en 2008 et en 2009 pour les CHR, et dans une moindre mesure pour les grands et les petits CH. Toutefois, le ratio d'endettement des hôpitaux publics, qui mesure le nombre d'années d'autofinancement nécessaire au remboursement total de la dette, s'est maintenu en 2008 et diminue en 2009 en raison notamment de l'augmentation de la CAF : ce ratio s'établit à 5,4 années pour l'année 2009 (tableau 2).

GRAPHIQUE 5 ● Évolution du taux d'endettement des hôpitaux publics entre 2002 et 2009



Sources • DGFIP, SAE. Calculs • DREES.

Pour en savoir plus

DGFIP, 2009, Premiers résultats 2008 des finances locales, DGFIP, juin (disponible sur le site <http://www.colloc.bercy.gouv.fr>, rubrique Finances locales, Notes de conjoncture).

DREES, 2009, « Second rapport d'activité du comité d'évaluation de la T2A », *Document de travail, série Études et recherche*, n° 94, septembre.

Fenina A., Geffroy Y., Duée M., 2009, *Comptes nationaux de la santé 2008*, coll. « Études et statistiques ».

Garnero M., Ratier M.-O., 2009, « Les contrats d'assurance complémentaire en 2007 », *Études et Résultats*, DREES, n° 698, juillet.

Yilmaz E., 2009, « En 2006, les hôpitaux publics en déficit », *Études et Résultats*, DREES, n° 684, mars.

Yilmaz E., 2009, « En 2007, le déficit des hôpitaux publics se creuse », *Études et Résultats*, DREES, n° 709, octobre.

Yilmaz E., 2011, « Le redressement des comptes des hôpitaux publics observé en 2008 se poursuit en 2009 », *Études et Résultats*, DREES, n° 746, janvier.